

Elisardo Becoña Iglesias

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

LA PREVENCIÓN AMBIENTAL EN EL CONSUMO DE DROGAS

¿Qué medidas podemos aplicar?



ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

LA PREVENCIÓN AMBIENTAL EN EL CONSUMO DE DROGAS

¿Qué medidas podemos aplicar?

MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

El contenido de esta publicación, para la que se ha contado con la autoría del Prof. D. Elisardo Becoña Iglesias, se ha desarrollado gracias a la colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y el Plan Autonómico de Adicciones de la Región de Murcia (Dirección General de Salud Pública y Adicciones) para la realización del programa "Portal de Buenas Prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones".

CITA RECOMENDADA:

Becoña Iglesias E. La Prevención Ambiental en el Consumo de Drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 272 p.

EDITA Y DISTRIBUYE:

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-21-115-7

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

Elisardo BECOÑA IGLESIAS

Doctor en Psicología y Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Es Catedrático de Psicología Clínica en el Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. Dirige la Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos de su Universidad.

Su principal campo de especialización son las conductas adictivas. Ha publicado un gran número de libros y artículos científicos sobre la evaluación, prevención y tratamiento psicológico de las diversas adicciones basados en la experiencia clínica, investigaciones y trabajos de campo. Dos de sus libros más representativos, sobre la prevención de las drogodependencias, han sido publicados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el de *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas* (2001) y el de *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias* (2002).

Índice

RESUMEN EJECUTIVO.....	15
-------------------------------	-----------

CAPÍTULO 1. El consumo de drogas en las sociedades desarrolladas y la necesidad de su prevención.....	25
--	-----------

1. Prevalencia del consumo de drogas en España.....	27
2. La necesidad de prevenir el consumo de drogas.....	30
3. ¿Por qué las personas consumen drogas?	32
3.1. Factores de predisposición históricos, ecológicos y de la especie humana.....	33
3.2. Factores de predisposición contextuales y cercanos.....	33
3.3. Factores relacionados con la experimentación e inicio al consumo.	35
3.4. Factores relacionados con la consolidación del consumo: del uso al abuso y a la dependencia.....	38
3.5. ¿Qué lleva al abandono del consumo o al mantenimiento del mismo?	38
4. De la prevención primaria, secundaria y terciaria a la prevención universal, selectiva e indicada.....	38
5. El surgimiento de la prevención ambiental	40
6. La prevención ambiental.....	43
7. Modelo sobre la prevención ambiental en el consumo de drogas.....	44
8. Dificultades en la implementación de la prevención ambiental	45
REFERENCIAS	45

CAPÍTULO 2. Revisiones sobre prevención ambiental. Qué sugieren los organismos europeos y nacionales sobre la prevención ambiental	47
---	-----------

1. El informe del OEDYT (2017) sobre las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea.....	49
2. Estudio sobre medidas de prevención ambiental de drogas en Europa.....	57
3. <i>The Community Guide</i> norteamericano.....	59
4. Las propuestas del Plan Nacional sobre Drogas: Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024).....	60

5. Las propuestas de distintos planes autonómicos.....	61
REFERENCIAS	63

CAPÍTULO 3. Medidas de prevención ambiental para la reducción del consumo de alcohol 65

1. De dónde partimos.....	67
1.1. Legislación Estatal	68
1.2. Informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, con el tema monográfico “Menores sin Alcohol” (2018)	70
1.3. Legislación autonómica.....	70
1.4. Legislación local.....	70
2. Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de alcohol.....	71
2.1. Medidas sobre las que hay consenso	71
2.2. Medidas propuestas	72
2.2.1. Prohibición de la publicidad de las bebidas alcohólicas.....	72
MEDIDA 1. Prohibición de la publicidad en lugares públicos.....	73
MEDIDA 2. Prohibición de la publicidad en los medios de comunicación de masas (medios impresos, como periódicos, revistas, radio, televisión, redes sociales, etc.)	74
MEDIDA 3. Prohibir la publicidad indirecta, o encubierta, del alcohol en todos sus medios (publicidad indirecta, financiación de eventos, venta de productos con la misma marca, bebidas 0.0, etc.).....	75
MEDIDA 4. Prohibir aquella publicidad o promoción que facilita el mayor consumo de alcohol (ej., las promociones de 2 x 1, horas felices, etc.)	77
2.2.2. Incrementar los impuestos sobre el alcohol	77
2.2.3. Regulación de la venta de alcohol	79
MEDIDA 1. Elevar la edad mínima de consumo	79
MEDIDA 2. Regulación de la venta de alcohol	80
MEDIDA 3. Elaboración.....	81
MEDIDA 4. Lugar de consumo.....	82
MEDIDA 5. Consumo de alcohol en locales.....	83
MEDIDA 6. Prohibir consumir alcohol y drogas, así como su venta, en las escuelas, institutos y universidades.....	84

2.2.4.	Reducir el número de locales en los que se vende alcohol.....	85
2.2.5.	Incrementar los lugares donde se prohíbe el consumo.....	86
2.2.6.	Restricciones de la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos	87
2.2.7.	Advertencias en el envase de las bebidas	89
2.2.8.	Consumo de alcohol en vía pública.....	90
2.2.9.	Tráfico y conducción	91
2.2.10.	Ocio y diversión saludables.....	92
2.2.11.	Industria del alcohol y dispensadores de alcohol.....	94
2.2.12.	Mejorar el sistema sancionador.....	95
2.2.13.	Campañas informativas: Conocimiento de la normativa por parte de la población y su continua mejora.....	97
2.2.14.	Potenciar los programas preventivos.....	99
2.2.15.	Facilitar los programas de screening y de tratamiento.....	100
2.2.16.	Potenciar la investigación.....	101
2.2.17.	Coordinación de las medidas.....	102
2.2.18.	Otras medidas.....	103
3.	Anexos	105
	REFERENCIAS	105

CAPÍTULO 4. Medidas de prevención ambiental para el control y erradicación del botellón.....	113
1. De dónde partimos.....	115
2. Medidas de prevención ambiental para reducir el botellón.....	118
2.1. Cambio de la legislación estatal, autonómica y local sobre el botellón	118
2.1.1. Legislación a nivel nacional	118
2.1.2. Legislación a nivel autonómico.....	119
2.1.3. Legislación a nivel local	120
2.2. Medidas específicas.....	121
1. Prohibir la publicidad directa vinculada al botellón (ej., en pasquines, carteles, etc.).....	121
2. Prohibir la publicidad indirecta vinculada al botellón.....	122

3. Control de acceso de los menores a los locales donde venden alcohol (bares, supermercados, tiendas 24 horas, etc.).....	122
4. Control de locales que venden alcohol fuera de horario para evitar su compra por parte de los menores (ej., gasolineras, locales 24 horas, etc.).....	123
5. Control aleatorio del cumplimiento de la normativa en los puntos de venta de alcohol.	123
6. Vigilar los locales que abren específicamente para vender predominantemente alcohol a menores cerca de los lugares donde se hace botellón.....	124
7. Control aleatorio en parques, jardines, etc., sobre si los menores están bebiendo alcohol, lo hayan comprado o lo hayan traído de casa.....	125
8. Controlar la música ruidosa, el ruido, los orines, etc., en lugares en donde suele hacerse botellón, por no adecuarse tales comportamientos a las normativas en vigor.	125
9. Facilitar locales, lugares, recintos, etc., en donde ellos puedan tocar música, escuchar música o ver a grupos musicales, sin que haya consumo de alcohol.....	126
10. Dar la palabra a los vecinos en torno a donde se hace botellón para que colaboren activa y racionalmente cara a su erradicación.....	127
11. Multas por consumir alcohol en la calle, orinar en la calle, tirar desperdicios, rotura de mobiliario urbano, en torno a donde se hace botellón.....	127
12. Prohibir el consumo de alcohol en lugares públicos a ciertas horas de la noche.....	128
13. Permitir áreas de ocio y diversión nocturnas sin alcohol (áreas libres de alcohol.....	129
14. Vallar recintos en donde se hace botellón, para que deje de hacerse, en caso de que las CCAA o el municipio tenga competencias sobre ellos o sean de su propiedad. En caso de recintos privados instaurar vigilancia a los mismos, controlando el acceso al alcohol a los menores, resultados de las embriagueces, conducción temeraria, accidentes, traumatismos, cortes, etc.....	129
15. Controles sistemáticos de alcoholemia en los conductores de vehículos en torno a donde se hace botellón.....	130
16. Facilitar transporte público cuando se hace botellón en lugares alejados, para prevenir otros problemas (ej., accidentes de tráfico, abusos sexuales, agresiones, comas etílicos, etc.).....	131
17. Carteles informativos indicando la prohibición de beber alcohol por parte de menores en parques, jardines, plazas, etc., ni de hacer botellón.....	131
18. Información a la población de que el botellón es un problema de salud pública, no de diversión.....	132

19. Usar la mala imagen que da el botellón a la ciudad para lograr cambios en la forma de ver el mismo.....	133
20. En los casos de reincidencia continua de los menores, a nivel de multas e incumplimiento, implantar programas educativos y sociales para ellos.....	133
21. Concienciar a los padres de la labor educativa y de crianza que tienen hacia sus hijos menores de edad y su responsabilidad legal ante los actos que ellos realizan. .	134
22. Derivar a los menores de edad o adultos jóvenes con problemas con el alcohol a centros de tratamiento.	134
23. Detección de los menores con consumos problemáticos de alcohol en los centros escolares, servicios de urgencias, pediatría, etc.....	135
24. Hacer saber, de modo claro, a la industria del alcohol de su responsabilidad en la venta de alcohol para el botellón, cuando así es el caso, y su implicación directa o indirecta en el mismo.	136
25. Hacer estudios sobre las consecuencias negativas del botellón en la salud física, mental, rendimiento académico, consumo de otras drogas, etc.....	136
26. Estar atentos a la contra-prevención en el tema del botellón.....	137
27. Coordinar estas medidas con otras en relación al consumo de alcohol en adultos, venta y consumo de cannabis, problemas personales, fracaso escolar, inasistencia a la escuela en menores y abandono escolar.....	137
28. Contraponer los posibles beneficios del botellón en los jóvenes con las consecuencias negativas que les produce (ej., accidentes de tráfico, traumatismos y lesiones, abandono escolar, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, etc.).	138
REFERENCIAS	138

CAPÍTULO 5. Medidas de prevención ambiental para el consumo de tabaco 143

1. De dónde partimos.....	145
1.1. Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco....	146
1.2. Ley 42/2010 de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de productos del tabaco.	149
2. Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de tabaco.....	152
2.1. Incrementar el precio del tabaco	152

2.2.	Reducir los lugares públicos de consumo de tabaco (ej., estadios de fútbol, concentraciones al aire libre de personas, etc.).....	153
2.3.	Mejorar la protección de los niños y adolescentes ante el tabaco.....	154
2.4.	Prohibir fumar en los alrededores de los centros de salud y en los hospitales.....	155
2.5.	Prohibir fumar en los alrededores de los centros docentes, especialmente en su puerta.....	156
2.6.	Tener el envasado genérico de los cigarrillos.....	157
2.7.	Prohibir y sancionar el uso de las redes sociales para anunciar directa o indirectamente tabaco por personas financiadas por la industria del tabaco.....	158
2.8.	Monitorizar y desenmascarar las tretas de la industria tabaquera hacia los jóvenes (ej., el tabaco de liar como bueno y natural).....	160
2.9.	Reducir los puntos de venta de tabaco.....	161
2.10.	Campañas informativas sobre tabaco y salud, mantenidas en el tiempo.....	162
2.11.	Incrementar los programas preventivos en la escuela.....	163
2.12.	Incidir en el colectivo médico por su papel ejemplar.....	164
2.13.	Potenciar los programas de deshabituación tabáquica.....	164
2.14.	Perseguir el contrabando de tabaco y el mercado ilícito de tabaco.....	165
2.15.	Mejorar el sistema sancionador.....	166
	REFERENCIAS.....	166

CAPÍTULO 6. Medidas de prevención ambiental en drogas ilegales..... 171

1.	De dónde partimos.....	173
2.	Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de drogas ilegales.....	175
2.1.	Venta y tráfico de drogas.....	175
2.2.	Medidas legales.....	176
2.3.	Ocio y diversión.....	179
2.4.	Tráfico y conducción.....	181
2.5.	Familia.....	182
2.6.	Escuela e institutos.....	183
2.7.	Sociales.....	186
2.8.	Campañas informativas.....	188
2.9.	Programas preventivos.....	190

2.10. Programas de screening y de tratamiento.....	192
2.11. Investigación.....	193
2.12. Coordinación de las medidas.....	195
REFERENCIAS	197

CAPÍTULO 7. Medidas de prevención ambiental en el consumo de cannabis 203

1. De dónde partimos.....	205
2. Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de cannabis.....	206
2.1. Publicidad.....	206
2.2. Venta y tráfico de cannabis.....	208
2.3. Régimen sancionador.....	209
2.4. Medidas legales.....	210
2.5. Ocio y diversión.....	212
2.6. Tráfico y conducción.....	213
2.7. Escuela e institutos.....	214
2.8. Auto-cultivadores de cannabis.....	215
2.9. Campañas informativas.....	217
2.10. Programas preventivos.....	218
2.11. Programas de screening y de tratamiento.....	220
2.12. Investigación.....	221
2.13. Coordinación de las medidas.....	222
REFERENCIAS	223

CAPÍTULO 8. Juegos de azar, apuestas deportivas y la prevención del juego excesivo y del juego patológico..... 229

1. De dónde partimos.....	231
1.1. Participación y gasto en juego en España.....	233
1.2. Legislación estatal sobre el juego en España.....	234
1.2.1. La legislación desde sus inicios hasta el final del s. XX.....	234
1.2.2. La legislación de 2011 y años siguientes.....	237
1.2.3. La regulación del juego online.....	238

1.2.4.	El surgimiento de las casas de apuestas deportivas.....	238
1.2.5.	La regulación específica para los distintos juegos de azar.....	239
1.2.6.	Juego patológico, apuestas deportivas, juego online, y la alarma social producida por el juego	239
1.2.7.	En conclusión	240
2.	Medidas de prevención ambiental en los juegos de azar y en las apuestas deportivas	242
2.1.	Regular el número de establecimientos de juego y apuestas.....	242
2.2.	Regular el número de máquinas de juego o de apuestas.....	244
2.3.	Prohibición de la publicidad del juego.....	245
2.4.	Regulación del acceso al juego	249
2.5.	Cantidad apostada, impuestos sobre el juego y pago de premios.....	251
2.6.	Cambios en la forma del juego y en dar los premios en ese juego.....	252
2.7.	Advertencias sobre los problemas de juego en los locales de juego y apuestas.....	254
2.8.	Edad de acceso a los locales de juego o a las máquinas de juego o de apuestas.....	256
2.9.	Auto-prohibición de acceso a los locales de juego o de apuestas	257
2.10.	Incrementar el régimen sancionador del incumplimiento de la normativa en vigor	259
2.11.	Realizar campañas informativas sistemáticas sobre las negativas consecuencias del juego, dirigidas sobre todo a los jóvenes y a los padres.....	260
2.12.	Poner en práctica programas preventivos sobre el juego	262
2.13.	Facilitar los programas de screening y de tratamiento.....	263
2.14.	Potenciar la investigación.....	263
2.15.	Coordinación de las medidas.....	265
	REFERENCIAS	266

Resumen ejecutivo

Capítulo 1. El consumo de drogas en las sociedades desarrolladas y la necesidad de su prevención

El consumo de drogas se ha convertido en un grave problema en las sociedades desarrolladas.

En España, disponemos de datos fiables de consumo por las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas, tanto en población de adolescentes (personas escolarizadas de 14 a 18 años), como en población general (personas de 15 a 65 años). La sustancia más consumida entre las drogas ilegales es el cannabis y sus derivados, seguida de la cocaína y el éxtasis. Destaca en los jóvenes el incremento del número de borracheras o consumo intensivo de alcohol y la participación en el botellón.

En las últimas décadas se produjeron avances importantes en la conceptualización y desarrollo de programas preventivos eficaces. De la prevención primaria, secundaria y terciaria se ha pasado a la prevención universal, selectiva e indicada. Y, todo ello, ha facilitado recientemente el surgimiento de la prevención ambiental.

Las estrategias de prevención ambiental “tienen por objeto cambiar el entorno cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Incluyen medidas como la fijación de los precios del alcohol y las prohibiciones de la publicidad y el consumo de tabaco, de cuya eficacia hay pruebas claras. Otras estrategias aspiran a proporcionar entornos escolares protectores, por ejemplo promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y comprensivo, y enseñando normas y valores de civismo” (OEDYT, 2017, p. 27).

Capítulo 2. Revisiones sobre prevención ambiental. Qué sugieren los organismos europeos y nacionales sobre la prevención ambiental

El informe del OEDYT (2017) sobre “Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea” indica la necesidad de que haya respuestas sanitarias y sociales utilizando marcos jurídicos y políticas europeas, nacionales y sociales. Uno de los tipos de prevención para ello es la ambiental.

En Europa se han estudiado las medidas de prevención ambiental que se deberían poner en marcha (Oncioiu et al., 2018). Estas pueden hacerse de tres modos: reguladoras, físicas y económicas.

El *The Community Guide* norteamericano (<https://www.thecommunityguide.org/>), ha evaluado las intervenciones orientadas a la mejora de la salud y a prevenir las distintas enfermedades. Incluyen y evalúan las estrategias de prevención ambiental que se han puesto en marcha en Estados Unidos.

Dentro de las propuestas del *Plan Nacional sobre Drogas: Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)* hay un apartado dedicado a la prevención ambiental. Distintos planes autonómicos también han hecho propuestas sobre prevención ambiental en drogas.

Capítulo 3. Medidas de prevención ambiental para la reducción del consumo de alcohol

Disponemos de diversa legislación estatal que regula la venta, consumo y publicidad de las bebidas alcohólicas. Son relevantes las conclusiones de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, sobre “Menores sin Alcohol” (2018). Proponen diversas medidas de prevención ambiental. Distintas comunidades autónomas han legislado sobre el consumo de alcohol para aumentar el control de su consumo. Lo mismo han hecho diversos municipios a través de ordenanzas específicas.

Varias sociedades científicas han elaborado informes sobre cómo reducir el consumo de alcohol y mejorar la salud de la población. Muchas de sus medidas son de prevención ambiental.

Las medidas eficaces de prevención ambiental para reducir el consumo de alcohol son:

1. Prohibición de la publicidad de las bebidas alcohólicas. Esta medida es muy eficaz, sobre todo cuando se prohíbe el consumo en lugares públicos (ej., transporte público, establecimientos de venta de alcohol, centros educativos, vallas publicitarias, etc.), en los medios de comunicación de masas (periódicos, revistas, radio, televisión, redes sociales, etc.); prohibir la publicidad indirecta, o encubierta, del alcohol en todos sus medios (publicidad indirecta, financiación de eventos, venta de productos con la misma marca, bebidas 0.0, etc.); prohibir la publicidad o promoción que facilita el mayor consumo de alcohol (ej., promociones 2 x 1, horas felices, etc.).
2. Incrementar los impuestos sobre el alcohol. Esta medida es muy eficaz, sobre todo cuando el incremento está por encima del IPC, cuando hay un precio mínimo para el alcohol, o se facilita que haya bebidas sin alcohol más baratas.
3. Regulación de la venta de alcohol. Ha mostrado ser eficaz subir la edad mínima para beber alcohol a los 21 años. También regular la venta de alcohol, como controlar puntos de venta, eliminar la venta ilegal de alcohol, regular las tiendas de 24 horas, controlar el acceso de los menores a locales de venta de alcohol; medidas estrictas sobre la elaboración de alcohol; prohibir la venta de alcohol fuera de los lugares habilitados; regular y controlar la venta de alcohol; otras medidas relacionadas con el consumo (ej., tipo de vasos, música, etc.); prohibir consumir alcohol y drogas, así como su venta, en las escuelas, institutos y universidades.
4. Reducir el número de locales en los que se vende alcohol. Es una medida eficaz, pero sobre la que hay fuerte resistencia a implantarla. Por la ley de la oferta y la demanda, a mayor exposición mayor posibilidad de consumo.
5. Incrementar los lugares donde se prohíbe el consumo. Sobre todo en la vía pública, como calles, parques públicos, plazas, etc.; prohibición de consumir y vender bebidas alcohólicas en recintos escolares; prohibición de consumir alcohol y vender alcohol en los lugares de trabajo.

6. Restricciones de la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos. Este es uno de los lugares en donde se consume más alcohol y a donde más acuden jóvenes. Se ha mostrado eficaz establecer áreas libres de alcohol; tener carteles bien visibles indicando la prohibición de beber a menores; controlar la edad de acceso a la compra (18 o más años) y un sistema sancionador por su incumplimiento; sancionar a los camareros que vendan alcohol a personas embriagadas; llamar a los servicios de seguridad o de urgencias cuando se detecta una persona embriagada; prohibir beber alcohol fuera del recinto habilitado para ello (ej., aparcamiento, cerca del evento o a sus puertas); no permitir la venta de bebidas de gran tamaño (ej., de litro) en eventos públicos; dejar de servir alcohol una hora antes del cierre; acceso a agua y refrescos a buen precio; y, lugares de dispensación de agua gratuita.
7. Advertencias en el envase de las bebidas. Proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol y mensajes de salud a personas de riesgo (ej., sobre todo jóvenes y mujeres embarazadas).
8. Regular el consumo de alcohol en vía pública: regulación más restrictiva; hacer controles rutinarios de alcoholemias en la vía pública; potenciar el ocio y la diversión sana sin alcohol; restringir el consumo de alcohol en acontecimientos masivos (ej., conciertos, acontecimientos deportivos); multas y medidas alternativas para los que consumen alcohol en la vía pública; publicitación de la normativa legal en vigor; y, control y erradicación del botellón.
9. Tráfico y conducción. Dada la relación entre consumo excesivo de alcohol y accidentes de tráfico se precisa poner en práctica medidas más restrictivas, como disminuir el nivel mínimo de alcohol en sangre a 0.08 gr/l; incrementar las pruebas de alcoholemia aleatorias; introducir el alcoholímetro en todos los coches; tener un adecuado sistema de reeducación sobre el alcohol para retirar las multas o reducir la sanción; en personas vulnerables o reincidentes en las sanciones, derivarlos a dispositivos preventivos o a centros de tratamiento; bloqueadores de arranque del motor si ha bebido alcohol por encima de lo permitido; y, mejorar el transporte gratuito para los jóvenes que salen a divertirse. Estas medidas son muy eficaces.
10. Ocio y diversión saludables. Potenciar el ocio saludable sin alcohol; desnormalizar la borrachera y el consumo excesivo de alcohol en el ocio y diversión; potenciar las bebidas sin alcohol; prestar una atención especial al botellón, cara a su erradicación; tener un claro sistema sancionador por las borracheras, orinar en la calle, tirar desperdicios debido al consumo en vía pública, etc.
11. Industria del alcohol y dispensadores de alcohol. La industria del alcohol tiene que tener un papel importante en las medidas de control del consumo excesivo de alcohol y de que los consumos de alcohol no sean de riesgo. De ahí la necesidad de programas específicos de concienciación, para elaboradores, distribuidores y, sobre todo, vendedores y dispensadores directos de alcohol. Igualmente hacerles partícipes de la necesidad de ciertas medidas (ej., reducir puntos de venta o dispensación, edad mínima de consumo, etc.) para promover y preservar la salud pública.
12. Mejorar el sistema sancionador. Las medidas anteriores son eficaces con un régimen de inspección y sancionador eficiente.
13. Campañas informativas orientadas al conocimiento de la normativa por parte de la población y su continua mejora.

14. Potenciar los programas preventivos. Las medidas de prevención ambiental deben coordinarse con programas preventivos específicos para el alcohol a nivel escolar, familiar, prevención selectiva e indicada, prevención en el lugar de trabajo y detección en las escuelas de las personas en riesgo por el consumo de alcohol.
15. Facilitar los programas de screening y de tratamiento, sobre todo para las personas con problemas con el abuso o la dependencia del alcohol.
16. Potenciar la investigación cara a la mejor toma de decisiones en cada momento.
17. Coordinación de las medidas anteriores entre administraciones y entre los distintos organismos de cada administración.

Capítulo 4. Medidas de prevención ambiental para el control y erradicación del botellón

En España, desde hace años, tenemos un importante problema con el consumo de alcohol, y sus efectos asociados, en lo que se conoce como “botellón”.

Las medidas de prevención ambiental para reducir el botellón son las siguientes:

- a) Como medida general: cambio de la legislación estatal, autonómica y local sobre el botellón. Esta medida debe coordinarse con la general sobre el consumo de alcohol en menores.
- b) Como medidas específicas, varias que se relacionan con lo ya comentado sobre el alcohol, y que son eficaces:
 1. Prohibir la publicidad directa vinculada al botellón (ej., en pasquines, carteles, etc.). Esta es una medida sumamente eficaz.
 2. Prohibir la publicidad indirecta vinculada al botellón.
 3. Control de acceso de los menores a los locales donde venden alcohol (bares, supermercados, tiendas 24 horas, etc.).
 4. Control de locales que venden alcohol fuera de horario para evitar su compra por parte de los menores (ej., gasolineras, locales 24 horas, etc.).
 5. Control aleatorio del cumplimiento de la normativa en los puntos de venta de alcohol.
 6. Vigilar los locales que abren para vender predominantemente alcohol a menores cerca de los lugares donde se hace botellón.
 7. Control aleatorio en parques, jardines, etc., sobre si los menores están bebiendo alcohol, lo hayan comprado o lo hayan traído de casa.
 8. Controlar la música ruidosa, el ruido, los orines, etc., en lugares en donde se hace botellón, por no adecuarse tales comportamientos a las normativas en vigor.
 9. Facilitar locales, lugares, recintos, etc., en donde los jóvenes puedan tocar música, escuchar música o ver a grupos musicales, sin que haya consumo de alcohol.
 10. Dar la palabra a los vecinos en torno a donde se hace botellón para que colaboren activa y racionalmente cara a su erradicación.

11. Multas por consumir alcohol en la calle, orinar en la calle, tirar desperdicios, rotura de mobiliario urbano, en torno a donde se hace botellón.
12. Prohibir el consumo de alcohol en lugares públicos a ciertas horas de la noche.
13. Permitir áreas de ocio y diversión nocturnas sin alcohol (áreas libres de alcohol).
14. Vallar recintos en donde se hace botellón, para que deje de hacerse, en caso de que las CCAA o el municipio tenga competencias sobre ellos o sean de su propiedad. En caso de recintos privados instaurar vigilancia para que no se haga botellón.
15. Controles sistemáticos de alcoholemia en los conductores de vehículos en torno a donde se hace botellón.
16. Facilitar transporte público cuando se hace botellón en lugares alejados para prevenir otros problemas (ej., accidentes de tráfico, abusos sexuales, agresiones, comas etílicas, etc.).
17. Carteles informativos indicando la prohibición de beber alcohol por parte de menores en parques, jardines, plazas, etc., ni de hacer botellón.
18. Información a la población de que el botellón es un problema de salud pública, no de diversión.
19. Usar la mala imagen que da el botellón a la ciudad para lograr cambios en la forma de ver el mismo.
20. En los casos de reincidencia continua de los menores, a nivel de multas e incumplimiento, implantar programas educativos y sociales para ellos.
21. Concienciar a los padres de la labor educativa y de crianza que tienen hacia sus hijos menores de edad y su responsabilidad legal ante los actos que ellos realizan.
22. Derivar a los menores de edad o adultos jóvenes con problemas con el alcohol a centros de tratamiento.
23. Detección de los menores con consumos problemáticos de alcohol en los centros escolares, servicios de urgencias, pediatría, etc.
24. Hacer saber, de modo claro, a la industria del alcohol de su responsabilidad en la venta de alcohol para el botellón, cuando así es el caso, y su implicación directa o indirecta en el mismo.
25. Hacer estudios sobre las consecuencias negativas del botellón en la salud física, salud mental, rendimiento académico, consumo de otras drogas, etc.
26. Estar atentos a la contra-prevención en el tema del botellón.
27. Coordinar estas medidas con otras en relación al consumo de alcohol en adultos, venta y consumo de cannabis, problemas personales, fracaso escolar, inasistencia a la escuela en menores y abandono escolar.
28. Contraponer los posibles beneficios del botellón en los jóvenes a las consecuencias negativas que produce (ej., accidentes de tráfico, traumatismos y lesiones, abandono escolar, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, etc.).

Capítulo 5. Medidas de prevención ambiental para el consumo de tabaco

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad en el mundo. Es responsable de unos 52.000 muertos cada año en España. A pesar del descenso del consumo de tabaco, y del incremento de la conciencia social ante el mismo, se precisa tomar nuevas medidas para reducir su consumo.

Distintas estrategias de organismos como la Organización Mundial de la Salud, a través del Convenio Marco para el control del tabaquismo, y de otros organismos internacionales y nacionales, sabemos cómo lograr reducir dicho consumo, en muchos casos con medidas de prevención ambiental.

Las medidas de prevención ambiental eficaces para reducir el consumo de tabaco son:

1. Incrementar el precio del tabaco. Es una de las medidas más eficaces de que disponemos.
2. Reducir los lugares públicos de consumo de tabaco (ej., estadios de fútbol, concentraciones al aire libre de personas, etc.).
3. Mejorar la protección de los niños y adolescentes ante el tabaco, prohibiendo fumar en lugares en donde están ellos (ej., coche, parques infantiles, aire libre, etc.).
4. Prohibir fumar en los alrededores de los centros de salud y de los hospitales.
5. Prohibir fumar en los alrededores de los centros docentes, especialmente en su entrada.
6. Tener el envasado genérico de los cigarrillos. Esto permite eliminar la publicidad directa e indirecta de las marcas de cigarrillos.
7. Prohibir y sancionar el uso de las redes sociales para anunciar directa o indirectamente tabaco por personas financiadas por la industria del tabaco.
8. Monitorizar y desenmascarar las tretas de la industria tabaquera hacia los jóvenes (ej., el tabaco de liar como bueno y natural, los cigarrillos electrónicos son sanos, nuevas formas de fumar como más seguras).
9. Reducir los puntos de venta de tabaco.
10. Campañas informativas sobre tabaco y salud, mantenidas en el tiempo.
11. Incrementar los programas preventivos en la escuela en relación al tabaco.
12. Incidir en el colectivo médico por su papel ejemplar.
13. Potenciar los programas de deshabituación tabáquica.
14. Perseguir el contrabando de tabaco y el mercado ilícito de tabaco.
15. Mejorar el sistema sancionador, para lograr el adecuado cumplimiento de las medidas anteriores.

Capítulo 6. Medidas de prevención ambiental en drogas ilegales

El consumo de drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína, drogas de síntesis, etc.) se ha convertido en un grave problema social, que abarca al individuo, la familia, la salud, la economía, el orden público, entre otros.

Las medidas de prevención ambiental eficaces para reducir el consumo de drogas ilegales son:

1. Medidas que reduzcan la venta y tráfico de drogas (ej., mejorar la actuación policial cara al narcotráfico, evitar el blanqueo de capitales del narcotráfico, erradicación de los centros de transformación de drogas, etc.).
2. Medidas legales, tanto relacionadas con el conocimiento de lo que implica el consumo y tráfico de drogas, como el control específico en torno a institutos, lugares de diversión, responsabilidad de los padres, etc.
3. Ocio y diversión. Deben ponerse en práctica medidas de mayor vigilancia y control sobre el consumo en los lugares de diversión; favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas; potenciar programas de ocio alternativo eficaces; favorecer lugares de diversión para los jóvenes donde sea más difícil consumir drogas; control de drogas cuando ha habido peleas, actos violentos, agresiones; y, regular las fiestas de adolescentes.
4. Tráfico y conducción. Medidas de control y disuasorias para reducir el consumo de drogas en la conducción a través de controles y sanciones.
5. Familia. Entrenar a los padres en la detección temprana de problemas de salud mental de sus hijos; programas para padres con problemas de salud mental; fomentar la resiliencia en la familia, en la escuela y en la sociedad así como valores sociales sanos, saludables y de supervivencia; potenciar la estructura familiar y otras redes sociales; reducir el estrés social en la familia; y, entrenar a los padres para que sus hijos incrementen su autocontrol.
6. Escuela e institutos. Poner en práctica medidas de control del consumo de drogas y del tráfico; política de centro escolar saludable; fomentar valores sociales sanos y saludables; entrenarlos en incrementar el autocontrol, etc.
7. Sociales. Mejorar aspectos gratificantes en el medio del individuo (habilidades, transporte, diversión, posibilidades laborales, económicas y sociales), poner los medios para que los jóvenes cumplan sus metas sociales (estudio, trabajo, pareja, vivienda, ocio y tiempo libre); reducir el consumo de psicofármacos; y, apoyo y entrenamiento de las personas para lograr una mejor estabilidad afectiva, emocional y familiar en las personas, en las parejas y en las familias.
8. Campañas informativas para toda la población, para que conozcan la normativa legal sobre el consumo de drogas; información, educación y concienciación sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas; conocimiento de las consecuencias negativas en la salud física y mental, etc.
9. Programas preventivos en la escuela, familia, jóvenes consumidores, hijos de padres consumidores de drogas y padres que tienen hijos consumidores de drogas.

10. Programas de screening y de tratamiento para los nuevos consumidores (en la escuela, centros de salud, servicios de urgencias, etc.).
11. Investigación sobre los distintos aspectos de las drogas ilegales.
12. Coordinación de las medidas anteriores entre administraciones y entre los distintos organismos de cada administración.

Capítulo 7. Medidas de prevención ambiental en el consumo de cannabis

El consumo de cannabis (marihuana o hachís) es hoy la droga ilegal más consumida en el mundo. Su consumo está adquiriendo características epidémicas.

Las medidas de prevención ambiental eficaces para reducir el consumo de cannabis son:

1. Publicidad. Se está haciendo publicidad directa e indirecta del cannabis. Es preciso regularla en las revistas pro-cannabis, la venta de sus semillas en establecimientos, y otros objetos para su cultivo, así como los clubs cannábicos, evitando los subterfugios legales.
2. Venta y tráfico de cannabis. Como droga ilegal se debe perseguir su venta y tráfico como las otras drogas, de acuerdo con la actual legislación vigente.
3. Mejorar el régimen sancionador para los consumidores de cannabis en vía pública.
4. Nuevas medidas legales para reducir el consumo de cannabis (ej., conocimiento de las normas legales sobre el cannabis, medidas alternativas al encarcelamiento a los consumidores o pequeños traficantes, control de la venta en torno a los institutos, etc.).
5. Ocio y diversión. Dado el alto consumo de cannabis en el ocio y la diversión se precisa una mayor vigilancia y control en esos lugares; favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas; potenciar programas de ocio alternativo eficaces; control del consumo de drogas cuando en ese lugar son frecuentes peleas, actos violentos, agresiones, etc.; regular las fiestas de adolescentes.
6. Tráfico y conducción. Incrementar el número de controles aleatorios en conductores sobre el consumo de cannabis; incrementar las sanciones a los conductores que circulan habiendo consumido cannabis; inmovilización del vehículo en conductores consumidores de cannabis; retirada del carnet de conducir en consumidores de cannabis cuando tienen accidentes de tráfico; y, reeducación por los puntos de carnet perdidos por consumo de cannabis.
7. Escuela e institutos. Incrementar los controles del consumo y del tráfico de cannabis y otras drogas en el centro; política de un centro escolar saludable; educación de los profesores sobre el cannabis y otras drogas; y, aplicar sistemáticamente programas preventivos.
8. Auto-cultivadores de cannabis. Por la relevancia que tienen éstos cara al consumo, se precisa un seguimiento minucioso de los mismos, regular y aplicar las sanciones administrativas y legales en función del cultivo ilegal aprehendido; control y seguimiento de los congresos pro-consumo de cannabis; mejorar en los auto-cultivadores la educación, prevención y tratamiento; y, hacer frente a la contra-prevención y a los intereses subyacentes al negocio del cannabis y de los auto-cultivadores.

9. Campañas informativas sobre el cannabis y sus efectos negativos en la salud para la población y los jóvenes; campañas para desnormalizar el consumo de cannabis; y, hacer frente a la contra-prevención, contra-información y banalización del consumo así como desenmascarar a los grupos pro-cannabis y sus intereses.
10. Programas preventivos en la escuela, la familia y para los que ya consumen.
11. Programas de screening y de tratamiento para los que han empezado a consumir o ya son consumidores, sobre todo para los más jóvenes o que están escolarizados.
12. Investigación sobre el cannabis para incrementar el conocimiento y la mejor toma de decisiones objetivas sobre el consumo de cannabis; para contrarrestar la estrategia de bloqueo de la contra-prevención; para aumentar el número de personas, investigadores y profesionales implicadas en la salud.
13. Coordinación de las medidas entre las distintas administraciones y dentro de cada administración.

Capítulo 8. Juegos de azar, apuestas deportivas y la prevención del juego excesivo y del juego patológico

El juego patológico se ha convertido en un importante problema sanitario y social en España en las últimas décadas. El mismo está producido por los juegos de azar y por las apuestas deportivas.

El juego de azar se legalizó en España a finales de los años 70, surgiendo con fuerza en los años 80 hasta hoy. Hace pocos años surgió el juego online y, recientemente, los locales de apuestas deportivas.

Las medidas de prevención ambiental eficaces en los juegos de azar y en las apuestas deportivas son:

1. Regular el número de establecimientos de juego y apuestas. Se debe regular el número máximo de casinos, bingos, locales de juegos de azar o apuestas. Igualmente, el número máximo de máquinas recreativas con premio. La mayor difusión del juego, o el descontrol en el número de locales, incrementa el gasto en juego, el juego en sí, y los problemas de juego en una sociedad.
2. Regular el número de máquinas de juego o de apuestas. Las máquinas recreativas con premio, las conocidas como máquinas tragaperras, son muy adictivas, y hay un enorme número de ellas en España. A menor número de máquinas, menor juego y menos problemas de juego.
3. Prohibición de la publicidad del juego. Debe prohibirse toda publicidad de juego, sea cual sea el juego, sea publicidad directa (ej., en TV, prensa, redes sociales) como indirecta (ej., a través de influencers, asociada a deportistas o famosos). La mayoría de la publicidad actual va dirigida a niños y adolescentes para hacer nuevos clientes.
4. Regulación del acceso al juego. Cuanto mayor es la edad de acceso al juego menos juega esa persona. Deben tomarse medidas estrictas para que los menores no puedan acceder a los lugares de juego ni jugar en ellos.

5. Cantidad apostada, impuestos sobre el juego y pago de premios. Debe regularse el modo de jugar, en relación a la cantidad apostada, modo de apostar, impuestos sobre el juego y pago de premios para hacer menos atractivo el juego.
6. Cambios en la forma del juego y en dar los premios en ese juego. Hacer menos adictivo el juego y dar los grandes premios en varias partes a lo largo del tiempo. Con ello se reduce el poder adictivo del juego de azar.
7. Advertencias sobre los problemas de juego en los locales de juego y apuestas. Deben ponerse en las máquinas o locales de juego. Y también debe indicarse en las mismas donde pueden pedir ayuda si la precisan.
8. Edad de acceso a los locales de juego o a las máquinas de juego o de apuestas. Si se sube la edad de acceder a los locales de juego disminuyen los problemas de juego. De ahí que debe subirse la edad para poder jugar por encima de los 18 años.
9. Auto-prohibición de acceso a los locales de juego o de apuestas en las personas que tienen problemas de juego, para que así no puedan acceder fácilmente a ellos.
10. Incrementar el régimen sancionador del incumplimiento de la normativa en vigor.
11. Realizar campañas informativas sistemáticas sobre las negativas consecuencias del juego, dirigidas sobre todo a los jóvenes y a los padres.
12. Poner en práctica programas preventivos sobre el juego en la escuela, familia, lugares de trabajo y sociedad en general.
13. Facilitar los programas de screening y de tratamiento para los jugadores con problemas de juego.
14. Potenciar la investigación sobre el juego y sus efectos negativos en la salud física y mental, así como en la esfera familiar, laboral y legal.
15. Coordinación de las medidas entre las distintas administraciones y dentro de una misma administración.



**El consumo de drogas
en las sociedades
desarrolladas y la necesidad
de su prevención**

1

1. Prevalencia del consumo de drogas en España

A lo largo del siglo XX hemos vivido una enorme expansión de las drogas en todo el mundo, como ha ocurrido con otros productos de consumo. Los datos actuales son impactantes. Así, en el Informe sobre el consumo de drogas en el mundo de 2018, que elabora anualmente la Oficina sobre Drogas y Crimen de Naciones Unidas (UNODC, 2018), se indica como uno de cada 20 adultos de 15 a 64 años han consumido al menos una droga en el año 2016 (5,6%). Estiman que 31 millones de personas en el mundo tienen trastorno por consumo de sustancias, de los cuales 10,6 millones consumen por vía inyectada. Estiman que, en 2015, 450.000 personas murieron como consecuencia del consumo de drogas (entre un tercio y la mitad de estas muertes fueron causadas por sobredosis).

De esos 31 millones de adictos sólo uno de cada seis está en tratamiento. Muchas de las personas con problemas de adicción están encarceladas y, en algunos países, debido a la falta de medidas higiénicas adecuadas y por la vía de administración utilizada para el consumo, estas personas tienen una alta probabilidad de padecer enfermedades de tipo contagioso, sobre todo VIH, hepatitis y tuberculosis. En cuanto al consumo de drogas en función del género, un dato relevante es que a nivel mundial, es tres veces más probable que el hombre, en relación con la mujer, consuma cannabis, cocaína y anfetaminas. Mientras que, en el caso de la mujer, es más probable que consuman opiáceos y tranquilizantes fuera del uso médico para el que están recomendados.

La droga ilegal más consumida en el mundo es el cannabis, con un gran incremento del consumo en las últimas décadas. Luego le sigue el consumo de anfetaminas y el de opiáceos, droga esta última que es la que acarrea mayores daños y consecuencias negativas en la salud. Y, a continuación, estaría el consumo de cocaína. Es poco frecuente que el consumidor de drogas consuma una única sustancia, siendo lo habitual el consumo de varias (politoxicomanía).

Pasado lo anterior a datos cuantitativos, la droga más cultivada en el mundo es el cannabis, que se documenta en 129 países, el opio en 49 y la hoja de coca en 7. Se calcula que la producción de opio en 2017 fue de 9.000 toneladas; de cocaína 1.410 toneladas, la cifra más alta jamás registrada. En el informe de 2016 de la Oficina de Naciones Unidas contra las drogas y el delito (UNODC, 2016) (elaborado con datos de 2014) se indicaba una producción de casi 6.000 toneladas de marihuana y 1.400 toneladas de resina de hachís. Actualmente, esta cifra es mucho mayor. Pero hay menos datos sobre su producción, o no aparecen en los informes (ej., en el de UNODC, 2019). En relación a la cocaína indican que en 2017 se han producido 1.976 toneladas, habiéndose incautado 1.275, la mayor cantidad hasta ahora (UNODC, 2019).

En relación con el consumo de cannabis, en Europa, los datos del informe anual del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDYT) indican (OEDYT, 2019) la existencia de una polarización en las encuestas de opinión sobre el mismo y el importante debate público existente en algunos países. Pero, curiosamente, en muchos países de Europa el consumo de cannabis está estable o en descenso aunque la producción se ha incrementado en los últimos años. En el conjunto de Europa, el cannabis es ya la droga principal que se notifica con mayor frecuencia como primera demanda de tratamiento, en cuanto a drogas ilegales. Curiosamente, el 70% de todas las incautaciones de drogas en Europa son de cannabis (concretamente 466 toneladas de hachís y 209 toneladas de marihuana). Del total de cannabis incautado en Europa, 763 toneladas, 326 fueron incautadas en España, por ser el país de entrada desde Marruecos a Europa de esta droga. Para darnos una idea comparativa, de cocaína fueron incautadas en Europa 72 toneladas y de heroína 10 toneladas.

Una parte importante de la heroína entra por Turquía. Además, en los países bálticos, en torno a Turquía se va sustituyendo la heroína por otras sustancias, en particular opioides sintéticos y estimulantes. Lo positivo es que las sobredosis por heroína han disminuido. Pero, en algunos países como Estonia, se ha informado de un incremento de las muertes por el consumo de opioides sintéticos, vinculados allí al consumo de fentanilos, una familia de opioides sintéticos muy potentes. Además, la mayoría de las muertes se producen en politoxicómanos, lo que indica un importante nivel de gravedad en la adicción. En 2013 se notificaron al Sistema de Alerta Rápida de la Unión Europea 81 nuevas sustancias psicotrópicas y otras 101 en 2014. Por ello, en los últimos años han aparecido en Europa 650 nuevas sustancias psicótropas (OEDT, 2018, 2019).

En relación a los estimulantes, se sigue manteniendo la cocaína como el estimulante preferido en los países meridionales y occidentales. En cambio, predomina la anfetamina en los países del norte y el este. El consumo de los estimulantes muestra una tendencia a la baja.

Otro problema que se está observando es el uso de distintos medicamentos como droga, sobre todo en consumidores de opiáceos (ej., pregabalina, fenazepam, diazepam, fenibut). El consumo de otras drogas como los alucinógenos, GHB (gamma-hidroxi-butilato) y ketamina permanece bajo y estable.

A pesar de todo lo dicho, el coste del tratamiento está centrado de modo predominante en los problemas derivados de la epidemia de la heroína de décadas pasadas. Es la droga que produce mayor morbilidad y mortalidad (ej., por sobredosis). Al ser la dependencia de la heroína uno de los trastornos más crónicos, su tratamiento tiene una mayor duración. con muchas enfermedades crónicas asociadas (VIH, hepatitis C, etc.). Esto obliga a dedicar muchos recursos terapéuticos a ella. Por ejemplo, en la última estimación para Europa (OEDT, 2018, 2019) hay 1,3 millones de personas con problemas con el consumo de heroína, de las cuales unas 630.000 están en tratamiento con sustitutivos opiáceos. Cabe destacar, como dato positivo, que en los últimos años ha descendido el consumo por la vía parenteral. Muchos de los planes u observatorios nacionales de drogas de los países europeos se crearon precisamente para hacerle frente a la epidemia de la heroína. Por suerte, van descendiendo las demandas de tratamiento por esta sustancia. El dato negativo es que están aumentando las demandas de tratamiento por otros opiáceos como por metadona, buprenorfina (ej., en Finlandia) y fentanilo (ej., en Estonia).

El número de personas en tratamiento en Europa por drogas es de 1,5 millones. Como consecuencia del importante número de personas que consumen drogas, las demandas de tratamiento no han dejado de crecer desde los años 70 del siglo XX.

Tabla 1.1. Estimaciones del consumo de drogas en la Unión Europea, en personas de 15 a 65 años y de 15 a 34 años (OEDYT, 2018)

Sustancia	Personas de 15 a 65 años		Jóvenes de 15 a 34 años	
	Consumo, vida	Consumo, últimos 12 meses	Consumo, últimos 12 meses	Rango por países
Cannabis	26,3%	7,2%	14,1%	3,5-21,5%
Cocaína	5,1%	1,1%	1,9%	0,2-4,0%
Heroína	Sin datos	0,4%	Sin datos	Sin datos

En España disponemos de datos fiables del consumo de drogas, mediante las encuestas que hace el Plan Nacional sobre Drogas, tanto en población adolescentes (personas escolarizadas de 14 a 18 años) (OEDYLA, 2018a, 2019), como en población general (personas de 15 a 65 años) (OEDYLA, 2018b). Así, en población general la sustancia más consumida entre las drogas ilegales es el cannabis y sus derivados, seguida de la cocaína y el éxtasis, con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses del 11% para cannabis, 2,2% para cocaína y 0,1 para la heroína. El consumo de heroína se mantiene estable en el 0,1%, pero llegó a estar hace décadas en el 1%. Las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres son claras, con un predominio de consumo en los varones.

Tabla 1.2. Prevalencia de consumos de drogas en España, 2017 (encuesta de la población general de 15-64 años)

Sustancia	Consumo, vida	Consumo, últimos 12 meses	Consumo, últimos 30 días
Cannabis	35,2%	11,0%	9,1%
Cocaína (polvo/base)	10,3%	2,2%	1,1%
Heroína	0,6%	0,1%	0,1%

Fuente: OEDYLA (2018b).

En cuanto al consumo de sustancias entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en la encuesta de 2018/19 (OEDYLA, 2019), un 58,5 había consumido alcohol en los 30 días previos a la encuesta y un 26,7% tabaco. A estas sustancias le sigue el cannabis, con una prevalencia del 19,3%, y la cocaína con un 0,9%. A continuación, aparecen otras sustancias ilegales como los alucinógenos y el éxtasis. De todas las sustancias ilegales, la heroína es la sustancia menos extendida, con una prevalencia del 0,3% en los últimos 30 días. Destaca también como, en los adultos, el 2,9% consumen hipnosedantes sin receta médica (que sube al 6,4% al sumar con y sin receta médica).

No olvidemos que en adolescentes el principal problema de consumo es el alcohol, con las borracheras y el botellón. Este consumo también se relaciona con el consumo de drogas ilegales. Destaca principalmente en estas edades el incremento del número de borracheras o consumo intensivo de alcohol. Así, en los estudiantes de secundaria el porcentaje de borracheras en los 30 días previos a la encuesta ha sido de un 16,1% en 1994, un 25,6% en 2006, un 35,6% en 2010, un 22,2 en 2014 y un 24,3% en 2018. En el caso del tabaco hay oscilaciones de año a año, aunque no demasiado grandes.

El consumo de cannabis es muy elevado en los estudiantes de ESO de 14 a 18 años (27,5% en los últimos 12 meses), con un mayor consumo de los varones que las mujeres (p. ej., en 2018, un

29,2% de los hombres y un 25,9% de las mujeres consumieron cannabis en los últimos 12 meses). En los últimos 30 días lo han consumido un 19,3% (OEDYA, 2019)

Cabe destacar el enorme incremento del consumo de hipnosedantes, con o sin receta médica, tanto en la población adulta como en la población escolarizada. Este es un aspecto importante a analizar ya que va más allá de la mera demanda de sustancias.

Cuando hablamos de incremento en el consumo de drogas, hay diversos conceptos que lo explican. La disponibilidad de sustancias, el descenso de la percepción de riesgo y el incremento de la disponibilidad percibida que tienen sobre poder conseguir drogas para su consumo. Esto lleva a la idea, o creencia, de la normalización del consumo de drogas.

Tabla 1.3. Prevalencia de consumos de drogas en España, 2018 (encuesta de la población escolar de 14-18 años)

Sustancia	Consumo vida	Consumo últimos 12 meses	Consumo últimos 30 días	Consumo, últimos 12 meses		Edad de inicio
				Varones	Mujeres	
Alcohol	77,9	75,9	58,5	74,1	77,5	14,0
Tabaco	41,3	35,0	26,7	31,4	38,5	14,0
Cannabis	33,0	27,5	19,3	29,2	25,9	14,9
Éxtasis	2,6	0,9	0,7	2,4	1,4	15,4
Alucinógenos	1,9	1,9	0,5	2,0	0,8	15,2
Anfetaminas	1,5	1,1	0,5	1,5	0,8	15,4
Cocaína (polvo/base)	2,9	2,4	0,9	3,2	1,7	15,2
Heroína	0,7	0,5	0,3	0,7	0,3	14,5
Inhalables volátiles	1,7	1,0	0,5	1,3	0,8	14,0
GHB	0,6	0,4	0,2	0,5	0,3	14,4
Hipnosedantes sin receta	8,6	6,1	2,9	4,7	7,4	14,3
Hipnosedantes con y sin receta	18,4	12,5	6,4	9,8	15,1	14,0

Fuente: OEDYL (2019).

2. La necesidad de prevenir el consumo de drogas

Las intervenciones preventivas suelen agruparse en dos grandes bloques, el de reducción del consumo, también denominado como reducción de la demanda, y el de la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor. Realmente, cuando hablamos de la prevención de drogas aplicada a los individuos nos estamos refiriendo a la reducción de la demanda de drogas; esto es, lo que pretendemos es entrenar a los individuos para que si se les ofrecen drogas las rechacen y con ello se reduzca la demanda de drogas circulante en el mercado en una concreta comunidad, región o país. Por el contrario, la reducción de la oferta de drogas se orienta a que en el mercado haya menos cantidad de droga disponible. Para ello se establecen leyes, controles, cambios en los sistemas o en el ambiente o políticas orientadas a tal fin. Esto es aplicable tanto para las drogas legales como para las ilegales.

La prevención orientada a la reducción de la demanda se centra en el individuo (cambiar actitudes, percepciones, conductas; reducir los factores de riesgo; entrenarlo en habilidades; etc.). Cuando se realiza a un nivel más amplio, ej., escolar, familiar, comunitario, el objetivo sigue siendo el individuo o grupo de individuos al que se dirige. Por el contrario, la reducción de la oferta se dirige a la sustancia, a que haya menos cantidad de sustancia disponible o circulando en el mercado. Para ello se establecen controles desde donde se produce la sustancia (cultivo, elaboración), su transporte y almacenaje, hasta el punto de venta intermedio y final. Se relaciona con la producción, tráfico y venta de drogas, realizado por productores, elaboradores, traficantes, financiadores, transportistas, vendedores, blanqueadores, etc. Aquí la policía, los agentes de aduanas, el ejército, u otros cuerpos de seguridad, dependiendo de cada país, tienen el papel más importante. El control y lucha contra el tráfico de drogas, como así se le denomina, no se hace sólo a nivel nacional sino internacional.

Con las drogas legales se puede hacer combinadamente una reducción de la oferta y de la demanda, ya que junto al entrenamiento de la persona adolescente, o de los adultos, para que no consuman o abusen de las mismas, también podemos poner en marcha medidas para que la sustancia esté menos disponible, como se puede hacer restringiendo el acceso a las mismas, incrementar los precios, incrementar la edad legal de consumo, restringir y hacer cumplir el horario legal de cierre de locales de copas, etc. Mientras que con las drogas legales las medidas de reducción de la demanda se han mostrado eficaces, no se puede decir lo mismo en el caso de las drogas ilegales. Aun así, sin este tipo de control el consumo podría dispararse al estar más disponible la droga y poder bajarse los precios. El precio alto es una barrera para el consumo experimental y ocasional. Como dice Holder (1999), la legalización de una droga reduciría su precio, incrementaría la demanda y con ello se incrementaría el consumo. También hay el problema de que si en poco tiempo sube mucho el precio de la droga ilegal las personas dependientes utilizarán otros procedimientos (ej., robo, prostitución, etc.) para conseguir más dinero para poder conseguir su dosis de droga. Pero siempre hay que diferenciar las personas dependientes, de los que consumen esporádicamente o abusan de alguna droga. De ahí la necesidad de coordinación con los servicios sanitarios y los de tratamiento de las adicciones.

Las intervenciones basadas en normas o de tipo ambiental tienen varias ventajas. Por ejemplo, no dependen de convencer a los individuos una vez implantadas y sus efectos no decaen con el paso del tiempo (ej., el uso del cinturón de seguridad en el coche). Pero las normas deben hacerse reflejando del mayor modo posible las normas sociales y lo que es o no aceptable en esa sociedad. En el caso de las drogas las medidas de control son mayoritariamente aceptadas por la sociedad.

Habitualmente, las estrategias nacionales sobre drogas intervienen en tres grandes áreas: la lucha contra las organizaciones internacionales dedicadas al tráfico de drogas; la lucha contra la distribución interior de drogas ilegales, especialmente en los grupos organizados; y, la lucha contra la venta de drogas al por menor. Al tiempo, suelen incidir en el ámbito normativo contra las organizaciones criminales relacionadas con el tráfico, distribución o venta de drogas, blanqueo de capitales, etc. Y, como reducción de la demanda se centra en tres aspectos: prevención del consumo de drogas, reducción de daños, y asistencia e integración social. En cada uno de ellos especifica los distintos tipos de intervención que se corresponde con lo que se denomina habitualmente por parte de los profesionales de la prevención o del tratamiento como prevención, tratamiento e incorporación social.

En los últimos años ha cobrado gran relevancia conocer, para poder actuar sobre ellos, los factores de riesgo y protección sobre el consumo de drogas (Stone et al., 2012). O, de otro modo, los múltiples

factores bio-psico-sociales que se relacionan con el consumo de drogas. Este conocimiento es muy útil para la acción, para la prevención y para el tratamiento. Esto lo vemos en el siguiente apartado.

3. ¿Por qué las personas consumen drogas?

El proceso de comenzar a consumir drogas no es simple; es un proceso complejo. Pasa por una fase previa, o de predisposición, y puede seguir la de conocimiento, la de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la de consolidación, de dependencia, de abandono o mantenimiento, y de recaída (Becoña, 1999, 2002, 2019). En la fase previa o de predisposición hay toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo de drogas. Pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural. En la fase de conocimiento de la sustancia su contacto y su conocimiento van a depender de la disponibilidad, del interés que surja por ella, del efecto que crea que producen (expectativas), y de si los amigos o los propios familiares le inducen a su consumo. La fase de conocimiento puede llevar a la experimentación e inicio al consumo de distintas sustancias o bien puede seguir sin consumir. Conocer adecuadamente los factores de riesgo y protección y las características de la etapa adolescente es de gran relevancia en esta fase. La fase de consolidación del consumo de una sustancia es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. La última fase es la de abandono o mantenimiento. Cualquier conducta discurre a lo largo de un continuo temporal, en el que la persona puede seguir realizando la misma, o dejar de hacerla, si sus consecuencias son más negativas que positivas. De ahí que, entre los consumidores de las distintas drogas, unos dejarán de consumirlas después de una o varias pruebas, otros después de un período corto o largo de consumo, y otros la consumirán ininterrumpidamente durante muchos años o a lo largo de toda la vida. Serían los que están en la fase de mantenimiento del consumo. También es frecuente la recaída. La adicción consolidada puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir.

Tabla 1.4. Factores bio-psico-sociales determinantes del consumo de drogas

- Factores ecológicos y culturales.
- La predisposición biológica.
- La socialización.
- Características socio-demográficas.
- Disponibilidad y precio.
- Publicidad (drogas legales), aceptación social del consumo, presión social al consumo y conformidad.
- La percepción del riesgo de cada sustancia.
- Las drogas como reforzadores.
- Factores cognitivos: las expectativas y creencias.
- Características psicológicas: personalidad e inteligencia.
- Los iguales y amigos.
- La escuela y el ambiente escolar.
- Diversión y vida recreativa.
- La interacción con otras conductas problema (TDAH, agresividad, conductas antisociales).
- El estado emocional y las habilidades de afrontamiento.
- La adolescencia: la edad crítica para el inicio del consumo.
- La importancia de los factores de riesgo para el consumo y los de protección para el no consumo.
- La escalada en el consumo de drogas (de las legales a las ilegales).

3.1. Factores de predisposición históricos, ecológicos y de la especie humana

- **Factores ecológicos, históricos y socioculturales.** Nuestro mundo actual se estructura en grupos sociales. Y, dentro de nuestro grupo social, las creencias, expectativas y conductas se modulan por una historia previa que ha llevado a la constitución de una cultura específica en la interrelación mutua del hombre con su ambiente a lo largo del tiempo. Y ciertas drogas se llevan consumiendo años o siglos en esa cultura (ej., el alcohol en la nuestra). Sus usos solían estar ritualizados, pero en las últimas décadas ello ha cambiado con el incremento del comercio y la globalización, surgiendo drogas “nuevas” más potentes, no naturales, procesadas, y fuera del contexto tradicional de esa sociedad (ej., heroína, cocaína, cannabis, etc.).
- **Predisposición biológica.** Distintos estudios han mostrado la existencia de una predisposición biológica para el consumo de distintas sustancias, aunque esto varía de persona a persona. Por ejemplo, se considera que los factores genéticos explicarían el 49% de la variancia en el riesgo para la dependencia del alcohol (en gemelos monocigóticos). A ello hay que añadir los estudios de comorbilidad. Estos encuentran que las personas con distintos trastornos mentales tienen un mayor nivel de adicción al alcohol y drogas.
- **Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.** Sin aprendizaje no hay conducta. El poder reforzante de la droga hace que la asociación con distintos estímulos neutros sea muy amplia. Al producirse el consumo, frecuentemente en contextos sociales o en grupo, aumenta más la probabilidad de condicionamiento a elementos parciales o totales de ese contexto. Este refuerzo va a fortalecer posteriormente el proceso de búsqueda de la droga. Para poder estimar lo poderoso que es el refuerzo que produce una droga hay que saber con qué otros refuerzos compite, aparte de los primarios de la comida, el agua y el aire, otros como el sexo, el dinero, el matrimonio, la crianza de los hijos, un buen trabajo, ocio y tiempo libre, etc. Y sin olvidar que el consumo de drogas no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativa).

Otra importante característica psicológica del individuo es la inteligencia, o capacidad o habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y funcionar adecuadamente en su propio ambiente, lo que es un elemento básico de la persona. Mediante ella se va produciendo el aprendizaje y, de modo mutuo, el aprendizaje permite su desarrollo. Varios estudios han encontrado una asociación entre menor coeficiente de inteligencia (CI) y abuso o dependencia del alcohol.

Hacemos notar que la predisposición biológica, psicológica y socio-cultural actúan todas al mismo tiempo.

3.2. Factores de predisposición contextuales y cercanos

El contexto de la presencia de drogas marca o no su consumo. Esto está mediado por varios factores de predisposición contextuales o cercanos.

- **La biología.** La mayor parte de los estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos, sobre todo para el consumo de alcohol y de drogas de los padres y el posterior consumo de sus hijos. También los estudios que se basan en los cambios biológicos que producen las drogas en el organismo en distintas dianas biológicas, sobre todo en el cerebro, la existencia de receptores específicos en el cerebro, el papel de la dopamina y el

centro del reforzamiento cerebral, etc. Esto ha llevado al planteamiento en los últimos años de la adicción como una enfermedad cerebral, sobre todo por parte del NIDA norteamericano, en parte el DSM-5 y la psiquiatría biológica. En este modelo el sustrato central para explicar el consumo de drogas sería biológico, con base genética.

- **El ambiente.** El ambiente es el lugar físico en el que la persona vive e interacciona con los demás. Incluye tanto su lugar físico donde reside y vive, como su lugar social, tal como su edificio, barrio y ciudad. El ambiente familiar es uno de los más relevantes para la evolución de la persona. Tipos de ambientes determinan distintos comportamientos y son un elemento esencial para el proceso de socialización. Otros ambientes, como el escolar, referido al tipo de escuela en donde estudia, como el barrio, influyen en un modo u otro de socializarse. Con posterioridad, conforme la persona llega a la adultez, o al final de la adolescencia, es posible seleccionar el ambiente en el que uno puede vivir.
- **El aprendizaje.** Ya hemos indicado previamente el papel del aprendizaje como un elemento esencial de la predisposición psicológica.
- **La socialización.** Desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. La socialización es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad, religión, etc. Incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. Hoy la socialización tiene lugar primero en la familia, que es el agente más importante de la misma, siendo aquí relevante los estilos de crianza. La socialización sigue luego en la escuela, instituto y ambiente escolar. Los compañeros tienen en este momento un papel relevante. Finalmente, están los medios de comunicación, sobre todo hoy vía Internet. Después de la adolescencia también otras personas contribuyen al proceso de socialización, dado que éste no finaliza hasta que muere la persona, aunque su mayor relevancia está en los primeros años y en la adolescencia.
- **Leyes y normas sobre las sustancias legales e ilegales.** Cuanto más restrictivas son las leyes y normas sobre el consumo de drogas, menos consumo se hace, sobre todo en el caso de las drogas legales.
- **Internet, redes sociales y otros medios de comunicación.** Actualmente en los países occidentales, especialmente, el uso de Internet, redes sociales y otros medios de comunicación es parte de la vida cotidiana. En ellas hay muchos contenidos pro-consumo que circulan sin ningún control.
- **Factores cognitivos: las expectativas y creencias.** Las expectativas son las creencias sobre qué ocurrirá al llevar a cabo cierta conducta. Como tales, las expectativas representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. El consumo de cualquier droga no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativas). También, cada vez tenemos más pruebas de que las percepciones cognitivas inadecuadas (o distorsiones del pensamiento), como las creencias, sobre el alcohol o las drogas mantienen el consumo tanto en personas normales como en personas con problemas de dependencia del alcohol.

3.3. Factores relacionados con la experimentación e inicio al consumo

Hoy la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas. Son varios los factores que se relacionan con el mismo.

- **La adolescencia y la adultez temprana.** La adolescencia es la edad crítica para el inicio del consumo de drogas. Junto a ello hoy cobra relevancia la adultez emergente, desde el final de la adolescencia hasta los 29 años, o momento en que los jóvenes asumen los roles adultos o entran en el mercado laboral. De ahí que el consumo se mantenga más allá de los 20 años en muchas personas, hasta casi los 30 años.
- **Características sociodemográficas.** Varias características sociodemográficas se relacionan con el inicio en el consumo. Las dos más importantes son el sexo (los varones consumen más) y la edad (el inicio al consumo está en torno a la adolescencia, 14-16 años). Otras variables son el barrio donde vive, zona de la ciudad en la que está, nivel de pobreza, clase social, etc.
- **Características de la sustancia.** Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es que éstas estén disponibles para los posibles consumidores. Además, como producto, tiene que tener unas propiedades para que sus potenciales compradores/consumidores la acepten y se convierta en un elemento más de consumo. Su tamaño, forma, color, vía de ingestión, efectos a corto, medio y largo plazo, precio, entre otras, son algunas razones a tener en cuenta. La disponibilidad de una sustancia es de suma importancia, junto a un precio adecuado y suficientes puntos de venta.
- **La percepción del riesgo de cada sustancia.** Sabemos desde hace década que el grado de riesgo percibido por los jóvenes sobre las distintas drogas influye en su consumo: a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo, y viceversa.
- **Publicidad (drogas legales), aceptación social del consumo (normalización) y presión social al consumo como una conducta “normal”.** La publicidad de las drogas legales, directa o indirecta, va orientada claramente a que los consumidores incrementen el consumo de las mismas. A ello hay que añadir la aceptación social del consumo.
- **Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones.** Las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones que se tengan sobre las distintas drogas van a ser un elemento predictor de la prueba o no de ellas y de su posterior consumo o abstinencia. Se asocian claramente a los factores de riesgo y protección y son otro elemento más fruto de la socialización de la persona, de sus procesos de aprendizaje y de sus expectativas.
- **Las drogas como reforzadores.** El alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, son potentes reforzadores para los individuos. Desde el punto de vista del comportamiento, el consumo de una sustancia psicoactiva está regulada por sus consecuencias inmediatas. Su consumo puede ser placentero por sí mismo (reforzamiento positivo) o por evitar la presencia de un estímulo aversivo (el síndrome de abstinencia, que siendo aversivo se evita consumiendo: reforzamiento negativo). La inmediatez de su efecto facilita la asociación conducta-refuerzo. Las personas, además, dependiendo del estado al que quieran llegar, relajado o vigilante, eligen un tipo u otro de droga.
- **La familia, los iguales, la escuela, los medios de comunicación e Internet.** Cuando hablamos de la predisposición psicológica, indicamos el papel de la socialización. Dentro de ésta

comentamos el papel de la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación e Internet.

- **Los iguales y amigos en las situaciones de consumo, ocio y diversión.** Los iguales y amigos tienen múltiples funciones, como proporcionar oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuir a establecer valores sociales, sirven de normas con los cuales se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional, refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales. Son un predictor del consumo de alcohol y drogas en función de si ellos consumen o no. Los hermanos también influyen positiva o negativamente en el consumo.
- **La interacción con otras conductas problema (TDAH, agresividad, conducta antisocial).** El consumo de drogas se relaciona con estas conductas. Existe una comunalidad entre ellas.
- **La personalidad: impulsividad y búsqueda de sensaciones.** En el caso de las drogas destacan los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones. La impulsividad es el modo de actuar sin pensar (componente motor), toma rápida de decisiones (componente cognitivo), no anticipación de las consecuencias futuras de la acción (falta de programación), y dificultades en la concentración (aspecto atencional). La misma puede ser previa al inicio en el consumo, o para el inicio más temprano. La búsqueda de sensaciones es la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. Tiene cuatro dimensiones: excitación y búsqueda de aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. Se relaciona con el consumo.
- **Rendimiento escolar y consumo de drogas.** En los últimos años se ha encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales y un menor rendimiento académico.
- **Trastornos mentales de los padres y consumo de drogas en los hijos.** Un gran número de estudios han encontrado que hay una relación consistente entre los trastornos mentales de los padres y el mayor riesgo del posterior consumo de drogas de sus hijos.
- **Consumo de drogas de los padres y de los hijos.** Aparte de los problemas de psicopatología de los padres, y el consumo de drogas ilegales, con ellos suele relacionarse un mayor consumo de alcohol, o problemas de abuso y dependencia del alcohol y drogas en los hijos. Lo mismo ocurre en relación con el alcoholismo de los padres sobre futuros problemas con el alcohol de los hijos.
- **Estrés y eventos vitales estresantes.** El estrés y la exposición a eventos vitales estresantes son factores importantes relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales o el incremento en el consumo, y de especial relevancia para explicar en algunas personas el abuso o dependencia del alcohol. Destaca el maltrato infantil, físico, psicológico o sexual, como una forma de estrés. Predice los problemas psicopatológicos posteriores y la dependencia del alcohol y drogas. Cuanto mayor es el mismo, mayor probabilidad de ser un policonsumidor. De todos modos, no debemos olvidarnos que una parte de los niños logran ser resilientes ante esta situación y tener un desarrollo adulto normal.

En la vida adulta, estresores como el terrorismo, desastres o eventos catastróficos incrementan el consumo de alcohol y drogas, sobre todo en los meses posteriores a tal evento. Este incremento es relevante en las personas que ya hacían consumos de alcohol de riesgo o en los abstinentes que pueden recaer. La pobreza también incrementa el estrés, siendo otro factor relacionado con el consumo. Igualmente, el divorcio, perder el trabajo, tener problemas financieros o legales se relacionan con el incremento del consumo de alcohol y drogas, sobre todo en hombres, aunque hay una importante variabilidad entre los estudios ya que algunos no encuentran esta relación. Esto puede deberse a que hay otras variables que modulan o enmascaran esta relación.

- **El estado emocional.** El estado emocional se asocia en ocasiones al consumo de sustancias. Es valioso hacer distinciones entre fuentes (psiquiátrica o trastornos por consumo de sustancias), si es posible, y entre las posiciones a lo largo del continuo temporal de cada trastorno (antecedente, concomitante o mantenimiento). Estas distinciones pueden indicar tipos específicos de intervenciones. Con ello queremos indicar que el estado emocional tiene hoy una gran relevancia en la explicación del consumo o no de las distintas sustancias, y más todavía una vez que se ha producido el consumo en su mantenimiento.
- **Habilidades de afrontamiento.** La persona que a lo largo de su vida ha adquirido habilidades de afrontamiento tiene menor probabilidad de consumir drogas.
- **Problemas internalizantes y externalizantes.** El consumo de alcohol y drogas en jóvenes se ha relacionado con varios problemas de salud mental de tipo internalizante. Varios estudios longitudinales han demostrado que los adolescentes con problemas de conducta no sólo tienen una mayor probabilidad de abusar del alcohol, sino también de consumir otro tipo de sustancias y de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Además, los adolescentes que abusan del alcohol tendrían un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de esta sustancia en la adultez temprana.
- **Autocontrol.** Un factor que se relaciona con la experimentación y el consumo excesivo del alcohol y drogas es la carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento (ante el aburrimiento, el control del peso corporal, la timidez, etc.). De ahí la relevancia de adquirir adecuadas habilidades de autocontrol.
- **Efectos de la prueba/no prueba de la sustancia disponible.** Todas las variables anteriores en interacción llevan finalmente a una persona a probar o no una determinada sustancia. Si no la prueba, esas variables siguen ahí presentes, favoreciendo el que las pruebe en un momento posterior (riesgo) o aumentando la probabilidad de que no las pruebe (protección). Si la prueba, lo que puede ocurrir es que sea una simple prueba por las consecuencias negativas que le produzca, o bien siga consumiendo por sus consecuencias positivas. Al tiempo, el resto de las variables siguen actuando sobre la persona y sobre la sustancia.
- **La interacción entre los distintos factores.** Por todo lo hasta aquí visto, sería una simpleza pensar que hay un solo factor, o unos pocos factores, que puedan explicar el consumo abusivo de una droga. Siempre están varios presentes, tanto de la esfera social, como de la psicológica y biológica. También unos individuos son más vulnerables que otros al consumo o dependencia de drogas.

3.4. Factores relacionados con la consolidación del consumo: del uso al abuso y a la dependencia

Lo que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de éstas, la persona decidirá si continúa consumiendo o no. Las consecuencias estarán en relación con sus iguales, su familia y sí mismo. Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla. Es de gran importancia si el consumo se ha producido con ellos. A nivel de su familia ésta puede tolerar o aceptar el consumo o puede estar en desacuerdo, criticarlo, censurarlo o castigarlo. Las consecuencias que el consumo produzca en la propia persona es también de suma importancia. Notará directamente el efecto, positivo o negativo, beneficios o problemas que ve en ello, etc. El que no consume evalúa las consecuencias en los iguales, familia y sí mismo. En función de todo esto, y de la percepción del riesgo de la sustancia, una vez que la conoce, le llevará a seguir o no consumiendo la misma o, en caso de no consumir a seguir sin consumirla, o hacer intentos o pruebas de consumo en el futuro.

En el proceso adictivo la persona empezará habitualmente a consumir drogas legales (ej., alcohol), luego ilegales, hasta pasar del uso, al abuso y a la dependencia. La interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, reforzará el proceso adictivo. Y, poco a poco, el estado emocional modulará su comportamiento. Con ello se mantiene el consumo de drogas en sus niveles más adictivos. Cuando ya se está en una fase de dependencia, y se ha mantenido en el tiempo, entonces podemos afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

3.5. ¿Qué lleva al abandono del consumo o al mantenimiento del mismo?

A los 25 años de edad la mayoría de las personas dejan el consumo de drogas o consolidan el mismo. Esto es aún más claro a los 30 años. De los que lo abandonan, el motivo puede ser por causas externas o por causas internas. Las causas externas pueden ser la presión familiar, de los amigos, pareja, social, policial, sanitaria, etc., para que abandone el consumo de esa sustancia concreta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc. Este abandono puede hacerse por sí mismo, si es posible, o dependiendo del nivel de dependencia, mediante la búsqueda de ayuda profesional.

4. De la prevención primaria, secundaria y terciaria a la prevención universal, selectiva e indicada

El campo de la prevención del consumo de drogas es muy activo desde hace unas décadas. El motivo de ello no ha sido otra que responder a una demanda social, a una grave demanda social, como es el consumo abusivo de drogas, el cual causa graves problemas a los individuos, a sus familias y a la sociedad.

Inicialmente se optó por un modelo de prevención, el de Caplan (1980). Este diferenciaba la prevención en primaria, secundaria y terciaria. Esta diferenciación equivalía, de modo muy sintético, a prevenir, curar y rehabilitar. En la prevención primaria intervenimos antes

de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya claros síntomas clínicos. Estos tres tipos de prevención eran equivalentes, a grandes rasgos, a prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria).

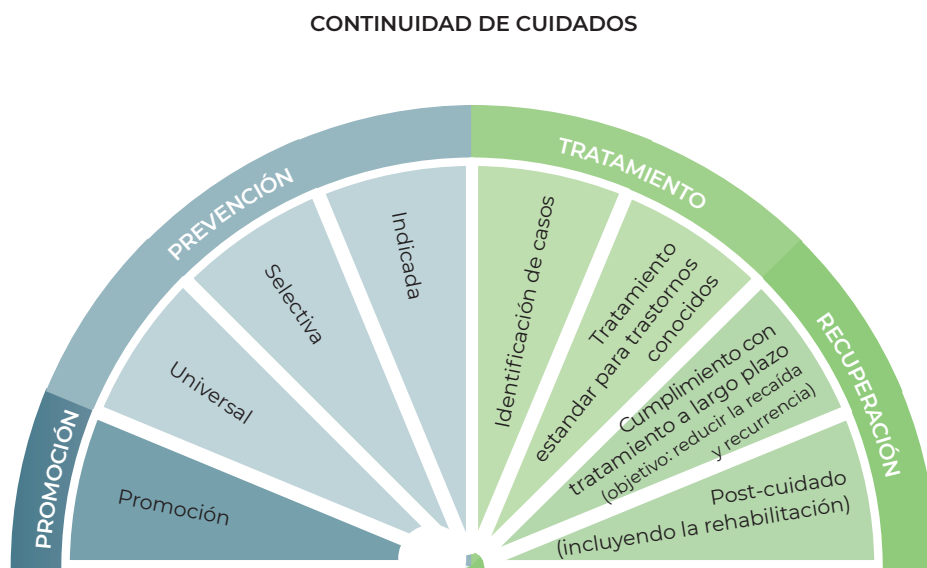
Con el mayor peso que fue adquiriendo la prevención del consumo de drogas, esta clasificación encorsetaba mucho los programas preventivos. Por ello, Gordon (1987) propuso tres tipos de prevención: la universal, la selectiva y la indicada. Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Su perspectiva es amplia, menos intensa, y menos costosa, que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos. Se incluirían aquí la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, habilidades para la vida, etc. La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de ellos. Se dirigen a grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo (ver tabla 1.5).

Pronto, el Institute of Medicine (1994) norteamericano aceptó la anterior propuesta para todos los tipos de prevención, en drogas y en otros problemas conductuales. En 2009 el Institute on Medicine amplió y clarificó esta clasificación al considerar cuatro niveles de intervención en el campo de la salud, desde el más general, al más específico, como son los de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación (O'Connell et al., 2009) (ver Figura 1.1).

Tabla 1.5. Tipos de prevención según la conceptualización de Caplan (1980) y Gordon (1987)

Conceptualización de	Tipos de prevención	Definición
Caplan (1980)	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Gordon (1987)	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej., chicos de 12 a 14 años de edad).
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores de drogas o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Figura 1.1. Propuesta del continuo de cuidados en salud del Consejo de Investigación Nacional y del Instituto de Medicina norteamericano, del año 2009 (O´Connell et al., 2009)



Fuente: O´Connell et al. (2009).

5. El surgimiento de la prevención ambiental

Es en los inicios de la década del 2000 cuando se hace evidente que hay que introducir un nuevo elemento en la prevención, complementario a los anteriores, en función de la experiencia acumulada, al descubrirse que un excelente modo de prevenir el consumo de drogas es a través de cambios normativos. Esto es, mediante leyes y normas podemos lograr cambios muy importantes en la salud de los ciudadanos, logrando con ello un alto nivel de prevención de conductas problema, especialmente en el tema de las drogas legales e ilegales.

En nuestro medio es bien conocido el artículo de Gregor Burkhart (2011), quien de modo muy claro y didáctico nos introduce en esta temática. Para él la prevención ambiental son las estrategias que alteran las normas y los ambientes físicos, sociales y económicos sin basarse en la persuasión. De modo más concreto: "las estrategias de prevención ambiental se dirigen a alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas" (p. 89). La prevención ambiental abarcaría tres áreas:

- A nivel macro en forma de políticas de control de alcohol y tabaco.
- En estrategias de mejorar el clima y el ethos (forma común de vida o de comportamiento que adopta un grupo de individuos que pertenecen a una misma sociedad) en los centros educativos.
- Políticas locales para ambientes de diversión.

Por tanto, se centran en influir en toda la comunidad más que intentar inducir a las personas a que cambien su conducta. De ahí que las estrategias ambientales pueden ser macro (ej., restringir la disponibilidad) o micro (ej., en el ambiente familiar, normas familiares y estilos educativos). Una intervención relevante en el nivel macro son los lugares recreativos. Esto hace que la prevención ambiental se centre en: normas y reglas y en los ambientes sociales dominantes.

De modo más concreto, la prevención ambiental incluye (Burkhardt, 2013): 1) en el nivel macro, cambios físicos, económicos y legislativos; y, 2) en el nivel meso, normas y leyes en la comunidad y en la escuela, incluyendo estrategias no coercitivas como promover normas o conductas positivas y el clima escolar.

Pero es Foxcroft (2014a) quien propone formalmente en su artículo publicado en *Prevention Science* introducir un nuevo tipo de prevención, la prevención ambiental. Dado que se solapa con la prevención universal propone diferenciar entre función y propósito en la prevención. Por ello, distingue tres tipos fundamentales de prevención: ambiental, del desarrollo e informativa. Cada una de ellas, a su vez, puede ser universal, selectiva e indicada. Así tenemos una tabla de 3 x 3 (ver tabla 1.6). Posteriormente clarificó algunas cuestiones sobre la misma en otros artículos (ej., Foxcroft, 2014b, 2015), siendo pronto asumida a nivel internacional (Babor et al., 2018).

Tabla 1.6. Tipos de prevención según Foxcroft (2014a)

	Universal	Selectiva	Indicada
Ambiental	Prohibir la realización de conductas ilegales, como por ej., consumo de cocaína o conducir borracho; política de precios para productos insanos; control de armas que prohíben comprarlas sin la aprobación de las autoridades.	Reducir la densidad de los locales que venden alcohol en barrios de alto riesgo; mejorar la iluminación de las calles y circuito cerrado de TV en los centros de las ciudades; restricciones por edad de compra de productos perjudiciales, por ej., comprar tabaco o alcohol.	Legislación para prevenir la violencia individual desde la obtención de armas de fuego; encarcelamiento para sacar a los individuos de los lugares en los que causan daños a otros, o a ellos mismos.
Desarrollo	Programas de crianza en el que estén padres e hijos juntos para modelar y practicar interacciones positivas e implementación de reglas; programas de manejo de las conductas en clase que fomenten conductas pro-sociales en los niños; programas de habilidades sociales/para la vida que enseñen a los jóvenes como afrontar las influencias sociales.	Programas de visitas a los hogares para nuevas madres en alto riesgo, por ej., el primer embarazo en adolescentes; programas familiares/de crianza con grupos de familias de alto riesgo, por ej., familias en las áreas más deprimidas en una región o país.	Terapia multisistémica para individuos con graves conductas antisociales o criminales, consejo individual o grupal o desarrollo de habilidades con adolescentes con características particulares de personalidad, por ej., hombre con problemas de control de impulsos.
Informativa	Campañas en los medios de comunicación para la población general para aumentar la conciencia de las conductas de riesgo, por ej., campañas para aumentar el miedo; currículum escolar basado en el conocimiento y la conciencia que proporciona información sobre el alcohol y las drogas.	Intervenciones informativas dirigidas a grupos con características particulares, por ej., chicas jóvenes de barrios deprimidos donde hay altas tasas de embarazos en adolescentes; currículum escolar dirigido al conocimiento y concienciación de los grupos vulnerables, por ej., chicos jóvenes de barrios deprimidos con una importante cultura de pandillas.	Intervenciones de feedback normativo para individuos que tienen un factor de riesgo ambiental; mensajes informativos dirigidos a altos buscadores de sensaciones.

Para él la prevención ambiental es la que incluye aquellas intervenciones que pretenden reducir la disponibilidad de oportunidades para implicarse en conductas de riesgo para la salud en un ambiente particular. La prevención del desarrollo comprende aquellas intervenciones destinadas a la socialización y el desarrollo de los jóvenes, a medida que crecen y maduran, para que sean menos susceptibles a las oportunidades para las conductas de riesgo que están presentes en su ambiente. La prevención informativa comprende aquellas intervenciones destinadas a mejorar directamente el conocimiento y la conciencia, por ejemplo, desafiando las creencias y actitudes preexistentes acerca de los comportamientos de riesgo para la salud, o simplemente proporcionando información sobre riesgos y daños.

Por tanto, la prevención ambiental comprende intervenciones que ayudan a limitar la disponibilidad de oportunidades para conductas desadaptadas, a través de políticas que incluyen todo el sistema, restricciones y acciones. Por ejemplo, restricciones legales, (des) incentivos económicos o prevención del delito situacional. Las intervenciones ambientales preventivas pueden ser implementadas en el nivel regional, nacional, local, comunitario u organizacional.

Las intervenciones preventivas del desarrollo tienen como objetivo promover conductas adaptativas, y prevenir conductas desadaptadas, centrándose en el desarrollo de habilidades que son claves en la socialización y desarrollo social de comportamientos adecuados. Por ejemplo, las prácticas de control parental, estrategias de manejo del comportamiento por parte del profesor y habilidades para la vida o sociales individuales. Las intervenciones de desarrollo tienden a ser implementadas a nivel local, comunitario, organizacional o familiares, y también pueden reflejar objetivos de la política nacional.

Las intervenciones preventivas informativas pretenden aumentar el conocimiento y sensibilización sobre comportamientos de riesgo específicos, a través de la comunicación. Por ejemplo, campañas en los medios de comunicación sobre sensibilización o retroalimentación normativa social para desafiar ideas preconcebidas. Se puede implementar a nivel regional, nacional, local, comunitarios, organizacional, familiar e individual.

Estas funciones de la prevención pueden considerarse junto con otras formas de prevención, en una cuadrícula o matriz. Ello proporciona una clasificación mejorada del marco conceptual de las intervenciones preventivas (tabla 1.6).

En un artículo posterior, Foxcroft (2014b), concreta más con ejemplos los tipos de prevención, como indicamos en la tabla 1.7.

Tabla 1.7. Tipos de prevención según Foxcroft (2014b)

	Universal	Selectiva	Indicada
Ambiental	Incremento de tasas y precios para el alcohol.	Reducir la densidad de los locales de venta de alcohol en barrios de alto riesgo.	Legislación para prevenir problemas individuales de acceso a lugares de venta de alcohol.
Desarrollo	Programas de habilidades sociales o habilidades para la vida que enseñan a los jóvenes como afrontar la influencia social.	Programas familiares/de crianza con familias en las áreas más deprimidas en una región o país.	Programas de consejo individual con varones que tienen problemas de control de impulsos.
Informativo	Campañas de los medios de comunicación para crear conciencia de los peligros del alcohol.	Intervenciones informativas dirigidas a varones jóvenes en barrios deprimidos con fuerte cultura de bandas.	Intervenciones de feedback normativo para individuos que han dado positivo en problemas de bebida.

Y, en el manual de Babor et al. (2018), sobre lo que funciona en la política de drogas, ya se asume completamente esta clasificación, indicando también ejemplos en la línea de lo anterior (ver tabla 1.8).

6. La prevención ambiental

Un nuevo tipo de prevención que ha cogido mucho auge en los últimos años es la prevención ambiental. Revisiones como las de Steinberg (2008) han mostrado que los adolescentes tienen suficiente información sobre las drogas. Pero aun así muchos las consumen y lo hacen en presencia de iguales en contextos de grupo. Dado que el peso de los factores biológicos, emocionales, psicológicos y sociales en la adolescencia guían su conducta, se hace preciso poner en marcha acciones de otro tipo, acciones de tipo ambiental. Es lo que conocemos actualmente como prevención ambiental (Burkhart, 2011). Se parte en este caso de que el mejor modo de cambiar la conducta es cambiar el contexto donde se lleva a cabo la misma (Stern, 2005).

Tabla 1.8. Tipos de prevención que se consideran en la actualidad (Babor et al., 2018).

	Universal	Selectiva	Indicada
Ambiental	Legislación para prohibir el consumo de drogas.	Controles y acciones selectivas para el tráfico de drogas en barrios de alto riesgo.	Pulseras electrónicas para restringir el movimiento de los individuos.
Desarrollo	Estrategias de manejo de la conducta en las clases de la escuela elemental.	Programas de visita al domicilio de mujeres embarazadas vulnerables.	Programas de consejo individual con varones adolescentes que tienen problemas de control de impulsos.
Informativa	Campañas en medios de comunicación para crear conciencia de los peligros de las drogas.	Intervenciones informativas orientadas a jóvenes varones en barrios deprimidos con fuerte cultura de pandillas.	Intervenciones de feedback normativo para individuos que son positivos en abuso de sustancias.

El objetivo de la prevención ambiental es “alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas” (Burkhart, 2011, pág. 89). La prevención ambiental usa, entre otras estrategias, la legislación, como los impuestos, restricción en los locales, en la publicidad, en la edad de venta a menores, en el etiquetado, etc. También da una gran importancia a reducir la disponibilidad de las sustancias, el número de locales a los que se puede acceder, o a los puntos de venta. Se puede aplicar incidiendo en los dueños de los locales, con campañas educativas, formativas, etc.

La prevención ambiental ha mostrado ser efectiva con distintas estrategias en el caso del alcohol (Room et al., 2005) y el tabaco, sobre todo con el Convenio Marco para el control del tabaquismo, pero también para las drogas ilegales (Strang et al., 2012). La limitación es que estas medidas, o parte de ellas, se han implantado en países desarrollados, y no en todos (Onciou et al., 2018).

Facilita mucho el proceso de la prevención ambiental una adecuada información sobre las drogas, a poder ser sanitaria, una estrategia dirigida a la salud y a preservarla y asumir que es preciso hacer “cambios” en ciertas creencias sociales o normativas (ej., ha ayudado mucho el lema “fumar mata”, o “si bebes alcohol tu bebé bebe alcohol” en mujeres embarazadas). Con frecuencia hay que cambiar las normas sociales y la percepción sobre las drogas (ej., la incorrección del denominado “porro terapéutico” en vez del real “fumar cannabis incrementa el riesgo de tener una psicosis”).

A pesar de todo lo anterior, no debemos olvidar la resistencia por parte de la industria del tabaco y del alcohol, y de movimientos pro-consumo de drogas, a lo anterior. Estos suelen usar lo positivo del consumo (placer, bienestar, relajación, etc.) y atacar lo que hay que hacer para controlar dicho consumo, usando palabras peyorativas como ataque a la libertad individual, ataque a la elección personal, medidas represivas, ilegalización, control de mercados, etc. Le dan más peso a la ideología que a la ciencia. Y se olvidan de que la salud es un tema de salud pública y de que le corresponde a la sociedad proteger a los menores y a los adolescentes, a los más vulnerables. De ahí que hay una importante resistencia en distintos países a poner medidas de prevención ambiental en marcha, a pesar de que son de las más eficaces de las que disponemos (Babor et al., 2018; Strang et al., 2012).

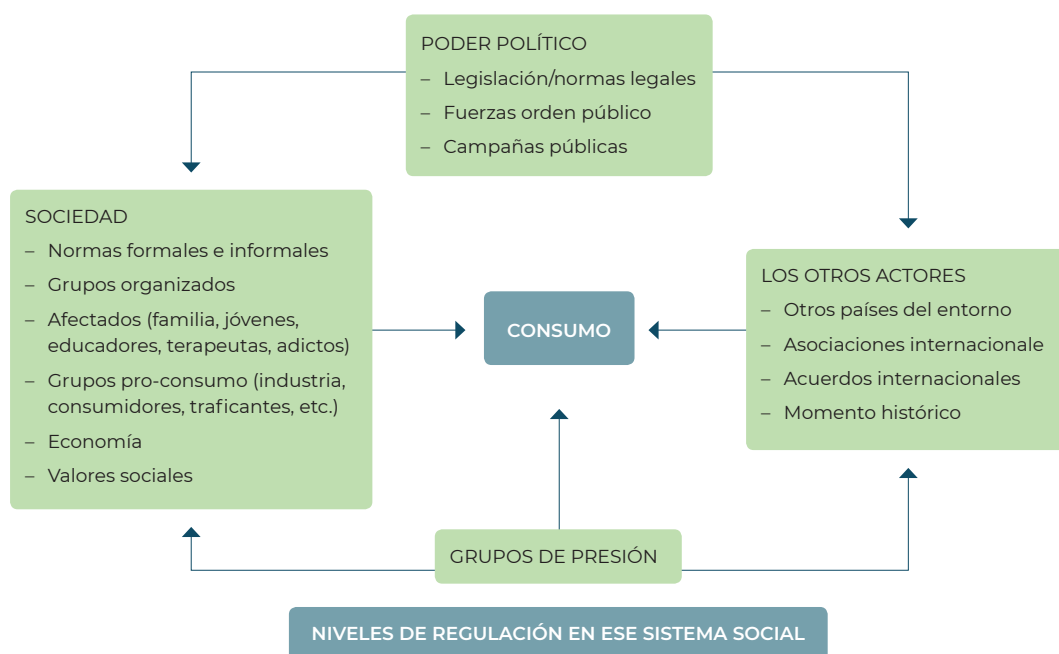
En los últimos años la prevención ambiental ha cobrado una gran relevancia, dado que sabemos que el consumo de drogas puede reducirse mediante medias legislativas, coercitivas, sociales, etc. En el caso del consumo de tabaco y alcohol, como de las drogas ilegales, ha quedado claro (Babor et al., 2010). Lo mismo ha ocurrido con el consumo de drogas ilegales (Babor et al., 2018) y con el juego patológico (Sulkinen et al., 2018).

Ante este nuevo modo de abordar el consumo de drogas, distintos estados, regiones o comunidades más pequeñas, han ido implantando en los últimos años medidas de control. Hoy ya disponemos de suficiente información sobre el resultado de las mismas.

7. Modelo sobre la prevención ambiental en el consumo de drogas

En la figura 1.2 se expone un modelo que nos sirve para entender un poco mejor el papel de la prevención ambiental en el contexto del consumo de drogas y las medidas que se pueden implantar desde ella para reducir el mismo.

Figura 1.2. Modelo sobre las medidas de prevención ambiental que se pueden implementar en el consumo de drogas



8. Dificultades en la implementación de la prevención ambiental

Es claro que la implantación de la prevención ambiental no es fácil. Más bien sabemos que es un tipo de prevención tortuoso y difícil de poner en práctica. Quizás la suerte ha sido, aunque poco se habla de ello, de la aprobación del Convenio Marco de Naciones Unidas para el control del tabaquismo que, como medida de prevención ambiental, ha permitido un excelente control del consumo de tabaco en todo el mundo. Esta es la línea a seguir, como hay otros muchos ejemplos en el caso del alcohol. Se ha tardado décadas en aprobarlo, pero se ha conseguido. Sus efectos han sido claros en muy poco tiempo. Claramente beneficiosos para la salud de las personas fumadoras y para toda la sociedad.

Pero lo bueno que tiene la prevención ambiental es que, siendo difícil de implantar, cuando se implantan medidas de este tipo el efecto es espectacular, porque los cambios son rápidos, efectivos, y con claros resultados en poco tiempo en la reducción de la morbi-mortalidad, hospitalizaciones, efectos colaterales en otras personas, etc.

REFERENCIAS

- Babor, T. F., Caetano, S., Casswell, G., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity, 2nd ed.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. y Strang, J. (2018). *Drug policy and the public good (2nd ed.)*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2019). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid: Klinik,
- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 29, 87-100.
- Foxcroft, D. R. (2014a). Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prevention Science*, 15, 818-822.
- Foxcroft, D. R. (2014b). "Form ever follows function. This is the law". A prevention taxonomy based on a functional typology. *Adicciones*, 26, 10-14.
- Foxcroft, D. R. (2015). Environmental, developmental and informational interventions: A novel prevention taxonomy to better organize and understand substance misuse Prevention. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1(2), 66-78.
- Sulkinen, P., Babor, T. F., Cisneros, J., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., Marionneau, V., Nikkinen, J., Orford, J., Room, R. y Rossow, I. (2018). *Setting limits: Gambling, science and public policy*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Observatorio Español para las Drogas y las Toxicomanías [OEDYLA] (2018a). *Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Observatorio Español para las Drogas y las Toxicomanías [OEDYLA] (2018b). *Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2006*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español para las Drogas y las Toxicomanías [OEDYLA] (2019). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDYT] (2019). *Informe europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2019*. Lisboa, Portugal: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Oncioiu, S. I., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman-Howe, P. y Foxcroft, D. R. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe*. Lisboa, Portugal: EMCDDA.
- Room, R., Babor, T. y Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.
- Steinberg, I. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78-106.
- Stern, P. (2005). Individual's environmentally significant behaviour. *Environmental Law Reporter News and Analysis*, 35, 10785-10790.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M. y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747-775. .
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: Evidence for effective interventions. *Lancet*, 379, 71-83.
- UNODC (2019). *Informe Mundial sobre las Drogas 2019*. Viena, Austria: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.



REVISIONES SOBRE PREVENCIÓN AMBIENTAL

**Qué sugieren los organismos
europeos y nacionales sobre
la prevención ambiental**

2

1. El informe del OEDYT (2017) sobre las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea

Un informe relevante para el tema que estamos tratando es el informe que en el año 2017 publicó el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías titulado *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea* (OEDYT, 2017). En su primer capítulo indica que:

- Las respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas en Europa se llevan a cabo en el contexto de los marcos jurídicos y las políticas europeas, nacionales y locales, y estos influyen en la selección y aplicación de las respuestas.
- Las respuestas deben cumplir un conjunto de principios clave, por ejemplo, el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- La elaboración y la aplicación de respuestas a los problemas relacionados con las drogas, ya sea a escala europea, nacional, local o individual, incluye tres fases esenciales:
 - a) identificar la naturaleza de los problemas de drogas que deben tratarse;
 - b) seleccionar posibles intervenciones eficaces para abordar estos problemas; y
 - c) aplicar, supervisar y evaluar el impacto de estas intervenciones.
- En cada fase deben tenerse en cuenta muchos factores diferentes.

En relación a la prevención, define los cuatro tipos que considera, la ambiental, universal, selectiva e indicada, del modo que indicamos en la tabla 2.1. En relación a las medidas preventivas que sugieren, basándose en la evidencia disponible, éstas las van indicando para las distintas sustancias. La indicamos en la tabla 2.2 para el cannabis.

El informe se centra sobre todo en el alcohol, tabaco y cannabis. No tratan el uso indebido de medicamentos, sobre todo aquellos que producen adicción (ej., sedantes, hipnóticos, opioides, etc.).

Tabla 2.1. Definición de prevención ambiental, universal, selectiva e indicada en el informe del OEDYT (2017, pág. 27)

- Las estrategias de prevención ambiental tienen por objeto cambiar el entorno cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Incluyen medidas como la fijación de los precios del alcohol y prohibiciones de la publicidad y consumo de tabaco, de cuya eficacia hay pruebas claras. Otras estrategias aspiran a proporcionar entornos escolares protectores, por ejemplo promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y comprensivo, y enseñando normas y valores de civismo.
- La prevención universal aborda poblaciones enteras, normalmente en contextos escolares y comunitarios, con el objetivo de transmitir a los jóvenes competencias sociales para evitar o retrasar el inicio del consumo de drogas.
- La prevención selectiva interviene en grupos, familias o comunidades específicas, que son más propensos a consumir drogas o a desarrollar una dependencia, a menudo porque tienen pocos vínculos y recursos sociales.
- La prevención indicada se centra en individuos con problemas de conducta o psicológicos, que anticipan un mayor riesgo de tener problemas de consumo de sustancias más adelante. En la mayoría de los países europeos, la prevención indicada implica principalmente el asesoramiento de jóvenes que consumen sustancias.

Figura 1.1. Factores a tener en cuenta en la fase de selección de la respuesta o la intervención (OEDYT, 2017, p. 24)

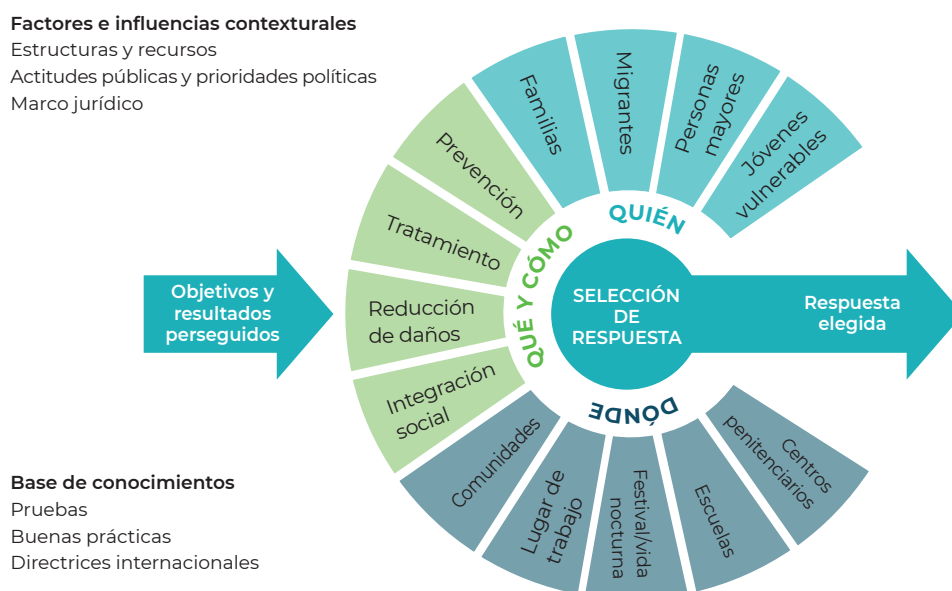


Tabla 2.2. Medidas que propone el informe del OEDYT (2017) para las distintas sustancias basadas en la evidencia disponible. Prevención y regulación del Cannabis así como política y práctica

- Visión general de las pruebas sobre... las intervenciones para prevenir o demorar el consumo de cannabis**
- Las intervenciones de varios componentes pueden reducir el consumo de alcohol y de cannabis cuando se aplican en escuelas con el uso de enfoques de influencia social, corrigiendo concepciones normativas erróneas y desarrollando competencias sociales y habilidades de rechazo. Los programas que solo facilitan información sobre los riesgos del consumo de drogas han demostrado no ser eficaces para prevenir el consumo.
 - Las intervenciones familiares universales, como Familias Unidas, Centrándose en los niños (Focus on Kids) o Familias que se cuidan (Strengthening Families 10-14), pueden ser eficaces en la prevención del consumo de cannabis en varios entornos y ámbitos.
 - Las intervenciones por ordenador estructuradas pueden ser eficaces para prevenir el consumo de cannabis cuando se realizan en escuelas o grupos familiares.
 - Las intervenciones con entrevistas motivacionales dirigidas al consumo de cannabis pueden ser eficaces cuando se realizan en los departamentos de urgencias o en entornos de asistencia primaria.
 - No se tiene la certeza de que las intervenciones breves en las escuelas puedan reducir el consumo de sustancias de los jóvenes, si bien algunas informaciones indican que pueden tener un impacto limitado en el consumo de cannabis.

Regulación del cannabis

Foco sobre... La repercusión de los nuevos modelos de regulación del cannabis en las respuestas

Regulación del cannabis en la Unión Europea

- Una serie de jurisdicciones de la UE ha reducido las sanciones por el consumo o la posesión de pequeñas cantidades de cannabis y, en algunos casos, por el cultivo de algunas plantas para el consumo personal. La mayoría de los países de la UE en la actualidad recurre a multas, advertencias y libertad vigilada a modo de sanciones por posesión de pequeñas cantidades de cannabis. La mayoría de estos cambios se derivan de modificaciones en las políticas de ejecución formales o informales relativas a la posesión, más que a cambios jurídicos a escala nacional.
- Durante unos cuarenta años los Países Bajos han tolerado la venta al por menor de cannabis. Recientemente, los clubes sociales de cannabis españoles han producido cannabis para suministrarlo sin fines de lucro a sus miembros. Estos clubes han proliferado y están apareciendo en otras partes de Europa. En muchos países europeos se han aprobado medicamentos derivados del cannabis y, en el momento de esta publicación, el consumo de cannabis con fines médicos está permitido o tolerado en muchos Estados miembros.

Legislación del cannabis en América

- A diferencia de en la Unión Europea, en algunas partes de América se ha introducido una política de legalización del consumo recreativo de cannabis para adultos:
 - a) los ciudadanos de 8 estados de los Estados Unidos votaron para permitir la producción y la venta comercial de cannabis para el consumo recreativo de adultos (Colorado y Washington, en 2012; Oregón y Alaska en 2014; y California, Massachusetts, Maine y Nevada en 2016); además, los votantes de Washington D. C. aprobaron una medida por la que se legalizaba el cultivo a domicilio, la posesión y la donación de cannabis, pero no el comercio minorista;
 - b) en 2013, Uruguay se convirtió en el primer país que legalizaba el consumo de cannabis para adultos;
 - c) en 2017 el Gobierno federal de Canadá adoptó una nueva legislación con el fin de legalizar la producción comercial y la venta de cannabis para el consumo recreativo de adultos.

Ventajas e inconvenientes de la legalización

- Los defensores de la legalización sostienen que: limitará el acceso de los adolescentes al cannabis; mejorará la regulación de los productos de cannabis; reducirá la exposición de los consumidores de cannabis a drogas más dañinas; eliminará las sanciones penales por el consumo de cannabis; y generará ingresos fiscales que pueden utilizarse para prevenir y tratar los trastornos provocados por el consumo de cannabis. También declaran que se sabe muy poco sobre las consecuencias para la salud de los productos de elevada potencia que se suelen vender en los estados donde se ha legalizado.
- Los opositores a la legalización alegan que la normalización asociada al consumo de cannabis y la posible disminución de los precios incrementarán el número de consumidores de cannabis y el consumo intensivo de los consumidores existentes y, por consiguiente, incrementarán todos los daños relacionados con el cannabis en la comunidad.

¿Cuáles son los posibles efectos de la legislación del cannabis?

- Es demasiado pronto para extraer conclusiones sólidas sobre las consecuencias de la legislación del cannabis, pero deben supervisarse los posibles efectos positivos y negativos que se detallan a continuación:
 - a) cambios de los niveles o las pautas de consumo de cannabis;
 - b) visitas a urgencias por intoxicaciones accidentales de niños; intoxicación de adultos por consumo de cannabis; y cuadros graves de vómitos en consumidores excesivos;
 - c) búsqueda de tratamiento por el consumo de cannabis de adultos y adolescentes, y fuentes de derivación;
 - d) accidentes de vehículos a motor, en aquellos en que el alcohol y el cannabis están involucrados;
 - e) cambios relacionados en el consumo y daños asociados a otras sustancias psicotrópicas controladas y reguladas (incluidos alcohol, tabaco, medicamentos y drogas ilegales, como opiáceos) para evaluar el impacto global en la salud pública;
 - f) costes asociados a los diferentes enfoques (incluidos costes del sistema de justicia penal, el impacto en la delincuencia y los costes de la regulación del mercado).

Política y práctica

Respuestas al consumo de cannabis y sus problemas: consecuencias para la política y la práctica

Elementos básicos

- Las respuestas principales en este ámbito incluyen los enfoques de prevención general dirigidos a desalentar el consumo o demorar el inicio, intervenciones breves para las personas con problemas menores y tratamiento formal para aquellos con problemas más graves.

Oportunidades

- Debe prestarse más atención a los enfoques de reducción de daños para el consumo de cannabis, en concreto en relación con las pautas de consumo y el consumo concomitante de tabaco.
- Mayor uso de los enfoques de salud electrónica.

Los nuevos modelos reguladores para el cannabis que están aflorando a nivel mundial pueden facilitar disponer de información útil sobre las ventajas y los inconvenientes de las diferentes opciones regulatorias y su probable impacto sobre las respuestas a los problemas provocados por el cannabis.

Lagunas

- Sigue siendo necesario desarrollar un mejor conocimiento de la naturaleza de los trastornos relacionados con el cannabis y cuáles son las opciones de tratamiento más eficaces y adecuadas para los diferentes pacientes.
- Se requiere un mejor conocimiento de los tipos de tratamiento recibidos por un número cada vez mayor de personas que lo inician por el consumo de cannabis en Europa, con el fin de garantizar que la prestación sea adecuada y eficaz.

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Otro aspecto relevante del informe es su insistencia, como viene haciendo la OEDYT y otros organismos internacionales en los últimos años, es que hay que prestar una atención especial a las necesidades de grupos concretos en relación al consumo de drogas, a su prevención y a su tratamiento. Nos referimos a personas mayores, mujeres (ej., embarazadas), inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo, jóvenes vulnerables, y familiares de personas con problemas relacionados con las drogas. En la misma línea, indican que las medidas que se implanten tienen que adaptarse a los contextos concretos en los que el consumo de drogas tiene una gran relevancia, como son los centros penitenciarios y el sistema de justicia; la vida nocturna, festivales y otros entornos recreativos; el lugar de trabajo; las escuelas y universidades; y, las comunidades locales.

En la tabla 2.3, indicamos las propuestas del informe para la política y la práctica en los grupos de personas vulnerables y en la tabla 2.4 para contextos concretos.

Tabla 2.3. Propuestas para la política y la práctica para grupos vulnerables, del OEDYT (2017)

Personas mayores con problemas de opioides: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Los problemas principales para los proveedores de servicios son la gestión de la comorbilidad, las enfermedades crónicas, las muertes por sobredosis, el envejecimiento prematuro, la soledad y el aislamiento. Estas necesidades pueden satisfacerse mediante la modificación o reestructuración de los servicios y el desarrollo de servicios especializados que aborden las necesidades de asistencia sanitaria y social.
- Debe disponerse de vías de comunicación y de derivación claras entre los servicios de tratamiento de la drogodependencia y los servicios de asistencia sanitaria y social generales.

Oportunidades

- La inversión en el desarrollo del personal que trabaja en la asistencia general a las personas mayores, con el fin de mejorar el conocimiento de las necesidades de las personas mayores con problemas de drogas, podría mejorar la gestión de los problemas de salud mental y física de este grupo.
- El desarrollo de protocolos para tratar el dolor de las personas con dependencia de opioides para las unidades del dolor y de cuidados paliativos favorecería la prestación de una asistencia de alta calidad en estos contextos.

Lagunas

- Deben desarrollarse herramientas de detección y medición de resultados que sean adecuadas para las personas mayores con uso indebido de sustancias de larga duración y los problemas sociales y sanitarios asociados.
- Es necesario identificar intervenciones y modelos de asistencia prometedores para abordar los problemas sanitarios y sociales que sufre la creciente cohorte de personas mayores con problemas relacionados con los opioides y evaluarlos para identificar y compartir las buenas prácticas.

Servicios para mujeres con problemas relacionados con las drogas: implicaciones para la política y la práctica**Elementos básicos**

- Ofrecer servicios que tengan en cuenta la perspectiva de género y resulten específicos para el trauma psicológico sufrido con el fin de satisfacer las necesidades de determinados grupos de mujeres y garantizar que sean accesibles para aquellas que lo necesitan.
- Ofrecer unos servicios coordinados e integrados para abordar otros problemas además del consumo de drogas. Esto puede requerir la colaboración de otros servicios, como servicios de la infancia o de salud mental, en las políticas y estrategias.
- El personal de los servicios de tratamiento de la drogodependencia especializados y otros servicios sanitarios y sociales que estén en contacto con mujeres consumidoras de drogas deben tener una serie de aptitudes, conocimientos y destrezas que les permitan ofrecer una atención de alta calidad.

Oportunidades

- Incluir desgloses por género en las estadísticas rutinarias para un mejor conocimiento de las tendencias en el consumo de drogas, los factores sociodemográficos y los problemas a los que se enfrentan las mujeres dentro de una región determinada y desarrollar respuestas adecuadas.
- Aumentar la participación de las mujeres consumidoras de drogas en la planificación, la formación y el desarrollo de políticas y programas.
- La aplicación de las directrices para la prestación de servicios orientados al tratamiento de mujeres embarazadas consumidoras de drogas podría mejorar el desenlace tanto para la madre como para el hijo.

Lagunas

- Reducir las lagunas de conocimiento mediante investigaciones que aborden los problemas de género y que lo tengan en consideración en todos los aspectos del diseño de servicios a fin de identificar los tipos de intervención más adecuados para los diferentes grupos de mujeres.
- Incluir el uso indebido de medicamentos con receta en las políticas y las respuestas.

Inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo: implicaciones para la política y la práctica**Elementos básicos**

- Los grupos de inmigrantes, como la oleada actual de solicitantes de asilo, pueden estar en riesgo de desarrollar problemas de drogodependencia. Es necesario aumentar la concienciación de las vulnerabilidades y reducir la exclusión social de estas personas.
- Los servicios deben mantenerse alerta ante los posibles problemas de salud, incluidos los problemas de drogodependencia, entre los solicitantes de asilo y estar preparados para abordar las posibles barreras culturales y obstáculos lingüísticos.
- Es preciso supervisar las necesidades sanitarias, incluidos los problemas de uso indebido de sustancias, de los nuevos inmigrantes.

Oportunidades

- Se están desarrollando servicios para hacer frente a las necesidades de los grupos de inmigrantes en varios países. Es necesario identificarlos y compartir las prácticas prometedoras.

Lagunas

- En los casos en que se identifiquen necesidades específicas, deberán desarrollarse nuevos servicios de prevención y tratamiento de los problemas. Deberán evaluarse estos servicios para ampliar las pruebas disponibles que actualmente son limitadas.

Respuesta a las necesidades de los jóvenes vulnerables: implicaciones para la política y la práctica**Elementos básicos**

- Los principales grupos vulnerables de jóvenes en Europa están constituidos por delincuentes juveniles, los jóvenes que han abandonado los estudios o están en riesgo de abandono escolar, los jóvenes con problemas académicos y sociales, los jóvenes sin hogar, los jóvenes en instituciones asistenciales, los jóvenes de grupos étnicos marginados y familias vulnerables.
- Deben facilitarse enfoques empíricos de prevención indicada y prevención selectiva del consumo de sustancias entre los jóvenes vulnerables en lugar de enfoques centrados únicamente en la concienciación y la información. Los enfoques de acercamiento (que entran en contacto con el grupo objetivo en el domicilio o en la calle) son más adecuados que los enfoques de visita (en los que se espera que las personas acudan a los servicios).
- Deben facilitarse servicios de tratamiento y reducción de daños para el pequeño grupo de jóvenes con problemas graves.

Oportunidades

- Los programas de prevención indicados centrados en las vulnerabilidades conductuales y de temperamento de origen neurobiológico son escasos en Europa, pero han mostrado buenos efectos en estudios llevados a cabo en Norteamérica. Si se amplía su prestación en Europa podrían tener un impacto significativo.

Lagunas

- Es necesario ampliar las pruebas sobre la eficacia de los servicios de tratamiento y reducción de daños para los menores de 18 años con problemas de drogodependencia graves e identificar y compartir modelos de buenas prácticas.
- Se requiere un mejor conocimiento de la disponibilidad y los niveles de prestación de servicios de tratamiento por consumo de drogas para los jóvenes con problemas de drogodependencia con el fin de identificar dónde se debe aumentar su prestación.

Familias de personas con problemas relacionados con las drogas: implicaciones para la política y la práctica**Elementos básicos**

- Los familiares adultos de los consumidores de drogas pueden sufrir una amplia variedad de daños y requieren servicios de asistencia para afrontarlos. Estos incluyen atención sanitaria para hacer frente a la ansiedad y el estrés que padecen, apoyo facilitado por pares, atención para el duelo y apoyo para los familiares cuidadores.
- Las necesidades y la posible contribución de los familiares a la eficacia del tratamiento por drogas deben reconocerse en las directrices prácticas y la política sobre drogas.

Oportunidades

- La participación de los familiares adultos de personas con problemas relacionados con las drogas en el desarrollo de políticas y prácticas, así como el apoyo facilitado por pares, pueden mejorar la prestación de servicios en general y, específicamente, para los familiares.

Lagunas

- La información sobre el alcance y la naturaleza de la facilitación de intervenciones para este grupo actualmente es limitada, y debe mejorarse la investigación y la vigilancia en este ámbito.

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Tabla 2.4. Propuestas para la política y la práctica para contextos concretos

Respuestas en los centros penitenciarios y en el sistema de justicia penal: implicaciones para la política y la práctica**Elementos básicos**

- Los principios de equivalencia y continuidad asistencial obligan a facilitar la misma gama de intervenciones empíricas tanto a las personas con problemas de drogodependencia en los centros penitenciarios como a aquellas en la comunidad, prestadas por personal dotado de la formación adecuada para tratar las adicciones (ya sea el personal del centro penitenciario como profesionales externos) y mecanismos para garantizar la continuidad del tratamiento; esto es especialmente importante en el caso de los reclusos internados durante breves períodos.
- La preparación para la salida del centro penitenciario debe incluir actividades destinadas a apoyar la reinserción social y la formación sobre cómo prevenir las sobredosis: debería tenerse en cuenta el suministro de naloxona para su consumo a domicilio.
- Las penas alternativas están reconocidas en las convenciones internacionales como una opción potencialmente útil en el caso de los delincuentes con problemas de drogodependencia.

Oportunidades

- Los entornos penitenciarios pueden ser una oportunidad para influir significativamente en la morbilidad, la mortalidad y la salud pública. En primer lugar, implicando en el tratamiento a las personas con problemas de dependencia de los opioides, puede reducirse el consumo ilegal de opioides y las conductas de riesgo en los centros penitenciarios, así como los riesgos de sobredosis al recobrar la libertad. En segundo lugar, facilitando pruebas de detección de enfermedades infecciosas para todos en el momento del ingreso en el centro penitenciario y realizar un seguimiento del tratamiento cuando corresponda.
- Incrementar el uso de penas alternativas a la prisión mediante la revisión de las normativas que regulan su aplicación y abordar las posturas públicas y profesionales en relación con su utilización puede mejorar los resultados a largo plazo y reducir los gastos inherentes al sistema de justicia penal.

Lagunas

- Las directrices de Naciones Unidas/Organización Mundial de la Salud recomiendan la aplicación de medidas de reducción de daños (programas de intercambio de agujas y jeringuillas, distribución de preservativos, tatuajes seguros) en el centro penitenciario, si bien actualmente son poco frecuentes. Aumentar el uso de estos programas podría contribuir enormemente a la mejora de la salud.

- Hacen falta estudios para mejorar la base empírica en relación con las penas alternativas, prestando especial atención a los grupos que más pueden beneficiarse de estas y a las etapas del proceso de justicia penal en las que deben aplicarse.

Buenas prácticas en las respuestas a los problemas relacionados con las drogas en los contextos recreativos nocturnos

- Las pruebas científicas disponibles y las opiniones de los expertos sugieren que es necesario un enfoque equilibrado para tratar los problemas sociales y sanitarios relacionados con el alcohol y las drogas asociados con los contextos recreativos nocturnos. Menor es el consenso en relación con las medidas individuales, aunque todos los elementos que se mencionan a continuación merecen ser considerados como parte de una respuesta integral en este ámbito:
 - a) intervenciones coordinadas de varios componentes que involucren a las partes interesadas de la comunidad, los servicios sanitarios en general y de emergencias, las instituciones reguladoras y la elaboración de políticas y ejecución de leyes;
 - b) estrategias ambientales, como ofrecer salas de descanso o agua gratis;
 - c) formación del personal de estos locales;
 - d) medidas de respuesta rápida frente a emergencias;
 - e) sistemas de alerta temprana y vigilancia de las sustancias que se consumen, incluidos servicios de análisis de drogas;
 - f) facilitación de materiales de prevención y reducción de daños, aunque por sí solos es poco probable que sean eficaces.
- En general, las pruebas de la eficacia de las intervenciones orientadas a reducir los daños relacionados con el alcohol son más sólidas que las orientadas a reducir los daños relacionados con las drogas.

Respuestas en la vida nocturna, festivales y contextos recreativos: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Las intervenciones de reducción de daños y prevención ambiental, respaldadas por directrices y normas establecidas en los proyectos NEWIP y Club Health, deben aplicarse cuando corresponda.
- Debe facilitarse asistencia sanitaria de urgencia para hacer frente a los acontecimientos adversos en entornos recreativos y debe estar asociada a los departamentos de urgencias. Las directrices europeas pueden ser útiles en este caso y deben ir desarrollándose.
- Las iniciativas basadas en la comunidad que ofrecen varias intervenciones coordinadas mediante una asociación de colaboración entre varias agencias son más eficaces que las intervenciones únicas. Suelen combinar la movilización de la comunidad, la formación del personal y la ejecución, y parecen ser eficaces en la reducción de la violencia, el alcoholismo y los accidentes en la vía pública.

Oportunidades

- Compartir buenas prácticas y directrices para las intervenciones de prevención y reducción de daños en estos entornos y promover la evaluación de su eficacia.
- Los servicios de análisis de drogas pueden ser útiles para reducir el uso nocivo de drogas y para la vigilancia del mercado de drogas. No obstante, se requiere investigación sobre la eficacia de los diferentes modelos de facilitación y su idoneidad en los diferentes escenarios.

Lagunas

- Las pruebas sobre los efectos de la facilitación de información para los asistentes a discotecas/educación por pares (normalmente reducción de daños) son limitadas. Podría ser contraproducente, por lo que se requiere más investigación sobre las formas más eficaces de presentar información sobre riesgos, dosis seguras, etc.

Respuestas en el lugar de trabajo: implicaciones para la política y la práctica

Elementos básicos

- Se recomienda que las empresas dispongan de una política de consumo de alcohol y drogas como parte de sus políticas de salud y bienestar, en vez de normas disciplinarias.
- También deberían promoverse los principios fundamentales para el abordaje de problemas relacionados con las drogas en el lugar de trabajo, identificados por la Organización Internacional del Trabajo de las Naciones Unidas y destacados anteriormente.

Oportunidades

- Obtener un empleo es un componente importante de la reinserción, por lo que es importante que las personas con un problema anterior o actual relacionado con el alcohol y las drogas reciban apoyo para volver al trabajo. Colaborar con las empresas para superar los obstáculos a la hora de contratar a personas con antecedentes de problemas relacionados con las drogas es beneficioso para las empresas, las personas que intentan superar sus problemas con las drogas y la sociedad en general.

Lagunas

- Se requiere una visión general o ubicación de las fuentes de datos existentes, las respuestas actuales y las intervenciones para abordar la cuestión de las drogas en el lugar de trabajo, así como una evaluación de las intervenciones existentes en Europa.
- Se requieren investigaciones sobre el alcance y la naturaleza del consumo de drogas potenciadoras del rendimiento en el lugar de trabajo y sobre los efectos de su consumo en ese entorno.

Respuestas en escuelas y universidades: implicaciones para las políticas y la práctica**Elementos básicos**

- Las escuelas son puntos de acceso importantes a la población adolescente y a sus progenitores. También tienen un papel importante en la identificación de personas en riesgo para intervenciones dirigidas.
- Los sistemas educativos deben asegurarse de que las escuelas ofrecen programas de prevención basados en la evidencia y que aplican políticas adecuadas sobre drogas. Su objetivo debe ser no solo reducir el consumo de sustancias, sino también reducir la violencia, mejorar el aprendizaje, producir mejores resultados académicos y crear un mejor ambiente en las escuelas, resultados que son del propio interés del sector educativo.
- Los programas de prevención ineficaces suelen ser populares, pero hay un número creciente de programas que han demostrado que funcionan y estos son los que deberían utilizarse.

Oportunidades

- Establecer sistemas que animen u obliguen a las escuelas y universidades a utilizar programas respaldados por pruebas en vez de programas ineficaces y ofrecer la asistencia necesaria sería un uso mucho más eficaz de los recursos.

Lagunas

- Las pruebas sobre programas eficaces en las universidades son muy limitadas, pero se trata de un período de alto riesgo de consumo de drogas y se requieren programas adecuados para este contexto.

Respuestas en el seno de las comunidades: consecuencias en las políticas y en la práctica**Elementos básicos**

- Las intervenciones sobre drogas en la comunidad incluyen:
 - a) Políticas e intervenciones sobre drogas para abordar las molestias y los daños que sufren las comunidades.
 - b) Participación de la comunidad en la prestación de servicios, como programas de prevención de drogas de varios componentes.
 - c) Servicios de acercamiento para las personas que no acuden a estos servicios.

Oportunidades

- La participación de la comunidad puede reducir el estigma de los consumidores de drogas y facilitar así la prestación de servicios.
- En algunas zonas, debe considerarse la facilitación de salas de consumo supervisado de drogas u otras medidas para reducir las molestias de los espacios abiertos en los que se consumen drogas.

Lagunas

- La información sobre el alcance y la naturaleza de los servicios para hacer frente a los daños sufridos por las comunidades y su impacto es limitada.
- Se dispone de muy pocas pruebas sobre la eficacia de las intervenciones en la comunidad, por lo que la investigación en este campo será importante.

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Otro aspecto en el que, por suerte, se viene insistiendo en los últimos años, tanto en Europa como en España, es utilizar criterios de calidad, tanto en lo que atañe a la prevención, como al tratamiento, como a la reducción de daños o cualquier otra medida que se ponga en práctica en el tema de las drogas. Este informe de la OEDYT (2017), como no podía ser de otro modo, también insiste en ello. En la tabla 2.5 indicamos lo que indica sobre la prevención.

Tabla 2.5. Criterios de calidad mínima que indica el informe sobre prevención de la OEDYT (2017)

<p>I. Prevención</p> <p>a) Las intervenciones de prevención (medioambiental, universal, selectiva e indicada) están dirigidas a la población general, a las poblaciones con riesgo de desarrollar un problema de consumo de sustancias o a las poblaciones/individuos con un problema identificado. Pueden estar orientadas a prevenir, retrasar o reducir el consumo de drogas, su agravamiento o sus consecuencias negativas en la población general o subpoblaciones, y se basan en una evaluación de las necesidades de la población destinataria, adaptándose a las mismas.</p> <p>b) Dichas intervenciones en desarrollo poseen competencias y conocimientos especializados sobre principios de prevención, teorías y práctica, y son los profesionales especializados o capacitados quienes gozan del apoyo de instituciones públicas (servicios educativos, sanitarios y sociales) o trabajan para instituciones acreditadas o reconocidas u organizaciones no gubernamentales.</p> <p>c) Estas intervenciones de prevención se amparan en programas basados en la evidencia disponibles y en criterios de calidad disponibles a escala local, nacional e internacional, y cuentan con acceso a ellos.</p> <p>d) Las intervenciones de prevención forman parte de un plan coherente de prevención a largo plazo, están sujetas a un seguimiento adecuado de forma continua que permite los ajustes necesarios, y evaluaciones cuyos resultados se difunden para aprender de las nuevas experiencias.</p> <p><i>Fuente:</i> Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.</p>

2. Estudio sobre medidas de prevención ambiental de drogas en Europa

En Europa contamos con un estudio que ha analizado específicamente las medidas de prevención ambiental que se consideran que se deberían poner en marcha, a través de una encuesta realizada en varios países europeos, auspiciado el mismo por distintas organizaciones de prevención de Europa y con el apoyo del Observatorio Europeo de Drogas de Lisboa (Oncioiu et al., 2018).

Aparte de indicar lo que es la prevención ambiental y que la caracteriza, creemos que esta afirmación resume bien de lo que se trata: “Muchas conductas que nosotros hacemos diariamente son automáticas, generalmente reacciones a estímulos comunes y familiares, mostrando la importancia del ambiente y de los indicios sociales, así como los procesos automáticos, en influenciar la conducta. Esto puede explicar el limitado éxito de la prevención que se centra exclusivamente en la responsabilidad individual para la toma de decisiones y del autocontrol” (p. 5). De ahí la relevancia de poner en práctica medidas de prevención ambiental para cambiar conductas. Porque ello puede hacerse. Como indican, las medidas de prevención ambiental se dirigen a los contextos de comportamiento mediante el cambio de indicios o señales que guían el mismo. También a través del cambio de normas.

Consideran que las intervenciones de prevención ambiental pueden hacerse de tres modos distintos: reguladoras, físicas y económicas. Las reguladoras se refieren a cambios en la legislación para regular, restringir o prohibir ciertos comportamientos (ej., la prohibición de beber alcohol a los menores de edad). Suelen orientarse a potenciar conductas de tipo saludable. Las de tipo físico se orientan a hacer cambios en el entorno físico, incluyendo microentornos (ej., colocando estímulos -ej., carteles- u objetos -ej., ceniceros a la entrada del edificio para apagar el cigarrillo) o macroentornos (ej., en el paisaje urbano, hacer carriles bici en las ciudades), siempre orientado a favorecer o potenciar comportamientos de salud. Los cambios de tipo económicos son los que se dirigen a que la persona lleve a cabo comportamientos más saludables o adaptativos, previniendo los comportamientos nocivos (ej., grabar con más impuestos el alcohol; favorecer que el agua y otras bebidas sean más baratas). En todo lo anterior, el contexto social es esencial.

El estudio se hizo mediante encuesta a expertos en prevención en Europa para tener una primera aproximación a la misma. Analizaron qué nivel de implementación tenían varias medidas en sus países. En la tabla 2.6 indicamos qué medidas propusieron, y que fueron contestadas por los expertos en prevención de distintos países.

Tabla 2.6. Medidas que se evaluaron en el estudio de prevención ambiental europeo de Onciou et al. (2018)

ALCOHOL

1. Medidas económicas o regulatorias

- Prohibición en función de la edad de compra o consumo de alcohol.
- Prohibición o restricción de la publicidad y de la promoción.
- Control/verificación de la producción, venta al por menor (horas, localización) y distribución de bebidas alcohólicas.
- Legislación sobre conducir embriagado (máximo nivel de concentración de alcohol en sangre).
- Prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a clientes intoxicados.
- Entrenamiento obligatorio sobre el alcohol al personal de los bares (camareros, dueños).
- Prohibición de mostrar bebidas alcohólicas en los puntos de venta de tiendas minoristas.
- Limitación de bebidas alcohólicas en eventos públicos importantes.
- Prohibición de consumir bebidas alcohólicas en recintos escolares.
- Prohibición de vender bebidas alcohólicas en recintos escolares.
- Prohibición de consumir alcohol en los lugares de trabajo.
- Prohibición de vender alcohol en los lugares de trabajo.
- Incremento de los impuestos y precios de las bebidas alcohólicas.
- Bajos precios para las bebidas sin alcohol en los lugares recreativos (ej., pubs, bares, etc.).

2. Medidas físicas

- Alterar el diseño de los vasos para las bebidas alcohólicas en los lugares recreativos (ej., menos volumen, vasos más estrechos y altos para evitar que le echen en exceso).
- Usar vasos que no sean de cristal (ej., de plástico) en los lugares recreativos.
- Alterar la música que se escucha en ambientes de consumo de alcohol (ej., limitar el volumen de la misma).

DROGAS ILÍCITAS

1. Medidas regulatorias y económicas

- Prohibición de drogas que no sean alcohol o tabaco (dirigido al usuario).
- Prohibición de drogas que no sean alcohol o tabaco (dirigido a los distribuidores).
- Prohibición y restricción de las denominadas drogas legales de diseño (legal highs) (nuevas drogas psicoactivas).
- Descriminalización de algunas sustancias.
- Regulación de lugares que comercian con sustancias ilegales (distintas al alcohol y al tabaco).
- Conducir bajo la influencia de sustancias ilegales: leyes y sanciones.
- Prohibición de vender drogas ilegales en la proximidad de las escuelas.
- Prohibición de consumir drogas ilegales en el lugar de trabajo.
- Prohibición de vender drogas ilegales en el lugar de trabajo.
- Prohibición de consumir drogas ilegales en los lugares de diversión nocturnos.
- Prohibición de vender drogas ilegales en los lugares de diversión nocturnos.

DROGAS ILÍCITAS, ALCOHOL Y TABACO

1. Medidas físicas comunes

- Mayor horario de apertura de los establecimientos para jóvenes libres de drogas (clubs de jóvenes, clubs deportivos, clubs de arte, etc.).
- Buena disponibilidad de transporte público y de taxis por la noche.
- Buena iluminación en espacios públicos.
- Videovigilancia en lugares públicos.

- Presencia de la policía en plazas y en el momento donde el riesgo de actos violentos en ambientes públicos es mayor debido a un alto consumo de alcohol o drogas.
- Limpiar los barrios para eliminar los traficantes de drogas.

TABACO

1. Medidas regulatorias o económicas

- Prohibición relacionada con la edad de compra/consumo de productos de tabaco.
- Prohibición y restricción de publicidad y promoción de tabaco.
- Lugares libres de humo de tabaco en locales públicos y lugares de trabajo.
- Escuelas libres de humo de tabaco en todo el recinto escolar, incluyendo los espacios escolares al aire libre.
- Prohibición de vender productos de tabaco cerca del recinto escolar.
- Prohibición de vender productos de tabaco en el lugar de trabajo.
- Vehículos privados libres de humo cuando va algún pasajero de menos de 18 años.
- Sistema de licencias para los minoristas de productos de tabaco.
- Prohibición de mostrar productos de tabaco en el punto de venta de las tiendas al por menor.
- Prohibición de los cigarrillos y otros productos del tabaco con olores y sabores característicos.
- Empaquetado estandarizado para los productos de tabaco.
- Empaquetado genérico para los productos de tabaco.
- Incrementar las tasas y precios de los productos de tabaco.

2. Medidas físicas

- Eliminar las máquinas expendedoras de cigarrillos de los espacios públicos

Otra medida

- Monitorizar a la industria farmacéutica en su publicidad y los efectos de reactancia que pueda producir

Fuente: Onciou et al. (2018).

3. The *Community Guide* norteamericano

El *The Community Guide* norteamericano (<https://www.thecommunityguide.org/>), es el acrónimo del *The Guide to Community Preventive Services*, una plataforma de hallazgos basados en la evidencia del *Community Preventive Services Task Force* (CPSTF). El CPSTF fue iniciado en 1996 por el U.S. Department of Health and Human Services norteamericano. Actualmente son los prestigiosos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) los que dan apoyo técnico y administrativo al CPSTF.

En *The Community Guide* se han evaluado todas las intervenciones existentes orientadas a la mejora de la salud y a prevenir las distintas enfermedades, en donde están evaluadas todas las estrategias de prevención ambiental que se han puesto en marcha en Estados Unidos. Otro aspecto relevante de la misma es que indica el nivel de aplicabilidad de la medida. En varios documentos técnicos explican la metodología de cómo evalúan cada programa (ej., Truman et al., 2010).

Los principios que guían al *The Community Guide* son los siguientes:

- Utiliza un enfoque basado en la evidencia para determinar si cada tipo de intervención evaluado funciona y es rentable.
- Ayuda a identificar y seleccionar intervenciones para el cambio de conductas, prevención de enfermedades y cambios ambientales a través de más de 22 temas de salud.
- Identifica cuando la evidencia es insuficiente y dónde es necesario realizar más investigación.

- Complementa las herramientas de apoyo a la toma de decisiones, a través del acceso gratuito a dos de sus páginas webs, la Healthy People 2020 (<https://www.healthypeople.gov/>) y la Guide to Clinical Preventive Services (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/>).

Realmente es un recurso muy bueno, con un análisis minucioso de cada acción, su nivel de eficacia, problemas de implementación, costes, etc. En el mismo puede encontrarse amplia información sobre distintas medidas tanto del campo preventivo en general como de la prevención ambiental en particular.

En Europa se han desarrollado plataformas semejantes pero no tan completas (ej., Arford et al., 2016).

4. Las propuestas del Plan Nacional sobre Drogas: Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se han ido elaborando distintos programas nacionales de drogas, actualmente de adicciones. El último en vigor abarca los años 2017-2024 (DGPNSD, 2018a). A su vez, la misma se operativiza en planes de acción, cada varios años, para poner en práctica medidas concretas y que puedan ser evaluables.

El último documento (DGPNSD, 2018a) es completo, extenso y con múltiples medidas, muchas de ellas ya en práctica desde hace años, las cuales hay que potenciar, y otras novedosas, en la línea de los desarrollos sociales, sanitarios, sociales y científicos del momento actual. Hay distintos aspectos que se tratan en la misma en relación a la prevención ambiental. Así, en lo que se refiere a áreas de actuación hay un apartado importante (el 10.1) dedicado a “prevención y reducción de riesgos” (en la tabla 2.7 indicamos las acciones propuestas, y en la 2.8 los contextos de actuación para ellas), a la reducción y control de la oferta (apartado 10.5), revisión normativa (apartado 10.5), y dentro de acciones transversales las de coordinación (apartado 11.1) y legislación (apartado 11.3). Hay otras adicionales que también tienen relación, pero citamos las anteriores por ser las más relacionadas con la prevención ambiental.

A su vez, en el Plan de acción sobre adicciones, 2018-2020 (DGPNSD, 2018b) se especifica más extensamente acciones concretas a poner en práctica en estos años. Todas ellas pueden verse en el citado documento.

Tabla 2.7. Acciones propuestas de “prevención y reducción del riesgo”, dentro de las áreas de actuación de la Estrategia Nacional sobre Drogas española, 2017-2024

Las intervenciones preventivas tienen como objetivo reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción. Este objetivo se consigue mediante la aplicación de diferentes estrategias, implementadas en distintos ámbitos. Las intervenciones de prevención se clasifican en tres niveles en función de la población destinataria a la que van dirigidas: intervenciones universales, para toda la población; selectivas, dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad; e indicadas, orientadas a individuos con perfiles de mayor riesgo. Es imprescindible complementar estas actuaciones dirigidas a las personas, con otras orientadas a modificar los factores de riesgo de los contextos sociales en los que se producen las conductas, con intervenciones denominadas de prevención ambiental que actúan a nivel social modificando las normas sociales y las regulaciones del mercado. Por otro lado, las intervenciones para la reducción del riesgo en las conductas.

Por otro lado, las intervenciones para la reducción del riesgo en las conductas adictivas tienen como finalidad disminuir los efectos negativos de su uso, por ejemplo evitando que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso con-

tinuado, previniendo la aparición de los consumos de riesgo y/o problemáticos como el binge drinking, o reduciendo las consecuencias negativas que su uso puede tener en otras áreas, al evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico.

En la actualidad, según la evaluación de la END 2009-2016, la prevención en España tiene una orientación básicamente centrada en las personas, que hay que equilibrar con otras dirigidas a reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos. Además de esto, es necesario aumentar la cobertura de los programas preventivos, garantizando la cobertura universal de aquellos avalados por la evidencia.

Hoy en día, la prevención se enfrenta a nuevos retos: las nuevas formas de adicción sin sustancia, especialmente el juego patológico, la percepción de normalidad en el consumo de alcohol y cannabis por parte de menores, las presiones hacia la legalización del cannabis o la aparición continua de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado de las drogas son aspectos que precisan de nuevas respuestas. Por otro lado, las respuestas preventivas deben adaptarse a los nuevos contextos y formas de relación en las que se producen los consumos, especialmente las redes sociales, y aprovechar las oportunidades que dichos contextos ofrecen para la prevención.

Fuente: DGPNSD (2018a, p. 30).

Tabla 2.8. Contextos de actuación, población diana y prevención selectiva e indicada, como objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional sobre Drogas española, 2017-2024. La prevención ambiental es uno de ellos

Contextos de actuación: Las intervenciones preventivas se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, tales como la comunidad educativa, las familias, el lugar de trabajo, los medios de comunicación, el sistema sanitario (principalmente Atención Primaria), las Fuerzas Armadas (FFAA), hostelería y restauración, los contextos de ocio y la comunidad en general. Asimismo, la regulación y la normativa relacionada con las drogas y otras conductas adictivas juegan un papel fundamental en la prevención de las conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables.

Se debe incorporar la prevención ambiental, principalmente, en espacios de ocio comunitario (fiestas locales) y de música y baile (festivales musicales, fiestas multitudinarias públicas o privadas) sin olvidar otros contextos de actuación donde esté indicada. Además, es necesario complementarla con acciones comunitarias de prevención en el ámbito local para reducir los problemas asociados al consumo de alcohol, especialmente en menores.

Población diana: Menores y jóvenes, mujeres (especialmente en edad reproductiva y embarazo), población adulta en los grupos etarios donde se observa un mayor consumo, población reclusa, profesionales de hostelería.

La prevención selectiva y/o indicada se dirigirá especialmente a los colectivos más vulnerables, incorporando a las poblaciones diana en la definición de las políticas, estrategias y programas preventivos.

Fuente: DGPNSD (2018a, p. 31).

5. Las propuestas de distintos planes autonómicos

Distintas comunidades autónomas han hecho propuestas de medidas de prevención ambiental, dentro de sus competencias asignadas, estando muchas de ellas dirigidas al tema del alcohol. Hay mucha normativa sobre el alcohol en España, aunque no una ley. El problema principal es hacer cumplir la normativa existente.

De entre los distintos estudios, informes y propuestas, donde la prevención ambiental tiene un papel central, destacamos la realizada por la Junta de Castilla y León (Martínez et al., 2016), la cual recoge para el consumo de alcohol aquellas medidas que han mostrado ser eficaces para su control. De ellas, algunas son aplicables en nuestro medio y otras habría que desarrollarlas. En la tabla 2.9 indicamos las medidas que han analizado, y que pueden verse en el citado informe. Destacaríamos que lo relevante del informe anterior no es meramente el resultado del mismo, sino la participación activa de planes provinciales y municipales de drogas. Esto ayuda a crear una conciencia del problema, a conocer que hay medidas eficaces y que deben implantarse de un modo u otro, aunque las mismas no estén en vigor actualmente.

Tabla 2.9. Medidas que propone la Junta de Castilla y León para reducir el consumo nocivo de alcohol, en función de la evidencia disponible

Intervenciones dirigidas a limitar la accesibilidad y disponibilidad de alcohol

- Responsabilidad civil
- Incremento de los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas
- Precio mínimo de las bebidas alcohólicas
- Limitación de los días de venta de bebidas alcohólicas
- Limitaciones en las horas de suministro de alcohol
- Regulación de la densidad de los locales que suministran alcohol
- Licencias para el suministro de alcohol
- Edad legal mínima para la compra de alcohol y cumplimiento de la prohibición legal de vender alcohol a menores.

Intervenciones dirigidas a regular el marketing de las bebidas alcohólicas

Intervenciones dirigidas a establecimientos de suministro de alcohol

- Entrenamiento en dispensación responsable de alcohol
- Cumplimiento de la prohibición legal de dispensar alcohol a persona intoxicadas
- Intervenciones de la policía

Intervenciones dirigidas a la población de conductores

- Leyes de concentración de alcohol en sangre
- Controles de alcoholemia
- Suspensión del permiso de conducir
- Campañas en los medios de comunicación
- Intervenciones multicomponentes con movilización comunitaria
- Promoción del consumo de alcohol de bajo riesgo
- Bloqueadores de arranque de motor
- Transporte a casa gratuito para evitar los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol
- Programas educativos en las escuelas para reducir los accidente de tráfico relacionados con el alcohol
- Conductor designado o sobrio
- Otros programas de reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol con evidencia insuficiente sobre su efectividad
- Medidas fundamentales para reducir las víctimas para conducir bajo los efectos del alcohol

Intervenciones asistenciales

- Intervenciones breves en atención primaria de salud
- Intervenciones breves en urgencias
- Tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual
- Otras intervenciones asistenciales probablemente beneficiosas

Programas informativos educativos

- Programas escolares
- Programas familiares
- Campañas de educación pública
- Campañas basadas en la difusión de pautas sobre consumo de alcohol
- Campañas de la industria de bebidas alcohólicas
- Advertencias sanitarias en el etiquetado

Intervenciones en contextos de consumo

- Diseño y política de los locales
- Intervenciones ineficaces en espacios recreativos

Intervenciones en los centros de trabajo

Intervenciones comunitarias

Fuente: Martínez et al. (2016).

REFERENCIAS

- Axford, N., Sonthalia, S., Wrigley, Z., Webb, L., Mokhtqr, N., Brook, L. et al. (2016). *What Works in Europe? Developing a European Communities that Care database of effective prevention programmes*. Darlington, Reino Unido: Dartington Social Research Unit (recuperado de: [https://archive.dartington.org.uk/inc/uploads/ECCTC%20-%20What%20works%20in%20Europe%20report%20\(17%20May%202016\).pdf](https://archive.dartington.org.uk/inc/uploads/ECCTC%20-%20What%20works%20in%20Europe%20report%20(17%20May%202016).pdf)).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD] (2018a). *La estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD] (2018b). *Plan de acción sobre adicciones, 2018-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Martínez, F., Redondo, S., Llamazares, S., Ortiz, M. A., Pérez, E. Blas, J. de et al. (2016). *Guía práctica para reducir el consumo de alcohol*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales, Comisionado Regional para la Droga (recuperado de: http://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Guia_reducir_consumo_alcohol_JCYL_2017.pdf).
- Oncioiu, S. I., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., PermanHowe, P. y Foxcroft, D. R. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.
- OEDYT (2017). *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas. Una guía europea*. Lisboa, Portugal: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Truman, B. I., Smith-Akin, C. K., Hinman, A. R., Gebbie, K. M., Brownson, R., Novick, L. F. et al. (2010). Developing the Guide to Community Preventive Services - Overview and rationale. *American Journal of Preventive Medicine*, 18 (Supl. 1), 18-26.



**Medidas de prevención
ambiental para la
REDUCCIÓN DEL CONSUMO
DE ALCOHOL**

3

1. De dónde partimos

1.1. Legislación Estatal

En la tabla 3.1 indicamos la legislación estatal que regula la venta, consumo y publicidad de las bebidas alcohólicas, según consta en la página web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. La misma indica que desde el año 2013 no se ha hecho ningún nuevo desarrollo legislativo. En los últimos años se han realizado tres intentos para elaborar una ley de control del consumo de alcohol en menores, todos fallidos. Es relevante indicar que dichos intentos han sido realizados por gobiernos de colores políticos distintos, de ahí la dificultad que hay en España de aprobar una ley de este tipo. En el siguiente epígrafe indicaremos las conclusiones más importantes a las que llegó la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, con el tema monográfico “Menores sin Alcohol”.

La normativa actual en vigor ha permitido avances sobre la existente en décadas anteriores. Pero queda mucho camino por recorrer, tanto para ponernos a la altura de las legislaciones de países de nuestro entorno, y con un nivel de desarrollo socioeconómico y social como el nuestro, como para preservar la salud de toda la población y, de modo especial, en los menores y adolescentes. Hay déficits importantes en las normativas actualmente en vigor, a nivel nacional, que a veces intentan solventar las legislaciones de las comunidades autónomas. Sin el paraguas de una Ley de rango nacional es más difícil que puedan abordar todos los cambios normativos que se precisan.

Como luego veremos, muchas de las medidas que se han estudiado y han mostrado ser eficaces, están en vigor en diferentes países. En el nuestro es preciso ponerlas en práctica en estos próximos años.

Tabla 3.1. Legislación española que regula la venta, consumo y publicidad de las bebidas alcohólicas

- Real Decreto 1100/1978, de 21 de mayo, por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del estado.
- Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el reglamento general de policía de espectáculos públicos y actividades recreativas.
- Ley 34/1988, de 11 de noviembre, general de publicidad.
- Orden de 7 de noviembre de 1989, en la que se prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas en los centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia.
- Real Decreto 1045/1990, de 27 de julio, que regula las tolerancias admitidas para la indicación del grado alcohólico volumétrico en el etiquetado de las bebidas alcohólicas destinadas al consumidor final.
- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre seguridad ciudadana.
- Ley 22/1999, de 7 de junio, de modificación de la ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la directiva 89/552/CEE sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.
- Real Decreto 1334/1999, de 31 de julio, por el que se aprueba la norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios.
- Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento general de circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por real decreto legislativo 339/1990, de 2 de marzo. (BOE nº 306, de 23 de diciembre).
- Ley 19/2007, de 11 de julio, contra la violencia, el racismo, la xenofobia y la intolerancia en el deporte, que en su artículo 4 prohíbe la introducción, venta y consumo de toda clase de bebidas alcohólicas y de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en las instalaciones en las que se celebren competiciones deportivas.
- Real Decreto 1/2007, de 16 de noviembre, por la que se aprueba la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
- Ley 29/2009, de 30 de diciembre, por la que se modifica el régimen legal de la competencia desleal y de la publicidad para la mejora de la protección de los consumidores y usuarios.
- Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual.
- Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el RD 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
- Resolución de 10 de diciembre de 2012, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueba la lista de sustancias y métodos prohibidos por el deporte.
- Ley 12/2012, de 26 de diciembre, de medidas urgentes de liberalización del comercio y de determinados servicios.
- Ley Orgánica 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deporte y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, año 2020.

1.2. Informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, con el tema monográfico “Menores sin Alcohol” (2018)

En mayo de 2018 se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el resultado final de la Ponencia de estudio “Menores sin Alcohol” de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas. Dicha ponencia se constituyó a principios de 2017 y durante un año elaboraron la misma, después de escuchar a 38 expertos nacionales en el tema. Queremos destacar que, de los 22 congresistas y senadores de dicha ponencia, de todo el arco político español, el documento fue aprobado por todos excepto por un voto particular a dicho informe. Es decir, que hubo un consenso de casi el 100%. Esto luego no se ve reflejado a nivel legislativo. Como en otras dos anteriores ocasiones, los resultados de dicha ponencia, o de otras leyes sobre el control del consumo de alcohol en menores, no salieron adelante. Queda una y otra vez en el olvido, aparcadas, en el cajón.

El informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado abarca todos los ámbitos que cubre la realidad social en relación al alcohol, como son el familiar; educativo; social/comunitario; cultural, deportivo, de ocio y tiempo libre; formativo e investigador; laboral; publicitario/campañas; sanitario y asistencia. También las medidas para incentivar el “no consumo”, población de riesgo y vulnerable, y seguridad vial y conducción.

El Informe es largo, amplio y profundo. Dentro de las recomendaciones y propuestas a hacer al gobierno estaban el que se elaborase una ley en la que los objetivos serían los siguientes:

- Retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol hasta lograr el consumo cero entre menores de edad.
- Modificar la baja percepción de riesgo de consumo del alcohol, especialmente del consumo por parte de menores. Intentar erradicar el modelo de consumo de atracción entre la juventud.
- Contribuir a un cambio cultural que reduzca los consumos de riesgo en la sociedad española, para lo cual debe tener una orientación educativa fundamentalmente.
- Promover que los sujetos destinatarios de los derechos y obligaciones sean todos y todas las personas físicas y jurídicas implicadas en el problema.
- Informar y concienciar a la población en general, y en concreto, a los colectivos a los que el consumo de alcohol pueda resultar más nocivo, entre ellos, a las mujeres embarazadas para prevenir la afectación alcohólica fetal.
- Promover acciones preventivas, ya sean generalistas, selectivas o indicadas.
- Favorecer actuaciones que permitan a los profesionales sanitarios la detección precoz y la intervención en problemas asociados al consumo de bebidas alcohólicas.
- Potenciar la implantación y el desarrollo de programas asistenciales para la disminución del daño y la detección y el tratamiento de las patologías y adicciones asociadas al consumo de bebidas alcohólicas por menores de dieciocho años.
- Desarrollar actuaciones en los ámbitos educativo, familiar, comunitario, de seguridad vial, laboral, asistencial, de reducción del riesgo y del daño, cultural, deportivo y de ocio, formativo e investigador y publicitario.
- Abordar aspectos de prevención ambiental basados en la evidencia científica en los ámbitos de la accesibilidad, disponibilidad, publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas.
- Establecer las políticas sobre el alcohol y los programas de prevención basados en las evidencias científicas para disminuir los problemas de salud, seguridad y socioeconómicos atribuibles al consumo nocivo.
- Promover el espíritu pedagógico y educativo en la ley.
- Garantizar que las sanciones por el consumo de alcohol que se establezcan puedan ser reemplazadas por actividades en beneficio de la comunidad o con actividades reeducativas (éstas últimas con la participación de los padres y las madres).
- Plantear sanciones para los incumplimientos relacionados con las obligaciones que se imponen a la industria.

- Valorar las buenas prácticas en entidades locales y comunidades autónomas.
- Tener en cuenta la «dimensión comunitaria» y fomentar y posibilitar la participación de la comunidad, especialmente de los agentes y sectores implicados.
- Incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos y medidas que contemple la ley.

A su vez, dentro de las múltiples medidas que incluyeron, varias eran medidas de prevención, específicamente, y medidas de prevención ambiental (Anexo I). En dichas medidas se observa un adecuado conjunto de acciones que, de ser implantadas, llevarían a un descenso del consumo de alcohol en menores. Y, con ello, a disminuir los riesgos y problemas que causa actualmente su consumo.

1.3. Legislación autonómica

Las distintas comunidades autónomas llevan años legislando sobre distintos aspectos del consumo de alcohol con la idea de imponer un mayor control. En la tabla 3.1 vimos la legislación estatal actualmente en vigor. La legislación autonómica va en la misma línea; es muy amplia y variada a lo largo de distintas comunidades autónomas.

Para ejemplificar el tipo y contenido de estas leyes autonómicas podemos indicar la que está en vigor en Galicia, la Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad (BOE de 29 de enero de 2001, Ref. BOE-A-2011-1647). Otras comunidades autónomas tienen leyes semejantes. Como observamos, ésta, como otras, son leyes específicas sobre el consumo de alcohol en menores, con la idea de prevenir su consumo y restringir su acceso al alcohol.

La anterior Ley se centra en la prevención del consumo de alcohol en los menores de edad. Lo que recoge la misma son las medidas preventivas que hay que aplicar en los ámbitos escolar, familiar, comunitario y sanitario; limitaciones de la oferta de bebidas alcohólicas a los menores de edad; la necesaria información y control en lo que atañe a las personas que son responsables de los menores, o de no venderles alcohol y, finalmente, dedica una atención especial al régimen sancionador en caso de incumplimiento de la Ley. Lo que hace esta Ley, como otras que han elaborado las comunidades autónomas, es poner en un solo texto las normativas a nivel nacional que regulan el consumo de alcohol en menores. Pero a día de hoy hay claras deficiencias en las normas de control y acceso de los menores al alcohol.

1.4. Legislación local

En 2010 la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) elaboró un documento que sirviese de base para que los ayuntamientos españoles pudiesen regular el consumo de alcohol en sus municipios. Denominado "Ordenanza reguladora del consumo indebido de bebidas alcohólicas" (disponible en <http://femp.femp.es/files/566-26-archivo/modelo%20ordenanza.pdf>) el mismo se orientaba a que se pudiese hacer desde los municipios un control del consumo excesivo del mismo (Anexo II).

En este documento destacan las sugerencias que se hacen a los municipios para que implanten acciones normativas concretas a partir de ese documento, en caso de querer hacerlo. En ese sentido insisten en aspectos como la información, orientación y educación; participación ciuda-

dana; licencias, en las que los ayuntamientos tienen claras competencias; prohibición de mostradores en la vía pública, a menos que esté regulado en ocasiones específicas; fiestas populares; prohibiciones y limitaciones a la publicidad, venta y consumo de alcohol; acceso de menores y acreditación de la edad; lugares donde se puede beber; y régimen de inspección, infracciones y sanciones. Éste es otro documento completo, que recopila la normativa en vigor, indica qué se puede y no hacer, y cómo implementarlo en función de la experiencia acumulada por muchos ayuntamientos españoles en la regulación del alcohol.

Distintos ayuntamientos sacaron normativas en esta línea, muchos de los cuales siguen hoy en vigor. De entre ellos, destaca el elaborado por el Ayuntamiento de Portugalete (Vizcaya), que se publicó y entró en vigor en 2010. El mismo es un buen referente.

2. Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de alcohol

2.1. Medidas sobre las que hay consenso

Se lleva muchos años estudiando, en distintos países, las medidas que son eficaces para reducir el consumo de alcohol. Ello ha facilitado a los legisladores implantar medidas que son eficaces. El motivo viene dado porque el alcohol, en su consumo excesivo, causa importantes problemas a las personas y a su entorno. También graves problemas de salud, física y mental.

En España, distintas sociedades científicas han resumido la evidencia de la problemática que produce el alcohol. Otras han sugerido las medidas mínimas que habría que aplicar para un control efectivo del consumo que repercuta en una mejor salud de la población. Como un ejemplo, en la tabla 3.2 indicamos las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (2016) en su informe “Alcohol y salud pública: Hechos y datos”. En la misma se proponen medidas que están consensuadas, en la línea de las que propondremos posteriormente.

Tabla 3.2. Mensajes para la población y recomendaciones para los legisladores de la Sociedad Española de Epidemiología sobre el consumo de alcohol, año 2016

Mensajes clave para la población y legisladores
1. El alcohol sigue siendo una de las principales causas evitables de enfermedad, sufrimiento y muerte.
2. En España se bebe demasiado. A pesar de la reducción del consumo per cápita desde los años 1970s a la actualidad (de 19 a 10 litros de alcohol puro por habitante y año), el consumo actual sigue siendo elevado, asociándose a importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas que son evitables.
3. La frecuencia de episodios de consumo excesivo y borracheras en jóvenes se ha duplicado en los últimos 20 años, a pesar de haber disminuido la proporción de adolescentes que beben alcohol.
4. Los riesgos del consumo de alcohol superan sus potenciales beneficios. El alcohol se asocia causalmente a más de 200 problemas de salud. Se han demostrado algunos beneficios asociados al consumo de pequeñas cantidades de alcohol (principalmente una disminución del riesgo cardiovascular), aunque estos sólo se observan en personas mayores de 50 años. Por debajo de esta edad, los riesgos de un consumo “moderado” exceden a los beneficios.
5. Nunca debe recomendarse el consumo de alcohol como práctica saludable.
6. La promoción publicitaria de las bebidas alcohólicas sigue siendo muy fuerte, a pesar de las vigentes regulaciones parciales.
7. La efectividad preventiva de los programas educativos sobre el alcohol en los menores es limitada.
8. La disponibilidad de alcohol es muy elevada en nuestro medio.
9. El precio del alcohol en España es de los más bajos en la Unión Europea, lo que favorece una mayor demanda.

10. El alcohol aumenta la accidentabilidad por tráfico, incluso en pequeñas cantidades.
11. Una parte de las personas que beben diariamente desarrollará un trastorno por dependencia del alcohol.
12. Los programas de tratamiento del abuso y dependencia del alcohol pueden ser efectivos, pero están infrutilizados.

Recomendaciones

Los poderes públicos en nuestro contexto pueden y deben fomentar una reducción del consumo poblacional de alcohol que mitigue el daño que causa actualmente este hábito. Para ello, deberían:

- Mantener y reforzar las actuales políticas sobre alcohol y conducción que han mostrado su valor.
- Introducir cambios fiscales que eleven el coste de las bebidas alcohólicas para desincentivar su consumo, de forma proporcional a su contenido en alcohol puro.
- Regular la excesiva disponibilidad del alcohol, restringiendo los horarios de venta en establecimientos donde no se consume, y prohibiendo su venta en gasolineras, establecimientos sanitarios y educativos y de atención a la infancia. Velar por el cumplimiento efectivo de estas normas.
- Regular la promoción y la publicidad del alcohol, reduciendo su presencia en el espacio público y en todos los medios de comunicación actuales, y evitando su asociación con valores juveniles y de éxito.
- Normalizar el etiquetado de las bebidas alcohólicas que incluya de forma visible tanto su contenido en alcohol y calórico, como advertencias gráficas de los riesgos para los usuarios, con un tamaño y tipo de letra estandarizados que garanticen su visibilidad.
- Velar activamente por el cumplimiento efectivo de la normativa que impide la venta de alcohol a menores de edad.
- Extender la detección temprana y abordaje sistemático de los problemas de abuso y dependencia de alcohol. Incorporar el consejo breve en todos los niveles sanitarios asistenciales, especialmente en atención primaria.
- Garantizar que las personas con abuso o dependencia del alcohol puedan acceder fácilmente a un tratamiento efectivo en el sistema sanitario público, mejorando la información y coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales sanitarios y sociales para aumentar su efectividad y reducir los abandonos de tratamiento.

Fuente: Sociedad Española de Epidemiología (2016).

2.2. Medidas propuestas

Del análisis anterior, y sobre todo de la literatura científica existente, hay evidencia de un gran número de medidas de prevención ambiental que se pueden poner en práctica para reducir el consumo de alcohol.

Son muchas las medidas que se han puesto en marcha para reducir el consumo de alcohol, así como hay otras sobre las que hay consenso científico pero que no se han implementado en España. Por ello, a continuación, presentamos agrupadas las medidas que consideramos básicas para reducir el consumo de alcohol. Ciertamente, algunas de las medidas incluidas en el epígrafe general tienen entidad por sí mismas, pero creemos que el modo en que las presentamos nos permite ser exhaustivos, concretos y al tiempo concisos.

Por su relevancia, en un capítulo posterior, incluimos algunas medidas que habría que aplicar, junto a las del alcohol, pero más específicas para el control del botellón, fenómeno característico de España.

Las medidas que se proponen para el alcohol se indican a continuación.

2.2.1. Prohibición de la publicidad de las bebidas alcohólicas

La prohibición de la publicidad ha resultado ser una medida muy eficaz en el caso del tabaco, del alcohol y también del juego. En el caso del alcohol la evidencia es clara (ej., Gordon et al., 2010; Saffer y Dave, 2006; Smith y Foxcroft, 2009). De ahí que cuando se habla de prohibir la publicidad, sea del alcohol, del tabaco o del juego, la resistencia por parte de la industria es

muy importante, oponiéndose con todo tipo de argumentos a cualquier tipo de regulación que implique restringir o prohibir la publicidad. Más bien ellos siempre proponen, basándose en la libertad del mercado, que se debe liberalizar la publicidad de sus productos, más aún de lo que hacen actualmente.

Son muchas las medidas que se han implantado en distintos países sobre la prohibición de la publicidad, sobre todo en el caso del alcohol y del tabaco. Las medidas que han mostrado ser eficaces prohibiendo la publicidad de alcohol la indicamos en la tabla 3.3. La mayoría de ellas no se han regulado a día de hoy en España (Becoña y Calafat, 1996; Costello et al., 2002).

Hoy la publicidad del alcohol suele estar segmentada, es decir, dirigida a grupos específicos (ej., jóvenes, mujeres, varones) (Shemilt et al., 2017).

Tabla 3.3. Resumen de medidas eficaces de prohibición de la publicidad del alcohol

<p>a) Prohibir la publicidad del alcohol en lugares públicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Autobuses, trenes, taxis, coches o cualquier otro medio de transporte. – Supermercados, ultramarinos, tiendas u otros establecimientos que vendan alcohol. – Centros educativos (escuelas, institutos, universidades) y en sus cercanías.- Vallas publicitarias y otros tipos de publicidad estática en las calles. – Tv, redes sociales, internet, periódicos, revistas u otros medios de comunicación. <p>b) Prohibir la publicidad o promoción que facilita el mayor consumo de alcohol (ej., las promociones de 2 x 1, horas felices, etc.).</p> <p>c) Prohibición de la publicidad directa del alcohol a nivel de medios de comunicación, celebración de eventos o fiestas, actividades deportivas, etc., incluyendo las bebidas denominadas 0,0.</p> <p>d) Prohibir que ninguna marca de alcohol financie eventos deportivos, musicales, culturales, sociales u otros, incluyendo las 0,0.</p> <p>e) Prohibir la publicidad indirecta del alcohol por cualquier medio, incluyendo las marcas 0,0.</p> <p>f) Cualquier otro tipo de publicidad del alcohol, promoción del mismo y otros productos derivados del mismo.</p>
--

MEDIDA 1. PROHIBICIÓN DE LA PUBLICIDAD EN LUGARES PÚBLICOS

Justificación de la medida

Uno de los lugares más llamativos de la publicidad del alcohol la encontramos actualmente en los lugares públicos, en forma de anuncios en marquesinas, establecimientos de hostelería, lonas de edificios en obras, publicidad estática en centros de las ciudades encima de edificios, laterales o parte de atrás de autobuses urbanos, coches anunciando estáticamente alcohol, etc. Recordemos que, en el caso del tabaco, su publicidad se ha prohibido totalmente, en medios públicos, en la calle, y en los medios de comunicación, a excepción de la que existe dentro de los estancos, orientada sólo a los compradores que allí acuden.

Eficacia de la medida

Sabemos que la publicidad del alcohol es uno de los medios más efectivos para captar nuevos clientes (Jones y Donovan, 2011). Lo mismo ocurría con la del tabaco, antes de su prohibición (Capella et al., 2008). La publicidad del alcohol va dirigida por una parte a los adolescentes y, por otra, a los consumidores. La dirigida a los adolescentes utiliza entre sus mensajes el sexo, la fiesta, la libertad, la independencia, la invulnerabilidad, etc. La dirigida

a los consumidores se orienta a reforzar la conducta de consumo, insistiendo sobre todo en su propia capacidad de elegir y de hacer lo que quiera esa persona (Hill y Casswell, 2004). Por ello, la prohibición de la publicidad del alcohol permite que eliminemos un estímulo discriminativo para el consumo de alcohol (Allen et al., 2018). También con ello se elimina el efecto de recencia, que logra en gran medida la publicidad del alcohol; con ello disminuye el consumo (Slater et al., 1996).

Por ello, casi todos los organismos internacionales de salud consideran que esta medida es una de las más necesarias y eficaces para ser aplicada (ej., Anderson et al., 2012; Karlsson, 2014; WHO, 2009a; 2009b).

Aplicabilidad

A nivel nacional esta medida debe implantarse mediante una Ley de control del consumo de alcohol que la incluya.

A nivel autonómico, dentro de sus competencias, puede restringir dicha publicidad, mientras no haya una ley específica a nivel nacional que ya la prohíba.

A nivel local, mediante las competencias que tiene cada municipio, como en la autorización de fiestas, eventos deportivos, culturales o sociales, y otro tipo de actividades públicas, puede introducir elementos restrictivos sobre este tipo de publicidad.

Resistencias

La principal resistencia para la aplicación de esta medida es la industria del alcohol, como viene haciendo desde hace décadas (Blocker, 2006) y como igualmente hacía la industria del tabaco antes de que fuese posible implantar un Acuerdo Marco que prohíbe la misma (Saloojee y Dagli, 2000).

La publicidad siempre tiene como objetivo que a través de la misma se venda más el producto anunciado. De ahí la ingente cantidad que se gasta en la publicidad de bebidas alcohólicas. Y por ello la fuerte resistencia a su prohibición.

Para hacerle frente a dichas resistencias es necesario sacar una ley nacional basada en preservar la salud de los más vulnerables, como son los niños, embarazadas, adolescentes, dependientes del alcohol, etc. En todo ello, los profesionales sanitarios tienen un papel central que jugar.

MEDIDA 2. PROHIBICIÓN DE LA PUBLICIDAD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS (medios impresos, como periódicos, revistas, radio, televisión, redes sociales, etc.)

Justificación de la medida

En España, a diferencia de otros países, está permitida la publicidad del alcohol, con ciertas restricciones, en los medios de comunicación de masas y en las redes sociales.

La publicidad del alcohol es uno de los medios más efectivos para lograr nuevos consumidores de alcohol, normativizar la conducta de consumo de alcohol y transmitir creencias, en muchos casos erróneas, sobre las bondades de su consumo, logrando así reducir la percepción de riesgo, normalizar el consumo e incrementar el mismo (Petticrew et al., 2017; Siegfried et al., 2014).

Se hace por ello necesario prohibir toda publicidad de alcohol en los medios de comunicación de masas (como medios impresos -periódicos, revistas, etc.-, radio, televisión, y las derivaciones de éstos en las redes sociales, y otros). La industria busca nuevos medios para publicitarse. De ahí que también la publicidad estática de alcohol en programas televisivos, entrevistas, series de TV, etc., deben prohibirse. Y, por los avances continuos que hay en esta temática, y sus sistemas imaginativos para introducir nuevos modos de publicidad, debe haber un sistema ágil para prohibirlos conforme lo van implantando.

También es necesario monitorizar la publicidad que viene cada vez haciendo más intensamente la industria del alcohol vía redes sociales, tanto directamente, como mediante otras personas que defienden posturas que a ellos les interesan (Barry et al., 2018).

Eficacia de la medida

La prohibición de la publicidad del alcohol es una de las medidas que se consideran más eficaces para reducir el consumo de alcohol (Anderson et al., 2012; Babor et al., 2010; Siegfried et al., 2014; WHO, 2009a, 2019). De ahí que su aplicación permite reducir de modo significativo el consumo.

Aplicabilidad

A nivel nacional esta medida debe implantarse mediante una Ley de control del consumo de alcohol que la incluya.

A nivel autonómico, dentro de sus competencias, puede restringir dicha publicidad, mientras no haya una ley específica a nivel nacional que ya la prohíba.

A nivel local, mediante las competencias que tiene cada municipio, como en la autorización de fiestas, eventos deportivos, culturales o sociales, y otro tipo de actividades públicas, pueden introducir elementos restrictivos sobre este tipo de publicidad.

Resistencias

La industria del alcohol se opone frontalmente a este tipo de medidas (Mialon y McCambridge, 2018). En este caso, como en los otros relacionados con la publicidad, hay que primar la salud a los intereses económicos. Y ver y desenmascarar los sistemas de influencia que pondrán en práctica para que dichas medidas no se aprueben, no puedan ponerse en práctica, que haya moratorias, intentar boicotearlas, etc. (Anderson et al., 2012).

Una aplicación firme y consistente de la medida desde el primer momento es imprescindible para que la misma se acepte de modo inmediato.

MEDIDA 3. PROHIBIR LA PUBLICIDAD INDIRECTA, O ENCUBIERTA, DEL ALCOHOL EN TODOS SUS MEDIOS (publicidad indirecta, financiación de eventos, venta de productos con la misma marca, bebidas 0.0, etc.)

Justificación de la medida

Cuando se prohíbe formalmente la publicidad del tabaco o del alcohol las industrias que están detrás de sus marcas suelen pasar a realizar publicidad de modo indirecto, o encubierta, de modos distintos, innovadores, yendo habitualmente un poco más allá de la ley que les regula.

Así, es necesario prohibir la publicidad indirecta, o encubierta, del alcohol en todos sus medios (publicidad indirecta, financiación de eventos, venta de productos con la misma marca, bebidas 0.0, etc.). En caso contrario, la publicidad directa que hacían antes pasará a hacerse ahora de modo indirecto.

Pongamos el ejemplo de las bebidas 0.0, o de baja graduación, que utilizan para saltarse la prohibición actual de anunciarse en ciertos horarios en la TV. En este caso se anuncia una bebida, con el mismo nombre, que la misma bebida alcohólica de alta graduación, pero indicando que no contiene alcohol (Stautz et al., 2016). Pero en este caso el que ve el anuncio, por un proceso de condicionamiento clásico (Domjan, 2018; Glautier et al., 1994) asocia el nombre que le dicen que no tiene alcohol con lo que entiende tal persona por dicho estímulo pero con alcohol, por el recuerdo que tiene del mismo (nombre, color, forma, etc.). En suma, le están presentando un estímulo discriminativo (la bebida alcohólica, que es lo que procesa tal persona), aunque la marca trata de hacerla pasar por no alcohólica (en lo que dice) pero que no es como se procesa por parte de la persona que ve el anuncio (Kelly et al., 1997). Así, se salta la ley y consigue su objetivo de anunciar su producto.

Eficacia de la medida

En el caso del alcohol, los distintos organismos internacionales insisten en la eficacia de prohibir la publicidad indirecta del mismo (Anderson et al., 2012; Karlsson, 2014; WHO, 2019). Detectarla, controlarla y no permitirle es una medida excelente para que así las personas no reciban publicidad indirecta ni directa. De ahí que hay que combinar una con otra medida restrictiva.

Aplicabilidad

A nivel nacional esta medida debe implantarse mediante una Ley de control del consumo de alcohol que la incluya.

A nivel autonómico, dentro de sus competencias, puede restringir dicha publicidad, mientras no haya una ley específica a nivel nacional que ya la prohíba.

A nivel local, mediante las competencias que tiene cada municipio, como en la autorización de fiestas, eventos deportivos, culturales o sociales, y otro tipo de actividades públicas, puede introducir elementos restrictivos sobre este tipo de publicidad.

Resistencias

La industria del alcohol se opone frontalmente a este tipo de medidas aduciendo la libertad de marca; que lo que hacen con su publicidad se orienta a que la persona elija la bebida que quiera, no a que beba más; que lo que anuncian es un producto que no produce daños en la salud porque no contiene alcohol; etc. Nada de esto es cierto (Stautz et al., 2016).

Ante ello hay que indicar los principios de aprendizaje e influencia en la conducta de otras personas mediante la publicidad. Igualmente, hay que insistir en la necesidad de preservar la salud de la población, especialmente la más vulnerable, los jóvenes. Y, en ello, los profesionales sanitarios tienen un importante papel que jugar.

MEDIDA 4. PROHIBIR AQUELLA PUBLICIDAD O PROMOCIÓN QUE FACILITA EL MAYOR CONSUMO DE ALCOHOL (ej., las promociones de 2 x 1, horas felices, etc.)

Justificación de la medida

Dado que la industria sabe que reducir el precio del alcohol, o hacerlo más accesible, incrementa el consumo del mismo, en los últimos años se ha puesto de moda promociones de alcohol, como las conocidas como “horas felices”, en donde a ciertas horas el local tiene las copas más baratas, o el aún más conocido 2 x 1, en el cual la persona paga una consumición y le dan dos (en muchos casos cerveza, en zonas turísticas, pero también lo aplican en otros establecimientos). Esta es una práctica muy extendida en algunas zonas turísticas españolas, y de modo especial orientada a los más jóvenes cuando salen de noche a divertirse en algunos locales. Este tipo de promociones llevan a un mayor consumo de alcohol, como han mostrado distintos estudios (ej., van Hoof et al., 2008), de ahí la necesidad de regularlo.

Eficacia de la medida

Dado que este tipo de ofertas lleva a un mayor consumo de alcohol, su eliminación llevaría a un descenso del consumo en esas personas que beben más debido a ellas. No olvidemos que hay una relación entre precio y consumo, tanto en ésta (Anderson et al., 2012; Meier et al., 2016), como en otras sustancias (Babor et al., 2010, 2018). Y, a la inversa, a mayor precio, o mejor disponibilidad de dinero para comprar la sustancia, menor es su consumo. Además, el estudio de 20 países a lo largo de 26 años indica que la prohibición de la publicidad del alcohol lleva a un descenso en el consumo del mismo en jóvenes (Saffer y Dave, 2002).

Aplicabilidad

La aplicabilidad es teóricamente sencilla. Sin embargo, en el caso del alcohol se va a encontrar con limitaciones de tipo comercial, debido a la libertad del mercado, posibilidad de que cualquier establecimiento pueda hacer ofertas, lo que puede hacer compleja la aplicabilidad de esta medida. Por ello, debe hacerse una implantación de la misma teniendo esto en cuenta para lograr que sea efectiva. Y regularla de modo minucioso para que sea eficaz.

Resistencias

Como en cualquier otra medida de restricción del acceso al alcohol, o para disminuir la frecuencia de su consumo, la industria del alcohol se opondrá, y también la industria turística, la de la restauración, y otras asociaciones relacionadas con las industrias o con las asociaciones anteriores.

2.2.2. Incrementar los impuestos sobre el alcohol

Justificación de la medida

Es bien sabido en economía que el precio se relaciona con el consumo, sobre todo cuando el bien no es necesario o imprescindible. En el caso del alcohol, cuando sube el precio, desciende el consumo (Ramirez y Jernigan, 2017). Y, desciende más cuando este aumento de precios va unido a otras medidas que favorecen la reducción del consumo (Allamani y Prina, 2007). Además, esta reducción se produce más en unos grupos que en otros, favoreciendo en algunos casos esta reducción a los grupos vulnerables (Nelson y McNall, 2017).

En España el precio de las bebidas alcohólicas es barato o muy barato. Lo saben bien las personas que tienen problemas con el alcohol, ya que pueden conseguir un litro de vino en torno a un euro, lo cual es una cantidad mínima. El litro de cerveza se puede conseguir por menos de un euro. De ahí nuestro alto consumo de alcohol. Y, las bebidas de alta graduación se pueden conseguir desde unos pocos euros. De ahí, la necesidad de regular mejor el mercado, para el bien de la salud pública, subiendo los impuestos para lograr un precio mínimo de las bebidas.

También el incremento de los impuestos del alcohol debe ir unido a tener un precio mínimo para cada bebida alcohólica. Al haber ese precio mínimo no es posible mantener precios tan bajos para el alcohol y, con ello, desciende el consumo (Spach, 2016).

Las medidas que se proponen se indican en la tabla 3.4.

Tabla 3.4. Incremento de los impuestos sobre el alcohol

- Incremento de los impuestos y precios de todas las bebidas alcohólicas:
- Cerveza, vino y sidra.
- Bebidas de alta graduación
- El incremento anual debe estar siempre por encima del IPC.
- Tener un precio mínimo para cada bebida alcohólica.
- Facilitar que haya bajos precios para las bebidas sin alcohol en los lugares recreativos (ej., pubs, bares, etc.).

Eficacia de la medida

Subir el precio del alcohol es eficaz en la reducción de su consumo. Con ello, se reducen los problemas que acarrea el consumo excesivo (Elder et al., 2000, Spach, 2016), con una incidencia distinta en distintos grupos sociales, especialmente en los más vulnerables (Nelson y McNall, 2017).

Karlson et al. (2012) han demostrado que, en Europa, subir el precio del alcohol y restringir la disponibilidad física del mismo es una medida eficaz para reducir su consumo. Y esta subida se logra mediante el incremento de los impuestos.

Aplicabilidad

A pesar de que las medidas que implican subir impuestos se ha mostrado eficaz para reducir el consumo de distintos productos, no siempre la administración quiere hacerlo, por cuestiones referidas al IPC cuando el consumo es importante, y tampoco porque la industria que los elabora ve mermado sus beneficios y su venta. Pero es una medida de las más eficaces.

Debe hacerse con leyes fiscales aplicables a nivel de todo el Estado.

Resistencias

Una medida de este tipo tiene una fuerte resistencia por parte de los productores, envasadores, distribuidores y vendedores del producto. Con esta medida se logra un gran beneficio a nivel de salud pública pero un perjuicio a los que se encargan de la producción y venta del producto. En el caso del alcohol, al estar muy bien organizada su industria, la resistencia será importante, como así lo viene siendo a lo largo del tiempo. Pero la evidencia de otros países también indica claramente que al subir los impuestos sobre el alcohol baja el consumo (ej., Spach, 2016). Es una excelente medida de salud pública que se usa poco (Sharma et al., 2016).

2.2.3. Regulación de la venta de alcohol

Todo producto tiene hoy una regulación para que el mismo llegue en las mejores condiciones al consumidor. En el caso de las bebidas alcohólicas se precisa un control más exhaustivo, porque el consumo excesivo acarrea problemas, o se pueden producir consumos por parte de personas a las que les hace un daño importante (ej., menores, embarazadas, personas dependientes del alcohol).

En la tabla 3.5 indicamos las medidas a implantar para regular la venta de alcohol.

Tabla 3.5. Aspectos que hay que regular sobre la venta de alcohol

<p>Edad de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Subir la edad mínima para beber alcohol a los 21 años. <p>Venta de alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sistema de control de los puntos de venta legales para que cumplan la normativa. – Perseguir los puntos de venta ilegal de alcohol. – Control exhaustivo de la venta de alcohol en tiendas 24 horas, restringiendo la venta de alcohol a partir de las 8 de la tarde. – Control del acceso de los menores a los locales donde se vende o se dispensa alcohol. – Control del cumplimiento de la normativa por parte de los expendedores. – Controlar la edad de acceso a la compra de alcohol (18 o más años) y sistema sancionador por su incumplimiento. – Regular y controlar la venta online de alcohol para que no sea posible que lo hagan menores. <p>Elaboración</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hacer cumplir la regulación en vigor sobre la producción de alcohol. – Perseguir la elaboración y venta ilegal de alcohol. <p>Lugar de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prohibir beber alcohol fuera del recinto habilitado para ello (ej., en un aparcamiento, cerca de un evento o a sus puertas). – No permitir la venta de bebidas de gran tamaño (ej., de litro) en eventos públicos. – Dejar de servir alcohol una hora antes del cierre. – Acceso a agua y refrescos a buen precio, no a precios abusivos. – Tener lugares de dispensación de agua pública gratuita. <p>Consumo de alcohol en locales</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hacer inspecciones sistemáticas sobre el cumplimiento de las regulaciones legales en vigor. – Alterar el diseño de los vasos para las bebidas alcohólicas en los lugares recreativos (ej., menos volumen, vasos más estrechos y altos para evitar que le echen alcohol en exceso). – Usar vasos que no sean de cristal (ej., de plástico) en los lugares recreativos. – Alterar la música que se escucha en ambientes de consumo de alcohol (ej., limitar el volumen de la misma).

MEDIDA 1. ELEVAR LA EDAD MÍNIMA DE CONSUMO

Justificación de la medida

Cuanto mayor es la edad mínima para comprar alcohol (McCartt et al., 2010) y tabaco (Millett et al., 2011) mejores resultados tienen las personas en términos de salud, accidentes de tráfico u otros problemas. Ello es lógico dado que no es legal consumirlo, o está sancionado, y aunque se consuma de algún modo, a escondidas, o como un acto de rebeldía, el nivel de consumo siempre será mucho menor que si la persona puede consumir esa sustancia a cualquier edad.

En esta línea, países como Estados Unidos, y otros, tienen como edad mínima para acceder al consumo de alcohol los 21 años. Esto no ocurre en otros países. O, incluso hasta hace poco tiempo, en muchas comunidades autónomas españolas, ya a los 16 años se podía beber vino, cerveza o sidra. Al haber una edad mínima para beber, los que lo hacen a una edad anterior a esa pueden ser sancionados y hay normas tanto formales (normas y leyes) como informales (por parte de los padres, profesores, otros adultos) de que esa conducta no se puede hacer, no es normativa, no es legal, no es apropiada.

Sin duda alguna, ésta sería una medida idónea para reducir el consumo, aunque difícil de poder ser implantada en nuestro medio. Por ello, deberíamos ir a un incremento en la edad mínima para poder consumir alcohol, para que ésta fuese de 21 años.

Eficacia de la medida

Dado que en Estados Unidos la edad mínima para beber varía de los 18 a los 21 años, dependiendo de los estados, se han hecho distintos estudios analizando el efecto de estar legalizado el consumo a unas edades más tempranas (18 años) o más tardías (21 años). Los resultados son consistentes en indicar que cuanto menor es la edad de consumir se consume más y los efectos en la salud son mayores (Subbaraman y Kerr, 2013). Y, sobre todo, estos efectos se ven acrecentados a largo plazo en términos de salud y en una cantidad mayor de problemas con el alcohol (Plunk et al., 2016).

Aplicabilidad

En un país como el nuestro, en el que el consumo de alcohol es alto, somos el segundo país productor de alcohol del mundo, en que tenemos una industria potente, y hay una gran tolerancia social hacia el consumo de alcohol, aplicar esta medida es difícil. Pero difícil no significa imposible. Por ello, el mero hecho de discutirla facilitará tomar conciencia del problema del consumo excesivo de alcohol, la necesidad de regularlo y, al tiempo, ir facilitando que esta medida pueda ser implantada a medio plazo.

Resistencias

Una medida como esta planteará importantes resistencias, tanto por parte de la industria del alcohol, de grupos organizados de jóvenes, como de otros grupos sociales. Es algo habitual cuando se proponen medidas que son eficaces para regular el consumo de alcohol.

MEDIDA 2. REGULACIÓN DE LA VENTA DE ALCOHOL

Justificación de la medida

La venta de cualquier producto que ingiere un humano tiene que estar regulada. Así se hace en todas las sociedades desarrolladas. Es un tema de seguridad alimentaria. El alcohol, como otros productos, tiene que estar regulado. Sin embargo, ciertas industrias, como la del alcohol, están frecuentemente en contra de la regulación porque la misma les hace vender menos. También la administración a veces es más laxa en tomar medidas, por ser la del alcohol una industria potente, así como porque aporta una gran cantidad de impuestos de modo directo e indirecto.

En el momento presente, la regulación de la venta de alcohol debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Sistema de control de los puntos de venta legales para que cumplan la normativa.
- Perseguir los puntos de venta ilegal de alcohol.
- Control exhaustivo de venta de alcohol en tiendas 24 horas, restringiendo la venta de alcohol a partir de las 8 de la tarde.
- Control del acceso de los menores a los locales donde se vende o se dispensa alcohol.
- Control del cumplimiento de la normativa por parte de los expendedores.
- Controlar la edad de acceso a la compra (18 o más años) y sistema sancionador por su incumplimiento.
- Regular y controlar la venta online para que no sea posible que lo compren los menores.

Eficacia de la medida

Lo que pretende la regulación de la venta de alcohol es asegurar la calidad del producto que se vende, que no haya adulteraciones, que los puntos de venta no sean excesivos, o se reduzcan por los efectos negativos que produce el producto a una parte de los consumidores, y que el acceso a la sustancia esté regulado para los menores.

La evidencia científica es clara en este aspecto (Babor et al., 2017).

Aplicabilidad

Algunas de las medidas citadas son aplicables. Se lleva años en esa línea. Otras son más difíciles de implementar. Pero, de un modo u otro, es necesario dar pasos firmes en esta dirección dado que este es un tema no sólo de salud pública, sino de seguridad ciudadana y de derechos de los ciudadanos a no enfermarse por un producto que consumido en exceso, o potenciado en exceso, causa claros problemas a las personas y a sus familias.

Resistencias

La resistencia para la aplicación de este tipo de medidas viene de la industria del alcohol, de los distribuidores y vendedores. Claramente, medidas en este sentido, les inciden en su negocio, en sus ventas. De ahí que la sociedad tiene que tener conciencia de donde están los límites de lo adecuado y de lo problemático, no saludable o patológico.

MEDIDA 3. ELABORACIÓN

Justificación de la medida

Hoy nadie duda de que un producto de consumo tiene que ser “seguro”. El alcohol, incluso más que otros, debe cumplir este requisito. Por otra parte, ante la gran exportación que se hace de productos como el vino, la cerveza y los licores, hay una normativa nacional e internacional que debe cumplirse escrupulosamente. Ciertamente, en España, como en los países del entorno, el control sobre todo lo que atañe al cultivo, elaboración, envasado y distribución de bebidas alcohólicas está bien regulado y es aceptado por todos los sectores, desde los productores hasta los consumidores. Pero, junto a lo anterior, es necesario que esté regulada su venta, como producto que no es inocuo para todos los ciudadanos, sobre todo para los menores o personas con patologías físicas que les ha producido su consumo.

Por todo ello, las medidas que se proponen son:

- Que se haga cumplir la regulación en vigor sobre la producción de alcohol.
- Perseguir la elaboración y venta ilegal de alcohol.

Eficacia de la medida

Esta medida es eficaz, sobre todo porque hemos aprendido de los graves problemas que se han producido por la elaboración fraudulenta de alcohol (ej., las muertes hace décadas por la adulteración de vino con alcohol metílico). Hay una importante regulación sobre ello y un sistema de inspección fiable. Además, las propias empresas han contratado personal que controla la calidad de sus productos precisamente para evitar problemas para el consumidor, en lo que atañe a que lo que dice el etiquetado de la bebida es lo que contiene realmente (Osterberg et al., 2014; Wagenaar et al., 2009).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida viene dada por un sistema adecuado de inspección, como así existe, y una adecuada concienciación de los productores de estos productos.

Resistencias

Al existir una larga historia de regulación y control sobre la producción, venta y distribución de este producto, hay poca resistencia a imponer controles sobre la misma.

MEDIDA 4. LUGAR DE CONSUMO

Justificación de la medida

A mayor disponibilidad de una sustancia, mayor consumo. Y, cuantos mayores lugares tenemos para poder consumir alcohol, mayor probabilidad de que se consuma más (Babor et al., 2010; Hughes et al., 2011). Pero, además, tenemos el problema de que esos lugares de consumo de alcohol se amplían a través de terrazas, beber fuera de los locales, hacer ofertad de alcohol (ej., 2 x 1), etc.

Se ha propuesto sistemáticamente que una buena medida, que es eficaz, para reducir el consumo de alcohol es acotar o reducir el área de los lugares donde se puede consumir alcohol. No olvidemos que España es uno de los países del mundo que tiene mayor número de locales para poder consumir alcohol, unos 280.000. Y, el consumo fuera de los mismos es muy habitual.

Por ello, se proponen como medidas para reducir el lugar de consumo de alcohol, en los establecimientos habilitados, las siguientes:

- Prohibir beber alcohol fuera del recinto habilitado para beber (ej., aparcamiento, cerca del evento o a sus puertas).
- No permitir la venta de bebidas de gran tamaño (ej., de litro) en eventos públicos.
- Dejar de servir alcohol una hora antes del cierre.
- Acceso a agua y refrescos a buen precio, no a precios abusivos.
- Tener/habilitar lugares de dispensación de agua pública gratuita.

Eficacia de la medida

A mayor cantidad de consumo de alcohol, más cantidad de problemas para la salud física y mental de una población (WHO, 2009, 2019). Por ello, si conseguimos reducir el número de locales en los que se puede beber, o en el presente caso los metros cuadrados en los que se puede beber, baja correlativamente el consumo de alcohol (Hughes et al., 2011).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida no es sencilla en nuestro medio. Al hacerse mucho la vida en la calle, por el clima que tenemos, el turismo que nos visita, y también porque los municipios obtienen unos buenos impuestos por las terrazas que permiten a los locales, para la dispensación de alcohol y/o comida fuera de su recinto cerrado, hace que no sea una medida de fácil implementación.

La implementación de la medida exige un adecuado sistema de inspección que aplique la norma y haga inspecciones sistemáticas a lo largo del horario de apertura del local.

Resistencias

Esta medida tiene una resistencia prevista importante por parte de los dueños de los locales y del resto de industrias asociadas con ellos.

MEDIDA 5. CONSUMO DE ALCOHOL EN LOCALES

Justificación da la medida

El consumo de alcohol en locales está claramente regulado. Unas personas pueden beber en ellos y otros no, como los menores. Igualmente, hay medidas relacionadas con el aforo del local, medidas higiénicas que hay que cumplir, precios a la vista, condiciones laborales de sus trabajadores, etc.

Hay un tipo de consumo más problemático. Este puede relacionarse tanto con personas que se embriagan consumiendo en los locales, como cuando la diversión llega hasta altas horas de la madrugada, y ello lleva a un consumo excesivo de alcohol. Orientado a estos últimos casos, las medidas propuestas para el consumo de alcohol en los locales, serían:

- Hacer inspecciones sistemáticas sobre el cumplimiento de las regulaciones legales en vigor, sobre todo el que los menores no puedan beber en ellos.
- Alterar el diseño de los vasos para las bebidas alcohólicas en los lugares recreativos (ej., menos volumen, vasos más estrechos y altos para evitar que le echen alcohol en exceso).
- Usar vasos que no sean de cristal (ej., de plástico) en los lugares recreativos.
- Alterar la música que se escucha en ambientes de consumo de alcohol (ej., limitar el volumen de la misma).

Eficacia de la medida

Las anteriores medidas se han implementado en distintos países para evitar algunos problemas que produce el consumo excesivo de alcohol. Hacer inspecciones sistemáticas a los locales para que en ellos no estén menores es habitual. Es una medida que se viene imple-

mentando desde hace años. En parte se está saltando con el “botellón” que hacen fuera de los mismos, adquiriendo el alcohol en tiendas de alimentación u otras.

Otro aspecto que se ha implementado en otros países ha sido reducir la cantidad de alcohol que se puede servir y hasta qué hora se pueden beber en los locales. Así, por ejemplo, en el Reino Unido se regula la cantidad de cada bebida de alta graduación (unidad), horario de cierre del local (normalmente a las 23.00 horas) y no servir a clientes embriagados o que han bebido mucho (WHO, 2019).

Igualmente, se han usado vasos más estrechos y altos, para que la cantidad de alcohol servida sea menor. En algunos lugares, como algunas ciudades del Reino Unido, para evitar distintos problemas que acarrea el uso de los vasos como arma, se han sustituido por vasos de plástico (Hughes et al, 2010).

Otra cuestión que hay que regular es la música de los locales. Si la música está muy alta el consumo de alcohol se incrementa en las personas que están dentro del mismo (Engels et al., 2011; Guéguen et al., 2004). Aparte, las canciones con contenidos referidos al alcohol se han incrementado en los últimos años (ej., Herd, 2014).

Claramente, la implementación de las medidas anteriores llevaría a un descenso en el consumo de alcohol. Y, con ello, a una disminución de los problemas que causa el alcohol. Cuando se han puesto en marcha medidas en este sentido los resultados son adecuados (Bellis et al., 2005).

Aplicabilidad

La aplicación de esta medida es viable, a través de normas que regulen los aspectos indicados. Se puede hacer mediante una ley general o desarrollando aspectos de otras leyes ya en vigor (ej., ordenanza de ruidos, a nivel municipal).

Resistencias

La resistencia a este tipo de medidas será alta. El motivo está en que se sabe que son eficaces en reducir el consumo de alcohol. De ahí que, con otras excusas, no serán aceptadas y es habitual que sean muy criticadas por la industria. Ello es debido a que las mismas producirían un claro descenso en el consumo de alcohol en las personas que acuden a los locales.

MEDIDA 6. PROHIBIR CONSUMIR ALCOHOL Y DROGAS, ASÍ COMO SU VENTA, EN LAS ESCUELAS, INSTITUTOS Y UNIVERSIDADES

Justificación de la medida

Hay dos bloques a considerar en este punto: a) el consumo en menores, que debe orientarse a la escuela, institutos, centros de FP u otros educativos, y los lugares de diversión de los mismos, de modo complementario; y b) en adultos, aunque jóvenes, en la universidad.

En la escuela, institutos y centros de FP es fácil aplicar las medidas de prohibición de consumir alcohol y tabaco dentro del recinto escolar. Es más difícil en los alrededores o cuando salen de dicho centro.

En el caso de los centros universitarios, algunas de las medidas eficaces para reducir el consumo de alcohol y drogas ilegales es no permitir fiestas financiadas por la industria del alcohol.

Cuando lo hacen, el objetivo es fidelizar a los jóvenes con una marca concreta de alcohol, facilitarles el consumo, y crear la idea de que beber es bueno, incluso aunque sea en cantidades elevadas (Nelson et al., 2010). Igualmente, no permitir que financien, o que pongan publicidad del alcohol, en eventos deportivos, musicales o de otro tipo dentro del recinto universitario o del recinto escolar (Wolfson et al., 2012).

Otra medida importante en medio universitario es la detección de persona que tienen problemas con el alcohol, tabaco, cannabis y drogas ilegales. En función del nivel de consumo se pueden hacer acciones de consejo, de tratamiento o de derivación. También incluir programas preventivos en medio universitario es muy útil y se consigue cierto nivel de resultados (Rocha y Becoña, 2017).

Finalmente, no se debe permitir la realización de fiestas o eventos en recintos universitarios o escolares financiados por la industria del alcohol, en especial los deportivos, musicales o fiestas organizadas por los alumnos.

Eficacia de la medida

La implantación de esta medida es muy eficaz. Se consigue que no se pueda beber alcohol en el recinto escolar o universitario. Así, se reduce el consumo de alcohol a niveles mínimos (Wolfson et al., 2012). Igualmente, al no poder la industria del alcohol financiar eventos celebrados en la Universidad, ni poner publicidad sobre el alcohol, se desnormativiza el consumo y es más fácil implantar acciones de vida saludable.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida se puede hacer por distintas vías. Una puede ser a través de normativas estatales que no permitan la venta y publicidad del alcohol en ningún establecimiento docente, sea del tipo que sea. Otra, puede ser autonómica, en el campo de sus competencias. Y, finalmente, también se puede implantar en la propia Universidad, creando en la misma un campus libre de alcohol y/o drogas.

Resistencias

Habrán resistencias por parte de la industria del alcohol, aduciendo que se les coarta su libertad. También de ciertos grupos y asociaciones estudiantiles que ven como no pueden financiar ciertos eventos a través de la industria del alcohol.

2.2.4. Reducir el número de locales en los que se vende alcohol

Justificación de la medida

Una medida que se ha implantado en distintos países en los últimos años, y que aquí también se está discutiendo, es la de limitar el número de locales disponibles para consumir alcohol.

Las leyes de la oferta y la demanda son bien conocidas, tanto para los expertos como para una parte importante de la población. A mayor oferta, mayor demanda. A mayor exposición, mayor posibilidad de consumo (Hughes et al., 2011). De ahí que si hay muchos locales ofreciendo un producto se incrementa la probabilidad de consumirlo. Y, si ese producto tiene capacidades adictivas, como ocurre con el alcohol, tabaco y drogas ilegales, mayor probabilidad de que ese consumo se mantenga en el tiempo (Becoña, 2002, Becoña y Calafat, 2016).

A su vez, la evidencia indica que cuando se restringe el acceso a los locales en donde se sirve alcohol, se vende tabaco, o drogas ilegales, es menor la disponibilidad y, con ello, disminuye el consumo (Babor et al., 2010, 2018). O, incluso, en un mercado más libre como el de las drogas ilegales, si disminuye la mercancía sube el precio del producto y, con ello, disminuye el consumo.

Eficacia de la medida

La eficacia de esta medida está fuera de toda duda. Las leyes del mercado son claras en este aspecto (Mankiw, 2004). Cuantos más puntos de venta, más venta de un producto; y cuantos menos, menos venta. Por ello, no es de extrañar que tengamos uno de los índices de bares mayores del mundo por millón de habitantes. Y, con ello, un importante problema con el consumo de alcohol.

Los estudios realizados sobre la implementación de esta medida (ej., Hughes et al., 2011; Nakamura et al., 2014) indican la utilidad de la misma. Así, la revisión de Hughes et al. (2011) muestra que a mayor cantidad de locales mayor es el consumo de alcohol en esa población. El efecto es multiplicador. De ahí que si se reducen los locales se reduce el consumo de alcohol.

Estudios recientes, como el de Atkinson et al. (2018), indican claramente que si reducimos el número de horas en que un local puede estar abierto se reducen los problemas que causa el alcohol. De ahí, que si reducimos el número de locales, bajaría el efecto negativo del alcohol en los consumidores.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida viene condicionada por las implicaciones económicas y sociales que conlleva. Es una medida claramente eficaz, pero implica un cambio significativo sobre lo que es el consumo y venta de alcohol en España. Exigiría cambios normativos importantes, cambios sociales y una nueva concepción primando la salud al negocio.

Resistencias

Habría muchas resistencias para la implementación de esta medida. Primeramente, por parte de la industria del alcohol, de los productores, de los dueños de los locales, y mismo de parte de los ciudadanos. Igualmente habría oposición por parte de grupos organizados que tienen intereses en el alcohol, la restauración, el ocio y tiempo libre, y todas las industrias que les rodean.

2.2.5. Incrementar los lugares donde se prohíbe el consumo

Justificación de la medida

En España hay un alto nivel de tolerancia social hacia el consumo de alcohol. Se bebe en todas partes, en muchos casos bajo control, pero en los últimos años ha habido ciertos comportamientos excesivos de su consumo en vía pública o en otros lugares en donde no es lógico que se beba. Por ello, es necesario implantar medidas de control del consumo de alcohol en ciertos lugares públicos en los que se ha apreciado que el consumo acarrea problemas a los que consumen alcohol o a otras personas que están en dichos lugares públicos.

Por ello, se debe:

- Prohibir el consumo de alcohol en calles, parques públicos, plazas, etc., que estén en la vía pública.
- Prohibir consumir bebidas alcohólicas en recintos escolares.
- Prohibir vender bebidas alcohólicas en recintos escolares.
- Prohibir consumir alcohol en los lugares de trabajo.
- Prohibir vender alcohol en los lugares de trabajo.

Eficacia de la medida

Cuando no había el consumo de alcohol en vía pública que hoy conocemos, no se producían los problemas con el alcohol que venimos sufriendo en los últimos años (Becoña y Calafat, 2006; Calafat et al., 2000). Hoy es una importante preocupación social (WHO, 2019). De ahí que es necesario volver al nivel anterior en el que no se podía consumir libremente en la calle. Igualmente, al romperse el horario tradicional de consumo (tarde-noche) y pasarse a altas horas de la noche y de la madrugada, es más difícil el control social. Es otro aspecto que habría que cambiar, por incidir tanto en la salud como en la convivencia.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida tiene que hacerse a través de una normativa estatal que delimite claramente donde se puede y no se puede beber alcohol en la vía pública. La preocupación por el tema ha llevado a ir aprobando medidas nacionales, autonómicas o locales, pero parciales. Una normativa para todo el Estado permitiría mejorar este aspecto. Hay que hacerlo en forma de una Ley.

Resistencias

Poner en marcha una medida como la citada lleva a que haya oposición por parte de la industria del alcohol, de los que venden alcohol para su consumo en la vía pública y para otros colectivos que quieren beber en la calle. Es lo esperable. Con frecuencia se financian grupos o personas para que defiendan intereses concretos en la línea del mantenimiento de su negocio.

2.2.6. Restricciones de la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos

Justificación de la medida

El consumo de alcohol en eventos públicos era una costumbre muy arraigada, y lo sigue siendo en parte, excepto cuando no se permite beber alcohol por cuestiones de seguridad, como ocurre en los grandes conciertos u otros acontecimientos de masas.

Sin embargo, en eventos y acontecimientos al aire libre, en el que acuden jóvenes, sigue siendo habitual que se pueda dispensar alcohol, sobre todo cerveza, lo que lleva a que haya en algunos casos un consumo excesivo de alcohol. Con ello, se transmite la idea de que el alcohol no es malo, hay una publicitación muy importante del mismo, y no se logra un efecto preventivo o saludable, sobre todo en relación a los jóvenes.

Por ello, se ha propuesto restringir la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos. Las medidas que se han propuesto para ello son variadas, útiles y algunas de fácil implementación. A continuación, indicamos las más relevantes que se han propuesto (Anderson et al., 2012; Babor et al., 2010; Costello et al., 2002; WHO, 2009, 2019) junto a otras que son aplicables específicamente en nuestro medio:

- Establecer áreas libres de alcohol (orientadas a niños y adolescentes) y áreas de consumo de alcohol (con su correspondiente control de acceso).
- Tener carteles bien visibles indicando la prohibición de beber a menores.
- Controlar la edad de acceso a la compra de alcohol (18 o más años) y un sistema sancionador por su incumplimiento.
- Sancionar a los camareros que vendan alcohol a personas embriagadas.
- Llamar a los servicios de seguridad o de urgencias cuando se detecta una persona embriagada.
- Prohibir beber alcohol fuera del recinto habilitado para beber (ej., aparcamiento, cerca del evento o a sus puertas).
- No permitir la venta de bebidas de gran tamaño (ej., de litro) en eventos públicos
- Dejar de servir alcohol una hora antes del cierre.
- Acceso a agua y refrescos a buen precio, no a precios abusivos.
- Tener lugares de dispensación de agua pública gratuita.

Eficacia de la medida

Las medidas restrictivas que se han puesto en práctica para regular la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos han mostrado su eficacia (Toomey et al., 2006). Ello es lógico porque con estas medidas se elimina la disponibilidad de la sustancia y, con ello, los efectos negativos que la misma produce.

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende de varios factores. En unos casos viene dada por la magnitud del evento y necesidades de seguridad en el mismo. En otros, porque se prima la protección de la publicidad orientada a los menores. Y, también porque esta medida está enmarcada dentro de medidas más amplias para el control del consumo de alcohol en esa población.

Resistencias

Las resistencias al tomar estas medidas proceden tanto de la industria del alcohol como de las personas que con anterioridad vendían alcohol en ese tipo de eventos. También pueden proceder de grupos de la población que quieren tener disponibilidad de alcohol en todos los recintos para colocarse, pasarlo bien, o incluso emborracharse.

2.2.7. Advertencias en el envase de las bebidas

Justificación de la medida

Las advertencias sanitarias en las bebidas alcohólicas son un modo de proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol, hacer consciente a las personas de que no toman un producto inocuo, y mandar mensajes de salud a personas de riesgo (ej., sobre todo jóvenes y mujeres embarazadas).

En relación al consumo de alcohol, las que habría que implantar, en función de la evidencia disponible y de propuestas basadas en datos (Anderson et al., 2012; Babor et al., 2010; WHO, 2009, 2019) serían las siguientes:

- Incluir advertencias sanitarias claras sobre la incidencia del alcohol en la salud en todo envase con bebidas alcohólicas. Éstas deben ser claras e ir paulatinamente incrementando su tamaño hasta que ocupen el 25% del envase, especialmente con los mensajes dirigidos a los menores, embarazadas y con mensajes sobre ciertas enfermedades producidas por el alcohol.
- Las advertencias sobre las consecuencias del alcohol en la salud, especialmente en jóvenes y embarazadas.
- Reducir el tamaño de la superficie impresa en las bebidas (botellas, botes...).
- Prohibir imágenes de personas en las bebidas.
- Prohibir afirmaciones en las bebidas (solo marca, tipo de alcohol y graduación).

Eficacia de la medida

Hay clara evidencia de que las restricciones al consumo de alcohol son eficaces en reducir su consumo, así como los problemas de salud (Anderson et al., 2009; Petticrew et al., 2017; Siegfried et al., 2014; Smith y Foxcroft, 2009). También prohibir la publicidad del alcohol (Siegfried et al., 2014).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida es fácil de implantar mediante el desarrollo y aprobación de normas o leyes que lo regulen. Los argumentos para aplicarla son claros. El beneficio para la salud de la población general es evidente. Estas medidas son asumibles por la mayor parte de la población, sobre todo porque la mayor parte de ellas se orientan a grupos vulnerables (ej., menores), personas a las que hay que proteger (ej., embarazadas), o evitar efectos nocivos en toda la población (ej., para reducir los accidentes de tráfico y, con ello, el número de muertos y heridos).

Resistencias

La resistencia vendría de la industria del alcohol que vería como su producto, hasta ese momento considerado socialmente bueno y saludable, pasaría a engrosar los productos que pueden ser peligrosos para la salud. O más peligroso de lo que ya hoy lo consideramos.

2.2.8. Consumo de alcohol en vía pública

Justificación de la medida

Un importante problema que tenemos es el consumo de alcohol en la vía pública. Algunos ayuntamientos lo han regulado, pero otros no. Además, por nuestro modelo cultural, hay muchos acontecimientos lúdicos, festivos, o de otro tipo, en los que el alcohol está presente en un recinto amplio, vallado o no (ej., fiestas patronales).

Regular el consumo de alcohol en la vía pública es necesario. Hay distintas regulaciones para ello, pero se precisa ahondar en este tema, sobre todo orientado a los más jóvenes y a los menores de edad.

Las medidas que son necesarias implantar para el control del consumo del alcohol en la vía pública son las siguientes:

- Regular el consumo de alcohol en la vía pública de modo restrictivo.
- Hacer controles rutinarios de alcoholemias en la vía pública.
- Potenciar socialmente el ocio y la diversión sana sin alcohol.
- Restringir el consumo de alcohol en acontecimientos masivos, como conciertos, acontecimientos deportivos, etc.
- Multas y medidas alternativas para los que consumen sistemáticamente alcohol en la vía pública.
- Publicitación de la normativa legal sobre consumo de alcohol en la vía pública.
- Control y erradicación del botellón.

Hay una cuestión adicional cuando hablamos de menores. En este caso los padres son los responsables de las conductas de sus hijos menores, cuando estos han sido autorizados por ellos a realizar ciertas conductas, como puede ser salir de noche. Por ello, en muchas legislaciones, incluyendo la nuestra, los menores recibirán cierta sanción, extensible a sus padres a nivel de su pago, si beben en la calle, orinan en la calle, compran alcohol siendo menores, cometen actos de vandalismo, etc.

Eficacia de la medida

Cuando dichas medidas se aplican consistentemente se ha encontrado que reducen el consumo de alcohol (Fell et al., 2008). También sabemos que la aplicación de multas administrativas son eficaces en reducir el consumo (Wagenaar y Wolfson, 2005). Se han propuesto medidas para su control (Calafat et al., 2005), pero en nuestro medio ha sido difícil implementarlas.

Aplicabilidad

La aplicación de esta medida no es fácil. Pero se puede avanzar mucho en la línea deseada. Esto es, si se restringe consumir alcohol en la vía pública habrá una importante reducción en el consumo de alcohol, sobre todo en horas nocturnas y por parte de los más jóvenes. Al tiempo, se deben tener en cuenta las costumbres bien asentadas (ej., celebraciones festivas) para que esta medida pueda ser aplicada de modo efectivo.

Resistencias

La resistencia vendrá por las personas que venden alcohol para poder consumir las personas en la vía pública. Sin embargo, la resistencia a esta medida será menor que a otras medidas ya vistas.

2.2.9. Tráfico y conducción

Justificación de la medida

El número de accidentes de tráfico que teníamos hace décadas era elevado. Ello acarrea una importante mortalidad. Sabemos que en un accidente de tráfico hay tres elementos implicados: la carretera (estado de la misma, visibilidad), el coche (mecánica y demás elementos del mismo) y la persona (el conductor o conductores). Por suerte han mejorado los tres elementos. Han mejorado las carreteras, han mejorado los coches y también ha mejorado como se hace la conducción, a través de importantes restricciones introducidas en las últimas décadas. La más importante de ellas ha sido implantar un nivel máximo de alcohol en sangre para el conductor, controles aleatorios de tráfico de alcohol y drogas, y obligatoriedad de hacer las pruebas de alcohol y drogas cuando hay un accidente (Álvarez y del Río, 2001).

En varios países los conductores novatos tienen varias restricciones en la conducción un tiempo después de haber sacado el carnet de conducir (Buckley et al., 2014). Se espera con ello que adquieran en ese periodo temporal un mejor dominio de sus habilidades de conducción, lo hagan de un modo seguro, no tengan accidentes de tráfico y se habitúen al coche, a la carretera y al resto de conductores. Así, tienen la velocidad máxima restringida, tienen que llevar la señal en el coche de que son novatos, no pueden circular ciertos días o a ciertas horas, entre las medidas más importantes. Entre ellas están mayores restricciones al consumo de alcohol y multas mayores si consumen drogas. Así, en España, los conductores noveles, como los conductores de autobuses, camiones, u otros transportes públicos tienen restricciones (ver tabla 3.6).

Tabla 3.6. Niveles de alcoholemia en la conducción y sus efectos

Nivel de alcoholemia	Nº de cervezas/copas	Efectos en la conducción	Riesgo de accidente
0,15 gr/l	1 caña	Disminución de reflejos	Multiplicado por 1,2
0.30 gr/l *	1 o 2 consumidas en poco tiempo.	Reflejos disminuidos. Se aprecian mal las distancias. Se subestima la velocidad. Sensación de euforia.	Doble
0.50 gr/l**	2 o 3 copas consumidas en poco tiempo.	Aumento del tiempo de respuesta. Sensación de falso control, que lleva a cometer imprudencias.	Triple
1,5		Embriaguez notoria.	Multiplicado por 16
* Tasa de alcohol en sangre que supera la mínima permitida por la ley en personas que acaban de sacar el carnet de conducir y en conductores de autobuses			
** Tasa de alcohol en sangre que supera la mínima permitida por la ley para adultos			

Por ello, las medidas que hay que implantar en las normativas de consumo de alcohol en conductores serían las siguientes:

- Mejorar de modo permanente la normativa en vigor, haciéndola más restrictiva.
- Disminuir el nivel mínimo de alcohol en sangre a 0.08 gr/l.
- Incrementar las pruebas de alcoholemia aleatorias.
- Introducir el alcoholímetro en todos los coches.
- Tener un adecuado sistema de reeducación sobre el alcohol que permita retirar las multas o reducir la sanción.
- En las personas vulnerables o reincidentes en las sanciones, derivarlos a dispositivos preventivos (indicada) o a centros de tratamiento.
- Bloqueadores de arranque del motor si se ha bebido alcohol por encima de lo permitido.
- Mejorar el transporte gratuito para los jóvenes que salen a divertirse.

Eficacia

Los estudios realizados indican la eficacia de estas medidas en reducir el consumo de alcohol en ese periodo de prueba y, sobre todo, a no conducir bajo los efectos del alcohol (Cavazos-Rehg et al., 2012). También se aprecia una reducción en los accidentes de tráfico en estos conductores (Shope, 2007).

Justificación de la medida

Esta es una de las medidas sobre la que hay más consenso entre sociedad, políticos y profesionales. De la alta mortalidad que teníamos en nuestras carreteras, como 5.731 en 1990 (mes de diciembre), 4.241 en 2000 (mismo mes), 1.729 en 2010 (mismo mes) a 1.098 en 2019 (mismo mes), debemos estar todos muy satisfechos. En ello ha contribuido de modo importante el control del consumo de alcohol por parte de la Dirección General de Tráfico.

Resistencias

Siempre hay alguna resistencia a las medidas que se van imponiendo. Aquí procederán de la industria del alcohol que aducirá que se está persiguiendo a las personas que beben “algo”, que hay un sistema persecutorio hacia los conductores, que ellos ya saben lo que tienen que hacer. Igualmente, los jóvenes siempre prefieren que puedan hacer lo que creen adecuado, sin normas. Pero, generalmente, esta medida sería bastante bien aceptada.

2.2.10. Ocio y diversión saludables

Justificación de la medida

El ocio y la diversión ocupan un lugar importante en la vida actual, sobre todo en los jóvenes. También en los adultos el fin de semana y en los periodos vacacionales. Junto a ello, hay otro tipo de ocio vinculado al turismo, que tiene una gran relevancia. En todos los casos anteriores el consumo de alcohol ocupa un lugar destacado, tanto por su disponibilidad, bajo precio y tolerancia social a su consumo, incluso cuando el mismo es abusivo.

Por ello, se sugiere que para este aspecto de la vida social se disponga de:

- Normas claras a nivel social sobre el consumo de alcohol.
- Desnormalizar la borrachera y el consumo excesivo de alcohol en ambientes de ocio y diversión.
- Potenciar las bebidas sin alcohol para el ocio y la diversión.
- Prestar una atención especial al botellón, cara a su erradicación.
- Tener un claro sistema sancionador (o de ayuda) por las borracheras en vía pública, orinar en la calle, tirar desperdicios debido al consumo en vía pública, etc.

Eficacia de la medida

La estrategia de organizar eventos alternativos para los jóvenes para que no consuman alcohol y drogas se ha utilizado ampliamente. Es lo que conocemos como el ocio nocturno alternativo. La idea es proporcionar a los jóvenes actividades que les sean placenteras, de su agrado, y que sean incompatibles con el consumo de alcohol y en donde no se consume alcohol ni drogas. En la mayoría de los casos estas actividades compiten directamente con otras en las que se consumen alcohol o drogas, o con otras en las que están presentes muchos jóvenes.

En distintos lugares y países en los que se han puesto en marcha medidas para el control del consumo abusivo o excesivo de alcohol, en lugares de ocio y recreativos, ha mostrado resultados positivos (Fell, 2019; Stevely et al., 2020). Por ello, debe haber unas normas claras a nivel social sobre lo que es normal y “anormal” en el consumo de alcohol. Y, vinculado a ello, un claro régimen sancionador sobre los usos abusivos. También hay que tener en cuenta el consumo de alcohol y de otras drogas (Martin et al., 2017) cara a evitar accidentes de tráfico.

Son muchas las actividades que se organizan para ello, como actividades deportivas, de baile, de música, de tocar instrumentos, juegos, etc. El problema es que se hacen de noche, fuera de las horas habituales de estar en casa, de ahí que el riesgo continúa. La evidencia, en general, indica que este tipo de programas no funcionan en España (Fernández y Secades, 2003), seguramente por el modo en que han sido diseñados. Se vienen aquí utilizando desde hace décadas y se invierte bastante dinero en las mismas.

Desnormalizar la borrachera y el consumo excesivo de alcohol en ambientes de ocio y diversión es fundamental. No es una conducta normal. Es una conducta problema que causa accidentes de tráfico, incrementa la violencia de género, produce mayor número de intervenciones sanitarias, con la consiguiente morbilidad y mortalidad (Fell et al., 2012).

Otro aspecto que hay que considerar como “normal” es potenciar las bebidas sin alcohol para el ocio y la diversión. Salir a divertirse no tiene porque implicar salir a beber, a emborracharse. Una diversión sin alcohol también es posible (Taylor et al., 2018).

En nuestro caso concreto, en España, hay que prestar una atención especial al botellón, cara a su erradicación. Nos da una mala imagen como país, acarrea importantes problemas a los que lo hacen, y se potencia que se incrementen los problemas con el alcohol (Calafat et al., 2005, 2013).

Todo lo anterior exige disponer de un claro sistema sancionador por las borracheras en vía pública, orinar en la calle, tirar desperdicios debido al consumo en vía pública, etc. Cuando se han implantado medidas de este tipo han sido eficaces (Taylor et al., 2013).

Aplicabilidad

Esta medida es aplicable a través de normas a nivel nacional, autonómico y local. Deben ser claras, bien coordinadas con otras medidas y aplicarse consistentemente para que sean eficaces.

Resistencias

A este tipo de medidas se opone la industria vinculada al mundo del ocio y recreativo. También otro tipo de industrias vinculadas a los mismos. Y, naturalmente, se opone la industria del alcohol, ya que todas esas medidas son efectivas, logran reducir el consumo de alcohol y, con ello, reducen sus beneficios económicos. Pero, hay una clara mejora de la salud de las personas de la población.

2.2.11. Industria del alcohol y dispensadores de alcohol

Justificación de la medida

En un tema tan complejo como el presente, es necesario también implicar a la industria del alcohol, y a los dispensadores de alcohol, en la toma de medidas para un consumo de alcohol responsable, considerado desde la perspectiva sanitaria, no desde la de la industria del alcohol. Ello se viene haciendo en los últimos años en distintos países, con distinto nivel de eficacia, aunque se ha avanzado en esta cuestión.

Por ello, se propone:

- Concienciar a la industria del alcohol y de la restauración de la necesidad del control del consumo excesivo de alcohol, de restringir la publicidad y otras medidas a tomar.
- Conseguir la colaboración de la industria sobre la venta y dispensación de alcohol, como de la industria hostelera y de la restauración, para reducir el riesgo del consumo de alcohol (información, formación, cursos, sellos de calidad, etc.).
- Prohibir la publicidad del alcohol.
- Incrementar el control en bares, restaurantes, supermercados, sobre la venta de alcohol y cumplimiento de las normas en vigor.
- Entrenamiento obligatorio sobre el alcohol al personal de los bares (camareros, dueños) y la dispensación responsable de alcohol.
- Prohibir la venta de alcohol a clientes intoxicados.
- Regular las horas de venta de alcohol, prohibiendo venderlo a partir de las 10 de la noche en tiendas 24 horas.
- Reducir puntos de venta de alcohol.
- Reducir los puntos de dispensación de alcohol.
- Regular la edad mínima que tiene que tener el camarero para poder vender en el local.
- Reducción y prohibición del patrocinio de alcohol en los locales y fuera de ellos.
- Regular la venta de alcohol a domicilio.

Eficacia de la medida

En distintos países se han implantado medidas orientadas a la industria del alcohol. Una de éstas es la de entrenar a los dispensadores de bebidas alcohólicas para que lo hagan de un modo legal y responsable. Así, las medidas que se han implantado en distintos países para sancionar a los responsables de los locales, y a los camareros que sirven alcohol a personas embriagadas, menores de edad, sobre todo si luego han tenido accidentes de tráfico o han producido otros daños.

Estas medidas han resultado ser eficaces tanto en distintos estudios en Estados Unidos (Guide for Community Prevention Science, 2010), como en el Reino Unido (Quigg et al., 2018). En España se han dado pasos en este sentido.

En el estudio de Quigg et al. (2018), en el Reino Unido, evaluaron una intervención denominada “Beber menos, disfrutar más”, con los componentes de movilización comunitaria y sensibilización; entrenamiento responsable del camarero de la barra; y la aplicación activa de la legislación en vigor que prohíbe la venta de alcohol y la compra de alcohol por una persona que parece estar intoxicada con el alcohol. Los resultados indicaron que, de antes de la intervención al seguimiento, el rechazo de servirles alcohol a los probablemente intoxicados subió del 16.4% al 74.0%. También aumentó el conocimiento de la legislación. El programa claramente produjo un menor venta de alcohol a este tipo de clientes problema.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de este tipo de medidas la hay que hacer mediante leyes a nivel nacional o a través de normas que desarrollen las mismas. Igualmente, algunas de ellas pueden implantarse desde las normas que ya tienen aprobadas las comunidades autónomas, bien a través de sus leyes de drogas y adicciones o bien a través de normas sobre consumo y otras que regulan el comercio de los locales en donde se sirve o se vende alcohol. También los ayuntamientos tienen medidas específicas que pueden aplicar para regular estos aspectos.

Resistencias

La industria del alcohol se opone a este tipo de medidas. Suelen indicar que ellos ya aplican la “autorregulación” y prefieren ser ellos los que la apliquen. En la práctica esta medida es poco eficaz o ineficaz en lograr autorregularse. También habrá oposición por parte de los locales que sirven alcohol.

2.2.12. Mejorar el sistema sancionador

Justificación de la medida

Una buena ley exige un adecuado sistema sancionador para que se cumpla la misma. La experiencia de otras leyes y normas nos han indicado esta necesidad. En el caso del alcohol es aún más necesario el mismo. De no tenerlo, y de no aplicarlo, se incumplirá la norma dado el amplio negocio que subyace al mismo.

Un mecanismo que tiene la administración para que las normas se cumplan es multar a la persona que no las sigue. En el caso del alcohol las multas pueden aplicarse a personas, establecimientos o empresas, en caso de que incumplan una norma. Normalmente, la multa

implica un coste económico, aunque pueden aplicarse también otros, que en los casos más graves puede ser el cierre del negocio, el cese de la actividad o incluso sanciones de tipo legal.

Por ello, se propone:

- Disponer de un claro sistema sancionador con una aplicación sistemática y consistente de las sanciones a lo largo del tiempo.
- Sancionar a los menores comprando alcohol o a sus padres.
- Sancionar a los menores bebiendo alcohol o a sus padres.
- Inspecciones sistemáticas a los centros de venta y dispensación, con una atención especial a los menores.

Eficacia de la medida

Sabemos que las leyes y normas son muy eficaces cuando se aplican con un buen sistema sancionador que valida las mismas (Anderson et al., 2014; Babor et al., 2010; WHO, 2009, 2019). Por ello, las medidas anteriores tendrán su utilidad y eficacia si se pueden cumplir. En caso de no cumplimiento la norma queda vacía. Por ello, junto al sistema normativo debe implementarse un sistema de cumplimiento de la misma.

Sabemos que las multas administrativas son eficaces (Wagenaar y Wolfson, 2005). Las dos leyes de tabaco en España, como en otros países, son un claro ejemplo, aunque la mayor dificultad de poder aprobar una norma en que quepa dicho tipo de sanciones. De ahí la dificultad de lograrlo en el caso del alcohol, sobre todo en relación al consumo en menores.

Un elemento que impide el éxito de algunas de estas medidas es que el beneficio es mayor, o mucho mayor, que la multa. Si éste es el caso la medida no será del todo eficaz.

Una vez que una norma está aprobada, para que funcione adecuadamente, es necesario aplicarla efectivamente, sobre todo en relación al consumo de alcohol y drogas. Ejemplo, campañas específicas sobre el botellón, aplicando la normativa en vigor, ya que habitualmente no se aplica. La laxitud en el cumplimiento de las leyes es una característica de los países mediterráneos, a diferencia de los del centro de Europa y Europa del norte.

Hoy no hay ninguna duda de que cuando una norma aprobada se aplica estrictamente, se hace cumplir, sobre todo en el tema del alcohol, y cuando va unida a la aplicación de otras medidas más generales para controlarlo, es eficaz en la reducción de dicho consumo (Saltz et al., 2009).

En cambio, en el tabaco, sólo funciona si se mantiene en el tiempo la aplicación de dichas medidas (Stead y Lancaster, 2005). No olvidemos el peso de la industria del tabaco, y de la publicidad directa e indirecta que usaba, y que no ha dejado de usar la indirecta, junto a otras nuevas estrategias (ej., los cigarrillos electrónicos y las falsas creencias a ellos unidas). De ahí que varias revisiones sistemáticas no lo consideran eficaz (Guide for Community Preventive Sciences, 2001). Esto lo hay que tener en cuenta para que no pase lo mismo en el caso del alcohol.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de la misma debe hacerse a través de un buen sistema de inspección para que la norma se cumpla. Aquí viene bien aprender de todo lo que vienen haciendo los países del norte de Europa en sus medidas de control del alcohol. Nos pueden ser muy útiles, aunque hay que adaptar las mismas a nuestro contexto cultural, que es muy distinto al de esos países.

Resistencias

La resistencia suele venir por parte de la industria del alcohol, de los vendedores de alcohol, de los locales en los que se vende alcohol, ya que los mismos ven que con dicha norma se reduce su negocio.

2.2.13. Campañas informativas: Conocimiento de la normativa por parte de la población y su continua mejora

Justificación de la medida

La información es necesaria para conocer un problema. Y también para tomar decisiones. De ahí que la población precisa tener información fiable y objetiva sobre problemas sociales que les afectan, como es el del consumo excesivo de alcohol. Por ello, se propone mantener constantemente campañas informativas sobre el consumo de alcohol, realizadas desde el campo sanitario, que permita tanto conocer los efectos negativos del consumo de alcohol como la normativa que está en vigor cara a su compra, dispensación y consumo.

Ésta es una medida ampliamente utilizada. El objetivo de dar información es que las personas tengan más conocimiento sobre el alcohol, el tabaco y las drogas, especialmente sobre sus efectos negativos, graves consecuencias que produce, etc.

Por ello, se propone:

- Incrementar la información, educación y concienciación de la población sobre las consecuencias negativas que tiene el consumo de alcohol en la salud.
- Hacer campañas sistemáticas por parte del Ministerio de Sanidad, Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas, y otras sociedades u organismos vinculados con la salud.
- Junto a todo ello, debe tenerse en cuenta que no surjan campañas de contra-prevención, como ha ocurrido y ocurre frecuentemente en este tema.

Eficacia de la medida

A pesar de ser una medida muy utilizada, con la misma se puede incrementar la información de las personas, pero esa información no lleva a un cambio de conducta si no va acompañada de otras medidas (Becoña, 2002). De ahí que no hay una evaluación de su eficacia.

Proporcionar información es una de las medidas más socorridas por la administración pública, como por distintas asociaciones, a través de campañas públicas en los medios de comunicación sobre los efectos del alcohol, tabaco, drogas ilegales y mismo en el juego. Pero estas medidas son de tipo “informativo” no preventivo, como erróneamente muchos consideran.

Así, en el caso del alcohol, las campañas realizadas en los medios de comunicación sólo tienen utilidad cuando van acompañadas de otras medidas, en lo que conocemos como programas multicomponentes. Si se utilizan solas llegan más a los no consumidores que a los consumidores, y a éstos no les influye significativamente. Menos en los jóvenes, que consideran que esa es una información que les envían los mayores, pero éstos no hacen lo que informan, dado el alto nivel de consumo de alcohol en la población adulta (Young et al., 2018).

En el caso del tabaco ello es aún más claro. Si sólo se usan medidas informativas éstas no llegan a los jóvenes, por los mensajes que se utilizan, y porque ellos creen que no van con ellos, sino con otras personas mayores que sí tienen riesgo de seguir fumando (Becoña, 2006). Aun así, todas las medidas que se han puesto en marcha en el tema del tabaco han logrado cambiar de modo importante esta concepción, aunque ahora tenemos el problema con el cannabis, dado que algunos jóvenes ya creen que el tabaco es más malo que fumar cannabis (Becoña et al., 2020).

Se han realizado distintas campañas orientadas a potenciar normas sociales saludables, en nuestro caso en relación al consumo de alcohol y otras drogas. Esto se ha hecho mediante comunicación de mensajes positivos, a lo largo de distintas fuentes, pero sobre todo a través de los medios de comunicación con spots publicitarios. Se espera que esa información llegue a los receptores de la misma y pasen a tomar medidas más sanas en relación al alcohol, tabaco y drogas ilegales (Schmidt et al., 2009).

Los resultados indican que en el alcohol no hay resultados concluyentes; en el tabaco se ha mostrado ineficaz (Thombs et al., 2004); y en otras drogas no hay estudios para poder saber su nivel de evidencia.

Se han utilizado estrategias en los medios de comunicación bien planificadas, y mantenidas en el tiempo, que han mostrado una gran utilidad. Estos mensajes tienen que ser consistentes, breves, continuos y mantenidos en el tiempo (durante semanas, meses o años) dirigidos a los niños y adolescentes para que tengan información adecuada sobre conductas de salud.

Los resultados indican que los mismos son efectivos en alcohol y tabaco (WYSAC, 2012) y también en las drogas ilegales (Wakefield et al., 2010).

Weerasinghe et al. (2020) ha demostrado que cuando la población conoce que uno de los efectos del alcohol es producir cáncer, está más dispuesta a que se incluyan medidas de control del consumo de alcohol. El estudio se hizo en Canadá. Lo estudiaron usando en el etiquetado de las bebidas advertencias en las que indicaban que el alcohol producía cáncer. Por ello, la industria se opone frontalmente al etiquetado o a medidas semejantes por su efectividad (Hope, 2014).

Es frecuente ver campañas públicas de tipo informativo orientadas a que las personas consuman menos, de modo menos peligroso, junto a indicar los aspectos saludables de una vida sin alcohol. Esto suele encuadrarse en lo que se llaman campañas informativas, campañas públicas o campañas de contra-marketing. En este último caso se denominan así porque la industria del alcohol puede publicitarlo legalmente y saben cómo hacerlo de modo efectivo, utilizando procedimientos muy eficaces para hacer llegar su mensaje a los jóvenes y adultos para que se inicien al consumo de alcohol, consuman más alcohol o no dejen el consumo.

Estas campañas públicas a veces se extienden a otras sustancias. Así, hemos conocido en décadas previas muchas campañas orientadas al consumo de tabaco y al consumo de cocaína. Menos a las de alcohol, hay que decirlo, y muy pocas o ninguna sobre el consumo de marihuana. También en otros países europeos se han hecho campañas sobre el consumo de heroína.

Las campañas orientadas al consumo de alcohol suelen centrarse en la emisión de mensajes de salud. Se realizan en los medios de comunicación, como TV, radio, junto con anuncios en vallas o folletos. Se hace en menor grado en Internet. Precisamente es Internet un medio,

nuevo en el tiempo, que está usando la industria del alcohol, como las otras industrias relacionadas con las drogas de modo muy eficiente.

La evaluación de los resultados de estas campañas es dispar. En el caso del alcohol, la revisión de Agostinelli y Grube (2002) indica en unos casos resultados positivos y en otros negativos.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida depende de si hay o no un programa global para atajar el consumo de alcohol en una comunidad o en un país. Se precisa para ello una planificación que hay que mantener en el tiempo, conocer los aspectos positivos que dicha campaña tiene, y también los negativos, como va a ser la contra-prevención, la necesidad de coordinarlo con otras medidas, y que si no se pone en práctica con un buen nivel de intensidad puede ser negativo o no lograr los objetivos previstos.

Resistencias

La resistencia a este tipo de acciones viene por parte de la industria del alcohol, de otros grupos vinculados a la comercialización y venta del alcohol que ven atacados sus intereses, y a grupos que se oponen a cualquier tipo de regularización. De ahí que cuando se ponen en práctica este tipo de medidas hay que hacerlo muy bien para que tengan el adecuado impacto en la población diana.

2.2.14. Potenciar los programas preventivos

Justificación de la medida

Una medida que tiene que implementarse junto a otras previas que hemos indicado es la de implantar en todo el país, de modo obligatorio, sistemático, y como parte del currículo escolar, programas preventivos para el consumo de alcohol y drogas. La problemática actual que estos consumos tienen en la sociedad lo exige (WHO, 2019). Al tiempo, disponemos de programas preventivos eficaces, lo que llevaría a que con los mismos podríamos reducir los problemas que produce el consumo de alcohol, tanto en los jóvenes, como posteriormente cuando sean adultos.

Por ello, deben potenciarse o implantarse:

- Programas preventivos escolares.
- Programas preventivos familiares.
- Programas preventivos selectivos e indicados
- Programas preventivos en el lugar de trabajo.
- Detección en las escuelas de las personas en riesgo con el alcohol.

Eficacia de la medida

Disponemos de programas preventivos eficaces para prevenir el consumo de alcohol y drogas, que se utilizan fundamentalmente en el campo escolar (ej., Faggiano et al., 2011; Foxcroft y Tsetsvadze, 2011; MacArthur et al., 2018). Por ejemplo, la revisión Cochrane de Foxcroft y Tsetsvadze (2011), evaluando los programas de prevención del consumo de alcohol de tipo universal, en

la escuela, encuentran que 6 de 11 intervenciones específicas evaluadas para el alcohol son eficaces. Estos eran el Programa de entrenamiento en habilidades para la vida en los Estados Unidos, el programa Uplugged en Europa, y el Good Behavior Change en Estados Unidos y Europa. Se encontró una alta variabilidad en los efectos entre los estudios y subgrupos. De ahí que recomienden que se preste especial atención al contenido del programa y contexto de aplicación.

Los programas escolares deben complementarse con programas familiares y comunitarios. Los programas comunitarios se ponen en marcha cuando el problema del consumo es grave y hay que reducirlo y evitar los daños que el mismo produce. Este tipo de programas se han orientado a los adultos o a los menores. En el caso de los menores, cuando este tipo de programas ha sido bien elaborados sus resultados han sido positivos. Como un ejemplo, en Estados Unidos es bien conocido el "CMCA: *Communities Mobilizing for Change on Alcohol*", dirigido en este caso a jóvenes entre 13 y 20 años de edad, ya que allí la edad legal para consumir alcohol es de 21 años. Los resultados del programa CMCA indican buenos resultados para los que tienen 18-20 años pero no tan buenos para los que tienen 15-17 años (Wagenaar et al., 2000).

La aplicación de programas preventivos para el consumo de alcohol son esenciales en el campo laboral (Gómez-Recasens et al., 2018; Pidd et al., 2018). Bien mediante normativas claras, que hay que hacer cumplir, o bien mediante un específico programa preventivo, se puede reducir el consumo de alcohol y las consecuencias negativas que el mismo produce a nivel laboral.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de estas medidas debe hacerse potenciando los programas preventivos ya existentes, poniendo en práctica otros nuevos, evaluándolos y monitorizando sus resultados, y el resto de medidas que tienen que estar en práctica para lograr los mejores resultados posibles.

Resistencias

La resistencia vendría del campo escolar si la implementación de dichos programas implica más horas de dedicación, reducir el tiempo dedicado a otras asignaturas, formación complementaria, etc. Si se explica adecuadamente la necesidad y utilidad de estos programas se reducirán tales resistencias.

2.2.15. Facilitar los programas de screening y de tratamiento

Justificación de la medida

Un tipo de intervención que ha cobrado relevancia en atención primaria es la detección precoz de personas que tienen problemas con el alcohol. Son lo que conocemos como programas de screening. Dado que un porcentaje importante de la población acude a su médico de atención primaria una o más veces al año, éste se convierte en un potente agente de salud, no sólo para el padecimiento por el que demanda atención, sino para mejorar estilos de vida en su paciente (Babor y Higgins-Biddle, 2000). Y dos de los estilos de vida que se pueden más fácilmente mejorar, y de los que hay evidencia de su eficacia, es en el consumo de tabaco (USDHHS, 2008) y en el consumo de alcohol (Kaner et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2018; Rehm et al., 2016). También es eficaz para el consumo de drogas ilegales (Madras et al.,

2009). En estos casos el médico tiene la posibilidad de detectar si la persona tiene problemas (ej., en el caso del tabaco preguntando si fuma, o cuando acude por una gripe, bronquitis, etc., en el caso del alcohol preguntando la cantidad que bebe junto a valores anómalos de las analíticas, como puede ser la GGT, transaminasas, etc.; en el caso de las drogas ilegales por los efectos negativos que le puede producir en la salud (ej., hepatitis, infarto, problemas pulmonares, etc.).

También otros especialistas pueden tener un papel importante. Así, los pediatras pueden detectar tempranamente en sus pacientes consumos de alcohol, tabaco y drogas que les pueden estar incidiendo en su salud. O, en la historia clínica, o en la consulta por otros problemas, pueden detectarlos fácilmente.

Por ello, se proponen las siguientes acciones:

- Intervenciones breves en atención primaria.
- Detección de problemas de alcohol por parte de los pediatras.
- Intervención en jóvenes embriagados que acuden a los servicios de urgencias.
- Potenciar los tratamientos para las personas con problemas con el alcohol.

Eficacia de la medida

Este tipo de medida ha mostrado ser eficaz en distintos países (Kaner et al., 2009; Rehm et al., 2016). Su implementación en España igualmente ha mostrado buenos resultados (Palacio-Vieira et al., 2018). De ahí que se viene potenciando sistemáticamente como una actividad más de los médicos de atención primaria.

Dada su eficacia es necesario potenciar más este tipo de intervenciones, tanto a nivel de screening, intervención mínima como derivación a programas de tratamiento especializado cuando el caso es grave.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida es sencilla. Se puede hacer directamente a través de la cartera de servicios de los centros de atención primaria. Y las comunidades autónomas pueden decidir potenciar este tipo de acciones mejorando su implantación.

Resistencias

Esta medida no tiene resistencias. Es un tema de salud, se implanta en el campo sanitario, y se orienta a mejorar la salud de la población. En este caso para aquellas personas que tienen problemas físicos o mentales debido al consumo abusivo de alcohol.

2.2.16. Potenciar la investigación

Justificación de la medida

Llevar a cabo investigaciones sobre temas específicos lleva a disponer de más información sobre el mismo, y a poder implementar medidas con mayor conocimiento de lo que queremos hacer. De ahí la relevancia de incrementar la investigación en este campo, en los distintos aspectos que hemos comentado de prevención ambiental. Por ello, se propone:

- Para el incremento del conocimiento y mejor toma de decisiones.
- Como una estrategia de bloqueo de la contra-prevención.
- Para tener información objetiva del problema.
- Para aumentar el número de personas implicadas en la salud
- Para hacer frente a investigación sesgada financiada por la industria del alcohol

Eficacia de la medida

Hay evidencia de que la investigación se puede integrar como un aspecto preventivo más en el caso del alcohol (Eriksson et al., 2011). La información permite rebatir ideas erróneas sobre ciertos temas, como cuando aparecen sobre el alcohol y drogas, y también poder poner en práctica acciones que están más fundamentadas porque conocemos qué ocurre realmente.

Resistencias

Las resistencias son escasas en este tema. Es una cuestión de inversión para el conocimiento y para el bienestar de las personas; también para su salud. Sí que pueden surgir elementos de contra-investigación, como conocemos en los últimos años cuando la industria del alcohol financia estudios sesgados para defender sus intereses (ej., financiar estudios sobre las bondades de la cerveza sin alcohol en embarazadas, para que luego se puedan publicitar los resultados del estudio y los que lo escuchen “entiendan” que la cerveza (con alcohol) no es mala ni para embarazadas ni para otra persona).

2.2.17. Coordinación de las medidas

Justificación de la medida

Es importante disponer de un buen sistema de coordinación entre las distintas medidas para implantar acciones de prevención ambiental. Sino, pueden ser inoperantes, parciales, débiles o ineficaces. Por ello, se propone:

- Coordinar estas acciones con otras de tipo informativo, preventivo (sobre todo a nivel escolar), y de tratamiento.
- Coordinación entre las distintas administraciones.
- Coordinación dentro de una misma administración.

Eficacia de la medida

Se sabe que la coordinación entre varias medidas tiene un efecto multiplicador. En este caso, el del alcohol, al estar varias administraciones implicadas, tiene que haber una adecuada coordinación entre ellas, o delimitar las competencias que tiene cada una de ellas (estatal, autonómica y local). Igualmente, al ser el alcohol una cuestión que afecta a varios organismos de una misma administración (ej., comercial, salud pública, hacienda, etc.), deben ponerse las acciones en marcha con el conocimiento de las otras y de que no haya boicots a las medidas entre distintos actores de esa administración.

Aplicabilidad

La aplicabilidad es fácil si se consigue una adecuada coordinación entre las distintas medidas a poner en práctica y las administraciones implicadas están de acuerdo. Este es el aspecto central para un buen resultado de la aplicación de las mismas.

Resistencias

Pueden aparecer resistencias dentro de la propia administración que tiene que implantar las medidas, ya que los intereses de sus distintos departamentos pueden variar (ej., Sanidad vs. Hacienda). Estas resistencias deben tenerse en cuenta desde el principio por el conocimiento que tenemos de las mismas a lo largo de los años, de experiencias previas en este país y de otros.

2.2.18. Otras medidas

Justificación de la medida

Se han propuesto otro amplio conjunto de medidas para controlar el consumo de alcohol a través de varias acciones de prevención ambiental. Algunas son aquí aplicables y otras no. Pero conocerlas viene bien para tener la idea global de lo que se puede implementar a corto y a medio plazo. Estas otras medidas son:

- Toque de queda.
- Responsabilidad social del anfitrión.
- Ordenanzas para fiestas de adolescentes.
- Reducción del número de locales de venta y de consumo.
- Habilitar zonas en las ciudades sin establecimientos para la venta de alcohol.
- Hacer responsables a los legisladores de que tomen medidas de control.

Eficacia de la medida

Las medidas de toque de queda se han puesto en práctica en algunas ciudades de Estados Unidos para controlar el consumo de alcohol en menores (Grossman et al., 2016). No queda claro que sea eficaz. En nuestro medio sería difícil de poner en práctica.

La medida conocida como responsabilidad social del anfitrión, consiste en que la persona que sirve o proporciona alcohol a otro es responsable de lo que le ocurra. Cuando ello se ha estudiado en locales que sirven alcohol se reduce el consumo en los que beben allí (Fell et al., 2017, 2018).

Otra medida que se ha implementado ha sido la conocida como ordenanzas para las fiestas de los menores de edad. Este es el grupo que tiene más riesgo de consumir ilegalmente alcohol y drogas, cuando salen a divertirse o participan en fiestas. Ante los problemas que dicho consumo puede acarrearles, se han puesto en práctica algunos programas con el objetivo de poner normas concretas cuando los mismos hacen fiestas. En ellas se indica lo que no pueden hacer en dichas fiestas, en relación al consumo de alcohol y drogas, sobre todo cuando las hacen en lugares públicos, o a nivel privado, o en casa. Esto puede o no ir acompañado de

un sistema sancionador para los que lo incumplen. La evaluación de este tipo de programas indica que funcionan cuando van acompañados de otro tipo de medidas en programas más amplios, en el caso del alcohol (Saltz et al., 2010), pero no hay suficientes datos para el caso de las drogas ilegales.

Una medida eficaz, pero difícil de aplicar, es la reducción del número de locales de venta y de consumo de alcohol. En un estudio en Nuevo México, en donde se cerraron un gran número de locales de venta de alcohol en la carretera llevó a un significativo descenso en la venta y consumo de alcohol (Lapham y Skipper, 2004). De ahí que sabemos que medidas como ésta reducen el consumo. A más oferta mayor consumo. Si reducimos la oferta disminuye el consumo. Por ello, es un tema de discusión si debiera haber un número máximo de locales públicos para beber alcohol por cada 10.000 habitantes.

Se viene proponiendo desde hace unos años habilitar, en ciudades muy pobladas, y en donde se hace construcción nueva, delimitar unas zonas en donde no haya establecimientos para el consumo de alcohol, y otras zonas que sean de servicios y de diversión. Porque, como afirman con frecuencia autores españoles sobre el alcohol y su venta (Sureda et al., 2018), el alcohol en la ciudad está presente en todo momento y en todas partes, en forma de bares, anuncios por toda la ciudad, personas consumiendo a la vista, etc. Es un tema que se debe valorar.

Otra medida que se ha propuesto es la de hacer responsables a los legisladores de que tomen medidas de control en relación al consumo de alcohol. Esto puede hacerse como labor de lobby sanitario, o bien como parte de otro tipo de estrategia, sobre todo cuando no quieren legislar sobre el control del consumo de alcohol por intereses externos a los sanitarios.

Para lograr cambios en aquellos aspectos de salud que son relevantes para toda la población es preciso aprobar leyes y normas que lo regulen. Pero hay que conseguir aprobarlas. Como suele haber resistencia en hacerlo, es preciso en ocasiones presionar a los legisladores, mediante información, labor de lobby, etc., para que aprueben normas pro-salud, en este caso haciendo más difícil el consumo, venta y distribución de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Para el alcohol y el tabaco la legislación tiene un papel central. En el caso de las drogas ilegales este papel se difumina un poco más al ser una actividad ilegal. Pero lo cierto es que en el caso del tabaco y del alcohol, como en el juego, al ser actividades legales, nos vamos a encontrar con grupos de presión, sobre todo de esas industrias, que no quieren que se les regule, para que no puedan perder cuota de mercado, negocio y facturación. Es un problema que conocemos bien.

No se han hecho evaluaciones específicas de medidas concretas, aunque la implementación sistemática de medidas de tipo legal, haciendo más restrictivo el consumo de alcohol y tabaco ha mostrado una clara reducción en el consumo y, con ello, una disminución de los problemas de salud de la población, tanto en el tabaco como en el alcohol y en el juego. No tenemos evidencia para las drogas ilegales de tipo directa, pero sí que cuando se toman medidas policiales estrictas, junto a otras medidas de información y prevención con los consumidores, se puede reducir la demanda y el consumo (ej., lo que ha ocurrido con la cocaína en España en décadas pasadas)

Por ello, una medida central para lograr una buena prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas, como en el juego, en una población determinada, es tener adecuadas medidas legislativas que se puedan aplicar efectivamente en la misma. Y, para la prevención ambiental, disponer de este tipo de medidas sirve de paraguas para otras medidas que se deben aplicar

a partir de las mismas. Ello facilita la desnormalización del consumo, potenciar otros valores sociales (ej., los de salud), asumir más fácilmente la información y los programas preventivos y lograr reducir la prevalencia y el problema.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida depende de que la Administración, sea la que sea, decida regular y legislar un tema. En este caso hablamos de un tema sanitario, como es el consumo excesivo de alcohol.

Resistencias

Las resistencias vienen en estos casos por los que no les interesa que descienda el consumo, venta y fabricación de un producto.

3. Anexos

Anexo I

Medidas de prevención y de actuación ambiental propuestas por el Informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, con el tema monográfico “Menores sin Alcohol” (2018).

Disponible en:

<http://www.senado.es/web/expedientappendixblobservelet?legis=12&id1=108233&id2=1>

Anexo II

Ordenanza reguladora del consumo indebido de bebidas alcohólicas, Federación Española de Municipios y Provincias.

Disponible en:

<http://femp.femp.es/files/566-26-archivo/modelo%20ordenanza.pdf>

REFERENCIAS

- Agostinelli, G. y Grube, J.W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media: A review of recent research. *Alcohol Research and Health*, 26(1), 15-21.
- Allamani, A. y Prina, F. (2007). Why the decrease in consumption of alcohol beverages in Italy between the 1970s and the 2000s? Shedding light on an Italian mystery. *Contemporary Drug Problems*, 34, 187-197.
- Allen, D. C., Ford, M. M. y Grant, K. A. (2018). Cross-species translational findings in the discriminative stimulus effects of ethanol. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 39, 95-111.
- Alvarez, J. y del Río, M. C. (2001). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿Prevenir qué? *Trastornos Adictivos*, 3, 172-180.

- Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J. y Gual, A. (2012). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. Recuperado de www.drugs.ie/resourcesfiles/ResearchDocs/Europe/Research/2012/Alco_Policy_Euro_Evidence_From_Amphora_2012.pdf
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. Luxemburgo: European Commission.
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R. y Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 229-243.
- Anderson, P., Moller, L. y Galea, G. (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Atkinson, J-A., Prodan, A., Livingston, M., Knowles, D., O'Donnell, E., Room, R., ... Wiggers, J. (2018). Impacts of licensed premises trading hour policies on alcohol-related harms. *Addiction*, 113, 1244-1251.
- Babor, T. F., Caetano, S., Casswell, G., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity, 2nd ed.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T. F., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E. et al. (2018). *Drug policy and the public health, 2nd ed.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T. F. y Higgins-Biddle, J. C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95, 677-686.
- Babor, T. F., Robaina, K., Noel, J. K. y Ritson, E. B. (2017). Vulnerability to alcohol-related problems: A policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction*, 112 (Suppl. 1), 94-101.
- Barry, A. E., Padon, A. A., Whiteman, S. D., Hicks, K. K., Carreon, A. K., Crowell, J. R., Willingham, K. L. y Merianos, A. L. (2018). Alcohol advertising on social media: Examining the content of popular alcohol brands on Instagram. *Substance Use & Misuse*, 53, 2413-2420.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Alcohol y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Bellis, M. A. y Hughes, K. (2005). Nightlife in Liverpool: Tackling substance use in a flourishing night time economy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 22, 135-154.
- Blocker, J. S. (2006). Did prohibition really work? Alcohol prohibition as a public health innovation. *American Journal of Public Health*, 96, 233-243.
- Buckley, L., Chapman, R. L. y Sheehan, M. (2014). Young driver distraction: State of the evidence and directions for behavior change programs. *Journal of Adolescent Health*, 54 (Suppl. 5), 16-21.
- Burton, R., Henn, C., Lavoie, D., O'Connor, R., Perkins, C., Sweeney, K. et al. (2016). *The public health burden of alcohol and the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies*. Londres, UK: Public Health England.
- Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Becoña, E., Juan, M., Duch, M., Fernández del Rio, E., Salvá, J., Monzón, S. y García-Toro, M. (2013). Blood alcohol level tests in nightlife recreational settings as a preventive tool. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 10-16.
- Calafat, C., Juan, M., Becoña, E., Castillo, Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ro, M. (1995). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17, 337-347.

- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Capella, M., Taylor, C. R., y Webster, C. (2008). The effect of cigarette advertising bans on consumption: A meta-analysis. *Journal of Advertising*, 37, 7–18.
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Chaloupka, F. J., Schootman, M., Gruzca, R. A. y Bierut, L. J. (2012). Associations between selected state laws and teenagers' drinking and driving behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 1647-1652.
- Collins, R., Ellickson, P., McCaffrey, D. y Hamgbarsoomians, K. (2007). Early adolescent exposure to alcohol advertising and its relation to underage drinking. *Journal of Adolescent Health*, 40, 527-534.
- Costello, H., Nelson, N. M., Henry, K. y Freedman, K. S. (2012) *WYSAC catalog of environmental prevention strategies*. WYSAC Report No. DER-128. Laramie, WY: Wyoming Survey & Analysis Center, University of Wyoming. Recuperado de: https://www.wishschools.org/resources/Catalog%20of%20Environmental%20Prevention%20Strategies_Final4%20Wyoming.pdf
- Domjan, M. (2018). *The essentials of conditioning and learning*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., Toomey, T. L. y Fielding, J.E. (2000). The effectiveness of tax policy intervention and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 217-229.
- Engels, R. C. M. E., Slettenhaar, G., ter Bogt, T. y Scholte, R. H. J. (2011). Effect of alcohol references in music on alcohol consumption in public drinking places. *American Journal of Addictions*, 20, 530-534.
- Eriksson, C., Geidne, S., Larsson, M. y Pettersson, C. (2011). A research strategy case study of alcohol and drug prevention by non-governmental organizations in Sweden 2003-2009. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 14, 8.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). *Universal school-based prevention for illicit drug use (Review)*. Cochrane Database Systematic Review, 2014, Issue 12. Art No. CD003020.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Voas, R. B., Blackman, K. y Tippetts, A. S. (2008). The relationship of underage drinking laws to reducing in drinking drivers in fatal crashes in the United States. *Accident Analysis & Prevention*, 40, 1430-1440.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Yao, J. y McKnight, A. S. (2017). Evaluation of a responsible beverage service and enforcement program: Effects on bar patron intoxication and potential impaired driving by young adults. *Traffic Injury Prevention*, 18, 557-565.
- Fell, J. C., Tanenbaum, E. y Chelluri, D. (2018). Evaluation of a combination of community initiatives to reduce driving while intoxicated and other alcohol-related harms. *Traffic Injury Prevention*, 19 (supl.1), 176-179.
- Fernández, J. R. y Secades, R. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de ocio alternativo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2011). *Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD009307.
- Glautier, S., Drummond, C. y Remington, B. (1994). Alcohol as an unconditioned stimulus in human classical conditioning. *Psychopharmacology*, 116, 360-368.
- Gómez-Recasens, M., Alfaro-Barrio, S., Tarro, L., Llauradó, E. y Solà, R. (2018). A workplace intervention to reduce alcohol and drug consumption: a nonrandomized single-group study. *BMC Public Health*, 18, 1281.

- Gordon, R., Hasting, G. y Moodle, C. (2010). Alcohol marketing and young people´s drinking: What the evidence base suggest for polity. *Journal of Alcohol Studies on Alcohol and Drugs*, 67, 3008-3008.
- Grossman, E. R., Jernigan, D. H. y Miller, N. A. (2016). Do juvenile curfew laws reduce underage drinking? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77, 589-595.
- Guéguen, N., Le Guellec, H. y Jacob, C. (2004). Sound level of background music and alcohol consumption: An empirical evaluation. *Perceptual and Motor Skills*, 99, 34-38.
- Guide for Community Prevention Science (2010). *Preventing excessive alcohol consumption: Dram shop liability*. Disponible en: www.thecommunityguide.org/dramshop.html.
- Herd, D. (2014). Changes in the prevalence of alcohol in rap music lyrics. *Substance Use & Misuse*, 49, 333-342.
- Hill, L. y Casswell, S. (2004). Alcohol advertising and sponsorship: Commercial freedom or control in the public interest? En N. Heather y T. Stockwell (Eds.), *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 339-362). Nueva York, NY: Wiley.
- Hope, A. (2014). The ebb and flow of attitudes and policies on alcohol in Ireland 2002-2010. *Drug and Alcohol Review*, 33, 235-241.
- Hornik, R., Jacobson, L., Orwin, R., Piesse, W. P. y Sen, S. K. (2008). Effects of the national youth anti-drug media campaign on youths. *American Journal of Public Health*, 98, 2229-2236.
- Hughes, K., Furness, L., Jones, L. y Bellis, M. A. (2010). *Reducing harm in drinking environments. Evidence and practice in Europe*. Liverpool, UK: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A., Kosir, M, van Hasselt, N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: The evidence base for European intervention. *Addiction*, 106 (Suppl 1), 37-46.
- Jones, S. C. y Donovan, R. J. (2011). Messages in alcohol advertising targeted to youth. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 126-131.
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., ... Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 28, 301-323.
- Karlsson, T. (2014). *Nordic alcohol policy in Europe. The adaptation of Finland´s, Sweden´s and Norway´s alcohol policies to a new policy framework, 1994-2013*. Helsinki, Finlandia: Juvenes Print-Finnish University Print Ltd., National Institute for Health and Welfare.
- Karlsson, T., Lindeman, M. y Österberg, E. (2012). Does alcohol policy make any difference? Scales and consumption. En P. Anderson, F. Braddick, J. Reynolds, J. y A. Gual (Eds.), *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA* (pp. 15-23). (Descargado de: <http://amphoraproject.net>).
- Kelly, T. H., Emurian, C. S., Baseheart, B. J. y Martin, C.A. (1997). Discriminative stimulus effects of alcohol in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 199-207.
- Lapham, S. C. y Skipper, B. J. (2004). New Mexico's 1998 drive-up liquor window closure. Study II: Economic impact on owners. *Addiction*, 99, 607-611.
- Madras, B. K., Compton, W. M., Avula, D., Stegbauer, T., Stein, J.B. y Clark, H. W. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 280-295.

- Malone, R. E., Grundy, Q. y Bero, L. A. (2012). Tobacco industry denormalisation as a tobacco control intervention: A review. *Tobacco Control*, 21, 162-170.
- McCartt, A., Hellinga, L. A. y Kirley, B. B. (2010). The effect of minimum legal drinking age 21 laws on alcohol-related driving in the United States. *Journal of Safety Research*, 41, 173-181.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., ... Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level intervention targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2018, issue 10. Art. No. CD009927.
- Martin, J. L., Gadegbeku, B., Wu, D., Viallon, V. y Laumon, B. (2018). Cannabis, alcohol and fatal road accidents. *Plos One*, 8, e0187320.
- Meier, P. S., Holmes, J., Angus, C., Ally, A. K., Meng, Y. y Brennan, A. (2016). Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: A mathematical modelling study. *Plos One*, 13, e1001963.
- Mialon, M. y McCambridge, J. (2018). Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 28, 664-673.
- Millett, C., Lee, J. T., Gibbons, D. C. y Glantz, S. A. (2011). Increasing the age for the legal purchase of tobacco in England: Impacts on socioeconomic disparities in youth smoking. *Thorax*, 66, 862-865.
- Nakamura, R., Suhrcke, M., Pechey, R., Morciano, M., Roland, M. y Marteau, T. M. (2014). Impact on alcohol purchasing of a ban on multi-buy promotions: A quasi-experimental evaluation comparing Scotland with England and Wales. *Addiction*, 109, 558-567.
- Nelson, J. P. y McNall, A. D. (2017). What happens to drinking when alcohol policy changes? A review of five natural experiments for alcohol taxes, prices, and availability. *European Journal of Health Economy*, 18, 417-434.
- Nelson, T. F., Toomey, T. L., Lenk, K. M., Erickson, D. J. y Winters, K. C. (2010). Implementation of NIAAA college drinking task force recommendations. How are colleges doing 6 year later? *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 34, 1687-1693.
- Nepal, S., Kypri, K., Pursey, K., Attia, J., Chikritzh, T. y Miller, P. (2018). Effectiveness of lockouts in reducing alcohol-related harm: Systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 37, 527-536.
- Osterberg, E., Lindeman, M. y Karlsson, T. (2014). Changes in alcohol policies and public opinions in Finland 2003-2013. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 242-248.
- Palacio-Vieira, J., Segura, L., Anderson, P., Wolstenholme, A., Drummond, C., Bendtsen, P., ... Gual, A. (2018). Improving screening and brief intervention activities in primary health care: Secondary analysis of professional accuracy based on the AUDIT-C. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24, 369-374.
- Petticrew, M., Shemilt, I., Lorenc, T., Marteau, T. M., Melendez-Torres, G. J., O'Mara-Eves, A., Stautz, K. y Thomas, J. (2017). Alcohol advertising and public health: Systems perspectives versus narrow perspectives. *Journal of Epidemiological Community and Health*, 71, 308-312.
- Pidd, K., Roche, A., Cameron, J., Lee, N., Jenner, L. y Duraisingam, V. (2018). Workplace alcohol harm reduction intervention in Australia: Cluster non-randomised controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 37, 502-513.
- Plunk, A. D., Krauss, M. J., Syed-Mohammed, H., Hur, M., Cavzos-Rehg, P. A., Bierut, L. J. y Gruzca, R. A. (2016). The impact of the minimum legal drinking age on alcohol-related chronic disease mortality. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 40, 1761-1768.

- Ponencia Congreso Senado (2018). *Ponencia de estudio menores sin alcohol*. En: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Ponencia%20de%20estudio%20Menores%20sin%20alcohol.%20Bolet%C3%A9n%20Oficial%20de%20las%20Cortes%20Generales%20,%20n.%2020203,%202018,%20p.%201-44._5.pdf
- Quigg, Z., Hughes, K., Butler, N., Ford, K., Canning, I. y Bellis, M. A. (2018). Drink less enjoy more: Effects of a multi-component intervention on improving adherence to, and knowledge of, alcohol legislation in a UK nightlife setting. *Addiction*, *113*, 1420-1429.
- Ramirez, R. L. y Jernigan, D. H. (2017). Increasing alcohol taxes: Analysis of case studies from Illinois, Maryland, and Massachusetts. *Journal on Studies of Alcohol and Drugs*, *78*, 763-770.
- Rocha, C. y Becoña, E. (2017). Programa Riscos & Desafíos. Eficacia na prevenção do consumo de álcool em estudantes do ensino superior. *Adictologia*, *4*, 16-31.
- Rehm, J., Anderson, P., Manthey, J., Shield, K. D., Struzzo, P., Wojnar, M. y Gual, A. (2016). Alcohol use disorders in Primary Health Care: What do we know and where do we go? *Alcohol and Alcoholism*, *51*, 422-427.
- Saffer, H. y Dave, D. (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*, *30*, 1325-1334.
- Saffer, H. y Dave, D. (2006). Alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents. *Health Economics*, *15*, 617-637.
- Saloojee, Y. y Dagli, E. (2000). Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*, 902-910.
- Saltz, R.F., Paschall, M. J., McGaffigan, R. P. y Nygaard, P. M. O. (2010). Alcohol risk management in college setting. *American Journal of Preventive Medicine*, *39*, 491-499.
- Saltz, R. F., Welker, L. R., Paschall, M. J., Feeney, M. A. y Fabiano, P. M. (2009). Evaluating a comprehensive campus-community prevention intervention to reduce alcohol-related problems in a college population. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs (Supl. 16)*, 21-27.
- Sharma, A., Etile, F. y Sinha, K. (2016). The effect of introducing a minimum price on the distribution of alcohol purchase: A counterfactual analysis. *Health Economy*, *25*, 1182-1200.
- Shemilt, P. M., Lorenc, T., Marteau, T. M., Melendez-Torres, G. J., O´ Mara-Eves, A.,
- Stautz, K. y Thomas, J. (2017). Alcohol advertising and public health: Systems perspectives versus narrow perspectives. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *71*, 308-312.
- Shope, J. T. (2007). Graduated driver licensing: Review of evaluation results since 2002. *Journal of Safety Research*, *38*, 165-175.
- Siegfried, N., Pienaar, D. C., Ataguba, J. E., Volmink, J., Kredo, T., Jere, M., Parry, C. D. (2014). Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, *4 (11)*, CD010704.
- Schmidt, E., Kiss, S. M. y Lokanc-Diluzio, W. (2009). Changing social norms: A mass media campaign for youth ages 12-18. *Canadian Journal of Public Health*, *100*, 45-55.
- Smith, L. A., y Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behavior in young people. Systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, *9*, 51.
- Slater, M. D., Rouner, D. y Murphy, K. (1996). Adolescent counterarguing of TV beer advertisements: Evidence for effectiveness of alcohol education and critical viewing discussions. *Journal of Drug Education*, *26*, 143-158.

- Sociedad Española de Epidemiología (2016). *Alcohol y salud pública: hechos y datos. Grupo de Trabajo de Alcohol. Noviembre 2016*. Recuperado de: www.seepidemiologia.es/documents/dummy/SaludySP.pdf
- Spach, M. (2016). Economic issues and public alcohol abuse prevention policies in France. *Sante Publique*, 28, 461-470.
- Stantz, K., Brown, K. G., King, S. E., Shemilt, I. y Marteau, T. M. (2016). Immediate effects of alcohol marketing communications and media portrayals on consumption and cognition: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *BMC Public Health*, 16, 465.
- Stead, L. F. y Lancaster, T. (2005). Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane database of systematic reviews*. CD001497.
- Stevly, A. K., Holmes, J., McNamara, S. y Meier, P. S. (2020). Drinking contexts and their association with acute alcohol-related harm: A systematic review of event-level studies on adults' drinking occasions. *Drug and Alcohol Review*, 39, 309-320.
- Subbaraman, M. S. y Kerr, W.C. (2013). State panel estimates of the effects of the minimum legal drinking age on alcohol consumption. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 37 (Supl. 1), 291-296.
- Sureda, X., Carreño, V., Espelt, A., Villalbí, J. R., Pearce, J. y Franco, M. (2018). Alcohol in the city: Wherever and whenever. *Gaceta Sanitaria*, 32, 172-175.
- Taylor, N., Miller, P., Coomber, K., Mayshak, R., Zahnow, R., Patafio, B., Burn, M. y Ferris, J. (2018). A mapping review of evaluations of alcohol policy restrictions targeting alcohol-related harm in night-time entertainment precincts. *International Journal on Drug Policy*, 62, 1-13.
- Thombs, D. L., Dotterer, S., Olds, S., Sharp, K. E. y Raub, C. G. (2004). A closer look at why one social norms campaign did not reduce student drinking. *Journal of American College Health*, 53, 61-68.
- Toomey, T. L., Fabian, L. A., Erickson, D. J., Wagenaar, A. C., Fletcher, L. y Lenk, K. M. (2006). Influencing alcohol control policies and practices at community festivals. *Journal of Drug Education*, 36, 15-32.
- US Department of Health and Human Services (2008). *Tobacco use and dependence guideline panel. Treating tobacco use dependence: 2008 update*. Rockville, MD: Author.
- van Hoof, J., van Noordenburg, M. y de Jong, M. (2008). Happy hours and other alcohol discounts in cafés. Prevalence and effects on underage adolescents. *Journal of Public Health Policy*, 29, 340-352.
- Wagenaar, A. C., Murray, D. M., Gefan, J. P., Wolfson, M., Forster, J. L., Toomey, T. L., ... Jones-Webb, R. (2000). Communities mobilizing for change on alcohol: Outcomes from a randomized community trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61, 85.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J. y Komron, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104, 179-190.
- Wagenaar, A. C. y Wolfson, M. (1995). Deterring sales and provision of alcohol to minors. A study of enforcement in 295 countries in four states. *Public Health Reports*, 110, 419.
- Wakefield, M. A., Loken, B., Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaign to change health behavior. *Lancet*, 376, 1261-1271.
- Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J., ..., Hobin, E. (2020). Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: Findings from a real-world alcohol labelling study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 398.

- Wei, J., Barnett, N. P. y Clark, M. (2010). Attendance at alcohol-free and alcohol-service parties and alcohol consumption among college students. *Addictive Behaviors*, 35, 572-579.
- Wolfson, M., Champion, H., McCoy, T. P., Rhodes, S. D., Ip, E. H., Blocker, J. N., ... DuRant, R. H. (2012). Impact of a randomized campus/community trial to prevent high-risk drinking among college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 1767-1778.
- WHO (2009a). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2009b). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2019c). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K. et al. (2018). Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 53, 302-316.



**Medidas de prevención
ambiental para el
CONTROL Y ERRADICACIÓN
DEL BOTELLÓN**

4

1. De dónde partimos

En España, desde hace años, tenemos un importante problema con el consumo de alcohol, y sus efectos asociados, en lo que se conoce como “botellón”.

Existe una gran cantidad de información e investigación sobre el botellón en España. Seguiremos en este apartado los estudios en los que hemos participado (Becoña, 2006, 2009; Calafat et al., 2000, 2005), nuestro manual sobre “Los jóvenes y el alcohol” (Becoña y Calafat, 2006), junto a información actualizada sobre el tema.

En las últimas décadas se ha producido en los jóvenes una importante transformación de la diversión y de los hábitos de consumo asociados con ella. La vida recreativa, el pasarlo bien, el salir de marcha, se ha convertido en un nuevo fenómeno, más que por nuevo, ya que la gente se ha divertido siempre, por sus nuevas características. Además, éste ha estado asociado sobre todo en sus inicios hace unos años, al consumo de éxtasis, para pasarlo mejor y aguantar toda la noche, a la baja percepción de riesgo de su consumo, al cambio de los horarios de diversión, al surgimiento de los locales “afters” (que abren a altas horas de la madrugada y cierran a media mañana o al final de la misma), las rutas del bakalao, etc., todo lo cual ha constituido un nuevo modo de divertirse que antes no existía y que es reciente en el tiempo.

Si hoy tuviésemos que indicar las características definitorias de la juventud, o de ser joven, una de ellas es la del ocio, tiempo libre y diversión. Este fenómeno que nos puede parecer cotidiano y normal en estos tiempos no siempre ha sido así. Si echamos una mirada al pasado más inmediato, como hace 25 o 50 años, apreciamos que el ocio y tiempo libre era apenas existente para la mayoría de las personas, y tampoco para los jóvenes, aunque sí es cierto que la diversión formaba parte, y siempre lo ha formado, de esa etapa de la vida, pero de un modo radicalmente distinto a como hoy lo conocemos u observamos.

Por ejemplo, hace 60 años, una persona que viviese en España -años 60 del siglo XX- tenía difícil poder dedicarse a la vida ociosa y menos poder disfrutar o tener el tiempo libre que probablemente desearía tener. Las circunstancias sociales e históricas de ese momento, como en la mayoría de los países europeos del entorno, aparte del sistema dictatorial que se estaba viviendo, no permitían el estado de bienestar que hemos alcanzado en las últimas décadas. En este contexto la diversión también se resentía, si la vemos desde la perspectiva actual, aunque realmente se divertían, como siempre se ha divertido el ser humano, porque la diversión tiene una parte esencial, que es la valoración subjetiva de la misma. Es por esto que los jóvenes de esa época creían que su modo de diversión era el mejor posible. No tenían muchos elementos de comparación

con otros tipos de diversión. Sus puntos de referencia eran muy distintos a lo que ellos hacían. Si miramos hacia atrás, los paseos por las alamedas de los pueblos, el ir al cine, asistir a las fiestas patronales y al baile, acudir al fútbol o a otros acontecimientos deportivos, eran un modo de superar la rutina cotidiana y los problemas diarios a los que se había que enfrentar. En ese momento el único acceso a sustancias psicoactivas era el tabaco, sin filtro, y al alcohol, en forma de vino u otras bebidas como el coñac, el anís, o el aguardiente, producidos en el propio país. Pero este acceso también estaba limitado por la disponibilidad de dinero, por la clase social y era casi exclusivo del sexo masculino

Los cambios desde décadas pasadas hasta hoy han sido muy grandes. A mediados de los años 70, y en los años sucesivos, se produce en España el final de la dictadura, el comienzo de la democracia, la apertura externa, recoger los frutos del desarrollo económico que se produce en España a partir de los años 60 y de los ingresos que aportan los emigrantes, el boom demográfico y una clara idea de bienestar y progreso, la liberación de la mujer y su incorporación al mercado laboral con sus ingresos propios, el dominio sobre su cuerpo y sobre el embarazo y reproducción, el incremento considerable de los estudiantes universitarios, el boom del turismo y la entrada de divisas y nuevas ideas del extranjero, la música moderna, el pop, etc. La diversión cambia radicalmente. Se sale más, hay más dinero, se quiere disfrutar de la vida y de algo muypreciado que se ha ganado y que se desconocía: la libertad. La diversión y el modo de divertirse cambia. Decae la diversión simbólica (los paseos de los chicos por un lado y las chicas por otro), ciertos hábitos de ocio (ej., ir al cine), y se pasa a la diversión nocturna en lugares específicos para ellos (boîtes, discotecas, salas de fiesta, locales nocturnos, pubs, night clubs, con los distintos nombres que toman en esos años), con nuevos cambios en el tipo de diversión, música y tipo de consumo. Los clásicos consumos de tabaco y alcohol, de fabricación nacional, van poco a poco siendo sustituidos por los cigarrillos rubios americanos, la incorporación paulatina de la mujer al consumo de tabaco, el incremento del consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación importadas, el incremento del consumo de cerveza. También se producen los primeros casos de problemas producidos por consumo de sustancias hasta ese momento desconocidas, como ocurre en los años 70 del siglo XX con la heroína, u otras drogas que tenían escasa presencia como el cannabis (previamente era la grifa traída de África por los legionarios o soldados que participaban en el contingente de África) o la cocaína, que va viendo incrementado su consumo.

Aunque en principio la diversión es positiva, los excesos son negativos. El salir de marcha, característico de los últimos años, se ha convertido en este tiempo en una nueva forma de diversión que ha transformado la noche, los horarios, y a los mismos jóvenes, destacando el gran número de horas que le dedican, y especialmente el asociar una parte de los que participan en ella, centrados en el consumo abusivo de alcohol (ej., botellón) o el consumo de drogas, especialmente cannabis y cocaína, esta última para “aguantar” mejor la noche y pasarlo bien. En todo caso nunca hay que olvidar que cuando hablamos de consumo de drogas hay que conocer el dato epidemiológico real, en el sentido de que siempre hay más personas jóvenes, si nos referimos a ellos, que no consumen drogas ilegales que los que las consumen (OED-YA, 2019). Por suerte, el consumo se circunscribe habitualmente al fin de semana, aunque este tipo de conductas incrementa la probabilidad de que un porcentaje tenga problemas de consumo abusivo de drogas o de alcohol y que aparezcan pronto sus problemas asociados, especialmente por el policonsumo recreativo. En los últimos años hemos asistido a un cambio en los patrones de consumo de sustancias en los jóvenes, asociados a esta nueva forma de divertirse, que además es un fenómeno que se está produciendo en el resto de los países europeos (Calafat et al., 2000, WHO, 2019). Es una señal más de la creciente homogeneización

y globalización a la que vamos no sólo en la moda, estética, forma de vestir, sino también en el consumo de las distintas drogas.

Hoy la diversión cada vez está más asociada al consumo de drogas, sea éste puntual, esporádico o frecuente, aunque un gran número de personas se divierten sin consumirlas y conseguir tener un adecuado control y autocontrol en la situación de diversión, en la vida recreativa y en otros contextos de la vida. También en el botellón.

De todo lo anterior no debe quedar la idea de que la diversión es un problema en sí. No, la diversión es la diversión, como la vida es la vida. La diversión puede ser una diversión sana y sin problemas, pero también puede ser una diversión con riesgos. La mayoría de las personas llevan a cabo una diversión sana, una diversión sin riesgos. Sin embargo, como cada vez son más los que salen a divertirse, respecto a otras épocas históricas, aumentan cuantitativamente los problemas asociados a la misma. De ahí que se asocia diversión con problemas, pero lo más correcto sería hablar de la relación entre nuestro sistema social y los problemas que produce, donde la diversión es sólo una parte del mismo, y donde también hay que incluir el sistema de producción, el consumismo, el estilo de vida, el modo de establecer las relaciones interpersonales, los valores, etc. Sin embargo, se aprecia, entre los que se divierten, que una parte de ellos tienen problemas, a veces graves problemas de consumo.

Entre los que consumen alcohol y drogas, algunos tendrán efectos adversos como intoxicaciones etílicas, sobredosis, o incluso la muerte; podrán hacerse dependientes de alguna sustancia y esos problemas iniciales asociados a la diversión, o incluso a la juventud, pueden mantenerse en el tiempo; hacerse adictos a la nicotina en ambientes cargados de humo, luego hacerse fumadores, y morir prematuramente en la vida adulta por las enfermedades producidas por fumar cigarrillos; hay muchos accidentes de tráfico que causan enfermedades crónicas invalidantes y mortalidad; tener peleas que produzcan lesiones o incluso la muerte, etc. Aunque el número de casos sea reducido, respecto al global de las personas que se divierten, el efecto puntual, periodístico y social de cada “accidente” o “muerte” es muy grande. Si, además, coincide que eso ocurre en una persona que es menor de edad, el impacto mediático es enorme, ya que nuestro sistema diferencia por edades (mayoría, minoría de edad) lo que una persona puede y no puede hacer en un determinado momento.

Se considera de gran relevancia la delimitación de la edad para hacer o no hacer determinadas conductas. El límite de edad es un elemento de discusión más política y social que científica por sus consecuencias (ej., los límites para poder comprar y consumir alcohol en lugares públicos los jóvenes, varía en distintos países desde los 16 a los 21 años de edad). Con todo, es claro que nos corresponde no sólo comprender el fenómeno de la diversión y de los jóvenes, sino que también tenemos la responsabilidad de evitar la morbi-mortalidad asociada a aquellos problemas con los que se puedan enfrentar y que lleve a una parte de ellos a fracasar no sólo en su proyecto vital, sino incluso a no poder seguir viviendo.

En relación a las medidas que se han tomado en este tema hasta ahora han sido escasas. Se relacionan con todo lo que se haga con el alcohol, como hemos visto en un capítulo previo. Por ello, lo que sigue complementa lo dicho sobre las medidas que hay que tomar sobre el alcohol, aunque hay algunas específicas para el botellón.

2. Medidas de prevención ambiental para reducir el botellón

2.1. Cambio de la legislación estatal, autonómica y local sobre el botellón

Se lleva años indicando la necesidad de cambiar la normativa actualmente existente, por desfasada y poco operativa, en relación al control del botellón, que se operativizaría por el no acceso al alcohol por parte de menores, no permitir consumir alcohol en la calle, y poner en práctica otras medias relacionadas con el ocio y la diversión de los menores. Igualmente, regular a la industria que ha visto en este consumo, fuera de los canales de diversión socialmente normativa, una buena oportunidad de negocio.

2.1.1. Legislación a nivel nacional

Justificación de la medida

No hay ninguna duda de que la legislación es un método idóneo para reducir el consumo de sustancias, sobre todo las de tipo legal. Tenemos múltiples ejemplos, como está bien claro en el caso del tabaco e igualmente en el tema del alcohol (Sociedad Española de Epidemiología, 2016). De ahí que esto acarrea muchas resistencias por los grupos interesados en preservar sus intereses de negocio. La norma le merma consumidores y les baja la facturación. Múltiples sociedades bien organizadas de productores, distribuidores y vendedores se oponen sistemáticamente a implantar este tipo de medidas (WHO, 2009a, 2009b; 2019).

En relación a sacar una norma legal a nivel nacional, una Ley, se orienta a estos dos motivos centrales:

- 1) Hacer cumplir las normas legales sobre la venta, dispensación y consumo de alcohol ya en vigor, con una atención especial a lo que es aplicable a los menores.
- 2) Elaboración de una ley específica sobre el alcohol teniendo en cuenta las medidas que han demostrado ser eficaces para reducir el consumo de alcohol. Un aspecto relevante de la misma sería dirigir la mayor parte de ella a los menores, los cuales no pueden legalmente comprar ni consumir alcohol.

Eficacia de la medida

La eficacia de las medidas normativas, en el caso del alcohol, son claras (Anderson et al., 2012; WHO, 2009a, 2009b).

Aplicabilidad

La aplicabilidad se hace mediante el correspondiente desarrollo legislativo. Se precisa convencer a los que tienen dicha capacidad, como son la administración (sobre todo la que tiene competencias sanitarias, fiscales y de turismo). A continuación, es necesario convencer al poder legislativo, procurando en la medida de lo posible que no sufran las influencias de la industria del alcohol. Y, finalmente, crear un ambiente social que haga posible la aplicación de dicha Ley.

Resistencias

Como viene ocurriendo desde hace años hay fuertes resistencias a que se apruebe una Ley en este sentido por parte de la industria del alcohol (productores, distribuidores, compañías, multinacionales de bebidas de alta graduación y otros grupos financiados por ellas). Este aspecto lo hay que tener muy en cuenta para que sea posible aprobarla. Ellos tienen que ser conscientes de deben asumir su parte en la resolución de los aspectos negativos que acarrea el consumo de alcohol, aparte de que se les preserve su negocio, pero en condiciones orientadas más a la salud que al daño.

2.1.2. Legislación a nivel autonómico

Justificación de la medida

Las comunidades autónomas tienen su propia capacidad legislativa. En el presente caso tienen dos posibilidades. La primera, mejorando la normativa ya existente para hacer más difíciles las conductas relacionadas con el botellón y su realización. La segunda, desarrollando una normativa propia para implantar esa norma en su territorio e incluso ir más allá de la misma.

Por ello, las medidas a implantar a nivel autonómico serían:

- 1) Hacer cumplir las leyes autonómicas ya en vigor.
- 2) Desarrollar nuevas leyes, en función de las existentes, yendo al límite de lo que permiten las mismas, haciendo cumplirla y creando un consenso social de la necesidad de que los menores no consuman alcohol.
- 3) Insistir en los nuevos patrones de bebidas, en las bebidas de alta graduación.

Eficacia de la medida

Como ya hemos indicado, la eficacia de las normas y leyes para el consumo de alcohol son eficaces (Anderson et al., 2012; WHO, 2009a, 2009b).

Aplicabilidad

La aplicabilidad es fácil cuando hay una ley nacional que luego se desarrolla en el ámbito autonómico. Aquí es fácil hacerlo. Más difícil es sacar normas específicas más restrictivas para el botellón. Van aparecer importantes resistencias. Por ello, muchas comunidades autónomas no lo han hecho. Pero también ha habido otras que se han atrevido a hacerlo.

Resistencias

Como ya hemos indicado, la mayor resistencia a estos desarrollos legislativos procede de la industria vinculada a la producción y venta de alcohol. En cada comunidad autónoma hay intereses claros en la producción de vino y cerveza, fundamentalmente. Estas industrias se opondrán tajantemente a restringir su uso y venta. Al estar apoyados, y coordinados, a nivel nacional e internacional con otras organizaciones, harán presión ante las administraciones para que no se les regule. Esto es lo que impide en muchos casos avanzar en la línea saludable que se precisa en este tema. Hay que tener muy en cuenta las resistencias para que podamos hacer frente eficazmente a las presiones y poder sacar adelante leyes y normas favorables al no consumo de alcohol o la regulación de su consumo.

2.1.3. Legislación a nivel local

Justificación de la medida

Hay un tercer nivel normativo muy importante en relación con el botellón: el nivel local. Es en un lugar concreto, en un municipio concreto, en donde se lleva a cabo el botellón. En función del mayor o menor nivel de problemas que el mismo ocasione en ese municipio estará o no interesado en controlarlo. Desde suciedad, ocupación de la vía pública, ruidos, accidentes de tráfico, delitos sexuales, peleas, y los casos más extremos de hospitalizaciones debido al mismo y, raramente, alguna muerte debida al consumo excesivo de alcohol, crean una conciencia social ante el problema. Esto ha llevado a que algunos ayuntamientos hayan sacado normas y bandos restrictivos para controlar el botellón. Al disponer de policía local, pueden controlar en la mayoría de los casos, que se cumpla dicha normativa. Más y más esto ha ido aumentando en los municipios españoles. El daño, en jóvenes, es mayor que el beneficio. Igualmente, se han puesto en acción muchos programas de reducción de daños en torno al botellón.

El nivel local poco puede hacer si no tiene normas y leyes autonómicas que pueda implementar o desarrollar a partir de ellas. Aun así, disponemos de mucha normativa que se puede aplicar y de otra que hay que mejorar. Por ello, se propone que a nivel local habría que implementar en relación al botellón lo siguiente:

- 1) Hacer cumplir las ordenanzas municipales sobre el consumo de alcohol en la calle que incluya horarios, cierre de locales, sanciones, control de ruidos, orines en la calle, uso del mobiliario urbano, etc.
- 2) Desarrollar nuevas ordenanzas municipales para erradicar el fenómeno del botellón siguiendo experiencias de municipios que han logrado erradicarlo o controlarlo.
- 3) Inspecciones sistemática por parte de la policía local, autonómica, nacional o guardia civil, según competencias de: dispensación de alcohol en locales, gasolineras, tiendas de 24 horas, etc.; venta de alcohol a menores; multas, al incumplir la ley u ordenanzas, a jóvenes o tutores legales.
- 4) Educación de los vendedores/dispensadores de alcohol (bares, restaurantes, pubs, discotecas, tiendas de 24 horas, otros locales) sobre la obligatoriedad de cumplir la normativa legal en vigor.
- 5) Régimen sancionador efectivo y medios para hacer cumplir la normativa legal en vigor.
- 6) Educación a la comunidad, padres, profesores y alumnos sobre las normativas en vigor y la necesidad de reducir el consumo de alcohol.

Eficacia de la medida

Como hemos indicado, las leyes y normas que restringen el consumo de alcohol en la vía pública son eficaces (Anderson et al., 2012; Costello et al., 2012).

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende en grado importante de disponer de leyes y normas autonómicas y nacionales que ellos puedan poner en práctica, o bien desarrollar otras específicas a partir de las mismas.

Resistencias

La principal resistencia vendrá de la industria del alcohol, así como de los locales de restauración, ocio y diversión del municipio. De ahí la necesidad de disponer de una norma a nivel superior para que los ayuntamientos la puedan aplicar y desarrollar adecuadamente la suya.

2.2. Medidas específicas

1. Prohibir la publicidad directa vinculada al botellón (ej., en pasquines, carteles, etc.)

Justificación de la medida

Dado que el botellón se ha generalizado mucho en nuestra sociedad se llega a la curiosa situación de que en ocasiones se hace publicidad directa sobre el mismo; es decir, bien mediante carteles, pasquines, o uso de redes sociales, se publicita que se va hacer un botellón un día, a cierta hora y en un lugar concreto. Es la típica situación alega. Esto no es lógico, ni razonable, ni asumible en una sociedad que tiene que preservar la salud de los ciudadanos, especialmente de los más jóvenes y vulnerables, porque son muchos los menores de edad que participan en el botellón. De ahí que es necesario prohibir la publicidad directa vinculada al botellón (ej., en pasquines, carteles, etc.).

Eficacia de la medida

Cuando no se publicita un producto, se conoce menos el mismo y se reduce la posibilidad de su compra y consumo (Jones y Donovan, 2011). De ahí que tanto para el alcohol en general, como para el botellón en particular, prohibir todo tipo de publicidad sobre el mismo lleva a que se reduzca su consumo (Anderson et al., 2012; Esser y Jernigan, 2018; WHO, 2009a, 2009b).

Aplicabilidad

Teóricamente sería posible actuar directamente cuando ocurren hechos como el indicado. Pero no se dispone de un buen sistema sancionador para ello, ni hay una conciencia social relevante sobre esta cuestión. También porque esas conductas se hacen por la noche y muchos ciudadanos no son conscientes de la magnitud del problema. No lo ven. De ahí la necesidad de que haya un marco normativo propio y concreto en el que se indique que se sancionará este tipo de conductas por las consecuencias negativas e ilegales que tienen las mismas. Y especificar claramente cuáles son sancionables y cuáles no.

Resistencias

Las resistencias en este caso vienen por parte de los que participan en el botellón, menores de edad o adultos jóvenes, de grupos organizados que han encontrado en el botellón un modo de beber barato y poder emborracharse fácilmente, y por parte de la industria del alcohol que ve que si se prohíbe el mismo van a bajar sus ventas de alcohol. Aquí tiene un interés claro en que no se aplique esta medida las empresas multinacionales de bebidas de alta graduación, que son las que se consumen preferentemente en el botellón; menos la industria nacional del vino y de la cerveza, porque estas bebidas se consumen poco en el botellón.

2. Prohibir la publicidad indirecta vinculada al botellón

Justificación de la medida

En la misma línea que lo dicho en el punto anterior, debe prohibirse toda la publicidad indirecta relacionada con el botellón. Hoy es un tipo de publicidad cada vez más extendida y que lleva al mismo efecto que la publicidad directa: a incrementar el consumo de alcohol (Jones y Donovan, 2011).

Eficacia de la medida

Las medidas de prohibición de la publicidad del alcohol, sea directa o indirecta, son eficaces (Karlsson, 2014; WHO 2009a, 2009b).

Aplicabilidad

Mediante el necesario desarrollo legislativo que prohíba este tipo de publicidad, sobre todo para una conducta como la que estamos indicando, la publicidad indirecta, que no está permitida legalmente.

Resistencias

Las mismas indicadas para el punto anterior, como son grupos de jóvenes, asociaciones juveniles e industria del alcohol.

3. Control de acceso de los menores a los locales donde venden alcohol (bares, supermercados, tiendas 24 horas, etc.)

Justificación de la medida

Se han dado pasos en el control del botellón en España debido a las graves consecuencias que el mismo ha causado en años previos (Calafat et al., 2005, 2013), pero falta tomar otras medidas para un control más efectivo del mismo. Uno de estos modos es hacer más difícil o impedir el acceso a la sustancia, el alcohol en este caso, que los jóvenes suelen conseguir en distintos establecimientos, sobre todo supermercados y tiendas de 24 horas. Se ha regulado que no se pueda vender alcohol en supermercados y tiendas de 24 horas, como en gasolineras, a partir de cierta hora (Sociedad Española de Epidemiología, 2016). Esta es una buena medida, que debe ir complementado con otras. A lo anterior hay que añadir el que no puedan comprar alcohol en bares, o que se lo sirvan si son menores, cerca de los lugares donde se hace botellón.

Eficacia de la medida

Cuando no se puede acceder a la sustancia el consumo no es posible. Regular quien puede y no comprar alcohol es importante. Y cuando los menores no pueden acceder libremente a la compra de alcohol para su consumo éste disminuye (Babor et al., 2017).

Aplicabilidad

La aplicabilidad hay que hacerla a través de cambios normativos, aplicables a todas las bebidas alcohólicas, en las que se regule de modo estricto el que los menores no pueden acceder

a comprar alcohol, incluyendo sanciones adicionales cuando esa compra es para que hagan botellón, con el mayor riesgo de embriaguez y problemas con el alcohol. En Madrid, por ejemplo, el alcohol representa el 41% de las urgencias hospitalarias por el consumo de todo tipo de drogas (Comunidad de Madrid, 2017).

Resistencias

Ante esta medida puede haber algún tipo de resistencia, pero menor a la de otro tipo de medidas. Dado que varias se han venido implantando en los últimos años, y hay acuerdo sobre ellas, porque han funcionado, no habría una resistencia relevante ante ella (WHO, 2009a, 2009b, 2019).

4. Control de locales que venden alcohol fuera de horario para evitar su compra por parte de los menores (ej., gasolineras, locales 24 horas, etc.)

Justificación de la medida

El botellón, en la calle, fuera de los locales, en zonas abiertas al aire libre, en parques, o en otros lugares, ha llevado consigo el que se hayan relajado ciertas normas que existen sobre el consumo de alcohol en la vía pública, sobre todo por parte de los bares o lugares en donde hay terraza y se puede beber alcohol fuera de ella (ej., en una gasolinera con bar y terraza fuera). De ahí la necesidad de regular la venta de alcohol en estos lugares con el objetivo de que los menores no compren alcohol ahí o no beban alcohol en los mismos.

Eficacia de la medida

Las medidas de restricción de horarios, de reducción del número de locales en una zona y de venta de alcohol a partir de ciertas horas han mostrado ser eficaces en reducir el consumo de alcohol (Babor et al., 2017; Hughes et al., 2011, 2019).

Aplicabilidad

La aplicación de esta norma debe hacerse mediante el desarrollo normativo correspondiente.

Resistencias

Habrá cierto nivel de resistencia, pero siempre menor al de otras medidas, porque algunas ya se han venido aplicando en esta línea, y con buenos resultados.

5. Control aleatorio del cumplimiento de la normativa en los puntos de venta de alcohol

Justificación de la medida

Las normas están para cumplirlas. Un buen sistema para comprobar que una norma se cumple es inspeccionar que ello es así. De ahí el que deben implementarse controles aleatorios en los puntos de venta de alcohol para comprobar que la norma de venta de alcohol se está cumpliendo, sobre todo que en esos locales no venden alcohol a menores (Anderson et al., 2012).

Eficacia de la medida

Las medidas de control y de inspección lleva a que se cumpla mejor la norma, se habitúen las personas a cumplirlas y al final su cumplimiento se haga normativo (Babor et al., 2010). De ahí la necesidad de su implementación.

Aplicabilidad

La aplicabilidad se hace a través de inspecciones sistemáticas a los locales, a lo largo de las horas en que están abiertos, y de modo aleatorio. Tiene que existir una adecuada sanción disuasoria para ello.

Resistencias

Por parte de los locales que consideran que están muy controlados, aduciendo que ellos cumplen la norma. Y de parte de los clientes en caso de que estuviesen incumpliendo la norma, o que creen que tienen derecho a comprar y a beber alcohol.

6. Vigilar los locales que abren específicamente para vender predominantemente alcohol a menores cerca de los lugares donde se hace botellón

Justificación de la medida

Cuando hay una oportunidad de negocio se hace negocio. Esto ha ocurrido, y ocurre, en el caso de la venta de bebidas para hacer botellón. Hemos conocido casos paradigmáticos en el pasado, cuando el botellón estaba en pleno auge, de tiendas 24 horas que se abrían cerca de donde se hacía. Era una buena oportunidad de negocio. Además, en esos casos, se saltaba la norma acudiendo a comprar personas mayores de edad a los que los menores les habían dado el dinero para ello delante de ese establecimiento. Y, en ocasiones, se formaban largas colas o muchedumbres, todos para comprar alcohol.

Por este motivo, es necesario tener una vigilancia especial en los locales que venden alcohol a menores, cerca de donde se hace botellón, y al tiempo controlar que los menores no puedan comprarlo, transportarlo ni beberlo, aplicando para ello la ley en vigor.

Eficacia de la medida

Cuando se reduce la disponibilidad de una sustancia baja el consumo de la misma (Babor et al., 2010).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de la misma se hace con inspecciones a dichos locales, a lo largo del periodo de funcionamiento de los mismos. Es idóneo que dichas inspecciones sean de tipo aleatorio.

Resistencias

Las resistencias vendrán de los que venden alcohol de este modo y de los compradores. De los que lo venden porque pierden de ganar dinero vendiendo alcohol. Y de los que lo compran, menores habitualmente, porque no pueden conseguir alcohol para hacer botellón.

7. Control aleatorio en parques, jardines, etc., sobre si los menores están bebiendo alcohol, lo hayan comprado o lo hayan traído de casa

Justificación de la medida

Los municipios tienen competencias en sanidad, limpieza y seguridad ciudadana. Un lugar en donde con frecuencia se hace botellón en los pueblos y ciudades es en lugares públicos, como parques, jardines, plazas, etc. En este caso, la administración local tiene competencias, si las quiere ejercer, de que no se ensucien esos lugares, no se dañe el mobiliario urbano, y se eviten los problemas de salud y de orden público que se puedan producir. También es eficaz unir a lo anterior controles de alcoholemia en los alrededores de donde se hace botellón en las personas que conducen coches o motocicletas.

Eficacia de la medida

Esta medida es muy eficaz. Aquellos municipios que lo han aplicado, y de modo consistente, han logrado reducir el botellón de modo importante e incluso, en algunos casos, erradicarlo totalmente (Calafat et al., 2005).

Aplicabilidad

La aplicabilidad es fácil si hay voluntad de hacerlo. La normativa legal en vigor permite hacerlo.

Resistencias

La principal resistencia viene de los jóvenes, que consideran que tienen derecho a beber y a emborracharse, a hacer botellón. Acciones de tipo sensibilizador, educativo y preventivo pueden servir para eliminar o reducir tales resistencias.

8. Controlar la música ruidosa, el ruido, los orines, etc., en lugares en donde suele hacerse botellón, por no adecuarse tales comportamientos a las normativas en vigor

Justificación de la medida

La normativa actual, tanto a nivel nacional, como autonómico y local, regula la cantidad de ruido en decibelios que puede haber en ciertos locales, casas, calle, y también a qué horas se puede hacer más o menos ruido. Igualmente, hay varias normas de salud y de convivencia cívica en relación a hechos como orinar, escupir o tirar objetos en la calle en la mayoría de los municipios. Más y más, con el incremento de estas conductas incívicas, se han ido tomando medidas, sobre todo por parte de los ayuntamientos, de tipo sancionador. En el caso del botellón esto es claro, porque como no suelen tener baños públicos cerca de donde lo hacen, no tienen un lugar higiénico para hacer sus necesidades fisiológicas. Esto ha acarreado problemas al patrimonio, en ciudades y pueblos, así como malos olores al día siguiente, y molestias para los vecinos si les orinan en sus portales. La casuística sobre esto es amplia.

Eficacia de la medida

Si se elimina el ruido, la música no se puede poner, y con ello se reduce el tiempo de consumo o se buscan lugares alternativos para escuchar música. Si se controlan los orines, y se multa por ellos, entonces se consume menos alcohol, o se buscan otras alternativas más socialmente aceptadas.

Aplicabilidad

La aplicabilidad viene dada por la voluntad que se quiera poner en práctica para erradicar este tipo de conductas. Tener un bando o norma específica sobre ello facilita el proceso. Debe complementarse con información, educación y prevención.

Resistencias

La resistencia vendrá de los jóvenes que creen que tienen derecho a poder divertirse como quieran y donde quieran.

9. Facilitar locales, lugares, recintos, etc., en donde ellos puedan tocar música, escuchar música o ver a grupos musicales, sin que haya consumo de alcohol

Justificación de la medida

Los jóvenes, como uno de los grupos sociales existentes, precisan su espacio y su lugar concreto para expresarse. Sobre todo, ellos quieren estar con otros jóvenes, escuchar música, bailar, socializar y pasarlo bien. De ahí que es útil que puedan disponer de recursos en los que puedan cumplir esas expectativas y necesidades que tienen como tales jóvenes (Becoña y Calafat, 2016). De ahí que es necesario que dispongan de lugares en donde puedan tocar música, escuchar música, ver grupos musicales y hacer actividades de ocio. Es importante aquí que las mismas no estén asociadas con el consumo de alcohol y drogas. Esto es central en este tipo de medidas.

Eficacia de la medida

Si un joven se divierte, si lo pasa bien, precisa menos acudir a sustancias psicoactivas para cubrir ese aspecto de su vida (Bellis et al., 2005; Hughes et al., 2019).

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende de la política juvenil que se tengan en un ayuntamiento, comunidad autónoma o país, de la inversión que se haga en los jóvenes, en la disponibilidad de locales para que los puedan usar, de experiencias previas que se han puesto en práctica, etc.

Resistencias

Este tipo de medidas no suele tener resistencias.

10. Dar la palabra a los vecinos en torno a donde se hace botellón para que colaboren activa y racionalmente cara a su erradicación

Justificación de la medida

Una medida útil para erradicar el consumo de alcohol en menores, y no tan menores, en el botellón, es que los vecinos en torno al lugar en donde lo hacen tengan voz. Estos saben lo que ocurre, los problemas que acarrea el botellón, como viven los vecinos las noches, a veces sin poder dormir, y cómo amanece la calle o el lugar en donde se hace botellón al día siguiente. Si tienen voz se puede intentar arreglar el problema; si no la tienen es como si el problema no existiera. Ciertamente, han sido los vecinos en muchas ciudades españolas las que han logrado erradicar el botellón del centro de la ciudad, al obligar a tomar medidas a las autoridades para que el mismo se erradicase (Becoña, 2006, 2009).

Eficacia de la medida

Cuando el protagonismo pasa de los que hacen botellón a los afectados por el mismo, suele crearse en poco tiempo conciencia social de que hay un problema y de que hay que solucionarlo. Es cuando las autoridades correspondientes se hacen conscientes de que hay un problema real y de que tienen que tomar medidas para que desaparezca. Esto ha ocurrido en muchos municipios españoles (Calafat et al., 2000).

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende de la toma de conciencia de las autoridades responsables de poner en marcha medidas para la erradicación de ese problema.

Resistencias

Las resistencias vendrán básicamente por las personas que hacen botellón y por los negocios implicados en la venta de alcohol para el mismo.

11. Multas por consumir alcohol en la calle, orinar en la calle, tirar desperdicios, rotura de mobiliario urbano, en torno a donde se hace botellón

Justificación de la medida

Todo sistema social tiene un régimen sancionador orientado a que si las conductas inadecuadas no cambian a través de la información, se cambie a través de multas. Es lo que conocemos en el campo psicológico como castigo positivo: se presenta una consecuencia desagradable (multa) que lleva a una disminución de la frecuencia de la respuesta (Domjan, 2018). Si somos más concretos, lo que se hace en el caso de las multas es aplicar un tipo de castigo positivo conocido como coste de respuesta. En él, la persona pierde una parte de un reforzador positivo que posee (dinero) por su conducta inadecuada (ej., orinar en la calle que es multada por ser una conducta indeseable o inadecuada). De este modo se logra que disminuya esa conducta.

Eficacia de la medida

Los procedimientos de coste de respuesta son eficaces (Domjan, 2018) y se utilizan frecuentemente en el contexto social para que se hagan conductas adecuadas (ej., multas de tráfico).

En el caso del botellón se ha implantado también el sistema de multas. Como un ejemplo podemos citar la Ordenanza local reguladora de la actuación municipal para impedir la práctica del botellón en el espacio público de la Villa de Bilbao, de 2006 (en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfmunicipal/ORDEN46.pdf>).

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende de la voluntad existente para erradicar el botellón en ese lugar y de la normativa municipal o autonómica existente para hacerlo.

Resistencias

Las resistencias vendrán de los jóvenes que quieren hacer botellón, de los comercios que venden alcohol para el botellón y de los vecinos que viven cerca de esos sitios, los cuales no suelen entender que se sancione una conducta antisocial pero que no haga la administración lo necesario para prohibirlo.

12. Prohibir el consumo de alcohol en lugares públicos a ciertas horas de la noche

Justificación de la medida

A mayor disponibilidad, mayor consumo de alcohol y de otras sustancias (PAHO, 2015; Pollack et al., 2005; Rush et al., 1986). Cuando se reduce el acceso al alcohol, se reduce la disponibilidad, disminuye el consumo de alcohol. Es una de las medidas más eficaces para reducir el consumo de alcohol (WHO, 2009a, 2016).

Eficacia de la medida

Tenemos una amplia evidencia de la eficacia de esta medida. Es una de las que están más claras y que se viene aplicando sistemáticamente en distintos países (Bryden et al, 2012; Fell et al., 2008; Pulliainen y Valtonen, 2017).

Aplicabilidad

La aplicabilidad hay que hacerla mediante el desarrollo normativo o legislativo adecuado que prohíba el consumo de alcohol en la calle a ciertas horas, consiguiendo con ello erradicar el botellón.

Resistencias

Esta medida tiene sus resistencias. Al ser eficaz una medida en reducir el consumo de alcohol, hay personas que beben en la calle que no quieren que se aplique, igual que los vendedores de alcohol en torno a donde se hace botellón, y la industria del alcohol que factura menos al vender menos.

13. Permitir áreas de ocio y diversión nocturnas sin alcohol (áreas libres de alcohol)

Justificación de la medida

Se vienen poniendo en práctica tanto en España (Ducht et al., 2016), como en otros países (Costello et al., 2012), medidas en las que se permiten áreas en las que los jóvenes puedan divertirse, pero en las que no estén presentes ni el alcohol ni las drogas. Muchos programas iniciales de ocio nocturno en España iban en este sentido, programas que luego hubo que reorientar al no lograr ese objetivo (ver en www.prevencionbasadaenlaevidencia.net).

Eficacia de la medida

Esta es una medida eficaz, aunque va a competir con otros tipos de diversión. De ahí el que sea necesario un marco normativo claro para que este tipo de medidas sean eficaces (Costello et al., 2012; Ducht et al., 2016).

Aplicabilidad

La aplicabilidad implica tener un programa más amplio de actuaciones para erradicar el botellón en la que ésta sea una de las medidas que se van a poner en práctica.

Resistencias

A este tipo de medidas hay pocas resistencias. Quizás la principal limitación está en el coste económico que tiene, lo que hace que no siempre se pueda aprobar u obtener financiación para la misma.

14. Vallar recintos en donde se hace botellón, para que deje de hacerse, en caso de que las CCAA o el municipio tenga competencias sobre ellos o sean de su propiedad. En caso de recintos privados instaurar vigilancia a los mismos, controlando el acceso al alcohol a los menores, resultados de las embriagueces, conducción temeraria, accidentes, traumatismos, cortes, etc.

Justificación de la medida

La prevención de la respuesta es una técnica psicológica en la que la persona o el ambiente crea una situación para que la respuesta que va a emitir la persona, habitualmente problemática, no puede hacerla (Laberg, 1990). Por ejemplo, si la persona tiene problemas de sobrepeso, y al ir a cenar no encuentra alimentos calóricos en su nevera, es poco probable que pueda tomarlos. O, la persona con problemas con el alcohol, si en su casa no tiene alcohol, no va a poder beber allí. Normalmente este procedimiento suele ir acompañado de otros como la exposición, terapia cognitiva, cambios de creencias, etc. (Becoña, 2016). En el presente caso, si la persona no puede realizar su conducta (botellón) en su lugar habitual, o no hará esa conducta o tendrá que buscar un sitio alternativo. Así, se reduce la probabilidad de beber.

Por ello, una medida eficaz es vallar recintos en donde se hace botellón, para que deje de hacerse, en caso de que las CCAA o el municipio tenga competencias sobre los mismos. En caso de recintos privados es preciso instaurar vigilancia a los mismos, controlando el acceso

al alcohol por parte de menores, resultados de las embriagueces, conducción temeraria, accidentes, traumatismos, cortes, etc.

Si, al tiempo, no tienen lugares alternativos para hacer botellón, esta conducta descenderá e incluso puede desaparecer.

Eficacia de la medida

Esta técnica es muy eficaz en todo el contexto clínico, y es una de las que se utiliza habitualmente en el tratamiento de las personas con trastorno por consumo de sustancias (Becoña, 2016, 2019). Su eficacia es clara.

Aplicabilidad

La aplicabilidad implica asumir la erradicación del botellón e incluir esta medida dentro de un programa más amplio de acciones para lograrlo de modo efectivo.

Resistencias

La más importante será la de las personas afectadas, los que hacen botellón, que se quejarán de que no pueden hacerlo, que no les dejan divertirse, que los reprimen, que tienen derecho a hacerlo, etc. Aquí hay que contraponer esas creencias irracionales con las creencias normativas y con las consecuencias negativas que el alcohol produce en la salud.

15. Controles sistemáticos de alcoholemia en los conductores de vehículos en torno a donde se hace botellón

Justificación de la medida

Está demostrado que el consumo de alcohol disminuye el nivel de control. Si se conduce vehículos incrementa la probabilidad de tener un accidente de tráfico, dependiendo de la cantidad que se haya bebido (Álvarez y del Río, 2001). En todos los países hay mayores restricciones en los jóvenes conductores en su nivel de alcohol en sangre (Buckley et al., 2014). Por ello, es una necesidad que se pongan controles de alcoholemia cerca de los lugares en donde se hace botellón.

Eficacia de la medida

Esta medida ha mostrado ser eficaz en distintos países (Shope, 2007) y en España es una de las medidas más eficaces que existen para reducir los accidentes de tráfico (Calafat et al., 2009; Montoro, 1997).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida es sencilla porque sólo es necesario poner controles de alcoholemia en torno a donde se hace botellón.

Resistencias

Hay pocas resistencias a este tipo de medidas porque a lo largo de los años han mostrado su eficacia al reducirse drásticamente los accidentes de tráfico.

16. Facilitar transporte público cuando se hace botellón en lugares alejados, para prevenir otros problemas (ej., accidentes de tráfico, abusos sexuales, agresiones, comas etílicos, etc.)

Justificación de la medida

Una medida que se viene aplicando en los últimos años en distintos ayuntamientos y comunidades autónomas es facilitar el transporte público de los jóvenes desde su lugar de residencia a la zona de diversión. Con ello se reducen los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol (ej., accidentes de tráfico, abusos sexuales, agresiones, comas etílicos, etc.). Aunque estos programas están orientados a la diversión normalizada (bares, discotecas, pubs), en la práctica también se pueden usar para aquellas personas que van a hacer botellón. Es un buen modo de prevenir algunos de los problemas que causa el botellón o el consumo excesivo de alcohol en la vida nocturna (Calafat et al., 2000; Fell, 2019; Quigg et al., 2020).

Eficacia de la medida

Esta medida no reduce el consumo de alcohol. Pero sí reduce los daños asociados a su consumo excesivo, sea en la diversión normalizada o en el botellón (ej., accidentes de tráfico, abusos sexuales, agresiones, comas etílicos, etc.). Por ello, de no poder aplicar otras medidas más contundentes, esta sería una medida de reducción de daños.

Aplicabilidad

La aplicabilidad es sencilla. Además, es bien aceptada tanto por los jóvenes, como por los padres y por el conjunto de la sociedad.

Resistencias

La única resistencia puede ser de tipo administrativo porque hay que dedicar cierta cantidad de recursos para subvencionar el transporte, o bien tener que poner la propia administración el transporte para ir a divertirse, a un precio razonable, para los jóvenes.

17. Carteles informativos indicando la prohibición de beber alcohol por parte de menores en parques, jardines, plazas, etc., ni de hacer botellón

Justificación de la medida

La información es necesaria. Pero no siempre es suficiente, si no se conoce cuál es la norma o lo que se espera de la persona. Por ello, una buena medida es colocar carteles informativos indicando la prohibición de beber alcohol por parte de menores en parques, jardines, plazas, etc., ni de hacer botellón. Al tiempo, tiene que haber un sistema de vigilancia para que se cumpla dicha norma.

Eficacia de la medida

Cuando tenemos indicios ambientales (en este caso carteles) sobre lo que es correcto y no sobre una conducta (no hacer botellón), es más probable que la persona le haga caso al mismo. Y, le hará caso, si dicho indicio informativo va seguido de un control adecuado para que se

cumpla. Una buena campaña puede llevar a lograr resultados positivos (Agostinelli y Grube, 2002; Kvammem et al., 2018; Weafer et al., 2015).

Aplicabilidad

La aplicabilidad es sencilla y barata. Sólo hay que imprimir carteles y colocarlos en lugares claves en donde se hace botellón y en lugares cercanos al mismo.

Resistencias

A este tipo de medidas hay pocas resistencias.

18. Información a la población de que el botellón es un problema de salud pública, no de diversión

Justificación de la medida

La población, como los jóvenes, tiene que estar informada de lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer. En el caso del botellón la normativa en vigor es bastante clara. Otra cuestión es su cumplimiento, en parte porque unas administraciones suelen echar a otras la responsabilidad en controlarlo.

La información es una medida ampliamente utilizada en todos los aspectos de la vida social. Una campaña informativa sobre el botellón, sus consecuencias, y lograr desnormativar su participación en el mismo, y mantenida en el tiempo, es útil para su control.

La población debe estar informada de que el consumo de alcohol es un problema de salud pública con una clara incidencia en la salud (Pulido et al., 2014; Quigg et al., 2020; Schölin, 2016; WHO, 2016).

Eficacia de la medida

Esta medida por sí sola no es suficiente. Tiene que ir acompañada de otras medidas (Becoña, 2002). Pero precisamente cuando hay información sobre el botellón suele hacerse porque la misma se enmarca dentro de una acción más amplia. A pesar de que los resultados son dispares (Agostinelli y Grube, 2002), su eficacia se ve potenciada con un programa claro de su erradicación a medio y largo plazo.

Aplicabilidad

La aplicabilidad es sencilla ya que implica poner en marcha dicha campaña. Se recomienda que vaya unida a otras acciones. Si no se hace así es probable que los resultados sean negativos y no se consiga nada (Agostinelli y Grube, 2002).

Resistencias

Este tipo de campañas tiene pocas resistencias. Podrían surgir quejas de los jóvenes, en las redes sociales, porque ellos creen que pueden hacer botellón sin problemas.

19. Usar la mala imagen que da el botellón a la ciudad para lograr cambios en la forma de ver el mismo

Justificación de la medida

Esta medida va en la línea de la anterior. Lo que se hace es utilizar información pero insistiendo en la mala imagen que da el botellón al pueblo o la ciudad. Ejemplos concretos y llamativos sirven para la imagen de la campaña.

Eficacia de la medida

Esta medida por sí sola no es suficiente. Tiene que ir acompañada de otras medidas (Becoña, 2002). Dar una información real sobre lo que está pasando llama la atención del que la recibe. Y lleva a tomar conciencia de que eso debe cambiar. La eficacia de la información se ve potenciada si va acompañada de otras medidas. Sino será poco útil (Agostinelli y Grube, 2002).

Aplicabilidad

La aplicabilidad es sencilla ya que implica poner en marcha dicha campaña. Se recomienda que vaya unida a otras acciones. Si no se hace así es probable que los resultados sean negativos y no se consiga nada (Agostinelli y Grube, 2002).

Resistencias

A este tipo de campañas hay pocas resistencias. Sí podrían surgir quejas de los jóvenes, en las redes sociales, porque ellos creen que pueden hacer botellón sin problemas.

20. En los casos de reincidencia continua de los menores, a nivel de multas e incumplimiento, implantar programas educativos y sociales para ellos

Justificación de la medida

En ocasiones las medidas informativas, preventivas o de multas, no logran cambiar la conducta. En el caso de los menores esto tiene más relevancia porque como tales menores debemos centrarnos más en el contexto reeducativo que en el represivo. De ahí que en aquellas personas que tienen multas reiteradas por participar en el botellón, orinar en la vía pública, y otros actos vinculados al botellón (ej., violencia), es preciso disponer de recursos educativos y sociales en que se les pueda educar en conductas sociales adecuadas (Tran-genstein et al., 2019).

Eficacia de la medida

Este tipo de medidas son excepcionales, de ahí que se hayan evaluado poco. Pero están dentro de nuestro sistema administrativo y penal, en donde la persona, sobre todo en el caso de menores, puede ser asignado a realizar tareas sociales o de reeducación para mejorar su conducta en la línea prosocial, en vez de sanciones del tipo de internamiento o bien entrar en un tratamiento formal (Costello et al., 2012; Hope, 2014).

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende de que el sistema social y penal tenga recursos disponibles para la reeducación, trabajos alternativos, etc., que pueda hacer el joven que incumple reiteradamente la norma en relación a sus conductas inadecuadas, consecuentes a su participación en torno al botellón.

Resistencias

Es poco probable la existencia de resistencias para esta medida.

21. Concienciar a los padres de la labor educativa y de crianza que tienen hacia sus hijos menores de edad y su responsabilidad legal ante los actos que ellos realizan

Justificación de la medida

Un programa completo para erradicar el botellón en un pueblo o ciudad exige la participación de los padres. Estos son los responsables legales de sus hijos menores de edad. Son los que tienen que responder legalmente por sus hijos hasta que cumplan los 18 años si han incumplido normas como la participación en el botellón, o si son multados por algunas conductas inadecuadas que han realizado en el mismo.

De ahí que, cuando se quiere erradicar una conducta de este tipo, la educación de los padres sobre la cuestión puede mejorar porque saben manejar mejor las conductas inadecuadas de sus hijos en el día a día.

Eficacia de la medida

En padres con buena comunicación con sus hijos, y sin psicopatología relacionada con el consumo de drogas o padecer trastornos psicopatológicos, los resultados son positivos. En aquellos padres con conductas psicopatológicas (salud mental o drogas) o con estilos de crianza inadecuados, es más difícil que funcionen estas medidas (Becoña et al., 2012; Bellis et al., 2019; Hughes et al., 2017; Salom et al., 2015).

Aplicabilidad

La aplicabilidad viene dada si esta medida está o no incluida en otras más globales para erradicar el botellón.

Resistencias

No suele haber resistencias a este tipo de medidas.

22. Derivar a los menores de edad o adultos jóvenes con problemas con el alcohol a centros de tratamiento

Justificación de la medida

Lo que han demostrado los múltiples estudios que se han hecho sobre el botellón en España (Calafat et al., 2005; Carbia et al., 2016; Moure-Rodríguez et al., 2014) es que una parte de los que partici-

pan en el mismo van a desarrollar tempranamente problemas con el alcohol, con drogas ilegales y otros problemas de conducta. Por ello es necesario que estas personas, cuando se detectan con un problema de consumo problemático, o ya con dependencia de consumo de alcohol o drogas, tienen que ser derivados a un centro asistencial. La realidad indica que este tipo de derivaciones ha aumentado en los últimos años (OEDYA, 2019). Igualmente, no olvidemos que el consumo de alcohol en hombres y mujeres se ha igualado en el botellón (Gervilla et al., 2020).

Eficacia de la medida

Esta es una medida eficaz, pero dentro del tratamiento. Permite derivar a las personas a tratamiento. Si hay una buena retención en tratamiento la persona puede lograr superar su problema y que no se cronifique el mismo (Babor et al., 2010).

Aplicabilidad

La aplicabilidad es sencilla, dada la red de tratamiento de alcohol y drogas existente en España. Más bien la clave es detectar a estas personas y derivarlos a tratamiento. No todos quieren ir.

Resistencias

No suele haber resistencias a este tipo de medidas.

23. Detección de los menores con consumos problemáticos de alcohol en los centros escolares, servicios de urgencias, pediatría, etc.

Justificación de la medida

Una medida necesaria en el consumo de alcohol es la de detectar a los menores con consumos problemáticos de alcohol en los centros escolares, servicios de urgencias, pediatría, etc. En muchos casos estos consumos problemáticos se deben a su participación en el botellón tempranamente.

Eficacia de la medida

Cuando se implantan este tipo de medidas se logra incrementar el nivel de detección de menores con problemas con el consumo de alcohol y drogas (Boban et al., 2018).

Aplicabilidad

La aplicabilidad es sencilla. Si se hace desde el sistema sanitario la propuesta de detección es más fácil de realizar.

Resistencias

No suele haber resistencias a este tipo de medidas.

24. Hacer saber, de modo claro, a la industria del alcohol de su responsabilidad en la venta de alcohol para el botellón, cuando así es el caso, y su implicación directa o indirecta en el mismo

Justificación de la medida

La industria del alcohol tiene que saber, de modo claro, que no se puede mantener una conducta inadecuada socialmente como es el botellón, Y que, además, ellos tienen que colaborar en la erradicación del mismo. Tienen que regular o dejar de hacer la publicidad dirigida a jóvenes y a menores (Biglan et al., 2019; Sama e Hilamo, 2020).

Eficacia de la medida

Toda regulación sobre el consumo de alcohol, como venta, marketing, locales, horarios, etc., ha mostrado claramente que reduce el consumo de alcohol (Anderson et al., 2012; WHO, 2009a).

Aplicabilidad

Es fácil de aplicar, solicitando formalmente su colaboración.

Resistencias

No suele haber resistencias a este tipo de medidas.

25. Hacer estudios sobre las consecuencias negativas del botellón en la salud física, mental, rendimiento académico, consumo de otras drogas, etc.

Justificación de la medida

Disponer de información fiable y actualizada de las consecuencias negativas que acarrea en menores el consumo de alcohol, cuando participan en el botellón, es importante. Sobre todo, porque sabemos que un consumo excesivo de alcohol se relaciona con más problemas en la salud física, salud mental, rendimiento académico, consumo de otras drogas, etc. (Carbia et al., 2016).

Disponer de estudios también facilita tomar mejor las decisiones, informar a la población, especialmente a los padres y profesores, de las negativas consecuencias del botellón en menores, y transmitir información objetiva de las mismas.

Eficacia de la medida

Este tipo de medidas se ha mostrado eficaz cuando se integra con otras medidas de tipo preventivo (Ericksson et al., 2011).

Aplicabilidad

La aplicabilidad implica disponer de ciertos recursos para financiar aquellas investigaciones relevantes que permitan conocer mejor los negativos efectos que tiene el botellón en las personas menores de edad.

Resistencias

Las resistencias en esta medida no son esperables.

26. *Estar atentos a la contra-prevención en el tema del botellón*

Justificación de la medida

Una cuestión que nunca se debe olvidar cuando hablamos de regular, controlar o tratar una conducta adictiva es que pueden surgir acciones contra-preventivas desde distintos sectores. Pueden ser desde los mismos jóvenes, que consideran que tienen derecho a hacer botellón, de los que venden alcohol para el botellón, de grupos que distribuyen drogas ilegales en el botellón y ven en riesgo su negocio, o de otro tipo de intereses alrededor de su celebración.

Eficacia de la medida

Si se logra identificar a las personas o grupos que hacen contra-prevención es fácil descubrir sus intereses y actuar en consecuencia. Si usan las redes sociales para ello es más difícil descubrirlos.

Aplicabilidad

Se precisa estar atento, cuando se ponen medidas para controlar el botellón, que no surjan medidas contra-preventivas. Es una posibilidad que está ahí.

Resistencias

La resistencia está en poner en marcha dichas medidas contra-preventivas.

27. *Coordinar estas medidas con otras en relación al consumo de alcohol en adultos, venta y consumo de cannabis, problemas personales, fracaso escolar, inasistencia a la escuela en menores y abandono escolar*

Justificación de la medida

Con frecuencia las conductas problema no vienen solas (Jessor, 1998). Por ello, cualquier medida en relación al control del botellón, debe coordinarse con otras en relación al consumo de alcohol en adultos, venta y consumo de cannabis, problemas personales, fracaso escolar, inasistencia a la escuela en menores y abandono escolar (Romero et al., 2019). En suma, se precisa un programa completo de intervención en drogas o adicciones.

Eficacia de la medida

La coordinación de distintas medidas, en este tema, como en otros, es una medida esencial para lograr buenos resultados (WHO, 2009a, 2009b, 2016, 2019).

Aplicabilidad

La aplicabilidad se hace coordinándose con aquellos que se encargan de los problemas relacionados que se han indicado.

Resistencias

No hay resistencias a este tipo de medidas.

28. *Contraponer los posibles beneficios del botellón en los jóvenes con las consecuencias negativas que les produce (ej., accidentes de tráfico, traumatismos y lesiones, abandono escolar, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, etc.)*

Justificación de la medida

El consumo excesivo de alcohol causa graves problemas. El botellón, donde se consume alcohol abusivamente y otras drogas, también. Por ello, es muy importante en todas las acciones que se pongan en marcha para controlar el mismo que se contrapongan los posibles beneficios del botellón en los jóvenes con las consecuencias negativas que les produce (ej., accidentes de tráfico, traumatismos y lesiones, abandono escolar, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, etc.) (Anderson et al., 2012; Schölin, 2016). Esto sirve de balance decisonal. Y, al tiempo, para detectar creencias erróneas o irracionales sobre el botellón que hay que corregir.

Eficacia de la medida

Contraponer lo bueno a lo malo de una conducta, si se hace adecuadamente, va produciendo cambio de actitudes inicialmente y, con el tiempo, cambio de conducta. Esto es lo que ha ido ocurriendo en el caso del alcohol (Anderson et al., 2012; WHO, 2016). De ahí la necesidad de utilizar este tipo de estrategias.

Aplicabilidad

Se puede hacer mediante información sistemática proporcionada desde el campo sanitario, educativo y social. También a través de campañas informativas sistemáticas y mantenidas en el tiempo.

Resistencias

La resistencia vendrá fundamentalmente de la industria del alcohol que dirán que este tipo de acciones no son eficaces.

REFERENCIAS

- Agostinelli, G. y Grube, J.W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media: A review of recent research. *Alcohol Research and Health*, 26(1), 15-21.
- Alvarez, J. y del Río, M. C. (2001). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿Prevenir qué? *Trastornos Adictivos*, 3, 172-180.
- Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J. y Gual, A. (2012). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. Recuperado de www.drugs.ie/resourcesfiles/ResearchDocs/Europe/Research/2012/Alco_Policy_Euro_Evidence_From_Amphora_2012.pdf
- Babor, T. F., Caetano, S., Casswell, G., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity, 2nd ed.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T. F., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E. et al. (2018). *Drug policy and the public health, 2nd ed.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

- Babor, T. F., Robaina, K., Noel, J. K. y Ritson, E. B. (2017). Vulnerability to alcohol-related problems: A policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction*, 112 (Suppl. 1), 94-101.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Estudio epidemiológico sobre drogodependencias y otras adicciones en los jóvenes de 14 a 21 años de la ciudad de Vigo*. Vigo: Concello de Vigo, Fundación Barrié.
- Becoña, E. (2009). *La vida recreativa en Santiago de Compostela: análisis del estado de la situación y propuestas para prevenir los factores y las conductas de riesgo asociadas a la misma*. Santiago de Compostela: Concello de Santiago de Compostela, Fundación Caixa Galicia.
- Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. (2019). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid. Klinik.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: education, prevention and policy*, 19, 1-10.
- Bellis, M. A. y Hughes, K. (2005). Nightlife in Liverpool: Tackling substance use in a flourishing night time economy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 22, 135-154.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos, G., Sethi, D. y Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis consequences. *Lancet Public Health*, 4, 517-528.
- Biglan, A., Ryzin, M. V. y Westling, E. (2019). A public health framework for the regulation of marketing. *Journal of Public Health Policy*, 40, 66-75.
- Boban, I. V., Vrca, A. y Saraga, M. (2018). Changing pattern of acute alcohol intoxications in children. *Medical Science Monitor*, 24, 5123-5131.
- Bryden, A., Roberts, B., McKee, M. y Petticrew, M. (2012). A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. *Health and Place*, 18, 349-357.
- Buckley, L., Chapman, R. L. y Sheehan, M. (2014). Young driver distraction: State of the evidence and directions for behavior change programs. *Journal of Adolescent Health*, 54 (Suppl. 5), 16-21.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A., Hughes, K., et al. (2009). Traffic risk behaviors at nightlife: Drinking, taking drugs, driving, and use of public transport by young people. *Traffic Injury Prevention*, 10, 162-169.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones*, 17, 337-347.
- Calafat, A., Fernández, J. R., Becoña, E., Duch, M. A., Fernández del Río, E. y Salvá, J. (2013). Alcoholemias en contextos recreativos nocturnos como sistema de prevención. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 10-16.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Ros, M. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Castillo, A., Franco, M. et al. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17, 193-202.

- Carbia, C., Corral, M., García-Moreno, L. M., Cadaveira, F. y Caamaño-Isorna, F. (2016). Early alcohol use and psychopathological symptoms in university students. *Psicothema*, 28, 247-252.
- Comunidad de Madrid (2017). *Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid. Año 2016*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Subdirección General de Actuación en Adicciones.
- Córdoba, R. y Samitier, E. (2009). *50 mitos del tabaco*. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo.
- Costello, H., Nelson, N. M., Henry, K. y Freedman, K. s. (2012) *WYSAC catalog of environmental prevention strategies*. WYSAC Report No. DER-128. Laramie, WY: Wyoming Survey & Analysis Center, University of Wyoming. Recuperado de: https://www.wishschools.org/resources/Catalog%20of%20Environmental%20Prevention%20Strategies_Final4%20Wyoming.pdf.
- Domjan, M. (2018). *The essentials of conditioning and learning*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duch, M., Calafat, A. y Juan, M. (2016). Prevención y reducción de riesgos en el ocio nocturno: el papel de las corporaciones locales. *Revista Española de Drogodependencias*, 21, 120-134.
- Eriksson, C., Geidne, S., Larsson, M. y Pettersson, C. (2011). A research strategy case study of alcohol and drug prevention by non-governmental organizations in Sweden 2003-2009. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 14, 8.
- Esser, M. B. y Jernigan, D. H. (2018). Policy approaches for regulation alcohol marketing in a global context: A public health perspective. *Annual Review of Public Health*, 39, 385-401.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Voas, R. B., Blackman, K. y Tippetts, A. S. (2008). The relationship of underage drinking laws to reducing in drinking drivers in fatal crashes in the United States. *Accident Analysis & Prevention*, 40, 1430-1440.
- Fell, J. C., Tanenbaum, E. y Chelluri D. (2018). Evaluation of a combination of community initiatives to reduce driving while intoxicated and other alcohol-related harms. *Traffic Injury Prevention*, 19 (supl.1), 176-179.
- Fell, J. C., Fisher, D. A., Yao, J. y McKnight, A. S. (2017). Evaluation of a responsible beverage service and enforcement program: Effects on bar patron intoxication and potential impaired driving by young adults. *Traffic Injury Prevention*, 18, 557-565.
- Gervilla, E., Quigg, Z., Duch, M., Juan, M. y Guimaraes, C. (2020). Adolescents´ alcohol use in botellon and attitudes towards alcohol use and prevention policies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3885.
- Hope, A. (2014). The ebb and flow of attitudes and policies on alcohol in Ireland 2002-2010. *Drug and Alcohol Review*, 33, 235-241.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. Jones, L. y Dunne, M. (2019). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2 356-366.
- Hughes, K., Furness, L., Jones, L. y Bellis, M. A. (2010). *Reducing harm in drinking environments. Evidence and practice in Europe*. Liverpool, UK: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A., Kosir, M, van Hasselt, N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: The evidence base for European intervention. *Addiction*, 106 (Suppl 1), 37-46.

- Hughes, K., Quigg, Z., Ford, K. y Bellis, M. A. (2019). Ideal, expected and perceived descriptive norm drunkenness in UK nightlife environments: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19, 442.
- Jessor, R. (Ed.) (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Jones, S. C. y Donovan R. J. (2011). Messages in alcohol advertising targeted to youth. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 126-131.
- Karlsson, T. (2014). *Nordic alcohol policy in Europe. The adaptation of Finland´s, Sweden´s and Norway´s alcohol policies to a new policy framework, 1994-2013*. Helsinki, Finlandia: Juvenes Print-Finnish University Print Ltd., National Institute for Health and Welfare.
- Kvammem, T. L., Rømer, K., Callesen, M. B., Doñamayor, N., Jensen, M., Pedersen, M. U. y Voon, V. (2019). Distraction towards contextual alcohol cues and craving are associated with levels of alcohol use among youth. *BMC Psychiatry*, 18, 354.
- Laberg, J. C. (1990). What is presented, and what prevented, in cue exposure and response prevention with alcohol dependent subjects? *Addictive Behaviors*, 15, 367-386.
- Montoro, L. (1997). Alcohol, drogas, seguridad vial y accidentes de tráfico. *Revista Española de Drogodependencias*, 22, 161-164.
- Moure-Rodríguez, L., Caamaño-Isorna, F., Doallo, S., Juan-Salvadores, P., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S. y Cadaveira, F. (2014). Heavy drinking and alcohol-related injuries in college students. *Gaceta Sanitaria*, 28, 376-380.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDYLA] (2018b). *Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2006*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDYLA] (2019). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- PAHO (2015). *Regional status report on alcohol and health in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization, PAHO.
- Pollack, C. E., Cubbin, C., Ahn, D. y Winkleby, M. (2005). Neighbourhood deprivation and alcohol consumption: Does the availability of alcohol play a role? *International Journal of Epidemiology*, 34, 772-780.
- Pulido, J., Indave-Ruiz, B. I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M. y Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados en el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 493-513.
- Pulliainen, M. y Valtonen, H. (2017). The relationship between alcohol availability and alcohol consumption. *Journal of Political Sciences & Public Affairs*, 5, 2.
- Quigg, Z., Bigland, C., Hughes, K., Duch, M. y Juan, M. (2020). Sexual violence and nightlife: A systematic literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101363.
- Romero, E., Gómez-Fraguela, X. A., Villar, P. y Rodríguez, C. (2019). Prevención indicada de los problemas de conducta: Entrenamiento de habilidades socioemocionales en el contexto escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, 39-47.
- Rush, B. R., Gliksmán, L. y Brook, R. (1986). Alcohol availability, alcohol consumption and alcohol-related damage. I. The distribution of consumption model. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 1-10.

- Salom, C. L., Williams, G. M., Najman, J. M. y Alati, R., (2015). Familial factors associated with development of alcohol and mental health comorbidity. *Addiction*, 110, 248-257.
- Sama, T. B. e Hilamo, H. (2020). Alcohol industry strategies to influence the reform of the Finnish Alcohol Law. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, online.
- Schölin, L. (2016). *Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States*. Copenhage, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Shope, J. T. (2007). Graduated driver licensing: Review of evaluation results since 2002. *Journal of Safety Research*, 38, 165-175.
- Trangenstein, P., Wall, P. y Jernigan, D. (2019). Collateral damage from college drinking: A conceptual framework for alcohol's harms to others among US college students. *Substance Use & Misuse*, 54, 1297-1308.
- Weafer, J. y Fillmore, M. T. (2015). Alcohol-related cues potentiate alcohol impairment of behavioral control in drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 290-299.
- WHO (2009a). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2009b). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhague, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.



**Medidas de prevención
ambiental para el
CONSUMO DE TABACO**

5

1. De dónde partimos

Fumar es la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad en el mundo (U. S. D. H. H. S., 2014). Se estima que el consumo de tabaco es el responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (WHO, 2009). El tabaco explica hoy el 27% de todas las muertes en varones y un 6% de las muertes de mujeres en Europa (Martín-Moreno et al., 2008). En España, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada. Hasta 2010 se consideraba que producía 58.573 muertes al año, lo que representa el 16,15% de todos los fallecimientos (Hernández-García et al., 2010). Los últimos datos disponibles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) apuntan una media de 51.870 muertos al año en el periodo 2010-2014. Ello es debido a que desde hace años viene descendiendo el número de fumadores y, con ello, la mortalidad asociada a su consumo. Además, el consumo de tabaco está asociado con la producción de 35 enfermedades (Doll et al., 2004). En España, la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, son las patologías que más se relacionan con la mortalidad en fumadores (Hernández-García et al., 2010).

A día de hoy es claro que lo que se ha conseguido con el tabaco y su control en las últimas dos décadas es la guía a seguir en el caso del alcohol, y en parte en el caso de las drogas ilegales. Todo ello ha sido gracias a la aprobación del Convenio Marco para el control del tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por Naciones Unidas, y que como tal se aplica en todos los países del mundo. Las principales medidas que ha habido que aplicar a partir del mismo las indicamos en la tabla 5.1. Con ello se ha dado un salto cualitativo en el control del consumo de tabaco, al poner en práctica toda una serie de medidas que llevan claramente a la reducción del consumo y a la mejora de la salud de toda la población.

Este Convenio Marco obligó a los países a sacar leyes para hacerlo cumplir. En España salió la primera ley en 2005 (Ley 28/2005), la cual fue ampliada en otra posterior en 2010 (Ley 42/2010) y todavía falta algún elemento adicional para mejorar las dos ya en vigor. En la tabla 5.1 indicamos los aspectos más importantes de las mismas.

Tabla 5.1. Principales medidas del Convenio Marco para el control del tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por Naciones Unidas

- Incrementar los impuestos de los productos del tabaco.
- Incluir advertencias claras sobre la incidencia del tabaco en la salud en los paquetes de cigarrillos. Éstos deben ocupar al menos un 30% del paquete.
- Prohibir toda publicidad del tabaco, promoción del mismo o de otros productos con la marca del tabaco.
- Incrementar la información, educación y concienciación de la población sobre las consecuencias del tabaco en la salud.
- Proteger contra la exposición pasiva al humo del tabaco.
- Prohibir la venta de tabaco a menores.
- Potenciar los programas preventivos para que los jóvenes no fumen.
- Facilitar tratamientos para que los que fumen dejen de fumar.
- Eliminar el comercio ilícito de tabaco, como el que se hace a través de contrabando o de otros procedimientos fraudulentos.

1.1. Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco

España hizo la primera adaptación del Convenio Marco en la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. En ella se adaptaban la mayoría de los elementos que indicaba el acuerdo marco. Pero no todos. Posteriormente hubo que hacer algunos cambios. Este es un claro ejemplo de lo que hoy conocemos como prevención ambiental.

En esta Ley 28/2005, como la misma indica, pretende:

- Incidir sobre el consumo.
- Incidir sobre la venta.
- Incidir sobre los jóvenes.
- Considerar el derecho de la población no fumadora a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco.
- Prohibición de la publicidad y la promoción del tabaco.
- Mejorar las intervenciones educativas, preventivas y asistenciales.
- Considerar la perspectiva de género.

Esta ley lo que hace es regular:

- Limitaciones al consumo.
- Lugares de venta.
- Máquinas expendedoras de tabaco.
- Etiquetado de las cajetillas.
- Señalizaciones en los locales y advertencias sanitarias (cajetillas, máquinas, locales).
- Lugares donde se prohíbe fumar.
- Prohibición de venta a menores de 18 años.

- Prohibición de puntos de venta y suministro.
- Prohibición de fumar en los centros de trabajo.
- Prohibición parcial de fumar en la hostelería.
- Habilitación de zonas de fumadores en ciertos lugares.
- Prohibición de la publicidad y promoción del tabaco (tanto de tipo directo como indirecto).
- Medidas de prevención del tabaquismo, promoción de la salud y facilitación de la deshabituación tabáquica.
- Régimen de infracciones y sanciones

Esta ley es bien conocida, pero hay varios artículos que nos parecen de gran relevancia, el 5 (ver tabla 5.2) y los 9 y 10, relacionados con la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco (ver tabla 5.3).

Tabla 5.2. Artículo 5, en su formulación consolidada, de la Ley 28/2005

<p>Artículo 5. Prohibición de venta y suministro en determinados lugares.</p> <p>Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos anteriores, queda prohibida la venta y suministro de productos del tabaco en los siguientes lugares:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público. b) Centros sanitarios o de servicios sociales y sus dependencias. c) Centros docentes, independientemente de la edad del alumnado y del tipo de enseñanza. d) Centros culturales. e) Centros e instalaciones deportivas. f) Centros de atención y de ocio y de esparcimiento de los menores de edad. g) En cualquier otro lugar, centro o establecimiento donde esté prohibido su consumo, así como en los espacios al aire libre señalados en el artículo 7, salvo lo previsto en la letra b) del artículo 4 (*) <p>(*) Concretamente la letra b) del artículo 4 indica que:</p> <ol style="list-style-type: none"> b) Ubicación: Las máquinas expendedoras de productos del tabaco sólo podrán ubicarse en el interior de quioscos de prensa situados en la vía pública y en locales cuya actividad principal sea la venta de prensa con acceso directo a la vía pública, en las tiendas de conveniencia previstas en el artículo 5.4 de la Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de Horarios Comerciales, que estén ubicadas en estaciones de servicio o que aporten certificación acreditativa de esa condición, expedida por la autoridad competente en materia de comercio, así como en aquellos locales a los que se refieren las letras k, t y u del artículo 7 en una localización que permita la vigilancia directa y permanente de su uso por parte del titular del local o de sus trabajadores. En paralelo a la venta a través de máquinas expendedoras, se permitirá la venta manual de cigarrillos y cigarrillos provistos de capa natural en dichos locales que cuenten con la autorización administrativa otorgada por el Comisionado para el Mercado de Tabaco. No se podrán ubicar en las áreas anexas o de acceso previo a los locales, como son las zonas de cortavientos, porches, pórticos, pasillos de centros comerciales, vestíbulos, distribuidores, escaleras, soportales o lugares similares que puedan ser parte de un inmueble pero no constituyen propiamente el interior de éste.

Tabla 5.3. Artículos que regulan la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco en la Ley 28/2005

<p>Artículo 9. Limitaciones de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Queda prohibido el patrocinio de los productos del tabaco, así como toda clase de publicidad, y promoción de los citados productos en todos los medios y soportes, incluidas las máquinas expendedoras y los servicios de la sociedad de la información, con las siguientes excepciones: <ol style="list-style-type: none"> a) Las publicaciones destinadas exclusivamente a los profesionales que intervienen en el comercio del tabaco.
--

b) Las presentaciones de productos del tabaco a profesionales del sector en el marco de la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de ordenación del mercado de tabacos y normativa tributaria, así como la promoción de dichos productos en las expendedorías de tabaco y timbre del Estado, siempre que no tenga como destinatarios a los menores de edad ni suponga la distribución gratuita de tabaco o de bienes y servicios relacionados exclusivamente con productos del tabaco o con el hábito de fumar o que lleven aparejados nombres, marcas, símbolos o cualesquiera otros signos distintivos que sean utilizados para los productos del tabaco. En todo caso, el valor o precio de los bienes o servicios citados no podrá ser superior al cinco por ciento del precio de los productos del tabaco que se pretenda promocionar.

En ningún caso, dichas actividades podrán realizarse en los escaparates ni extenderse fuera de dichos establecimientos, ni dirigirse al exterior.

c) Las publicaciones que contengan publicidad de productos del tabaco, editadas o impresas en países que no forman parte de la Unión Europea, siempre que dichas publicaciones no estén destinadas principalmente al mercado comunitario, salvo que estén dirigidas principalmente a los menores de edad.

2. Se prohíbe, fuera de la red de expendedorías de tabaco y timbre del Estado, la distribución gratuita o promocional de productos, bienes o servicios o cualquier otra actuación, cuyo objetivo o efecto directo o indirecto, principal o secundario, sea la promoción de un producto del tabaco.

3. Se prohíbe en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información, la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados:

a) Aparezcan fumando.

b) Mencionen o muestren, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos u otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco.

Artículo 10. Reglas aplicables a denominaciones comunes.

Queda prohibido el empleo de nombres, marcas, símbolos o cualesquiera otros signos distintivos que sean utilizados para identificar en el tráfico productos del tabaco y, simultáneamente, otros bienes o servicios y sean comercializados u ofrecidos por una misma empresa o grupo de empresas.

A tal efecto, se considerarán pertenecientes a un mismo grupo las empresas que constituyan una unidad de decisión, porque alguna de ellas ejerza o pueda ejercer, directa o indirectamente, el control de las demás, o porque dicho control corresponda a una o varias personas físicas que actúen sistemáticamente en concierto. Se presumirá que existe en todo caso unidad de decisión cuando concorra alguno de los supuestos previstos en el apartado 1 del artículo 42 del Código de Comercio y en el artículo 4 de la Ley 24/1988, de 28 de julio, del Mercado de Valores.

La discusión de la ley, larga, polémica y llena de intereses por parte de la industria del tabaco, y de los grupos de presión asociados a ella (ej., las asociaciones de restauración). Se hizo una fuerte presión directa a algún grupo parlamentario que tenía que aprobarla. Igual de compleja fue su implantación, con una fuerte oposición de la industria tabaquera, y grupos a los que financiaron o apoyaron (ej., el de la Hostelería), apreciándose sobre todo una importante contaminación con argumentos falsos sobre las consecuencias catastróficas que la misma traería para la economía, el empleo, los impuestos, etc. La implementación de esta Ley en España nos han servido para aprender lo que hay que hacer y no hacer cuando se quiere poner en práctica una ley de este tipo, así como conocer los argumentos que suele usar la industria (sea del tabaco, alcohol, juego, cannabis, etc.) para intentar bloquear, torpedear, minorar o, incluso, que la misma no se llegue a aprobar con todo tipo de argumentos (falsos y sesgados), como de sus clásicas apelaciones a la libertad de cada uno, libertad de mercado extremo, etc. (Córdoba y Samitier, 2009).

A pesar de la ley, quedaban varios elementos sin desarrollar en la misma, o que eran ambiguos en ella una vez aplicados, o que se habían dejado en el tintero. Los más importantes de ellos eran los siguientes:

- Hacer efectivo el régimen sancionador y unificarlo a nivel nacional (Ministerio de Sanidad y Consumo y comunidades autónomas).
- Lograr la prohibición total de fumar en la restauración y otros lugares públicos.
- Incrementar la conciencia social sobre el problema del tabaquismo y sus consecuencias.

- Subir el precio del tabaco.
- Mejorar la prevención del tabaquismo.
- Facilitar el tratamiento a los fumadores.
- Convencer a los responsables sanitarios y políticos de la relevancia de la epidemia del tabaquismo.
- Hacer llegar a la población la necesidad de tener estilos de vida saludables.

Lo cierto es que la implementación de la Ley fue todo un éxito. Un éxito que muchos no esperaban, sobre todo los agoreros. Pero fue implantada, aceptada, y en poco tiempo se apreció una disminución en el consumo, una mejora en la salud y un descenso consistente en el consumo a partir de ese momento.

La ley posterior, la Ley 42/2010 tuvo en cuenta algunos de estos aspectos pero otros no los consideró. Esto lo vemos a continuación.

1.2. Ley 42/2010 de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2015, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de productos del tabaco

Era claro que la anterior Ley 28/2005 fue un salto cualitativo para el control del consumo de tabaco en España, pero aun así había aspectos que se podrían mejorar y otros en los que la ley se había quedado corta. Por ello, en 2010 se hizo una modificación de la Ley anterior, como habrá que hacer otras en el futuro, en el que se avanzaba un poco más en tomar medidas pro-salud en relación a desanimar a los nuevos consumidores, prevenir el consumo y ayudar a las personas fumadoras a dejar de fumar.

El primer aspecto que dejó claro esta nueva ley fue clarificar dónde se podía fumar y donde no en el ámbito de la hostelería (tabla 5.4).

Tabla 5.4. Delimitación de donde se puede fumar en la hostelería (Ley 42/2010)

Se añaden una nueva letra e) al artículo 2, cuyo contenido pasa a ser el apartado 1 de este artículo, y un nuevo apartado 2, que quedan redactados del siguiente modo:

«e) Espacios de uso público: lugares accesibles al público en general o lugares de uso colectivo, con independencia de su titularidad pública o privada. En cualquier caso, se consideran espacios de uso público los vehículos de transporte público o colectivo.

2. A efectos de esta Ley, en el ámbito de la hostelería, se entiende por espacio al aire libre todo espacio no cubierto o todo espacio que estando cubierto esté rodeado lateralmente por un máximo de dos paredes, muros o paramentos».

Hubo que mejorar también el redactado sobre las máquinas expendedoras, y su lugar de ubicación, quedando como se indica en la tabla 5.5.

Tabla 5.5. Nuevo redactado para las máquinas expendedoras de tabaco y su ubicación, en la Ley 32/2010

Tres. Se modifica el primer párrafo del apartado b) del artículo 4, que queda redactado del siguiente modo:

«b) Ubicación: Las máquinas expendedoras de productos del tabaco sólo podrán ubicarse en el interior de quioscos de prensa situados en la vía pública y en locales cuya actividad principal sea la venta de prensa con acceso directo a la vía pública, en las tiendas de conveniencia previstas en el artículo 5.4 de la Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de Horarios Comerciales, que estén ubicadas en estaciones de servicio, así como en aquellos locales a los que se refieren las letras k), t) y u) del artículo 7 en una localización que permita la vigilancia directa y permanente de su uso por parte del titular del local o de sus trabajadores.

En paralelo a la venta a través de máquinas expendedoras, se permitirá la venta manual de cigarros y cigarrillos provistos de capa natural en dichos locales que cuenten con la autorización administrativa otorgada por el Comisionado para el Mercado de Tabaco».

También se cambió un artículo, el cual significa un nuevo salto en el control del tabaco. Es el referente a dónde se puede o no fumar, y sobre todo la preservación de los fumadores pasivos, modificando el artículo 6 de la ley anterior, el cual quedó redactado, tal como indicamos en la tabla 5.6.

Tabla 5.6. Lugares donde se prohíbe fumar en la Ley 42/2010

Siete. El artículo 7 queda redactado del siguiente modo:

«Artículo 7. Prohibición de fumar.

Se prohíbe fumar, además de en aquellos lugares o espacios definidos en la normativa de las comunidades autónomas, en:

- a) Centros de trabajo públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre.
- b) Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público.
- c) Centros, servicios o establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos.
- d) Centros docentes y formativos, salvo en los espacios al aire libre de los centros universitarios y de los exclusivamente dedicados a la formación de adultos, siempre que no sean accesos inmediatos a los edificios o aceras circundantes.
- e) Instalaciones deportivas y lugares donde se desarrollen espectáculos públicos, siempre que no sean al aire libre.
- f) Zonas destinadas a la atención directa al público.
- g) Centros comerciales, incluyendo grandes superficies y galerías, salvo en los espacios al aire libre.
- h) Centros de atención social.
- i) Centros de ocio o esparcimiento, salvo en los espacios al aire libre.
- j) Centros culturales, salas de lectura, exposición, biblioteca, conferencias y museos.
- k) Salas de fiesta, establecimientos de juego o de uso público en general, salvo en los espacios al aire libre.
- l) Áreas o establecimientos donde se elaboren, transformen, preparen, degusten o vendan alimentos.
- m) Ascensores y elevadores.
- n) Cabinas telefónicas, recintos de los cajeros automáticos y otros espacios cerrados de uso público de reducido tamaño. Se entiende por espacio de uso público de reducido tamaño aquel que no ocupe una extensión superior a cinco metros cuadrados.
- ñ) Estaciones de autobuses, salvo en los espacios que se encuentren al aire libre, vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano, vehículos de transporte de empresa, taxis, ambulancias, funiculares y teleféricos.
- o) Todos los espacios del transporte suburbano (vagones, andenes, pasillos, escaleras, estaciones, etc.) , salvo en los espacios que se encuentren por completo al aire libre.
- p) Estaciones, puertos y medios de transporte ferroviario y marítimo, salvo en los espacios al aire libre.
- q) Aeropuertos, salvo en los espacios que se encuentren al aire libre, aeronaves con origen y destino en territorio nacional y en todos los vuelos de compañías aéreas españolas, incluidos aquellos compartidos con vuelos de compañías extranjeras.
- r) Estaciones de servicio y similares.
- s) Cualquier otro lugar en el que, por mandato de esta Ley o de otra norma o por decisión de su titular, se prohíba fumar.
- t) Hoteles, hostales y establecimientos análogos, salvo en los espacios al aire libre. No obstante, podrán habilitarse habitaciones fijas para fumadores, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 8.
- u) Bares, restaurantes y demás establecimientos de restauración cerrados.
- v) Salas de teatro, cine y otros espectáculos públicos que se realizan en espacios cerrados.

- w) Recintos de los parques infantiles y áreas o zonas de juego para la infancia, entendiéndose por tales los espacios al aire libre acotados que contengan equipamiento o acondicionamientos destinados específicamente para el juego y esparcimiento de menores.
- x) En todos los demás espacios cerrados de uso público o colectivo.»

A su vez la ley incluyó algunos elementos nuevos. Uno muy importante fue la restricción de la visibilización y consumo del tabaco en los medios de comunicación (tabla 5.7). Esto fue debido a que la ley anterior se incumplía. Es algo que suele suceder cuando queda algún resquicio en la misma, por muy pequeño que sea.

Tabla 5.7. Restricción del uso del tabaco en los medios de comunicación y otros medios, ley 42/2010

Nueve. Se añade un nuevo apartado 3 al artículo 9, que queda redactado del siguiente modo:
«3. Se prohíbe en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información, la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados:
a) Aparezcan fumando.
b) Mencionen o muestren, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos u otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco.»

La nueva ley también incluyó un nuevo y mejor redactado sobre los programas de deshabituación tabáquica (art. 12), ya que estaba muy poco desarrollado en la ley anterior. Igualmente, en esta nueva ley se incluye la perspectiva de género y las desigualdades sociales, la implementación de medidas para los menores de tipo educativo y preventivo, así como de protección de la salud. Y, finalmente, mejoran el sistema sancionador (art. 20).

Otro aspecto que incluye la nueva ley es si se puede o no fumar en cierto tipo de establecimientos, como en los establecimientos penitenciarios y otros (tabla 5.8).

Tabla 5.8. Delimitación de dónde se puede y no fumar en ciertos establecimientos específicos, Ley 42/2010)

Veintiuno. Se modifica el segundo párrafo de la disposición adicional sexta, que queda redactado del siguiente modo:
«En los establecimientos penitenciarios se permite fumar a los internos en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o en las salas cerradas habilitadas al efecto, que deberán estar debida y visiblemente señalizadas y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos.»

Veintidós. Se modifica la disposición adicional séptima, que queda redactada del siguiente modo:
«Disposición adicional séptima. Normativa sobre prevención de riesgos laborales.
Lo establecido en esta Ley se entiende sin perjuicio de las demás limitaciones y prohibiciones al consumo de tabaco, contenidas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales, cuya vigilancia y control corresponde a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.»

Veintitrés. Se modifica la disposición adicional octava, que queda redactada del siguiente modo:
«Disposición adicional octava. Centros o establecimientos psiquiátricos.
En los establecimientos psiquiátricos de media y larga estancia se permite fumar a los pacientes en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o en una sala cerrada habilitada al efecto, que habrá de estar debida y visiblemente señalizada y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos.»

Veinticuatro. Se modifica la disposición adicional novena, que queda redactada del siguiente modo:
«Disposición adicional novena. Clubes privados de fumadores.
A los clubes privados de fumadores, legalmente constituidos como tales, no les será de aplicación lo dispuesto en esta Ley, relativo a la prohibición de fumar, publicidad, promoción y patrocinio, siempre que se realice en el interior de su sede social, mientras en las mismas haya presencia única y exclusivamente de personas socias. A los efectos de esta Disposición, para ser considerado club privado de fumadores deberá tratarse de una entidad con personalidad jurídica, carecer de ánimo de lucro y no incluir entre sus actividades u objeto social la comercialización o compraventa de cualesquiera bienes o productos consumibles.
En ningún caso se permitirá la entrada de menores de edad a los clubes privados de fumadores.»

Veinticinco. Se añade una disposición adicional décima, que queda redactada del siguiente modo:

«Disposición adicional décima. Centros residenciales de mayores o de personas con discapacidad.

En los centros residenciales de mayores o de personas con discapacidad, se podrá habilitar una zona específica para fumadores, cuyo uso será exclusivo para residentes y deberá estar debida y visiblemente señalizada y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos, no pudiendo extenderse el permiso de fumar a las habitaciones ni al resto de las zonas comunes en dichos centros.»

2. Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de tabaco

2.1. Incrementar el precio del tabaco

Justificación de la medida

En el año 1999 se publicó en lengua inglesa un libro muy importante analizando la relación entre tabaco y economía, por parte del Banco Mundial, el cual se publicó en español en el año 2000 (Jha et al., 2000). En el mismo quedó claro que el consumo de tabaco no sólo tiene graves consecuencias en la salud sino que tiene graves consecuencias económicas en los países en donde el porcentaje de fumadores es alta. Y, con el tiempo, dicho consumo de tabaco se convierte en un problema, por los gastos sanitarios y de mortalidad que acarrea, en épocas muy productivas, lo que lleva a disminuir la fuerza de trabajo activa. Y, con ello, a impedir el desarrollo de ese país.

El informe propone varias medidas, pero una de las más importantes, en función de los estudios que presenta dicho informe, es subir el precio del tabaco. De modo concreto, el informe indica que:

“Como promedio, es de esperar que un aumento del precio del paquete de cigarrillos del 10% reduzca la demanda en alrededor del 4% en los países de ingreso alto y en alrededor del 8% en los de ingreso medio y bajo, donde los ingresos son menores y las personas son más receptivas a las variaciones de los precios. Los niños y los adolescentes responden mejor a los cambios de precio que los adultos de mayor edad, por lo que esta intervención podría producir un efecto significativo en este segmento de la población” (Jha et al., 2000, p. 6-7).

En el caso anterior, se entiende siempre que dicha subida tiene que ser aparte de la subida anual del IPC, sobre todo para tener en cuenta la alta inflación que hay en algunos países.

Eficacia de la medida

La eficacia de la medida es clara. El extenso informe del Banco Mundial sobre ello está lleno de ejemplos en muchos países (Jha et al., 2000). Se considera una de las medidas más eficaces que se pueden aplicar.

En el caso de España, sin ir más lejos, el incremento del precio del tabaco ha sido una de las causas de que muchos fumadores dejaran de fumar, o fumaran menos. También hay que tener en cuenta el cambio a otros modos de fumar más baratos, como ha pasado con el cigarrillo de liar. De ahí que hay que tener esto en cuenta para armonizar los precios del tabaco.

Dada la preocupación del Banco Mundial por este tema, tiene una página permanente sobre el mismo (ver: www.bancomundial.org/es/topic/health/brief/tobacco), en el que incluye actualmente el tema “Deje de fumar. El tabaco causa la muerte y es perjudicial para la economía”.

Aplicabilidad

Esta medida es fácilmente aplicable. Sólo falta que estén de acuerdo con la misma el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Hacienda. La subida debiera ser de un 10% anual, por encima del IPC de ese año. De este modo se podría lograr en 10 años que descendiese un 40% el número de fumadores. Esto significaría que se podría pasar del 22% actual de consumo de tabaco (INE, 2018) a un teórico 13%.

Resistencias

La primera resistencia sería por parte de la industria del tabaco, que pondría en marcha sus contraargumentos. La segunda la del Ministerio de Hacienda, que podría poner como pega que eso aumentaría el IPC anual más allá de lo deseable. Y, la tercera, la de los propios fumadores que verían como su consumo de tabaco sería más caro. Pero los beneficios serían claros en términos de salud, bienestar y también económicos.

2.2. Reducir los lugares públicos de consumo de tabaco (ej., estadios de fútbol, concentraciones al aire libre de personas, etc.)

Justificación de la medida

Sabemos que cuanto más disponible está una sustancia más se consume. Y también que en cuantos más sitios se puede consumir, más se hará dicho consumo. Las leyes de tabaco aprobadas en España han precisamente restringido los lugares de consumo, con los resultados tan buenos obtenidos a nivel de descenso de la prevalencia y morbi-mortalidad.

Una medida que es preciso aplicar, complementando otras que ya están recogidas en las leyes aprobadas de tabaco, es reducir distintos lugares públicos en los que se puede fumar. Los lugares en donde habría que prohibir dicho consumo serían, siguiendo el espíritu de las leyes ya aprobadas, preservar la salud de los fumadores pasivos, tanto si son niños, adolescentes o adultos. De ahí que quedaría prohibir fumar en:

- Todos los espectáculos públicos, incluso al aire libre, de tipo deportivo. Así se evitaría que el que fuma contamine pasivamente de tabaco al que está a su lado o detrás de él.
- Todos los espectáculos públicos, al aire libre, de tipo cultural, musical u otros tipos de espectáculos que están acotados en un recinto concreto, para evitar que el que fume contamine pasivamente de tabaco al que está a su lado.
- Cualquier otra celebración al aire libre, en un lugar acotado, para evitar que fumen pasivamente los que están al lado del fumador.

Eficacia de la medida

Los estudios sobre la restricción de la disponibilidad de lugares para fumar, como la restricción de fumar en distintos lugares indica la eficacia de esta medida (Anyanwu et al., 2018; McKee et al., 2005; Zou et al., 2016).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida tiene que hacerse mediante el desarrollo normativo, dentro de una nueva ley de tabaco, a nivel nacional. También las comunidades autónomas pueden restringir, dentro de sus competencias, el consumo de tabaco en ciertos actos como los citados anteriormente.

Resistencias

La principal resistencia sería la de la industria del tabaco, como de los estancieros y otras asociaciones pro-tabaco. No sería esperable resistencias importantes por parte de los fumadores, al insistir en preservar a los fumadores pasivos, y de modo especial a los niños.

2.3. Mejorar la protección de los niños y adolescentes ante el tabaco

Justificación de la medida

A pesar de que las leyes aprobadas sobre tabaco se orientan, en una parte muy importante de la misma, a la protección de la infancia, todavía hay huecos que no ha cubierto la ley. De modo concreto, en los últimos años, se viene insistiendo en la necesidad de avanzar en la protección de la infancia en relación al tabaco (Lloyd et al., 1998; Precioso et al., 2017; USDHHS, 1994; 2016).

Esta protección se concretaría en los siguientes aspectos:

- Prohibir fumar en el coche cuando van niños.
- Prohibir fumar en los parques infantiles y en sus alrededores.
- Prohibir fumar en los espectáculos infantiles y en sus alrededores (incluso aunque sean al aire libre).
- Prohibir fumar en las atracciones infantiles y en sus alrededores (incluso aunque sean al aire libre).
- Prohibir fumar en los alrededores de las guarderías.

La justificación de esta medida es, primeramente, por un tema de salud, para evitar el humo pasivo del tabaco. También para evitar un efecto de modelado. Las personas aprendemos de nuestros modelos más inmediatos, y ver fumar al padre o a la madre es un claro modelo para el niño o el adolescente (Clark y Zimmerman, 2014; Han et al., 2017; Spears y Akers, 1988). Y, finalmente, para desnormalizar el consumo de tabaco, haciendo que no sea una conducta habitual sino una conducta que hay que ir poco a poco erradicando.

Eficacia de la medida

La eficacia de esta medida es clara por la experiencia que ya llevamos acumulada con la aplicación de las leyes de tabaco. Cuando no se puede fumar en un lugar concreto se reduce el consumo y aumenta la probabilidad de que se deje de fumar (Olivieri et al., 2019; USDHHS, 2016). Además, cuando se ha incrementado la sensibilización de los padres y madres a que no fumen delante de sus hijos, o en el coche, esta conducta ha descendido (Kairouz et al., 2015; Antunes et al., 2016). Igualmente, con ello, se desnormaliza la conducta de fumar para los adolescentes (Kelly et al., 2018; Lloyd et al., 1998).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida tiene que hacerse mediante el desarrollo normativo, dentro de una nueva ley de tabaco, a nivel nacional. También las comunidades autónomas pueden restringir, dentro de sus competencias, el consumo de tabaco en algunas de las circunstancias citadas (ej., parques infantiles), o llevar a cabo campañas para que los padres y madres no fumen en ellos.

Resistencias

La principal resistencia sería la de la industria del tabaco, como de algunas personas individuales, seguramente financiados por la industria del tabaco. Estas no serían muchas por parte de los fumadores, al insistir en preservar a los fumadores pasivos y, de modo especial, a los niños.

2.4. Prohibir fumar en los alrededores de los centros de salud y en los hospitales

Justificación de la medida

Se suele decir que “hecha la ley, hecha la trampa”. Y, en el caso de una adicción, es más difícil cumplir la norma si la persona ve algún resquicio para saltarla. Esto es lo que está pasando en muchos hospitales y en otros centros sanitarios. La Ley de tabaco dice claramente en su artículo 7, en su apartado c) que no se puede fumar en los centros sanitarios, estando la misma redactada así:

“c) Centros, servicios o establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos.”

Hasta aquí todo bien. Pero su cumplimiento no está resultando tan bien como dice la ley. El problema es que la ley no delimitó un espacio de protección en torno al centro sanitario, de tal modo que en muchos casos los médicos, enfermeras y demás personal fuman a la puerta del mismo. E, incluso en otros casos, cuando hay una parte cubierta a la entrada, por donde pasan los pacientes y acompañantes que van al hospital, fuman allí. Esto da una mala imagen y no se cumple el papel ejemplar que tienen que tener los profesionales sanitarios en este tema (WHO, 2005).

Se ve por ello necesario mejorar la ley, su cumplimiento y su ejemplaridad en unos profesionales que son modelo para sus pacientes y para la sociedad. Si ellos no cumplen con la salud difícil va a ser que los que los ven lo cumplan. Y, si la cumplen, y no fuman en público, se desnormaliza el consumo de tabaco.

Eficacia de la medida

Por experiencias que conocemos de otros países, en relación a los centros sanitarios, no facilitar el consumo de tabaco produce un claro descenso en su consumo (USDHHS, 2016, 2020; WHO, 2005), mejora el papel ejemplar de los médicos y demás profesionales sanitarios (Steliga, 2018), y todo ello lleva a una reducción en el consumo de tabaco y a la desnormalización de su consumo. Sobra decir que el papel de los médicos en el control del tabaco ha sido clave para la reducción y control del tabaquismo (Doll et al., 2005; Manley et al., 1992). De modo especial aquí hay que citar a Sir Richard Doll y su estudio de 50 años en médicos

británicos, en relación a su consumo de tabaco, el cual transformó la concepción de los efectos del tabaco en la población y de modo especial en la profesión médica de ese país y del resto del mundo (Doll et al., 2005). Algo semejante ocurrió en Estados Unidos, a partir de la publicación del informe del Surgeon General sobre el tabaco, conocido como informe Terry (USDHHS, 1964).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida tiene que hacerse mediante el desarrollo normativo, dentro de una nueva ley de tabaco, a nivel nacional. También podría hacerse, a nivel autonómico, mediante la delimitación más precisa de dónde se puede y no se puede fumar en el centro de salud dado que la mayoría de los centros de salud están dentro de un recinto al aire libre propiedad del mismo y, en los hospitales, suele ser habitual que el hospital esté dentro de una zona común. Este segundo tipo de medidas sería quizás más fácil de implantar y más rápida de poner en práctica.

Resistencias

El nivel de resistencia a la medida propuesta sería reducido. Los profesionales de la salud están comprometidos con el control del tabaquismo. Es una medida de salud más que sería bienvenida por la mayoría de los profesionales sanitarios, por los pacientes y también por los familiares que les van a ver al hospital o que acuden a los centros sanitarios a sus consultas.

2.5. Prohibir fumar en los alrededores de los centros docentes, especialmente en su puerta

Justificación de la medida

A pesar de que está prohibido fumar en los centros docentes, con frecuencia hay personas que fuman fuera de ellos, fundamentalmente alumnos adolescentes, y a veces profesores y padres. Desnormativizar el consumo exige que veamos fumar en el menor número posible de sitios. Y uno de los lugares claves para desnormativizar el consumo de tabaco es en los centros escolares. No olvidemos que las personas se inician en el consumo de tabaco habitualmente entre los 12-14 años. De ahí la relevancia de que no vean fumar a los adultos, que tengan difícil poder comenzar a fumar y, con todo ello, podamos reducir el número de fumadores de esa generación futura.

Eficacia de la medida

Sabemos que si las personas no se exponen a una conducta disminuye la probabilidad de que la conozcan, esté presente en su memoria o la emitan (Chu et al., 2018). Y, si no pueden hacerla, con el tiempo disminuyen las ganas de hacerla, no se dan cuenta de que se puede hacer y se cambia la conducta (Crosby et al., 2018).

Aplicabilidad

La aplicabilidad exigiría un cambio normativa en la Ley actual de tabaco para avanzar en la promoción de la salud de todas las personas, especialmente en los más vulnerables, como son los niños y adolescentes. Al tiempo, se puede ir concienciando a las administraciones educati-

vas y a los responsables de los centros escolares de que se vaya en la línea de no fumar delante del centro escolar.

Resistencias

Es previsible la aparición de ciertas resistencias, auspiciadas sobre todo por la industria del tabaco. También es probable que ciertos padres “ultraliberales” no estén de acuerdo con la citada medida.

2.6. Tener el envasado genérico de los cigarrillos

Justificación de la medida

Se llevan varios años proponiendo en distintos países, como en España, la necesidad de que haya un envasado genérico de los cigarrillos para, con ello, lograr que la incidencia de la publicidad (directa e indirecta) sea menor en los fumadores. Y, con ello que se vaya reduciendo la prevalencia de fumadores. Es una medida eficaz pero a la que se opone frontalmente la industria del tabaco.

A nivel intermedio, una directiva europea obliga a que en los envases haya imágenes impactantes junto con advertencias sanitarias sobre las consecuencias negativas de fumar. Y esto tiene que ocupar el 65% de las cajetillas.

Fue Australia en 2012 el primer país que implantó el envasado neutro del tabaco. En Europa hay varios países que han adoptado el envasado genérico, empezando por Francia, Irlanda y el Reino Unido, y luego seguido por otros países tanto de Europa como de otros continentes (ej., Nueva Zelanda, Sudáfrica).

Indicamos en la tabla 5.9 lo que está legislado, quedando por añadirse lo del envasado genérico.

Tabla 5.9. Aspectos más relevantes del Real Decreto 579/2017 por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados

1. Presencia obligatoria de advertencias sanitarias gráficas de mayor tamaño,
 2. Prohibición de los cigarrillos y el tabaco para liar con sabores característicos.
 3. Sustitución del etiquetado relativo a los niveles de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono (ANCO) por un mensaje informativo: “El humo del tabaco contiene más de setenta sustancias cancerígenas”.
 4. No habrá más paquetes con elementos promocionales o engañosos.
 5. Notificación electrónica obligatoria de los ingredientes.
 6. Requisitos de calidad y seguridad para los cigarrillos electrónicos que contienen nicotina: Los cigarrillos electrónicos deben ser seguros para los niños y a prueba de manipulaciones y deben estar provistos de un mecanismo que permita una recarga sin escapes para proteger a los consumidores.
 7. Normas de envasado y etiquetado para los cigarrillos electrónicos: Las advertencias sanitarias en los cigarrillos electrónicos serán obligatorias, e informarán a los consumidores de que los cigarrillos electrónicos contienen nicotina.
 8. Seguimiento y notificación de los avances en relación con los cigarrillos electrónicos.
 9. Posible prohibición de las ventas a distancia transfronterizas.
 10. Medidas de lucha contra el comercio ilícito: un sistema de seguimiento y rastreo a escala de la UE para la cadena de suministro legal.
- Estas medidas se introducirán para los cigarrillos y el tabaco para liar en 2019 y para los productos del tabaco distintos de los cigarrillos y el tabaco para liar, en 2024.

Justificación de la medida

La OMS (2017) justifica la necesidad del empaquetado neutro para:

- 1) Reducir el atractivo de los productos de tabaco.
- 2) Suprimir los efectos del empaquetado de los productos de tabaco como forma de publicidad y promoción.
- 3) Prevenir el uso de técnicas de diseño de los paquetes que puedan sugerir que algunos productos son menos nocivos que otros. Y,
- 4) Aumentar la vistosidad y eficacia de las advertencias sanitarias.

Eficacia de la medida

Recientemente, la OMS (2017) ha analizado específicamente las ventajas que tiene aplicar el empaquetado neutro y los resultados obtenidos en los países en donde se ha implantado. Así, toda una serie de estudios realizados en Australia, que implantó el mismo en 2012, indican que reduce el atractivo de los productos de tabaco. También se ha encontrado que facilita el abandono del tabaco.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida exigiría un cambio normativo en la Ley de tabaco. Es un tema pendiente que hay que plantear cuanto antes, como distintas sociedades científicas y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo español (CNPT) vienen demandando desde hace años.

Resistencias

La industria del tabaco se opone frontalmente a la implantación de esta medida. De hacerse llevaría, por su eficacia, a una disminución del atractivo del tabaco, a su desnormalización y a que muchos fumadores se planteasen dejar de fumar. De ahí que hay que insistir en ello.

Debido a lo anterior, también el legislador es más reacio a ponerla en práctica porque se va a encontrar con una campaña en contra, bien orquestada, de la industria del tabaco, en la línea de otras que hemos vivido en el pasado. Pero la salud de todos tiene que primar sobre los intereses particulares.

2.7. Prohibir y sancionar el uso de las redes sociales para anunciar directa o indirectamente tabaco por personas financiadas por la industria del tabaco

Justificación de la medida

Un fenómeno de la vida actual, aunque reciente en el tiempo, es el de las redes sociales. Hoy todos las usan. Pero de modo especial, son los jóvenes los que están en ellas constantemente. Tanto, que son su elemento básico de comunicación cuando no lo hacen personalmente. Y ello lo hacen fundamentalmente a través del móvil, y a continuación a través del ordenador.

La industria de la publicidad, y la del tabaco, como la del alcohol, juego, etc., lo saben bien y por ello se centran en transmitir todo tipo de mensajes en las redes sociales a favor de sus intereses. A pesar del esfuerzo por desarrollar normas para prohibir la publicidad directa e indirecta (Henbriksen, 2012), no siempre se logra. Ello ocurre porque hay muchos modos de hacer la publicidad indirecta. En los últimos años a través de otras personas, como personas pagadas, asociaciones que han creado o financian, *influencers* que pagan, etc. Por ello hoy vemos en las redes sociales mucha información “sesgada” sobre temas como el tabaco, el alcohol, las drogas ilegales, etc. En muchos casos, en casi todos, es la industria la que está detrás de ello (Kong et al., 2019) (tabla 5.10).

Dado que esto existe, que es un nuevo modo de hacer publicidad directa o indirecta del consumo de tabaco, debe ser regulada (WHO, 2013). Se usa con frecuencia, y puede ir en un sentido de promover el consumo, como de reducirlo (Baskerville et al., 2015).

Eficacia de la medida

La regulación de las redes sociales, para lograr la eliminación de la publicidad directa o indirecta a través de la misma, sería pasar al nivel normativa aprobado (WHO, 2013). Precisamente un tema que las leyes de tabaco han tenido mucho cuidado en su redacción ha sido la de prohibir la publicidad directa y la indirecta del tabaco. Aquí estaríamos ante un incumplimiento utilizando las brechas que permiten los nuevos elementos tecnológicos, en este caso a través de las redes sociales.

Tabla 5.10. La investigación netnográfica para detectar la publicidad de tabaco en las redes sociales

La *netnografía* es un nuevo método que se utiliza para analizar en Internet lo que ocurre en las comunidades virtuales (Washington y Gebera 2008). En los últimos años este procedimiento ha cobrado mucho auge y se le presta atención por su utilidad para saber lo que las personas hacen en las distintas redes sociales.

Lo que hace la netnografía es estudiar etnográficamente una comunidad virtual. Usa, por tanto, el método etnográfico, característico de la antropología y de otras ramas posteriormente, que aplica al nuevo fenómeno de Internet. La diferencia está en que usa métodos informáticos para conocer la realidad de las personas, no lo que hacen las personas delante de un observador real. Por ello, va a utilizar los distintos procedimientos del método etnográfico, aunque aplicado en este caso a las redes sociales.

Estudia todo lo que hay en las redes sociales (ej., hábitos de consumo, publicaciones en línea, flujo de información, publicidad, etc.). El método netnográfico implica fundamentalmente recogida de información, en la red en este caso, e interpretación de la misma. Así, podemos llegar a conclusiones en función de cuál es nuestro objeto de análisis.

Aplicabilidad

Para este tema es necesario un desarrollo legislativo en el que se diferencie lo que es la persona individual con sus derechos, y la persona que está financiada por un grupo concreto para obtener un beneficio con su trabajo en la red, y sobre un producto que debe ser regulado, desnormalizado y controlado al máximo por los graves efectos que produce en la salud.

Resistencias

Todo lo relacionado con la red acarrea resistencias. Hay muchos intereses en juego, no sólo de la industria del tabaco, sino de los propios intereses que tiene la industria relacionada con las redes sociales, así como de las personas que viven de ello.

2.8. Monitorizar y desenmascarar las tretas de la industria tabaquera hacia los jóvenes (ej., el tabaco de liar como bueno y natural)

Justificación de la medida

El mundo no es siempre el mismo. Está continuamente en cambio. Y el mundo del tabaco también. La industria no se queda atrás inventando cosas nuevas para saltarse la ley, crear nuevos productos, llegar más eficazmente a los fumadores aunque no lo pueda hacer, etc. Lo viene haciendo desde hace década y así lo seguirá haciendo. Su objetivo es mantener el negocio por encima de todo. De ahí la necesidad de monitorizar las tretas de la industria tabaquera, que se orientan predominantemente a los niños y jóvenes, y desenmascararles. Y, ello se hace mediante medidas legislativas y de control adecuadas.

Otra cuestión que la industria maneja muy inteligentemente es lo que se conoce como elasticidad de la demanda, la cual ajusta en función de las medidas que se van implantando para el control del consumo (Jawad et al., 2018). Esto es, si sube el precio desciende la demanda. Entonces, lo que hace la industria es sacar un producto nuevo de tabaco más barato, orientado habitualmente a los jóvenes, para que así se mantenga el número de consumidores, se hagan nuevos adictos y puedan mantener el negocio. Es lo que ocurrió hace años con marcas baratas dirigidas a jóvenes, el tabaco de liar más actualmente, u otras estrategias en este sentido.

Dos ejemplos recientes de esto son el tabaco de liar y los cigarrillos electrónicos. En el caso del tabaco de liar, esta es una de las estrategias más recientes promovidas por la industria hacia los jóvenes, para captarlos y mantener el negocio del consumo de tabaco. Y, más recientemente, tenemos el surgimiento del cigarrillo electrónico. Aparece como un modo de hacer creer a los consumidores que fuman un producto inocuo, que pueden seguir fumando sin que tenga las consecuencias en la salud que producen los cigarrillos y que lo pueden hacer en cualquier sitio, evitando los problemas del fumador pasivo de los cigarrillos normales. Pero ni es sano, ni es inocuo, tanto uno como otro producto (Joossens et al., 2014) (ver tabla 5.11).

Tabla 5.11. Cigarrillo de liar y cigarrillo electrónico

El cigarrillo de liar. Hace unos años se reintrodujo un nuevo modo de fumar, a través de los cigarrillos de liar. Orientado a los jóvenes, pronto fue utilizado por jóvenes y adultos. Al ser más barata la picadura para hacerlos, que los cigarrillos industriales, las personas que tenían menos dinero podían mantener su dependencia con los mismos. O, en el caso de los más jóvenes, poder fumarlos a un menor precio que los cigarrillos normales. Para hacer un cigarrillo de liar se precisa picadura de tabaco y hoja de librillo. También se pueden hacer con máquinas portátiles. La industria ha hecho correr erróneamente la creencia de que estos cigarrillos son más naturales y menos nocivos. La realidad es la contraria. Contienen mayor cantidad de nicotina y alquitrán que un cigarrillo normal. De este modo, el riesgo para la salud de los fumadores es mayor.

El cigarrillo electrónico. Éste es el último artilugio, y estrategia, de la industria tabaquera. Consiste en un aparato que tiene una pequeña batería para calentar una solución líquida y convertirla en vapor. Esta solución va en un cartucho y contiene nicotina. La hay que cambiar una vez que se acaba la carga. El diseño imita a un cigarrillo, un cigarro o una pipa. Por eso también se le denomina ecig. En contra de lo que dice la industria, contiene junto a la nicotina propilenglicol y otros productos para darles sabor y olor. No es un producto inocuo para la salud. Es igualmente adictivo como los cigarrillos u otros productos que contienen tabaco.

Eficacia de la medida

La medida propuesta, de monitorizar y desenmascarar las tretas de la industria tabaquera hacia los jóvenes (ej., el tabaco de liar como bueno y natural), sería una medida claramente eficaz. Así se viene haciendo con otro tipo de medidas en el pasado (ej., el tabaco mentolado, los

cigarrillos bajos en nicotina, los cigarrillos alargados, etc.). Además, es necesario mantener este tipo de medidas en marcha porque el Acuerdo Marco del control del tabaco exige hacerlo. La industria del tabaco va buscando artilugios para saltárselo. De ahí la relevancia de la permanente monitorización de que están cumpliendo dicho Acuerdo. Y, si las personas que fuman observan que fumar les es más caro, y que no hay modos alternativos de fumar más baratos, por la elasticidad de la demanda, desciende el consumo (Jawad et al., 2018).

Aplicabilidad

Para lograr lo anterior se precisan dar dos pasos. El primero, legislar de modo que no sea posible engañar a las personas con falsas creencias sobre los nuevos productos del tabaco. El segundo, la necesidad de crear un organismo, o darle a un organismo ya creado funciones de detección y supervisión, sobre el surgimiento de nuevos productos del tabaco que no están recogidos en el marco normativo actual.

Resistencias

En este tema la resistencia vendrá de la industria del tabaco. Lo hemos visto claramente en el pasado y lo seguimos viendo actualmente. Precisamente, en los últimos años la industria del tabaco tiene el mismo nivel de agresividad que el que venía mostrando en el pasado, al entender que se les está acorralando, incluso sus nuevos productos sobre los que se han autoconvencido de que son “inocuos” o “cuasi-inocuos” y no hacen ningún caso de la evidencia científica contraria que hay a lo que opinan. Sobre la alta mortalidad que produce el tabaco se callan.

2.9. Reducir los puntos de venta de tabaco

Justificación de la medida

A mayor disponibilidad mayor consumo de cualquier producto, y más cuando hablamos de drogas con poder adictivo (USDHHS, 2014, 2016). Por ello, una medida que ha mostrado ser eficaz es reducir los puntos de venta de un producto cuando queremos que no se compre (Robertson et al., 2014). La relación es clara: a mayor cantidad de puntos de venta del tabaco mayor venta del mismo.

En el caso del tabaco, gracias a las leyes ya aprobadas, se ha producido una clara reducción de los puntos de venta (Monshouwer et al., 2014; Robertson et al., 2014). Pero es posible avanzar más en dicha reducción, como puede ser disminuir el número de máquinas expendedoras de tabaco, no dando nuevas autorizaciones en los bares, o teniendo un número limitado de ellas por un número concreto de habitantes, u otras medidas en esta línea. Igualmente, habría que mantener el número de estancos existentes o reducir su número paulatinamente. Todo ello redundaría en la menor disponibilidad del tabaco, menor compra, menor consumo y con ello una mejora en la salud de la población.

Eficacia de la medida

Las medidas de reducción de los puntos de venta en las distintas drogas han mostrado ser eficaces en reducir el consumo al estar las mismas menos presentes (Monshouwer et al., 2014). En el caso del tabaco es una medida que se viene implantando en los distintos países con buenos resultados, junto a otras que hemos ido viendo (USDHHS, 2014)

Aplicabilidad

Para poder poner en práctica esta medida es necesario hacer desarrollos normativos, vía una Ley concreta, o bien mediante el desarrollo de otras existentes por parte de los organismos estatales responsables del control de las máquinas expendedoras de tabaco. Igualmente, las comunidades autónomas, dentro del rango de sus competencias, pueden restringir algunos aspectos sobre el uso, disponibilidad y ubicación de las máquinas expendedoras de tabaco.

Resistencias

Una medida como esta tendrá enfrente una fuerte resistencia, por una parte por la industria del tabaco que verá atacado directamente su negocio y, por otra, a los propios estancieros que verán cómo se saca una medida más para que sus ventas disminuyan. Además, en estos casos, suele ser la industria del tabaco la que facilita todo tipo de medios y recursos necesarios a las asociaciones de estancieros para que éstos usen los argumentos clásicos en este tema: ataque a la libertad individual y comercial, derechos pisoteados, pérdida de puestos de trabajo, continua persecución, ineficacia de la medida, etc.

2.10. Campañas informativas sobre tabaco y salud, mantenidas en el tiempo

Justificación de la medida

Tener información objetiva y fiable por parte de la población sobre un tema es central para asumir cambios importantes, como ha ocurrido en el tema del tabaco. Por ello, es necesario mantener en el tiempo campañas informativas sobre el tabaco, a poder ser desde el Ministerio de Sanidad, a nivel estatal, y por parte de las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas. Lo ideal es una coordinación entre una y otra administración.

Eficacia de la medida

La información es necesaria pero no suficiente. Pero si no hay información, fiable y objetiva, no se puede tener una opinión adecuada sobre un tema. De ahí que los organismos públicos tienen la responsabilidad de proporcionarla, sabiendo que cuando así lo hacen llegan efectivamente a la población (USDHHS, 2014, WHO, 2020).

Aplicabilidad

La administración sanitaria tiene que hacer una planificación anual sobre cómo informar clara y objetivamente a la población sobre aspectos concretos sobre el tabaco, las consecuencias del mismo en la salud y cómo se puede reducir o abandonar el consumo de tabaco. También, complementar esta medida informativa con otras para lograr los resultados adecuados.

Resistencias

La resistencia habitual que nos encontramos con las medidas informativas de tipo sanitario son la contra-información, los sesgos informativos u otros modos que usan los grupos

o empresas que ven en peligro su negocio. De ahí que también hay que detectar las contra-campañas que pueden ponerse en práctica para anular o intentar anular los mensajes de salud de los organismos sanitarios. Actualmente, dado que no pueden publicitar sus productos, usan otros mecanismos como las redes sociales, *influencers*, publicidad indirecta, etc.

2.11. Incrementar los programas preventivos en la escuela

Justificación de la medida

La prevención funciona, la prevención es eficiente, la prevención ayuda a salvar vidas, tanto en el tema del tabaco como en otros muchos temas (ej., en la vacunación). Pero la prevención que usemos tiene que ser eficaz. Y uno de los modos ideales de ponerla en práctica es en el contexto escolar. Allí están todas las personas jóvenes, niños y adolescentes, escolarizados. Allí todos pueden recibir programas preventivos en los que aprendan a conocer las consecuencias del tabaco en la salud, habilidades para la vida, resistencia a la presión al consumo, manejo de sus problemas, etc., todo lo cual facilita que resistan mejor las presiones hacia el consumo, la prueba o que si prueban el tabaco no se hagan fumadores.

Eficacia de la medida

Los programas preventivos escolares han mostrado su eficacia, como indican distintos meta-análisis (Duncan et al., 2018; MacArthur et al., 2018; Thomas et al., 2015). Pero lo que se utilice tienen que ser programas preventivos eficaces, y no otro tipo de programas que a veces no son tales (Becoña, 2002). También sabemos que los programas preventivos funcionan mejor si hay un marco normativo general que reduce la disponibilidad, se incrementa el precio del tabaco, se desnormativiza su consumo, etc. (Becoña, 2006).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida exige un plan nacional que incluya en el currículum escolar la prevención del consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales y otras conductas problema. Lo ideal es que hubiese una asignatura específica sobre esta temática en el currículum escolar, dada la relevancia que han adquirido las drogas legales e ilegales, como otro tipo de conductas (ej., problemas emocionales, bullying, embarazos no deseados, etc.), el fracaso escolar y otros problemas de la persona (ej., psicopatológicos).

Resistencias

Lo que ocurre con frecuencia en este tema es que se ponen en práctica programas preventivos ineficaces (no olvidemos cuando la industria del tabaco ofrecía programas preventivos gratuitos en la escuela), se cree que con solo la educación es suficiente para atajar estos problemas, o que el problema está fuera del contexto escolar y debe ser tratado en otro sitio (cuando el problema ya es evidente).

2.12. Incidir en el colectivo médico por su papel ejemplar

Justificación de la medida

Se lleva décadas insistiendo en el papel modélico de los médicos como imprescindibles para atajar la epidemia del tabaco. Desde los estudios de Doll y Hill (1950, 1956), que realizó durante varias décadas (Doll y Peto, 1989), con un seguimiento muy largo de varias décadas (Peto et al., 2000), hasta llegar a los 50 años de seguimiento (Doll et al., 2004, 2005), los médicos tienen un papel central en el tema del tabaco, porque son ellos los que van a ver, al final, las consecuencias que el mismo produce en la salud, en forma de cánceres producidos por el tabaco (ej., el de pulmón), enfermedades pulmonares (ej., EPOC), incidencia en las enfermedades cardiovasculares, y así un amplio etcétera.

A pesar de que ya se han tomado muchas medidas para que el médico tenga un papel ejemplar ante los fumadores, como que los médicos de atención primaria pregunten a todo paciente si fuma, y lo anote en la historia clínica, y otras medidas adicionales, todo lo que se haga en esta línea mejorará la salud de toda la población.

Eficacia de la medida

Se sabe que el consejo mínimo sistemático llevado a cabo por un médico de atención primaria es eficaz, muy eficaz (Bartsch et al., 2016). Y, cualquier otra medida que se implante a nivel de consejo también lo es (Fiore et al., 2008). En la misma línea, conseguir que ningún médico fume mejora su papel ejemplar, como así viene ocurriendo en los países desarrollados (Stead et al., 2013), incluyendo también España (Pardell et al., 2002) y en los no desarrollados (Abdullah et al., 2014).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida se haría con programas específicos más intensivos que los actualmente existentes para conseguir incrementar el consejo de los médicos para que sus pacientes dejen de fumar, su papel ejemplar como no fumadores, y cualquier otra medida de educación sanitaria que puedan llevar a cabo.

Resistencias

No es previsible la aparición de resistencia, dado el avance que se ha dado en esta temática en las décadas previas. En el colectivo sanitario el tabaco ya está desnormalizado. De ahí que de implantar estas medidas serían ampliamente aceptadas.

2.13. Potenciar los programas de deshabituación tabáquica

Justificación de la medida

Los programas de deshabituación tabáquica son eficaces para que las personas dejen de fumar (Becoña et al., 2014; Fiore et al., 2008; USDHHS, 2014). Muchos fumadores quieren dejar de fumar pero no tienen sitios a donde acudir para hacerlo. Por ello, si se facilitan programas de deshabituación, las personas acuden más a los mismos. Y, si están dentro del sistema sanitario el éxito es aún mayor.

Eficacia de la medida

Esta es una de las medidas más eficaces que existen para las personas que demandan dejar de fumar. De modo concreto, en el amplio programa puesto en práctica ya hace años en el Reino Unido, muchos miles de fumadores acuden al mismo año a año. Es uno de los modos de conseguir reducir la prevalencia del consumo de tabaco (Stead et al., 2013) con las positivas consecuencias que ello tiene a nivel de salud.

Aplicabilidad

Esta medida es de fácil aplicabilidad. Aunque, sí que implica una inversión, inversión que va a reportar claros beneficios en la salud en poco tiempo. Es una medida complementaria a otras que hemos visto previamente. No tendría sentido apostar todo a los programas de deshabituación si no se han puesto en práctica varias de las medidas que hemos propuesto anteriormente.

Resistencias

Las resistencias serían pocas ante esta medida. Muchas personas dejarían de fumar, con lo que serían personas que publicitarían el tratamiento; los médicos estarían encantados, porque muchos de sus fumadores podrían dejar de fumar; y la sociedad en general estaría de acuerdo en que se invierta en salud. Únicamente habría alguna resistencia por parte de la industria del tabaco y otras asociaciones aduciendo que no es necesario ir tan allá y que las personas dejan de fumar cuando quieren.

2.14. *Perseguir el contrabando de tabaco y el mercado ilícito de tabaco*

Justificación de la medida

Sabemos de la importancia que tiene el contrabando del tabaco, y el mercado ilícito del tabaco cuando existe en un país, como contramedida de las acciones sanitarias que se ponen en práctica (Tsui, 2016). En España conocemos bien lo que ha ocurrido con el contrabando de tabaco en otras épocas, como actividad delictiva, y que facilitó en muchos casos convertir esas redes de contrabando al posterior tráfico de drogas (Pinilla, 2002).

Por ello, es imprescindible controlar el contrabando de tabaco y la introducción ilegal del tabaco en el país, para que todas las medidas anteriores sean eficaces (Ross et al., 2015).

Eficacia de la medida

El control del contrabando de tabaco es una de las medidas más eficaces que existen para lograr que las medidas restrictivas que se ponen en marcha en un país para el control del consumo de tabaco funcionen (Joossens y Raw, 2012). De ahí la relevancia de su control, como así se viene haciendo eficazmente en las últimas décadas en España (Villalbí et al., 2019).

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende del Servicio de Aduanas, del Ministerio de Hacienda, de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, y de normas, leyes e instrucciones claras para el control y erradicación del contrabando de tabaco. También para perseguir la venta de ese tabaco ilegal.

Resistencias

El nivel de resistencia a esta medida es bajo dado que el contrabando es una actividad ilegal y nadie puede defenderla en un estado de derecho.

2.15. Mejorar el sistema sancionador

Justificación de la medida

El mundo cambia, las personas cambian, los problemas cambian; las conductas de consumo cambian; en suma, la sociedad está en continuo cambio. Por ello, el mejor sistema sancionador que tengamos tiene que ser actualizado de vez en cuando en función de los cambios que se van produciendo sobre lo que está regulado.

En el caso del tabaco, es necesario actualizar el sistema sancionador actualmente en vigor, en función de los nuevos cambios que se van produciendo en las nuevas formas de fumar tabaco, en la publicitación indirecta de sus productos, en la irrupción de las redes sociales, etc.

Eficacia de la medida

El sistema sancionador es uno de los medios más eficaces que tienen los estados para lograr el cambio de conductas, sobre todo cuando se asume por parte de la mayor parte de esa sociedad que esa conducta que se penaliza es inadecuada, personal o socialmente, y más cuando se trata de proteger la salud de los ciudadanos. Pero también es mejor que los ciudadanos asuman la necesidad de cambiar ese tipo de conducta inadecuada, como es fumar (Lang y Nystedt, 2018). Por ello, junto a otras medidas, de tipo informativo, educativo, preventivo y de tratamiento, está el régimen sancionador.

Aplicabilidad

La aplicabilidad viene dada por la propia norma.

Resistencias

Las resistencias a cualquier sistema sancionador viene dado por los afectados, los que no quieren cumplir la norma, los que aducen que tienen derecho a hacer lo que les plazca, los que tienen intereses en que esa conducta se mantenga. Con todo, esa resistencia es minoritaria al estar la mayoría de la población de acuerdo con la norma en vigor y con el sistema sancionador aprobado.

REFERENCIAS

- Abdullah, A. D., Stillman, F. A., Yang, L., Luo, H., Zhang, Z. y Samet, J. M. (2014). Tobacco use and smoking cessation practices among physicians in developing countries: A literature review (1987–2010). *International Journal of Environment Reserach and Public Health*, 11, 429–455.
- Antunes, A., Precioso, J., Araújo, A. C., Machado, J.C., Samorinha, C., Rocha, V., Gaspar, A., Becona, E., Belo-Ravara, S., Vitória, P., Rosas, M. y Fernande. E. (2016). Prevalence of secondhand smoke exposure in asthmatic children at home and in the car: A cross-sectional study. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 22, 190-195.

- Anyanwu, P. E., Craig, P., Katikireddi, S. V. y Green, M. J. (2018). Impacts of smoke-free public places legislation on inequalities in youth smoking uptake: Study protocol for a secondary analysis of UK survey data. *BMJ Open*, 8, e022490.
- Baskerville, N., Azagba, S., Norman, C., Show, C. y Brown, S. (2015). Effect of a digital social media campaign on young adult smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 18, 351-360.
- Bartsch, A-L., Härter, M., Niedrich, J., Levke Brütt, A. y Buchholz, A. (2016). A systematic literature review of self-reported smoking cessation counseling by primary care physicians. *Plos One*, 11, e0168482.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, U., Martínez Vispo, C. y Rodríguez-Cano, R. A. (2014). Tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35, 161-168.
- Chu, T. P. Chen, M. L., Lin, Y. C. y Chen, M. Y. (2018). The impact of innovative smoking reduction education at Hospital entrances: A prospective pre- and post-test study design. *International Journal on Environmental Research in Public Health*, 5, 1922.
- Clark, N. M. y Zimmerman, B. J. (2014). A social cognitive view of self-regulated learning about health. *Health and Educational Behavior*, 41, 485-491.
- Crosby, S., Bell, D., Savva, G., Edlin, B. y Bewick, B. M. (2018). The impact of a social norms approach on reducing levels of misperceptions around smokefree hospital entrances amongst patients, staff, and visitors of a NHS hospital: A repeated cross-sectional survey study. *BMC Public Health*, 18, 1365.
- Doll, R. y Hill, B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal*, 2 (4682), 739-748.
- Doll, R. y Hill, B. (1956). Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. *British Medical Journal*, 2 (5001), 1071-1081.
- Doll, R. y Peto, R. (1989). *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2005). Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *British Journal of Cancer*, 92, 426-429.
- Duncan, L. R., Pearson, E. S. y Maddison, R. (2018). Smoking prevention in children and adolescents: A systematic review of individualized interventions. *Patient Education and Counselling*, 101, 375-388.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... Leitzke, C. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Han, W., Wang, T. y Chen, H. (2017). Social learning promotes nicotine self-administration by facilitating the extinction of conditioned aversion in isogenic strains of rats. *Science Reports*, 14, 8052.
- Hartmann-Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K. y Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*, 108, 1711-1721.
- Henriksen L. (2012). Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. *Tobacco Control*, 21, 147-153.
- Jawad, M., Lee, J. T., Glantz, S. y Millett, C. (2018). Price elasticity of demand of non-cigarette tobacco products: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 27, 689-695.

- Jha, P., Chaloupka, F. J., Brown, P., Nguyen, S., Severino-Márquez, J., van der Merwe, R. y Yurekly, A. (2000). *La epidemia del tabaco. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Joossens, L., Lugo, A., La Vecchia, C., Gilmore, A. B., Clancy, L. y Gallus, S. (2014). Illicit cigarettes and hand-rolled tobacco in 18 European countries: A cross-sectional survey. *Tobacco Control*, 23, 17-23.
- Joossens, L. y Raw, M. (2012). From cigarette smuggling to illicit tobacco trade. *Tobacco Control*, 21, 230-234.
- Kairouz, S., Lasnier, B., Mihaylova, T., Montreuil, A. y Cohen, J. E. (2015). Smoking restrictions in homes after implementation of a smoking ban in public places. *Nicotine & Tobacco Research*, 17, 41-47.
- Kelly, B. C., Vuolo, M., Frizzell, L. C. y Hernandez, E. M. (2018). Denormalization, smoke-free air policy, and tobacco use among young adults. *Social Science Medicine*, 211, 70-77.
- Kong, G., LaVallee, H., Rams, A., Ramamurthi, D. y Krishnan-Sarin, S. (2019). Promotion of vape tricks on YouTube: Content analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18, e12709.
- Lang, E. y Nystedt, P. (2018). Blowing up money? The earnings penalty of smoking in the 1970s and the 21st century. *Journal of Health Economy*, 60, 39-52.
- Lloyd, B., Lucas, K., Holland, J., McGrellis, S. y Arnold, S. (1998). *Smoking in adolescence. Images and identities*. Londres: Routledge.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., ... Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level intervention targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2018, issue 10. Art. No. CD009927.
- Manley, M. W., Epps, R. P. y Glynn, T. J. (1992). The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. *Medical Clinics of North America*, 76, 477-494.
- Martín-Moreno, J. M., Soerjomataram, I. y Magnusson, G. (2008). Cancer causes and prevention: A condensed appraisal in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 44, 1390-1403.
- McKee, M., Hogan, H. y Gilmore, A. (2005). Why we need to ban smoking in public places now. *Journal of Public Health* 26, 325-326.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Muertes atribuibles al consume de tabaco en España, 2000-2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Ketelaars, T. y van Laar, M. W. (2014). *Points of sale of tobacco products. Synthesis of scientific and practice-based knowledge on the impact of reducing the number of points of sale and restrictions on tobacco product displays*. Utrecht, Holanda: Timbros Institute.
- Olivieri, M., Murgia, N., Carsin, A. E., Heinrich, J., Benke, G., Bono, R., et al. (2019). Effects of smoking bans on passive smoking exposure at work and at home. The European Community respiratory health survey. *Indoor Air*, 29, 670-679.
- OMS (2017). *Empaquetado neutro de los productos de tabaco. Pruebas empíricas, diseño y aplicación*. Ginebra: OMS.
- Pardell, H., Jané, M., Sánchez, I., Villalbí, J. R., Saltó, E. et al. (2002). *Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español*. Madrid: Organización Médica Colegial/Medicine Stm Editores/Ars Médica.
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Thompson, J. H., Senger, C. A., Fortmann, S. P. y Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163, 608-621.

- Peto, R., Darvy, S., Deo, H., Silcocks, P., Whitley, E. y Doll, R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal*, 321(7257), 323–329.
- Pinilla, J. (2002). Análisis comparado del impacto de las políticas impositivas vía precio en el consumo de tabaco. *Gaceta Sanitaria*, 16, 425-35.
- Precioso, J., Araujo, A. C., Samorinha, C., Machado, J. C., Rocha, V., Becoña, E., Vitoria, P. y Antunes, H. (2017). Exposicao de crianças ao fumo ambiental do tabaco: Avaliacao de programa preventivo. *Psicologia, Saúde & Doencas*, 18, 591-601.
- Robertson, L., Cameron, C., Mcgee, R., Marsh, L. y Hoek, J. (2014). A systematic review on the impact of point-of-sale tobacco promotion on smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 17 (e2), 83-89.
- Ross, H., Husain, M. J., Kostova, D., Xu, X., Edwards, S. M., Chaloupka, F. J. y Ahluwalia, I. B. (2015). Approaches for controlling illicit tobacco trade--nine countries and the European Union. *Morbidity and Mortality Weekly*, 64, 547-550.
- Schroeder, S. A. (2013). New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *New England Journal of Medicine*, 368, 389- 390.
- Siu, for the U.S. Preventive Services Task Force (2015). Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U. S. Preventive Services Task Force Recommendations Statement. *Annals of Internal Medicine*, 163, 622-634.
- Spear, S. F. y Akers, R. L. (1988). Social learning variables and the risk of habitual smoking among adolescents: The Muscatine study. *American Journal of Prevention Medicine*, 4, 336-342.
- Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J. y Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group Cochrane Database System Review*, 2013 (5): CD000165.
- Steliga, M. A. (2018). Smoking cessation in clinical practice: How to get patients to stop. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 30, 87-91.
- Thomas, R. E., McLellan, J. y Perera, R. (2015). Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5, e006976.
- Tsui, T. C. (2016). Does smuggling negate the impact of a tobacco tax increase? *Tobacco Control*, 25, 361-362.
- U.S.D.H.H.S. (1964). *Smoking and health. Report of advisory committee to the Surgeon General of the public health services*. Rockville, Maryland: U. S. Department of Public Health Service.
- U. S. D. H. H. S. (1994). *Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.
- U. S. D. H. H. S. (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of Surgeon General.
- U.S. D. H. H. S. (2016). *Facing addiction in America. The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of the Surgeon General.
- Villabí, J. R. y Ariza, C. (2000). *El tabaquismo en España: Situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona: SESPAS, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

- Villalbí, J. R., Suelves, J. M., Martínez, C., Valverde, A., Cabezas, C. y Fernández, E. (2019). El control del tabaquismo en España: Situación actual y prioridades. *Caceta Sanitaria*, 93, 1-16.
- Washington, O. y Gebera, T. (2008). La netnografía: Un método de investigación en Internet. *Educar*, 42, 81-93.
- World Health Organization (2013). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *The role of health professionals in tobacco control*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- World Health Organization (2009). *WHO Tobacco Framework Convention on Tobacco Control*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- World Health Organization (2020). *Tobacco Free Initiative (TFI). World No Tobacco Day 2020: Protecting youth from industry manipulation and preventing them from tobacco and nicotine use*. Ginebra, Suiza: World Health Organization (recuperado de <https://www.who.int/tobacco/wntd/en/>).
- Zou, L., Niu, L, Jiang, H, Jiang, C y Xiao, S. (2016). Facilitators and barriers of smokers' compliance with smoking bans in public places: A systematic review of quantitative and qualitative literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 1228.



**Medidas de prevención
ambiental en
DROGAS ILEGALES**

6

1. De dónde partimos

La mayoría de las medidas de prevención ambiental de que disponemos se han aplicado para las drogas de tipo legal. En ellas es más fácil aplicar medidas de control, al disponer las administraciones de herramientas legislativas para ello junto a otras relacionadas (ej., fuerzas de orden público para su cumplimiento). No ocurre lo mismo con las drogas ilegales. Este hecho de ilegalidad impide poner medidas directas a las mismas como producto. De ahí que en la mayoría de los casos su cumplimiento se hace a través del control policial aplicando la norma de la prohibición de su consumo. Pero también se puede hacer a través de la prevención del consumo de las drogas ilegales, ya que los que las consumen empiezan habitualmente en las drogas legales y luego continúan con las ilegales. O reducir sus efectos a través de medidas de tipo informativo, screening o de tratamiento de los adictos.

En España, como en la mayoría de los países desarrollados, el fenómeno del consumo de drogas ilegales es relativamente reciente. Así, a mediados de los años 70 y en los 80 del s. XX solíamos hablar del problema de la “droga”, refiriéndonos con ello a la heroína, que es cuando aparece la misma en España. Hoy el consumo de drogas ha adquirido carácter epidémico en las sociedades desarrolladas en las últimas décadas, tanto referido a drogas legales como ilegales, junto a las adicciones comportamentales, como el juego patológico y la adicción a los videojuegos.

Además, España, por el lugar geográfico que ocupa, es punto de entrada de drogas para toda Europa desde África y América. En parte por ello somos uno de los principales consumidores de drogas ilegales del mundo, sobre todo en jóvenes de 14 a 35 años. Los datos epidemiológicos del consumo y problemas de dependencia que producen son hoy muy importantes. Las drogas ilegales más consumidas son el cannabis, la cocaína y el éxtasis (consumos en los últimos 12 meses del 11%, 2.2% y 0,6%, respectivamente; año 2017). El resto de las drogas ilegales están mucho menos extendidas (ej., el 0,1% para la heroína). En estudiantes de 14 a 18 años de la ESO, el 27,5% han consumido cannabis, el 2.4% cocaína y el 1.9% éxtasis en el último año (año 2017); la heroína la probaron al menos una vez el 0,5% de ellos en el último año.

Ante la gravedad que ha adquirido el consumo de drogas ilegales en el mundo, se han puesto en práctica distintas medidas para su control, incluyendo entre ellas lo que hoy conocemos como medidas de prevención ambiental (Babor et al., 2018; Burkhart, 2013; Foxcroft, 2014). Son una extensión de medidas para el control del consumo de alcohol y tabaco, a veces del juego, y de la experiencia acumulada para conseguir reducir el consumo de drogas ilegales. Por ello, se

han utilizado distintas estrategias que sabemos que son útiles a partir de la implementación de distintas medidas para controlar el consumo de drogas, sean legales o ilegales, adquiridas en los programas preventivos, sean en la escuela, familia o comunidad (ej., Costello et al., 2002); en los tratamientos de que se dispone para los adictos; y, de modo especial, en la amplia experiencia adquirida en la represión del tráfico de drogas por parte de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, y de policías y agencias antidroga de otros países.

A nivel práctico, el consumo de drogas ilegales acarrea un enorme coste social, un enorme coste económico, una alta mortalidad por su consumo, y otros problemas sociales, aparte del coste que le tiene a los propios adictos y a sus familias. También, el consumo de drogas daña a todo el sistema social a través de la violencia asociada, corrupción, delincuencia, tráfico y crimen organizado. De ahí, que reducir el consumo, y las consecuencias que acarrea el mismo, lleva a una mejora en la salud global de una población, en la economía y en el bienestar social. Todos están de acuerdo en ello. Otra cuestión es cómo implementar las medidas para su control.

No debemos perder de vista, en relación a estas medidas en el consumo de drogas ilegales, que donde más se han implementado, se han evaluado y conocemos si funcionan o no, es en el consumo de las drogas legales, alcohol y tabaco, y otras en el caso de los juegos de azar. Igualmente, disponemos de información sobre la implementación de medidas eficaces para las drogas legales en ciertos contextos en donde se consumen las ilegales (ej., en el tráfico) y que también se pueden aplicar adaptadas a las drogas ilegales, en relación a su consumo, tráfico, venta, disponibilidad, etc.

Con todo, muchas de las medidas que hay que implementar para reducir el consumo de drogas ilegales son de tipo normativo, junto con hacer que se cumplan las mismas. Esto no siempre es fácil de aplicar. No olvidemos que muchas de las drogas ilegales tienen un alto poder adictivo, son consumidas ampliamente en la vida recreativa, en ambientes marginales, por grupos con problemas graves causados por ese consumo o con psicopatología asociada. De ahí que hay que combinar medidas de tipo normativo, en la esfera legal, con otras medidas a nivel educativo, sanitario y social. Y, coordinar estas medidas para las drogas ilegales con las que se ponen en práctica para reducir el consumo de las drogas legales y otras adicciones que pueden interaccionar.

Babor et al. (2018) consideran, después de la revisión bibliográfica que realizaron sobre medidas para el control de las drogas ilegales, que se pueden agrupar en cinco categorías: prevención primaria, servicios para consumidores crónicos de drogas, control de la oferta, uso de sanciones legales, y regulaciones para prevenir el mal uso de psicofármacos.

No hay duda de que las medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de drogas ilegales son eficaces. Pero no debemos olvidar, como bien dicen Babor et al. (2018) que “La decisión política para prevenir, castigar o permitir el consumo de sustancias psicoactivas es principalmente una elección política y moral” (p. vi). Sabemos cómo reducir la disponibilidad de drogas en una sociedad, pero implantar medidas para que ello sea efectivo depende de la voluntad política que haya en dicha sociedad (UNODC, 2007).

2. Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de drogas ilegales

2.1. Venta y tráfico de drogas

Justificación de la medida

Uno de los factores más importantes que mantiene el consumo de drogas es su venta y tráfico. Si lográsemos eliminar ambos dejaríamos de tener este problema. De ahí que una medida intermedia, y muy eficaz para reducir el consumo, es reducir al máximo lo que es la venta y tráfico de drogas.

Cualquier producto se mantiene en el mercado si está disponible. Si deja de estarlo no se vende, porque no existe, y suele ser sustituido por otro. Este es un fenómeno frecuente en el consumo de drogas. Unas drogas se consumen más que otras dependiendo de la disponibilidad, precio, efectos de la percepción de riesgo de su peligrosidad, y aceptación social de las mismas (UNODC, 2011).

Aquellas medidas que llevan a la reducción de la disponibilidad de drogas y, con ello reducen la venta y el tráfico de las mismas, logran una reducción en su consumo. En la tabla 6.1, indicamos aquellas medidas útiles para reducir la venta y el tráfico de drogas.

Tabla 6.1. Medidas para la venta y tráfico de drogas

- Mejorar la actuación policial cara al narcotráfico: reducción de la oferta.
- Perseguir el tráfico de drogas a media escala.
- Localización y erradicación de centros de transformación de drogas.
- Localizar lugares de venta de drogas, controlarlos y erradicarlos.
- Control del tráfico de drogas a través de internet y de mensajería.
- Mayor control del tráfico y consumo de drogas en acontecimientos masivos (control de la venta, cacheos aleatorios, etc.).
- Mejorar el control del blanqueo de capitales por la venta y tráfico de drogas.
- Mayor presencia policial en lugares con alto consumo de drogas.
- Control de los locales nocturnos en los que hay consumo de drogas.
- Control estricto del consumo de alcohol y drogas en los locales de ocio y diversión.
- Circuito cerrado de televisión en aquellas zonas públicas en las que es más probable que se consuman drogas por motivos de seguridad y orden público.

Eficacia de la medida

A pesar de lo que con frecuencia se afirma, las medidas que llevan a una reducción en la disponibilidad de drogas logran también reducir el consumo (Babor et al., 2018), aunque suelen ser costosas económicamente, al tener que dedicar bastantes recursos para lograr reducir o eliminar dicha disponibilidad.

Varios estudios específicos han indicado la utilidad de esta medida. Así, en Nueva Zelanda se prohibió la BZP (benzilpiperazina), una droga que se había hecho allí muy popular. Dicha prohibición produjo un descenso del consumo del 15% al 3.2% entre 2006 y 2010. La misma fue prohibida en 2006 (Wilkins y Sweetsur, 2013).

Se ha indicado que este tipo de medidas son eficaces porque reducen el suministro, reducen la demanda, produce una ruptura entre el suministro y la demanda, y reduce los efectos

dañinos del consumo de drogas (Babor et al., 2018). Además, cuando se prohíbe una droga, y se persigue su consumo, sube su precio por el incremento del control, y con ello se reduce la demanda (Gallett, 2014; Pacula y Lundberg, 2014).

Al contrario, sabemos que si bajan los controles sobre una droga, o si se legaliza, como ocurre con el caso de la marihuana en distintos estados norteamericanos, se incrementa el consumo de la misma (RMHIDTA, 2017, 2019).

Aplicabilidad

Este tipo de medidas son aplicables, y se vienen poniendo en práctica sistemáticamente en todas las sociedades para reducir el consumo de drogas. El principal problema que tiene este tipo de medidas es que no son del campo sanitario, sino que son de orden público, fiscales, o las tienen que aplicar las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado. Por ello, para que la aplicación de estas medidas sean efectivas, deben hacerse consistentemente, mantenerse en el tiempo, evaluar el grado de eficacia logrado, y deben coordinarse con otras medidas relacionadas con las personas que consumen drogas, y otras características que llevan al consumo, como vimos previamente en el primer capítulo, para lograr buenos resultados.

Resistencias

Las resistencias vienen de parte de cierto grupos pro-consumo o pro-legalización, que desean que las drogas sean como otro producto más de consumo. Los productores, traficantes, vendedores y los propios consumidores tiene mucho que perder.

También pueden aparecer resistencias de quienes tienen que aplicar la norma o la ley, y ello significa un trabajo añadido al que ya tienen asignado. De ahí la relevancia de especializar a unidades policiales y fiscales en esta tarea.

2.2. Medidas legales

Justificación de la medida

La disponibilidad de leyes y normas en cualquier sistema social es hoy esencial. Ellas nos indican lo que se puede y lo que no se puede hacer. A ellas se llega por un consenso acumulado a lo largo de décadas o siglos sobre un tema determinado. En el caso del consumo de drogas hay un alto consenso de que las mismas deben prohibirse, en la medida de lo posible, por los graves problemas que producen en una parte importante de sus consumidores (Babor et al., 2018).

En el caso de las drogas ilegales se han aprobado distintos tratados internacionales que regulan, primeramente, lo que se considera droga ilegal (las distintas convenciones de Viena y la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas) (Becoña y Martín, 2004). En España, desde mediados de los años 70, está despenalizado el consumo de drogas a nivel personal. El consumo en vía pública tiene sanción administrativa. Lo que está penado es la venta y tráfico de drogas. En la tabla 6.2 indicamos las sanciones en forma de multa o pena de cárcel que tiene el tráfico de drogas. Lo que se castiga como delito, según el Código Penal, es el cultivo, la elaboración y el tráfico ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, la posesión ilegal de éstas con dichos fines, así como las actividades que promuevan, favorezcan o faciliten su consumo ilegal. El consumo y posesión ilegal de drogas tóxicas en espacios

públicos es constitutivo de infracción administrativa. La norma indica que la mera posesión de drogas por sí sola no es constitutiva de delito siempre que no se destine al tráfico ilegal de estupefacientes. La Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana establece sanciones administrativas de carácter grave o muy grave con multas de 601 hasta 30.000 euros. Esto es, el consumo de drogas en vía pública.

De modo concreto, estaría penado:

- El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares. Cuando los infractores en materia de consumo o tenencia sean menores de edad, la sanción de multa podrá suspenderse, primero y extinguirse, después, si los mismos se someten voluntariamente y sin abandonarlo a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación.
- El traslado de personas, con cualquier tipo de vehículo, con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya delito.
- La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.
- La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismo.

Tabla 6.2. Normativa legal sobre lo que se puede y no se puede consumir en España: Infracciones y sanciones por tráfico o consumo de drogas ilegales en España

Casos	Nocividad de la sustancia	Prisión	Multa
General (sin agravación ni atenuación)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 3 a 6 años	Del valor de la droga al triple
	No grave daño (p. ej., cannabis)	De 1 a 3 años	Del valor de la droga al doble
Específico atenuado (por escasa entidad del hecho o circunstancias personales)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 1 año y media a 3 años menos un día	De la mitad del valor de la droga a su valor
	No grave daño (p. ej., cannabis)	De seis meses a 1 año menos un día	De la mitad del valor de la droga a su valor
Específico agravado (grandes cantidades, sustancias adulteradas, en centros docentes, a menores, etc.)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 6 años y un día a 9 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej., cannabis)	De 3 años y un día a 4 años y medio	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
Organización criminal (sólo partícipes)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 9 a 12 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej., cannabis)	De 4 años y media a 10 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
Organización criminal (jefes, encargados y administradores)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 12 a 18 años	De cuatro veces el valor de la droga a seis veces su valor
	No grave daño (p. ej., cannabis)	De 10 a 15 años	De cuatro veces el valor de la droga a seis veces su valor

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas.

La ventaja de tener medidas legales para un aspecto de la vida social es que todos saben dónde están los límites de su conducta. Es decir, lo que pueden y lo que no pueden hacer. En el caso del consumo de drogas ello es de una gran relevancia. Así, el autoconsumo, aunque es legal, tiene unos límites en relación a la cantidad de droga que se posee. Los tribunales tienen en cuenta el promedio de consumo diario de un adicto a esa sustancia, y la posibilidad de que acumule una cantidad de ella para un consumo máximo de 5 días. Cantidades superiores a esa son delito. Así, suelen utilizarse como criterio de droga para autoconsumo un máximo de 3 gramos para la heroína, 7,5 gramos para la cocaína y 100 gramos para la marihuana, 25 gramos para el hachís, en relación a las drogas más consumidas. A partir de cantidades mayores a las indicadas ya se habla de delito, y entonces se aplica la normativa legal indicada en la tabla 6.2.

En la tabla 6.3 indicamos qué medidas habría que implementar desde la administración cara a implantar nuevas medidas legales cara a reducir el consumo de drogas en nuestra población.

Tabla 6.3. Medidas legales a implementar en las drogas ilegales para reducir su consumo

- Conocer las normas legales que regulan el consumo y el tráfico de drogas.
- Aplicación de medidas diferenciales para los consumidores y los adictos.
- Controlar la venta en torno a las escuelas e institutos.
- Controlar la venta en lugares de diversión.
- Controlar la venta en raves, discoteca, otros locales.
- Mejorar la aplicación de las normas y medidas legales en vigor.
- Seguimiento sistemático a los menores consumidores de cannabis.
- Responsabilidad de los padres sobre sus hijos consumidores.
- Controles aleatorios sobre el consumo de drogas en vía pública o locales públicos.

Eficacia de la medida

No hay duda de la eficacia del sistema sancionador (Babor et al., 2018; UNODC, 2019). En el caso del consumo de drogas hay leyes y normas que nos indican claramente que no se puede consumir. Y, si la persona es adicta a las drogas, puede acudir a tratamiento para su adicción, cuando están disponibles (UNODC, 2019). Incluso, por este motivo, el sistema penal, utilizará eximentes en estas personas si cometen algún delito cuando están intoxicados o están bajo el síndrome de abstinencia (Becoña y Martín, 2004).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de estas medidas se hace a través de un sistema normativo que se aprueba con el objetivo de reducir el consumo de drogas. La aplicación de dicho sistema regulador se hará a través de los mecanismos sociales de que disponemos, como la vía judicial, la vía policial y la vía social. La vía judicial es la que puede actuar de oficio, si así lo ve necesario, cuando ve que se está cometiendo un delito. La vía policial es la encargada de hacer cumplir la ley o norma aprobada. Y, la vía social, sirve para que la población se conciencie de donde están los límites de cierta conducta, en este caso lo que se puede y no se puede hacer.

Resistencias

Las resistencias que se van a encontrar para aprobar e implementar este tipo de medida suele ser interna a la propia administración. Legislar en un sentido más restrictivo no siempre se hace. Al tiempo, hay que tener un amplio consenso social. Y en el tema de las drogas hay muchos intereses a su alrededor. También hay grupos muy activos que se niegan a su control, grupos que cada vez están mejor organizados. A veces, puede haber resistencias por los que tienen que poner en práctica las mismas. De ahí la relevancia de lograr que las normas formales se conviertan en normas informales en esa sociedad (Belackova et al., 2015; Chavance, 2008; Chudnovsky y Espinosa, 2019).

2.3. Ocio y diversión

Justificación de la medida

El ocio y la diversión, como cualquier otro aspecto de la vida social que se lleva a cabo en espacios públicos, tiene que estar regulado. En el caso concreto del ocio y la diversión sabemos que el consumo de drogas va muy asociado al mismo (Calafat et al., 2000). España, uno de los principales países turísticos del mundo, de sol, playa y diversión, donde el consumo de alcohol y drogas ilegales es importante (Bellis et al., 2003), y parte de lo que hacen muchos turistas cuando nos visitan. Los efectos negativos de este consumo son claros (ej., Miró et al., 2018), aunque se habla poco de los mismos, y a veces se considera como una consecuencia de dicha diversión.

Sabemos que el consumo de drogas va muy asociado a la vida recreativa. En España es una parte de ella. De ahí que, si se regulan ciertos aspectos de la misma, se logrará un claro descenso en el consumo de drogas y, sobre todo, podremos reducir las graves consecuencias que las drogas producen en muchas personas.

En la tabla 6.4 se indican las medidas que habría que implementar.

Eficacia de la medida

Se han puesto en marcha varias medidas para controlar el excesivo consumo de drogas en actividades de ocio y diversión. Estas han ido desde regular el consumo de alcohol y tabaco, como el de las drogas ilegales. Se lleva muchos años haciéndolo, para evitar en muchos casos los importantes problemas que producen. Los resultados de este tipo de medidas son positivos cuando se han realizado adecuadamente, se han mantenido en el tiempo y han sido consistentes (Babor et al., 2000, 2008). Como un ejemplo, en Baleares se ha creado una plataforma de ocio nocturno, la POQIB, en donde se incluye la hostelería, el Plan Autonómico de Drogas y profesionales del campo de la prevención, e impulsada por IREFREA. Viene funcionando desde 2011 (ver POQIB, 2019). En esta plataforma multisectorial todos los sectores sociales (administraciones, industria, entidades sociales) están representadas. Es un programa orientado al ocio de calidad, al cuidado de la salud y al ocio saludable. Uno de los valores más importantes de este proyecto ha sido la formación hecha al personal de la restauración, con la idea de prevenir el consumo de alcohol y otras drogas. Experiencias similares a ésta se han puesto en marcha en otros países.

Tabla 6.4. Medidas a implementar en el ocio y diversión para reducir el consumo de drogas ilegales

- Mayor vigilancia y control sobre el consumo en los lugares de diversión en donde se consumen drogas.
- Favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas.
- Potenciar programas de ocio alternativo eficaces.
- Favorecer lugares de diversión para los jóvenes donde sea más difícil consumir drogas.
- Control de drogas cuando ha habido peleas, actos violentos, agresiones, etc.
- Regular las fiestas de adolescentes.

Se viene insistiendo en la necesidad de que logremos una diversión sana, segura y sin riesgos. Ello no siempre es fácil conseguirlo, por los múltiples intereses que hay en el sentido opuesto. En España disponemos de algunas experiencias, como la del programa FERYA/EPOPS, orientado a empoderar a las organizaciones de familias para que estas modifiquen las condiciones del contexto social (espacio público y comunitario) donde las personas menores de edad desarrollan sus actividades de ocio y tiempo libre en el espacio. Una parte de este programa está dedicado al ocio nocturno (EpopS, 2019).

Sabemos que la mayoría de los programas de ocio alternativo que se han puesto en marcha en España no son eficaces (Fernández y Secades, 2003). Ello ha sido porque no estaban adecuadamente orientados, con una mala planificación y partiendo de una base teórica errónea (Becoña, 1999). Pero sí es posible lograr resultados con dichos programas. La revisión de Bolier et al. (2011) indica que existen programas efectivos de ocio nocturno que logran reducir los problemas de accidentes producidos por el alcohol, la conducta violenta, no acceder a los locales cuando se es menor de edad, y no proporcionar alcohol cuando están ya intoxicados en los locales. También indican que para que ello funcione adecuadamente hay que combinar varias estrategias.

Otra medida sería favorecer lugares de diversión para los jóvenes donde sea más difícil consumir drogas. De ahí que es relevante que haya normas claras de lo que se puede y no hacer en la vida nocturna y que haya un adecuado nivel de control para su cumplimiento (Bolier et al., 2011). En este sentido, cuando hay peleas, actos violentos y agresiones en lugares concretos de diversión, debe aumentarse el control sobre ellos para erradicar este tipo de conducta.

Otro elemento relevante a considerar es la necesidad de regular las fiestas de adolescentes o jóvenes. Cada vez es más frecuente que los jóvenes, o adolescentes, organicen fiestas por su cuenta, tanto en su casa como cuando están viviendo fuera de ella, sobre todo cuando están estudiando. El consumo excesivo de alcohol y drogas en estas fiestas es peligroso porque hay pocos controles sociales externos. No es lo mismo beber o drogarse en un lugar público y con personas de distintas edades, que en un lugar cerrado en el que todos tienen la misma edad y una baja percepción de riesgo de lo que les pueda ocurrir. De ahí que en otros países se han puesto en práctica programas para reducir este tipo de fiestas, con resultados positivos, aunque casi todos orientados al consumo de alcohol (Saltz et al., 2010).

Aplicabilidad

La aplicación de esta medida la hay que hacer a través de normas y leyes en que se regulen aspectos del ocio y la diversión y que la hagan más segura, que no se consuma en esos lugares drogas de modo ilegal, y de que se pongan medidas en marcha para hacerla más segura y evitar riesgos innecesarios para la salud. También hacer ver a la población de que ciertas conductas son peligrosas, incidiendo de modo especial en los jóvenes, que son el grupo de mayor riesgo por salir más tiempo a divertirse.

Igualmente debe abordarse a través de medidas de tipo educativo, informativo y preventivo. Dado que cada vez más el consumo se hace en espacios cerrados, o fuera de la supervisión de los adultos, por el tipo de diversión nocturna que se ha implantado en España, estas medidas son muy necesarias.

Resistencias

Las resistencias a la implantación de este tipo de medidas vendrían desde varias fuentes. Primeramente, de la propia industria recreativa, del ocio y de la diversión. Si se restringe el acceso a ciertas sustancias, los horarios, hay mayores controles, etc., van a tener menos personas en sus locales, van a facturar menos, y ello les va en contra de su negocio. En segundo lugar, de parte de los jóvenes, que quieren que no haya normas o que haya las mínimas. En tercer lugar, de grupos organizados que no quieren que se regule la diversión ni otros aspectos vinculados a la misma. Y, finalmente, puede haber otro tipo de intereses (comerciales, empresariales, de los distribuidores de drogas) que no ven con buenos ojos que se regule el ocio y la diversión, sobre todo la nocturna.

2.4. Tráfico y conducción

Justificación de la medida

Una medida que ha mostrado ser de las más eficaces para el control de la mortalidad en relación con la diversión ha sido controlar el tráfico de modo que haya una conducción segura. Esto implica no consumir alcohol (fuera de los límites seguros) ni drogas. La implantación de controles sistemáticos en las ciudades en que había una importante diversión nocturna ha llevado a una drástica reducción de los accidentes de tráfico y de la mortalidad. Por ello, ésta es una medida segura y eficaz (Villalbí y Pérez, 2006; Matrai et al., 2014).

En la tabla 6.5 indicamos las medidas que habría que implantar para reducir el efecto del consumo de drogas ilegales en el tráfico y la conducción.

Tabla 6.5. Medidas a implantar en el tráfico y conducción en relación al consumo de drogas

- Incrementar el número de controles aleatorios sobre consumo de alcohol y drogas.
- Subir las sanciones a los conductores que lo hacen habiendo consumido drogas.
- Inmovilización del vehículo en consumidores de drogas.
- Retirada de carnet en consumidores de drogas.
- Reeducación por los puntos de carnet perdidos por consumo de drogas.

Eficacia de la medida

Se han hecho muchos estudios sobre la incidencia que han tenido las medidas de control de tráfico que se han implantado en España desde hace un par de décadas, y que cada vez son más restrictivas en el nivel de alcohol o drogas en sangre en los conductores de vehículos. Estas evaluaciones indican una reducción en el número de personas intoxicadas por alcohol y drogas (ej., García-Altés y Pérez, 2007; Tomás et al., 2010). Por ello, hoy se considera que ésta es una de las medidas más eficaces que se pueden implantar para reducir el consumo de drogas (Babor et al., 2018; Costello et al., 2012).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida hay que hacerla mediante desarrollos normativos. En unos casos como normas nuevas y en otros como una ampliación de otras normas ya existentes.

Resistencias

El nivel de resistencia a este tipo de medidas ha bajado actualmente. Al ser medidas eficaces, que reducen la mortalidad y la morbilidad, es difícil oponerse a las mismas. De ahí que es una de las medidas que más se están implementando, porque tienen menor nivel de resistencia que otras, a nivel de la población y de grupos de presión, y se logra un impacto muy positivo en la salud de la población.

2.5. Familia

Justificación de la medida

El consumo de drogas ilegales impacta al individuo, a sus familias, a su trabajo, al sistema sanitario y legal, fundamentalmente. Por ello, aparte de las medidas que hay que implantar en ellos cuando tienen problemas con las drogas, el medio familiar es idóneo para educar, detectar, prevenir y afrontar el problema del consumo de drogas ilegales, como de las legales.

Una buena educación familiar, complementada con la escolar y las normas sociales, es el medio adecuado para que una persona tenga menos probabilidad de consumir drogas. De ahí que la familia sigue siendo un recurso esencial para la socialización de los individuos y para lograr que sus miembros no tengan problemas, o los tengan en menor medida.

Ante un problema de la gravedad que tiene el consumo de drogas en nuestra sociedad, se hace necesario poner en marcha programas generales para las familias que tienen hijos en relación al consumo de drogas. Primero, que los padres no consuman, luego que tengan hábitos saludables y, finalmente, que sean capaces de afrontar aquellas situaciones que facilitan el consumo o que pueden llevar al mismo. Es uno de los procedimientos de los que disponemos para reducir un problema en nuestro contexto social. Además, el peso de la familia todavía sigue siendo muy importante en nuestra cultura, de tipo mediterránea. De ahí el que sea un elemento que hay que potenciar para lograr reducir el consumo de drogas.

En la tabla 6.6 indicamos las medidas que habría que implantar dentro del contexto familiar para reducir el consumo de drogas ilegales.

Tabla 6.6. Medidas a implantar en la familia para reducir el consumo de drogas ilegales

- Entrenar a los padres en la detección temprana de problemas de salud mental de sus hijos, niños y adolescentes.
- Programas para padres con problemas de salud mental.
- Fomentar la resiliencia en la familia, en la escuela y en la sociedad.
- Fomentar valores sociales sanos, saludables y de supervivencia.
- Potenciar la estructura familiar y otras redes sociales.
- Reducir el estrés social en la familia.
- Entrenar a los padres para que sus hijos incrementen su autocontrol.

Eficacia de la medida

Ya comentamos previamente la relevancia que tienen las reglas informales, junto a las formales, en cualquier sistema, sea social, familiar, laboral, etc. (Fazey, 2007). En el caso de la familia, ésta sirve de contención ante conductas inadecuadas, como pueden ser los problemas de salud mental y el consumo de drogas. De ahí la necesidad de que los padres tengan conocimiento sobre los problemas de salud mental más relevantes (ej., TDAH, ansiedad, depresión) y el consumo de drogas, y si detectan que sus hijos las consumen poder ayudarles (Li et al., 2013). Y, en caso de que los padres también tengan problemas de salud mental deben tener la posibilidad de acudir a programas de tratamiento. Los mismos son coste-eficientes (Ray et al., 2007).

Aquellas familias en las que los padres o hermanos consumen drogas hay mayor riesgo de que los más jóvenes también las consuman, incluyendo la heroína (Harbaugh et al., 2019; Kendler et al., 2015). De ahí la necesidad de detectar a estas personas y tener en cuenta que hay que intervenir en ellas. También en sus hermanos, sobre todo si son menores que él o están en la etapa adolescente.

En lo anterior subyace la necesidad de fomentar en estas personas con problemas, o con riesgo de tener problemas de salud mental o drogas, la resiliencia en la familia, en la escuela y en la sociedad (Rutter, 2013). Igualmente, en la misma línea, fomentar valores sociales sanos, saludables y de supervivencia, así como potenciar la estructura familiar y otras redes sociales, reducir el estrés social en la familia y entrenar a los padres para que sus hijos incrementen su autocontrol (Becoña et al., 2012; UNODC, 2009; Valero de Vicente et al., 2017).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida exige una política específica orientada a potenciar aquellos aspectos de las familias que permitan reducir el consumo de drogas, que éste no ocurra, o de darse que puedan pedir ayuda en dispositivos asistenciales. Requiere para ello cierto consenso social sobre la necesidad de poner en práctica este tipo de medidas. Incidir en la perspectiva sanitaria, e introducir esas medidas hacia la familia en las mismas, es un buen procedimiento para facilitar su implementación.

Resistencias

Una medida de este tipo tiene pocas resistencias. La familia es una de las instituciones sociales claves. Y el objetivo de implementar en ella medidas para reducir el consumo de drogas se orientan a que las mismas cumplan mejor sus objetivos, que sus miembros tengan menos problemas personales y que logren reducir problemas de salud que pueden tener por el consumo de drogas.

2.6. Escuela e institutos

Justificación de la medida

Uno de los lugares en donde va a comenzar en la mayoría de los casos el consumo de drogas va a ser en la escuela e instituto, en sus alrededores, incitados por compañeros de estudios (Kandell y Logan, 1984). Hoy la escuela e instituto ocupa un importante lugar en la vida de los individuos, en su proceso de socialización, de aprendizajes y del resto de aspectos de la vida.

Es un lugar importante para prevenir y detectar el consumo de drogas entre sus alumnos (Benningfield et al., 2015).

Por este motivo, es necesario implementar medidas orientadas tanto a lo que ocurre dentro de la escuela e instituto, como fuera de los mismos, y en aquellos otros aspectos relacionados con la facilitación del inicio y consumo de drogas. Ya hay diferentes medidas en este sentido, pero se han sugerido otras muchas, o se han puesto en práctica, que han mostrado ser eficaces. En la tabla 6.7 indicamos dichas medidas cara a su implementación.

Tabla 6.7. Medidas a implantar en escuelas e institutos cara a la reducción del consumo de drogas ilegales

- Controles del consumo y del tráfico de drogas en el centro escolar.
- Política del centro escolar saludable.
- Educación de los profesores sobre el consumo de drogas.
- Detección temprana de problemas de salud mental en niños y adolescentes.
- Fomentar la resiliencia en la familia, en la escuela y en la sociedad.
- Fomentar valores sociales sanos y saludables.
- Potenciar redes sociales sanas.
- Entrenarlos en reducir el estrés personal, familiar, escolar y social.
- Entrenarlos en el incremento de su autocontrol.

Eficacia de la medida

Como hemos visto, son varias las medidas que se pueden implementar en relación a lo que son las escuelas e institutos cara a la reducción del consumo de drogas, si ya consumen, o a que no se inicien en el consumo.

Hoy es necesario implementar distintas medidas en el contexto escolar por el alto nivel de consumo de drogas en las personas escolarizadas menores de 18 años (OEDYT, 2019). En relación a implantar controles del consumo y del tráfico de drogas en el centro, ello se viene haciendo desde hace años. Igualmente, en algunos institutos, por el alto nivel de tráfico o consumo, se han implementado medidas fuera de los centros escolares. Esta logra su efecto, aunque hay el riesgo de que el consumo cambie de sitio, no ya solo fuera del centro escolar sino cerca del mismo (UNODC, 2004). De ahí la necesidad de complementar esta medida con otras en la escuela o instituto.

Una política del centro escolar saludable favorece que los alumnos aprendan hábitos sanos y, con ello, que tengan menos probabilidad de consumir drogas ilegales. Ante la relevancia que tiene mejorar las conductas de salud cada vez se van implantando más en los centros escolares (ej., Warren, 2016).

La educación de los profesores sobre el consumo de drogas es otra estrategia que hay que potenciar. Se viene haciendo desde hace años pero es insuficiente. Se precisa una mejor cualificación de los mismos en este tema como en otros relacionados con la salud, el desarrollo adolescente y sus problemas (Bonell et al., 2019). Las escuelas e institutos precisan priorizar qué es lo relevante para la vida, no sólo priorizar lo que es lo relevante para el aprendizaje (Fletcher et al., 2008).

Sabemos que algunos problemas de salud mental incrementan la probabilidad de consumo de drogas y el consumo de drogas acarrea con el tiempo mayores problemas de salud mental (Esmaeizadeh et al., 2018). De ahí la necesidad de detectar, de modo temprano, en el cam-

po escolar los problemas de los niños y niñas en relación a ello. Se precisa tener información adecuada sobre cada persona escolarizada (si tiene o no problemas de salud física o de salud mental), tener un buen sistema de orientación escolar para seguir estos casos si ya tienen un diagnóstico, de detección por parte de los profesores y derivación de casos si se sospecha de que pueden tener un problema (físico o mental) en caso de que no estén diagnosticados o en tratamiento, e igualmente poder remitirlos a dispositivos especializados si el problema está presente. Además, por la etapa de desarrollo en que se encuentran estas personas, es preciso tener un adecuado sistema de detección.

La resiliencia consiste en aquella capacidad innata que tenemos para resistir en las condiciones más difíciles, cuando éstas se presentan, para poder sobrevivir. En este caso dicho proceso se pone en marcha; cuando no la precisamos la resiliencia está dormida (Becoña, 2007; Rutter, 2013). Una mayor resiliencia se relaciona con un menor consumo de drogas (Becoña et al., 2013). De ahí la relevancia de incrementarla en aquellas personas vulnerables, en las que tienen factores de riesgo previos relacionados con el consumo de drogas claros, o los que tienen importantes problemas en su familia.

En la misma línea, es preciso fomentar la resiliencia en la familia, en la escuela y en la sociedad. Cuando se hace, los resultados son positivos (Rutter, 2013). Es un claro factor de protección tanto en relación al consumo de drogas como en mejorar la salud mental de los individuos y de los grupos.

Otro aspecto que ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas en las sociedades desarrolladas es fomentar en ellas valores sociales saludables. Estos facilitan enfermar menos, tener mejor calidad de vida y llevar una vida más equilibrada y feliz (Schackleton et al., 2016). Es uno de los elementos característicos de nuestro tiempo. Pero no siempre se hace, ni todos lo hacen. El cambio de conductas es difícil, sobre todo cuando hay que pasar de conductas inmediatas y de alto poder de refuerzo, a otras dilatadas en el tiempo y que exigen mayor autocontrol (McGonigal 2016).

Relacionado con lo anterior una buena medida es potenciar redes sociales sanas.

El estrés es una fuente importante de problemas de todo tipo, personales, familiares, laborales, sociales, etc. También en niños y adolescentes tienen estrés cuando no saben hacerle frente adecuadamente a los problemas. De ahí la relevancia de entrenarles en adecuadas medidas de control del estrés cara a que con ello podamos reducir el estrés personal, familiar, escolar y social (Fosnochtg y Briand, 2016). Nótese que la mayoría de los programas preventivos eficaces a nivel escolar, de los que hoy disponemos, suelen tener un componente específico para la reducción del estrés o de la ansiedad (ej., Botvin y Griffin, 2004).

Finalmente, es muy importante entrenar a las personas con riesgo de consumo de drogas en incrementar su autocontrol (McGonigal, 2016).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de las anteriores medidas depende de la voluntad que haya para hacerlo, de poner los medios adecuados y hacer la evaluación de cómo va resultando la implementación de cada una de las distintas medidas. Es importante incrementar el personal para poner en práctica este tipo de medidas.

Resistencias

La única resistencia puede proceder del campo escolar cuando las tareas que tienen que hacer los docentes van a mayores de las que ya hacen. Por ello, es importante hacer una buena planificación, en tiempo y costes, para que la medida que se ponga en práctica no deje de ser aplicable.

2.7. Sociales

Justificación de la medida

Toda sociedad aspira a vivir mejor, a tener mejor salud, lograr en la medida de lo posible tener todas las necesidades cubiertas, y lograr con todo ello una mayor esperanza de vida. De ahí que hoy nadie duda sobre la necesidad de reducir el consumo de drogas, fenómeno que ha surgido hace unas décadas y que ha crecido de modo muy importante. Y, con ello, sus negativas consecuencias, sobre todo a partir de la adolescencia. Es un grave problema social de las sociedades desarrolladas actuales. Esto exige tomar medidas en todo el contexto social para reducir su consumo (Sussman, 2017; Sussman y Ames, 2008).

Se vienen poniendo en práctica desde hace años distintas medidas de tipo social, en paralelo al problema del consumo de drogas y su evolución, unas con mayor y otras con menor éxito. En la tabla 6.8 indicamos aquellas que habría que implementar para lograr una reducción del consumo de drogas.

Tabla 6.8. Medidas a implantar a nivel social para la reducción del consumo de drogas ilegales

- Mejorar aspectos gratificantes en el medio del individuo (habilidades, transporte, diversión, posibilidades laborales, económicas y sociales).
- Poner los medios para que los jóvenes cumplan sus metas sociales (estudio, trabajo, pareja, vivienda, ocio y tiempo libre).
- Reducir el consumo de psicofármacos.
- Apoyo y entrenamiento de las personas para lograr una mejor estabilidad afectiva, emocional y familiar en las personas, en las parejas y en las familias.

Eficacia de la medida

Una de las medidas más importantes para reducir el consumo de drogas es mejorar los aspectos gratificantes que la persona puede obtener en el medio en el que vive, a nivel de adquisición de habilidades que le sean útiles en la vida, posibilidades de transporte para moverse de unos a otros lugares, poder acudir a lugares de diversión cuando es joven, de ocio y tiempo libre, y poder realizarse socialmente, como de tener un trabajo, poder divertirse, cumplir sus expectativas vitales, etc. Esto hoy no siempre es fácil. Las sociedades, nuestra sociedad, han cambiado mucho en las últimas décadas. Hemos pasado en poco tiempo de una sociedad estable, y con los componentes de lo que se suele entender por una sociedad tradicional, a una sociedad de tipo desarrollada, caracterizada por ser compleja, dinámica, cambiante, no siempre con claros estándares, flexible, abierta, individualista y con nuevos valores. La persona que vive en ella, sobre todo cuando se pueden producir los primeros consumos, debe darse cuenta de que el consumo de drogas no es lo que parece, que la solución a sus problemas no está en ellas, y de que si continúa el consumo puede caer en un estado de dependencia del

que luego puede ser difícil salir. Por todo ello, toda sociedad debe organizarse para que los individuos logren en la misma realizarse, no ver la sociedad como aversiva o sin sentido.

Hay que escapar de la distopía (Voigts y Boller, 2015), la cual es una clara contraposición a las utopías que se han venido manteniendo durante décadas, y de modo intenso en la sociedad occidental. Pero las mismas se vieron truncadas a partir de la guerra fría o en el último tercio del siglo XX, básicamente porque dichas utopías no resultaron ser tales en la realidad. Incluso la mayoría de ellas resultaron en la práctica ser lo contrario a lo que proponían (ej., comunismo, dictaduras, concentración de capitales, globalización, sustitución de las máquinas por el hombre en la industria, etc.) (Voigts y Boller, 2015).

Toda sociedad tiene que poner los medios para que los jóvenes cumplan sus metas sociales (estudio, trabajo, pareja, vivienda, ocio y tiempo libre). De no hacerlo, no se está cumpliendo la función social que cada sociedad tiene asignada con sus miembros. Si no existe una política juvenil clara, de acceso al mercado laboral, la vivienda, bienes y servicios, y poder organizar un plan de vida, entonces aumenta el riesgo de consumo de drogas y alcohol (Bundy et al., 2018).

Otro fenómeno que conocemos bien en las sociedades desarrolladas es el exponencial incremento de consumo de psicofármacos, como ocurre en España (OEDYT, 2018, 2019) y en otros países (Babor et al., 2018). Dicho consumo es un síntoma de lo que está pasando y, a su vez, ante ello hay que tomar medidas para reducir tal consumo.

También hay que tener en cuenta que a veces los laboratorios farmacéuticos son en parte responsables de lo que está pasando con algunas drogas. En los últimos años destaca la introducción de nuevos opiáceos, de modo legal o ilegal, como es la oxicodona y los fentanilos. Concretamente, en Estado Unidos, tienen una nueva epidemia de consumo de opiáceos debido a ellos. La oxicodona es un fármaco de tipo opiáceo, derivado de la tebaína, uno de los alcaloides del opio. Es adictiva como cualquier opiáceo. Se usa para el tratamiento del dolor, pero en Estados Unidos ha habido un abuso en su prescripción, y engaño por parte del laboratorio que lo comercializa para vender el producto. Al producir dependencia, junto a una importante tolerancia, la mayoría de las personas incrementan su dosis. Aparte de la fuerte dependencia que produce su consumo puede ser letal. De ahí la alta mortalidad que se viene produciendo por su consumo. En el caso de la oxicodona el laboratorio que lo comercializa tiene una clara responsabilidad en esta nueva epidemia. Hoy tiene miles de demandas en los tribunales. Y, si la persona no la consigue con receta médica, o a través de Internet, pueden pasar a consumir fentanilos. Los fentanilos son opiáceos sintéticos, similares a la morfina, pero de 50 a 100 veces más potentes. Se usan para dolores intensos, como ocurre después de una operación quirúrgica. A veces también para el dolor crónico. Pero su uso también ha pasado al mercado ilegal (Chisholm-Burns et al., 2019).

Por ello, reducir el consumo de psicofármacos es otra de las medidas eficaces para reducir el consumo de drogas ilegales (Babor et al., 2010, 2018).

Otra medida a implantar es la del apoyo y entrenamiento de las personas para lograr una mejor estabilidad afectiva, emocional y familiar en ellos, en las parejas y en las familias. En suma, lograr una mejor salud mental, tema que ha empeorado en los últimos años. De ahí que hoy sea un tema relevante y sobre el que se viene insistiendo últimamente (ej., Patel et al., 2018). Potenciar o no la salud mental está relacionado con el tipo de sistema social en el que vivimos. De ahí que es preciso poner medidas en marcha para mejorarlo, desde la escuela, en asociaciones de distinto tipo, en el campo sanitario, y en otras organizaciones sociales.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de las medidas anteriores implica tener la voluntad de mejorar distintos aspectos de la vida de las personas, desde una perspectiva sanitaria. También educativa y social. Pero no necesariamente económica. Uno de los problemas de las sociedades desarrolladas es la existencia de distintos grupos sociales, a veces con intereses contrapuestos. Y, el interés de la salud suele chocar contra otros intereses. La salud es algo que vemos a medio y a largo plazo (refuerzo demorado), mientras que otros comportamientos no saludables (ej., beber alcohol, fumar tabaco, consumir drogas ilegales, atiborrarse de pasteles con alto contenido de azúcar, comidas con alto contenido en grasas, tomar el sol excesivamente, etc.) producen un refuerzo inmediato (Bayes, 2001; Domjan, 2018; McGonigal, 2016).

Por ello, este tipo de medidas deben implementarse desde una perspectiva sanitaria, insistiendo en que la salud debe ser un valor fundamental para todas las personas, por encima de otros. Esto no es asumido por todos. De ahí la dificultad que tenemos en poner en práctica este tipo de medidas para reducir con ellas el consumo de drogas.

Resistencias

Las resistencias para implementar este tipo de medidas vienen de distintos sectores, sobre todo fuera del campo sanitario. Al ser medidas que implican salud, pero repercuten negativamente en otros, habrá fuertes resistencias en su puesta en práctica, sobre todo por parte de la industria del alcohol, recreativa, ocio y tiempo libre, restauración, etc. De ahí que, para una buena implantación de las mismas, antes de ponerlas en práctica, hay que saber qué grupos o sectores se opondrían bien frontalmente, bien indirectamente, a ellas. Porque otro modo de boicotearlas es utilizar estrategias indirectas (ej., autorregulación, responsabilidad social corporativa, campañas acerca de la "libertad individual", el "liberalismo" extremo, etc.).

2.8. Campañas informativas

Justificación de la medida

Dado que el consumo de drogas es un fenómeno social con una alta incidencia, es preciso complementar las medidas anteriores con campañas informativas sistemáticas, atractivas, fiables y mantenidas en el tiempo. Sirven de recordatorio a la población de que tenemos un problema relevante, que está presente en nuestro medio, que hay que afrontarlo entre todos, y que hay que buscar soluciones al mismo. En esta línea, es preciso transmitir a la población general lo que se puede y no se puede hacer en relación al consumo de drogas. La idea central que se debe proporcionar no es que el objetivo social en torno a las drogas sea "reprimir" su consumo sino, sobre todo, "ayudar" a las personas que consumen para que dejen de hacerlo, y que no se inicien en el consumo los jóvenes. No es lo mismo la persona que prueba en un momento una droga (experimentador) que el consumidor frecuente (en muchos casos adicto) que el narcotraficante (un delincuente que está cometiendo un acto ilegal, que tiene graves consecuencias en las personas).

En la tabla 6.9 indicamos aquellas medidas que se deben implementar dentro de las campañas informativas sobre el consumo de drogas ilegales.

Tabla 6.9. La necesidad de campañas informativas cara a la reducción del consumo de drogas ilegales

- Conocimiento de la normativa sobre el consumo de drogas, del tráfico, y sus implicaciones legales.
- Campañas que incrementen la información, la educación y la concienciación de la población sobre las consecuencias negativas que tiene el consumo de drogas.
- Incidir en las consecuencias negativas del consumo de drogas en la salud física y mental.
- Difusión de información general sobre drogas en medios de comunicación.
- Campañas para desnormalizar el consumo de drogas.
- Conocer y usar las redes sociales como una estrategia adecuada para proporcionar información a las personas, sobre todo los más jóvenes. También conocer cómo son utilizadas las redes sociales para proporcionar información errónea sobre las drogas por parte de la industria de las drogas legales e ilegales.

Eficacia de la medida

Un aspecto que a veces se olvida es que la persona tiene que conocer la normativa que está en vigor sobre el consumo de drogas, sobre las consecuencias del tráfico de drogas y el resto de las implicaciones legales y penales que tiene el tráfico y consumo de drogas. En España, la normativa legal existente sobre cualquier tema es muy extensa. Es excesiva. Al regirnos poco por reglas informales, se precisan muchas reglas formales (normas y leyes) que luego en la práctica la mayoría de la población desconoce o no es posible realmente conocer al ser tan amplia y variada. De ahí que, con mayor motivo, es necesario que existan campañas informativas sistemáticas por parte de la administración indicando lo que se puede y no se puede hacer en relación al consumo de drogas.

En la línea de lo anterior, y más específico, es necesario potenciar campañas que incrementen la información, la educación y la concienciación de la población sobre las consecuencias negativas que tiene el consumo de drogas (Wakefield et al., 2010). Sabemos que las campañas informativas son poco eficaces en jóvenes. Son escépticos ante ellas (Farrugia y Fraser, 2017). Pero en cambio son muy útiles en los adultos (Wakefield, 2010). Éstos son más receptivos a las mismas (Garrison et al., 2020). En jóvenes, las campañas son eficaces si éstas son de suficiente intensidad y se mantienen en el tiempo (Das et al., 2016; Villani, 2001). Nótese que cuando empezaron a implementarse este tipo de campañas, hace décadas, no eran efectivas (Montoya et al., 1997), pero con el tiempo se ha sabido como hacer que funcionen (Johnston et al., 2018; Yeday y Kobayashi, 2015; Young et al., 2018).

Uno de los aspectos que mejor permite prestar atención, cuando el mensaje está bien elaborado, es incidir en las consecuencias negativas del consumo de drogas en la salud física y mental (Pradhan et al., 2019).

La difusión de información general en medios de comunicación ayuda a saber cuál es la información correcta y cuál la incorrecta. La administración sanitaria tiene que enviar mensajes de salud a la población sobre todos los aspectos que atañen a la misma. Y uno de éstos es el relacionado con las consecuencias negativas que acarrea el consumo de drogas.

En ocasiones puede ser necesario hacer campañas para desnormalizar el consumo de drogas. En España esto es necesario, como en otros países, en relación a la múltiple información errónea que circula sobre el consumo de cannabis y sus "teóricos" y "masivos" efectos positivos sobre la salud. Sabemos que cuando las campañas se hacen sistemáticamente y de modo continuo tienen efectos positivos, sobre todo para la población general (Wakefield et al., 2010).

Otro aspecto que hoy es de gran relevancia, en relación a la necesidad de tener información objetiva sobre el consumo de drogas, y las creencias erróneas que circulan sobre las mismas,

es la de conocer y usar las redes sociales como una estrategia adecuada para proporcionar información a las personas. También conocer cómo son utilizadas por la industria de las drogas legales e ilegales. En los últimos años las redes sociales se han convertido en un nuevo fenómeno en las sociedades desarrolladas. De ahí la necesidad de utilizarlas también a nivel informativo en relación al consumo de drogas. Aunque parece que su efectividad no es tan buena como las campañas tradicionales (Maher et al., 2014), su uso se ha generalizado. E, igualmente, la industria relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas la usa extensamente. De ahí que este es un campo que hay que conocer, y elaborar buenas campañas informativas para dichas redes sociales.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida es sencilla, aunque depende de los recursos disponibles para ponerla en práctica. Es importante, cuando se pone en marcha la misma, seleccionar la población diana a la que va dirigida (si a toda la población o a grupos específicos), los medios a través de los que se difundirá (si por medios impresos, redes sociales, etc.) y mantener la campaña el suficiente tiempo para lograr su efecto.

Resistencias

El problema de implantar medidas de este tipo es que se puede contra-programar la campaña en marcha, a través de campañas en su contra, de modo directo o indirecto. Sabemos que esto se hacía sistemáticamente en el caso del tabaco y se sigue haciendo en el caso del alcohol. Aunque es más difícil hacer contra-campañas con las drogas ilegales ello no es imposible, sobre todo en el caso del cannabis. Además, en los últimos años con el gran auge de las redes sociales, es posible crear falsos perfiles en las redes sociales por parte de grupos, empresas o personas interesadas en hacer una contra-campaña para contaminar la información sobre cualquier tema (las famosas “fake news”). Sobre todo, ello es más fácil de hacer a nivel de contra-programación en relación al cannabis, como así se viene haciendo desde hace unos años.

2.9. Programas preventivos

Justificación de la medida

Cuando tenemos un problema relevante, que causa consecuencias negativas importantes a los individuos, se hace necesario implantar medidas de prevención para el mismo. Con ello lograremos que nuevas personas no se inicien al consumo, en el caso de las drogas, y que los que consumen reduzcan dicho consumo o lo abandonen.

Disponemos de programas preventivos para el consumo de drogas desde hace décadas. Igualmente, se vienen evaluando sistemáticamente los mismos, con distintos niveles de eficacia. Algunos de ellos han demostrado ser claramente eficaces para reducir el consumo de drogas (Das et al., 2016). Por ello, la aplicación de programas preventivos para el consumo de drogas es una medida que hay que potenciar, junto a otras, para reducir el consumo de drogas en una población.

En la tabla 6.10 indicamos las medidas que habría que implantar a nivel preventivo para reducir el consumo de drogas ilegales.

Tabla 6.10. Programas preventivos a implementar y seguir potenciando orientados a la prevención del consumo de drogas ilegales

- Programas preventivos escolares.
- Programas preventivos familiares.
- Programas para jóvenes consumidores.
- Programas para padres consumidores de drogas.
- Programas para padres de hijos consumidores de drogas.

Eficacia de la medida

Los programas preventivos para reducir el consumo de drogas se deben aplicar en la escuela, en la familia, en jóvenes consumidores, en padres consumidores de drogas y en padres con hijos consumidores de drogas (Das et al., 2016).

En relación a la prevención escolar, ésta es la que más se ha desarrollado y la que más se utiliza. Su eficacia está demostrada. Así, la revisión de Faggiano et al. (2014) para la Cochrane Collaboration, después de revisar 51 estudios RCT de programas preventivos universales en la escuela para droga ilegales, concluye que “Los programas escolares basados en una combinación de competencia social y enfoques de influencia social mostraron, en promedio, pequeños efectos protectores pero consistentes en la prevención del consumo de drogas, incluso si algunos resultados no mostraron una significación estadística. Varios programas basados en el enfoque de competencia social también mostraron efectos protectores para algunos resultados. A pesar de que los efectos de los programas escolares son pequeños, deben formar parte de estrategias más completas para la prevención del consumo de drogas para lograr un impacto a nivel de la población” (p. 2-3).

En la misma línea, el meta-análisis de MacArthur et al. (2018) para la eficacia de los programas preventivos sobre múltiples conductas de riesgo en los jóvenes, hecho para la Cochrane Collaboration, en la que se incluía también el consumo de drogas, concluye que “La evidencia disponible es más sólida para las intervenciones universales llevadas a cabo en la escuela que tienen como objetivo conductas de riesgo múltiple, lo que demuestra que puede ser eficaz para prevenir el consumo de drogas, el consumo de alcohol, el consumo de drogas ilícitas, el comportamiento antisocial, y para mejorar la actividad física entre los jóvenes, pero no en la prevención de otras conductas de riesgo. Los resultados de esta revisión no proporcionan evidencia sólida del beneficio de estas intervenciones a nivel familiar o individual a través de las conductas de riesgo estudiadas.” (p. 2).

Por tanto, disponemos de programas preventivos eficaces, de tipo universal, tanto para las drogas legales como para las ilegales (Calafat y Becoña, 2005; Das et al., 2016).

De igual modo disponemos de programas preventivos familiares eficaces (Van Rizin et al., 2016), programas selectivos e indicados para jóvenes consumidores (Tolan et al., 2007), programas para padres consumidores de drogas y para padres de hijos consumidores de drogas (Tolan et al., 2007).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de los programas preventivos depende de que se pongan en práctica en el currículum escolar o bien dentro de otras actividades que realicen los alumnos en el centro escolar. Una de las limitaciones que se observan en el currículum escolar es la carencia de una

asignatura orientada a aspectos básicos de la vida, entre los que tendría que estar el de la prevención del consumo de drogas.

Resistencias

Este tipo de medidas tienen pocas resistencias desde el campo de los afectados, padres o profesores. En cambio, al final se aprecia que las resistencias están en no proporcionar medios adecuados para ponerlos en práctica, no incluirlos en el currículum escolar o, unos por otros, nunca ponerlas en práctica.

2.10. Programas de screening y de tratamiento

Justificación de la medida

Al ser tan relevante el consumo de drogas en la población, y ser clara la afectación en enfermedades físicas y trastornos mentales asociados a su consumo, es preciso disponer de programas de screening y de tratamiento tanto para las personas que se inician en el consumo de drogas, para los que consumen sistemáticamente y para los que tienen problemas de dependencia (Babor et al., 2018). En la tabla 6.11 indicamos las distintas medidas que se deben implantar a nivel de screening y de tratamiento, que va a abarcar tanto el campo escolar, como el sanitario y el social. Estamos ante un problema epidémico que exige tomar medidas de detección, intervención y reducción de su prevalencia.

Tabla 6.11. Medidas a implantar de screening y tratamiento cara la reducción del consumo de drogas ilegales

- Detección de los consumidores de drogas por parte de los profesores, orientadores escolares, pediatra, médico de atención primaria, padres, otros familiares o personas, y su remisión a un especialista.
- Detección de los consumidores de drogas en los Servicios de Urgencias, por problemas con el alcohol, cannabis u otras drogas, y derivarlos a tratamiento.
- Mantener, potenciar y mejorar los tratamientos para los adictos a drogas.

Eficacia de la medida

Se precisa entrenar en la detección de los consumidores de drogas a los profesores, orientadores escolares, pediatras, médicos de atención primaria, padres, otros familiares o personas relacionadas con los jóvenes. Y una vez detectados buscar ayudar profesional o de un especialista en adicciones (ej., Council on School Health and Committee on Substance Abuse, 2007).

Igualmente, una medida que ya se hace de modo rutinario es la detección de los consumidores de drogas en los Servicios de Urgencias, por problemas con el alcohol, cannabis u otras drogas, y derivarlos a tratamiento si su situación lo exige, una vez que le han dado el alta. Las demandas de asistencia por problemas de drogas han aumentado de modo significativo en los últimos años en los servicios de urgencias (OEDYT, 2019; Hawk y Donofrio, 2018).

Otra acción importante en este problema es la de mantener, potenciar y mejorar los tratamientos para los adictos a drogas. Así lograremos que una parte de los que consumen drogas puedan dejarlo y, con ello, que disminuya el número de personas adictas. Esto acarrea un menor consumo poblacional y menor riesgo, por efectos de imitación, de que otras personas se hagan nuevas consumidoras (Becoña, 2019; Becoña et al., 2020; de la Fuente et al., 2006).

Aplicabilidad

Algunas de las acciones que se han propuesto ya se vienen poniendo en práctica. Otras van a exigir un entrenamiento en las personas que deben hacer ese screening y que asumen la relevancia que tienen en ello.

Resistencias

Este tipo de medidas implica poca resistencia, porque son medidas que se vienen aplicando desde hace años, y están en el nivel profesional de los grupos afectados (enseñanza, profesionales sanitarios, servicios sociales). Lo que sí es necesario es que este tipo de acciones estén dotados adecuadamente de recursos para que se puedan realizar de modo adecuado.

2.11. Investigación

Justificación de la medida

Uno de los campos activos en las drogas ilegales es el de la investigación. De modo especial ello se nota en el campo del tratamiento. Se precisa disponer de buenos tratamientos, bien evaluados y eficientes. La investigación de los mismos nos indica lo que funciona y lo que no. La investigación básica tiene también su relevancia. Tenemos menos investigación en prevención y en las causas del consumo de drogas. Lo que sí es importante conocer, cara a lo que es la prevención ambiental, es mantener activa la información sobre la problemática del consumo de drogas. Ello se logra aportando información, estudios, datos, y hacerlos públicos para su adecuada difusión. Con ello se mantiene el tema en la agenda pública. Un claro ejemplo es el *National Institute on Drug Abuse* norteamericano y otros organismos que dedican mucho dinero a la investigación e, igualmente, a la difusión de los resultados que se han obtenido en ella. Así se mantiene la relevancia del tema y se sigue apostando por atajar este grave problema de salud.

Por ello, se proponen una serie de medidas en relación a la investigación, como indicamos en la tabla 6.12.

Tabla 6.12. Efectos que tienen las medidas de mejora de la investigación en relación al consumo de drogas ilegales

- Para el incremento del conocimiento y mejor toma de decisiones objetivas sobre la temática.
- Para tener información objetiva.
- Para aumentar el número de personas y profesionales implicados en la salud.
- Para potenciar la información científica sobre las drogas en contraposición a las populares o sesgadas sobre las mismas, o de los grupos interesadas en potenciarlas.

Eficacia de la medida

Sabemos que incrementar el conocimiento sobre una temática, en forma de investigación y datos empíricos sobre la misma, permite tener una idea más real de la situación y, con ello, se pueden tomar mejores decisiones. Precisamente, en el tema de las drogas, disponer de estudios ha llevado a poder diseñar e implementar políticas concretas. En este sentido, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías de Lisboa aporta información continua

sobre la problemática de las drogas, como ocurre en España con el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Otros organismos aportan información en la misma línea (ej., UNODC, NIDA).

La información aportada puede ser de tipo epidemiológica, preventiva, de tratamiento o de represión del tráfico, entre otras. Sabemos que cuando se dispone de información objetiva es más fácil tomar decisiones. También cuando hay experiencias concretas de las que podemos aprender e incluso trasladar e implantar en nuestro medio. Hay varios ejemplos históricos de ello, como han sido los programas de mantenimiento de metadona (Farrell et al., 1994), la posibilidad de reducir drásticamente el consumo de drogas, como ha hecho Suecia (UNODC, 2007), o demostrar que los programas preventivos de drogas son eficaces, como hizo la monumental revisión de Tobler a finales de los años 80 y principios de los 90 (Tobler, 1986, 1992a, 1992b; Tobler y Straton, 1997), y donde dejó claro que la prevención funciona, es eficaz y es eficiente. Múltiples meta-análisis han seguido a su estudio, como se ejemplifica hoy con las revisiones Cochrane sobre este tema.

La información, obtenida de la investigación, ha permitido hacer cambios en la prevención y en el tratamiento, también en las políticas, y con todo ello se ha logrado mejorar la vida de los individuos y reducir el consumo de drogas.

Igualmente, sabemos que cuando se potencia un campo, como es en este caso la investigación sobre drogas ilegales, se logra tener una masa crítica de investigadores, profesionales y clínicos que dan relevancia a ese tema (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

Otro aspecto relevante que tiene la investigación es que con ella se logra potenciar la información científica sobre las drogas en contraposición a informaciones populares o sesgadas, o falsas creencias sobre las mismas, o de los grupos interesados en potenciarlas. Esto cada vez es más frecuente, como vivimos en el pasado con el tabaco, y vivimos actualmente con el alcohol y el cannabis, junto a otras falsas creencias sobre otras drogas ilegales. En el caso del cannabis esto es claro (ej., Galván et al., 2017).

Son muchas las ventajas de hacer investigación de calidad. Con ella disponemos de datos objetivos de lo que ocurre, datos incontestables, que permiten con ello tomar medidas adecuadas ante ese problema.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida implica dos aspectos. Primeramente, voluntad política de hacerla y potenciarla; en segundo lugar, aportarle medios suficientes para que pueda hacerse una investigación de calidad. En lo que se refiere al primer aspecto, se lleva años potenciando la investigación en drogas, tanto por su relevancia social como por la necesidad de disponer de información objetiva para tomar medidas eficaces en este problema. En relación a aportar más medios a la investigación sobre drogas ello depende de las prioridades que una sociedad considera que tiene. Hoy el tema de las drogas no está en los primeros lugares. Lo que sí está claro es la alta prevalencia del consumo, las graves consecuencias que produce a muchos cientos de miles de personas, y de que podemos hacer mucho para reducir su consumo. La investigación es un buen procedimiento para ayudar a conseguir este objetivo.

Resistencias

Para una medida de este tipo no hay resistencias por parte de los consumidores o de los grupos interesados en su distribución o venta. Las resistencias son más de tipo interno, en las administraciones, cuando no aportan suficientes recursos para hacer la investigación necesaria o la investigación de calidad que se precisa.

2.12. Coordinación de las medidas

Justificación de la medida

Las drogas ilegales son hoy un grave problema social. No sólo es un tema sanitario. Hoy abarca más que el tema sanitario, incluyendo también al individuo, a la familia, a la escuela, al trabajo, al orden público, al sistema judicial y penal, y casi a todos los aspectos de la sociedad, por su alta prevalencia. Por ello, es necesario coordinar medidas para que lo que se haga tenga el máximo nivel de eficacia. Por suerte, en España hay la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio de Sanidad, que se creó en 1985. Ello fue debido a la gravedad del problema de la heroína en España. Este motivo hizo necesario crear un organismo nacional que coordinase todas las acciones para contenerlo.

Hasta los años 70 el consumo de drogas ilegales en España era casi inexistente. El número de consumidores era esporádico y con consumos poco problemáticos, sobre todo de cannabis, por los soldados que volvían de África, y de anfetaminas, en estudiantes y otros colectivos (León, 1990). El consumo de heroína, inyectada, empieza a finales de los años 70. Es en los años 80, y luego en los 90, cuando el consumo de heroína inyectada produce graves problemas, con una alta mortalidad por sobredosis, luego agravado por la aparición del VIH. Fue la época en la que en España el consumo de drogas era el segundo o tercer problema para la población, junto al paro y el terrorismo. En el punto álgido de la epidemia, en 1991-1992 se producían 1.700 muertes anuales, todas en jóvenes de 18 a 39 años. Con el SIDA las muertes llegaron a 4.300 en el año 1995. Por suerte, en la actualidad, la mayoría de los heroinómanos no se inyectan la heroína y están en programas de mantenimiento con metadona. Por contra, en los últimos años se ha incrementado el consumo de otras drogas, las recreativas (ej., cannabis, cocaína) (de la Fuente et al., 2006).

Un aspecto importante, paralelo al tema del consumo de drogas, fue el del narcotráfico. Creó una enorme alarma social. En pocos años nos convertimos en puerta de entrada de cocaína y hachís para el resto de Europa, y país de tránsito de la heroína. Las redes de narcos eran hasta ese momento desconocidas. Inicialmente se padecieron las mismas en algunas zonas marítimas de Galicia, haciéndose famosos los desembarcos de alijos, sobre todo de cocaína, procedentes de Latinoamérica. Con ello se creó una tupida red de narcotraficantes por todo el país. Fue un nuevo problema al que se tuvieron que enfrentar las fuerzas de orden público y la justicia en los años 80 y 90 con un alto nivel de intensidad.

Es en esa época cuando se desarrolla intensamente la prevención de drogas en España, que llega a altos niveles de implantación y calidad, con una continua formación de los profesionales, que luego descendería al reducirse drásticamente los presupuestos dedicados a la prevención, sobre todo por la crisis vivida a partir del año 2007, situación que se sigue manteniendo actualmente. En cambio, la crisis económica apenas afectó al personal de los centros de drogas porque éstos ya estaban consolidados.

En esos años hubo un incremento de la conciencia social ante un grave problema y el surgimiento de múltiples recursos preventivos, de tratamiento y de reinserción. En 1983 había 170 centros dedicados al tratamiento de heroinómanos, a mediados de los años 90 llegaban a 500. Las sobredosis por heroína eran frecuentes (ej., de 700 a 800 muertes al año, de media, en sus inicios). De ahí la necesidad de intervenir en este grave problema social y hacerlo de modo eficiente.

En ese momento predomina el abordaje bio-psico-social del trastorno, con desintoxicación, deshabituación psicológica y acompañamiento social. En ese momento era escaso o inexistente el abordaje psiquiátrico. Sólo se acudía al médico para las enfermedades físicas causadas por el consumo.

Como ejemplo, en los centros públicos españoles, fueron admitidos en 2017 un total de 46.799 personas a tratamiento por sustancias psicoactivas, excluyendo el alcohol y tabaco. Las demandas son por cocaína (43.1%), cannabis (27.6%) y opioides (24.9%), fundamentalmente. Por abuso o dependencia del alcohol se admitieron 25.753 personas en distintos centros. A ello hay que sumar otras 60.000 personas en tratamiento con sustitutivos opiáceos, sobre todo metadona.

La prevención siempre fue la pariente pobre en el tema de las drogas, con pocos recursos para la misma y con frecuencia con uso de metodologías y programas poco eficaces. En las primeras décadas predominaban las charlas, la apelación al miedo y procedimientos de tipo informativos, todos ineficaces para prevenir el consumo de drogas (Becoña et al., 1995). Hoy disponemos de buenos programas preventivos, que no se usan apenas o no están generalizados. La prevención de drogas es una asignatura pendiente en España.

La reinserción social se inició tímidamente. En las últimas décadas se ha avanzado mucho en este aspecto, aunque queda camino por recorrer.

Hoy, como ayer, seguimos teniendo una prevalencia alta en el consumo de drogas (OEDYT, 2019). Por tanto, la situación del pasado y del presente exige seguir potenciando y mejorando medidas de coordinación entre las administraciones y organismos implicados en el tema de las drogas. En la tabla 6.13 indicamos las medidas propuestas.

Tabla 6.13. Medidas a poner en práctica para una mejor coordinación de las distintas medidas a implementar para la reducción del consumo de drogas ilegales

- Coordinar las acciones de tipo informativo, preventivo (sobre todo a nivel escolar), y de tratamiento.
- Coordinación entre las distintas administraciones.
- Coordinación dentro de una misma administración.

Eficacia de la medida

La eficacia de la medida de coordinación ante una acción concreta está fuera de toda duda. Con ella se logra un efecto sumativo a nivel de resultados, se reducen gastos, no se pisan unas acciones con otras, se clarifica lo que cada organismo o institución debe hacer, se coordinan acciones a corto, medio y largo plazo, y con todo ello se logra mantener la acción en el tiempo.

En el campo de la salud la coordinación es una cuestión básica. Distintos organismos sanitarios, como la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2018), han ela-

borado guías para coordinar acciones en temas de salud. Otros organismos fuera del campo sanitario, en relación a las drogas, hacen lo mismo (ej., OEDYT, 2019).

Aplicabilidad

Aplicar esta medida es fácil. Se viene haciendo desde hace muchos años en distintas instituciones, organismos y empresas (Dignum et al., 2015). Sí es cierto que hay que conocer cómo funciona un buen proceso de coordinación, tener claro el papel de cada uno en esa mesa de coordinación, saber los pasos que hay que dar, tomar decisiones claras y operativas, etc.

Resistencias

La única resistencia que se puede encontrar en la implementación de esta medida la podemos encontrar en aquellas personas, organismos o instituciones que no quieren estar en un organismo superior que les diga lo que tienen que hacer, o que se vean obligadas a cambiar su modo de actuar, o lo que vienen haciendo, si se decide en un organismo de coordinación superior. Si esto ocurre hay que convencerles de la necesidad de la coordinación entre todos para lograr los objetivos propuestos. De ahí la necesidad de disponer de datos fiables para saber que lo que se propone es la mejor medida entre la existentes.

REFERENCIAS

- Babor, T. F., Caetano, S., Casswell, G., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity, 2nd ed.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T. F., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M.E. et al. (2018). *Drug policy and the public good (2nd ed.)*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Bayés, R. (2001). *Psicooncología*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*, 125-146.
- Becoña, E. (2019). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid: Klinik.
- Becoña, E., López-Durán, A. y Fernández del Río, E. (2013). Resiliencia y consumo de cannabis, drogas de síntesis y cocaína en jóvenes. *Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 13*, 59-72.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cannabis, cocaína y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becona, E. Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Dutch, M. A. y Fernández, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos?. Una revisión. *Adicciones, 24*, 253-268.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (1995). *Drogodependencias. IV. Prevención*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

- Belackova, V., Maalsté, N., Zabransky, T. y Grund, J. P. (2015). "Should I buy or should I grow?" How drug policy institutions and drug market transaction costs shape the decision to self-Supply with cannabis in the Netherlands and the Czech Republic. *International Journal on Drug Policy*, 26, 296-310.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Bennett, A. y Thomson, R. (2003). The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs. *Addiction*, 98, 1713-1721.
- Benningfield, M., Riggs, P. y Hoover, S. A. (2015). The role of schools in substance use prevention and intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24, 291-303.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K. MonshouwerS, van Hasselt, N. y Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: A review of experimental studies. *Substance Use & Misuse*, 46, 1569-1591.
- Bonell, C., Blakemore, S.-J., Fletcher, A. y Patton, G. (2019). Role theory of schools and adolescent health. *Lancet Child and Adolescent Health*, 3, 742-748.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232.
- Bundy, D. A. P., de Silva, N., Horton, S., Patton, G. C., Schultz, L., Jamison, D. T. y Disease Control Priorities-3 Child and Adolescent Health and Development Authors Group (2018). Investment in child and adolescent health and development: Key messages from disease control priorities, 3rd edition. *Lancet*, 391 (10121), 687-699.
- Calafat, A. y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína? *Adicciones*, 5 (Supl. 2), 299-320.
- Chavance, B. (2008). Formal and informal institutional change: The experience of postsocialist transformation. *European Journal of Comparative Economics*, 5, 57-71
- Chisholm-Burns, M. A., Spivey, C. A., Sherwin, E., Wheeler, J. y Hohmeier, K. (2019). The opioid crisis: Origins, trends, policies, and the roles of pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 76, 424-435.
- Chudnovsky, M. y Espinosa, N. (2019). Conflict between formal and informal rules in policy coordination: The case of child homelessness in Mexico city. *Latin America Policy*, 10, 120-143.
- Council on School Health and Committee on Substance Abuse (2007). The role of schools in combating illicit substance abuse. *American Academy of Pediatrics*, 120, 1379-1385.
- Costello, H., Nelson, N. M., Henry, K. y Freedman, K. s. (2012) *WYSAC catalog of environmental prevention strategies*. WYSAC Report No. DER-128. Laramie, WY: Wyoming Survey & Analysis Center, University of Wyoming. Recuperado de: https://www.wishschools.org/resources/Catalog%20of%20Environmental%20Prevention%20Strategies_Final4%20Wyoming.pdf
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y. y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal on Adolescent Health*, 59(4S), 61-75.
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 505-520.
- Dignum, V., Noriega, P., Sensoy, M. y Sichman, J. S. (2015). *Coordination, organizations, institutions, and norms in agent systems XI*. Nueva York, NY: Springer.
- Epop (2019). *Experiencias de socialización de la prevención lideradas por las organizaciones de familias participantes en el programa EPOPS/FERYA*. Palma de Mallorca: Irefrea (descargado de: https://ferya.es/_wp/wp-content/uploads/2019/11/Casos-pra%CC%81cticos.pdf).

- Esmaeelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L. y Birdm Y. (2018). Examining the association and directionality between mental health disorders and substance use among adolescents and young adults in the U.S. and Canada-A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, *13*, 543.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). *Universal school-based prevention for illicit drug use (Review)*. Cochrane Database Systematic Review, 2014, Issue 12. Art No. CD003020.
- Farrell, M., Ward, J. Mattick, R., Hall, W., Stimson, G. V., Jarlais, D., Gossop, M. y Strang, J. (1994). Methadone maintenance treatment in opiate dependence: A review. *British Medical Journal*, *209*, 997-1001.
- Farrugia, A. y Fraser, S. (2017). Science and scepticism: Drug information, young men and counterpublic health. *Health*, *21*, 595-615.
- Fazey, C. (2007). International policy on illicit drug trafficking: The formal and informal mechanisms. *Journal of Drug Issues*, *37*, 555-579.
- Fernández, J. R. y Secades, R. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, Plan Nacional sobre Drogas.
- Fletcher, A., Bonell, C. y Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, *42*, 209-220.
- Fosnocht, A. Q., y Briand, L. A. (2016). Substance use modulates stress reactivity: Behavioral and physiological outcomes. *Physiology & Behavior*, *166*, 32-42.
- Foxcroft, D. R. (2014). Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prevention Science*, *15*, 818
- Gallett, C. A. (2014). Can price get the nonkey off our back? A meta-analysis of illicit-drug demand. *Health Economics*, *23*, 55-68.
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M. y Vásquez De la Hoz, F. (2017). Cannabis: A cognitive illusion. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *46*, 95-102.
- García-Altés, A. y Pérez, K. (2007). The economic cost of road traffic crashes in an urban setting. *Injury Prevention*, *13*, 65-68.
- Garrison, K. A., DeMartini, K. S., Corlett, R. R., Worhunsky, P. D., Krystal, J. H. y Malley, S. S. (2020). Drinking and responses to antidrinking messages among young adults: An fMRI study. *Addiction Biology*, e12882.
- Harbaugh, C. M., Lee, J. S., Chua, K. P., Kenney, B., Iwashyna, T. J., Englesbe M. J. et al. (2019). Association between long-term opioid use in family members and persistent opioid use after surgery among adolescents and young adults. *JAMA Surgery*, *154*, e185838.
- Hawk, K. y D'Onofrio, G. (2018). Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, *13*, 18.
- Hunter, R. F., de la Haye, K., Murray, J. M., Badham, J., Valente, T. W., Clarke, M. y Kee, F. (2019). Social network interventions for health behaviours and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, *16*, e1002890.
- Johnston, R. S., Stafford, J., Jongenelis, M. I., Shaw, T., Samsa, H., Costello, E. y Kirby, G. (2018). Evaluation of a public education campaign to support parents to reduce adolescent alcohol use. *Drug and Alcohol Review*, *37*, 588-598.

- Kandell, D. B. y Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: 1. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.
- Kendler, K. S., Edwards, A., Myers, J., Cho, S. B., Adkins, A. y Dick, D. (2015). The predictive power of family history measures of alcohol and drug problems and internalizing disorders in a college population. *American Journal of Medical Genetics. Part B. Neuropsychiatric Genetics*, 168B(5), 337-346.
- León, J. L. (1990). Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 15, 221-237.
- Li, L., Tuan, N. A., Liang, L. J., Lin, C., Farmer, S. C. y Flore, M. (2013). Mental health and family relations among people who inject drugs and their family members in Vietnam. *International Journal on Drug Policy*, 24, 545-549.
- Maher, C. A., Lewis, L. K., Ferrar, K., Marshall, S., De Bourdeaudhuij, I. y Vandelanotte, C. (2014). Are health behavior change interventions that use online social networks effective? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(2), e40.
- Matrai, S., Casajuana, C., Allamani, A., Baccini, M., Pepe, P., Massini, G. y Gual, A. (2014). The relationships between the impact of alcoholic beverage control policies, selected contextual determinants, and alcohol drinking in Spain. *Substance Use & Misuse*, 49, 1665-1683.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., ... Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level intervention targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2018, issue 10. Art. No. CD009927.
- McGonigal, K. (2016). *Autocontrol*. Barcelona: Books4pocket.
- Miró, O., Yates, C., Dines, A. M., Wood, D. M., Dargan, P. I., Galán, I. et al. (2018). Comparación de las urgencias atendidas por drogas de abuso en dos servicios de urgencias españoles con las atendidas en tres áreas europeas distintas. *Emergencias*, 30, 384-394.
- Montgomery, S. M., Donnelly, M., Bhatnagar, P., Carlin, A., Kee, F. y Hunter, R. F. (2020). Peer social network processes and adolescent health behaviors: A systematic review. *Preventive Medicine*, 130, 105900.
- Montoya, I. D., Trevino, R. A. y Ataabadi, A.N. (1997). The impact of public health media campaigns on drug users. *Mark Health Services*, 17(4), 20-27.
- Observatorio Español para las Drogas y las Toxicomanías (2019). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Pacla, R. L. y Lundberg, R. (2014). Why changes in price matter when thinking about marijuana policy: A review of the literature on the elasticity of demand. *Public Health Reviews*, 35 (2), 1-14.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., et al. (2018). The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. *Lancet*, 392 (10157), 1553-1598.
- POQUIB (2019). *Plataforma per a un Oci de Qualitat de les Illes Balears*. Palma de Mallorca: Autor (recuperado de: http://www.caib.es/sites/padib/ca/plataforma_doci_de_qualitat-94620/).
- Pradhan, A. M., Park, L., Shaya, F. T. y Finkelstein, J. (2019). Consumer health information technology in the prevention of substance abuse: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e11297.
- Ray, G. T., Mertens, J. R. y Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical Care*, 45, 116-122.

- RMHIDTA (2017). *The legalization of marijuana in Colorado: The impact. Volume 5, October 2017*. Colorado: Rocky Mountain HLDTA (en <http://www.rmhidta.org/html/FINAL%202017%20Legalization%20of%20Marijuana%20in%20Colorado%20The%20Impact.pdf>).
- RMHIDTA (2019). *The legalization of marijuana in Colorado: The impact. Volume 6, September 2019*. Colorado: Rocky Mountain HLDTA (en <https://rmhidta.org/files/D2DF/FINAL-Volume6.pdf>).
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience - clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 474-487.
- Saltz, R.F., Paschall, M. J., McGaffigan, R. P. y Nygaard, P. M. O. (2010). Alcohol risk management in college setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 39, 491-499.
- Shackleton, N., Jamal, F., Viner, R. M., Dickson, K., Patton, G. y Bonell, C. (2016). School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: Systematic review of reviews. *Journal of Adolescent Health*, 58, 382-396.
- Sussman, S. (2017). *Substance and behavioral addictions. Concepts, causes, and cures*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sussman, S. y Ames, S. L. (2008). *Drug abuse. Concepts, prevention, and cessation*. Nueva York, N.Y.: Cambridge University Press.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention program: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tobler, N. S. (1992a). *Meta-analysis of adolescent drug prevention program. Final report*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Tobler, N. S. (1992b). Drug prevention programs can work: Research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 1-28.
- Tobler, N. S. y Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Tolan, P., Szapocznik, J. y Semabrano, S. (2007). *Preventing youth substance abuse. Science-based programs for children and adolescent*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tomas, S., Alvarez, F. J., Llorens, N., Vidal-Infer, A., Torrijo, M. J. y Valderrama-Zurián, J. C. (2010). Predictors of driving after alcohol and drug use among adolescents in Valencia (Spain). *Accident Analysis and Prevention*, 42, 2024-2029.
- UNODC (2007). *Sweden's successful drug policy: A review of the evidence*. Washington, DC: United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2009). *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. Viena, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2011). *The transatlantic cocaine market. Research paper*. Viena, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC (2014). *School-based education for drug abuse prevention*. Viena, Austria: United Nations on Drugs and Crime.

- UNODC (2019). *Informe Mundial sobre las Drogas 2019*. Viena, Austria: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- Van Ryzin, M. J., Roseth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y-K. y Chen, Y-C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72-80.
- Valero de Vicente, M., Ballester, L., Orte, M. C. y Amer, J. A. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29, 299-305.
- Villalbí, J. R. y Pérez, C. (2006). Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Suppl. 1), 79-87.
- Villani, S. (2001). Impact of media on children and adolescents: A 10-year review of the research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 392-401.
- Voigts, E. y Boller, A. (2015). *Dystopia, science fiction, post-apocalypse: Classics - new tendencies - model interpretations*. Tréveris, Alemania: Wissenschaftlicher Verlag Trier.
- Wakefield, M. A., Loken, B. y Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376(9748), 1261-1271.
- Warren, F. (2016). *'What works' in drug education and prevention?* Edimburgo, Escocia: Scottish Government.
- Wilkins, C. y Sweetsur (2013). The impact of the prohibition of benzylpiperazine (BZP) "legal highs" on the prevalence on BZP, new legal highs and other drug use in New Zealand. *Drug and Alcohol Dependence*, 127, 72-80.
- World Health Organization (2018). *Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Ginebra, Suiza: World Health Organization (en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>).
- Yadav, R. P. y Kobayashi, M. (2015). A systematic review: Effectiveness of mass media campaigns for reducing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes. *BMC Public Health*, 15, 857.
- Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K. et al. (2018). Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 53, 302-316.



**Medidas de prevención
ambiental en
CONSUMO DE CANNABIS**

7

1. De dónde partimos

El cannabis, la marihuana o el hachís, entre otros nombres que recibe, se ha convertido en la droga ilegal más consumida en el mundo. Dentro de las distintas variedades que hay de cannabis es la *cannabis sativa* la más consumida, bien sus hojas (maría, marihuana) o en forma de su resina, el hachís. De los 60 cannabinoides que contiene el más importantes es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que es adictivo. Otros son el cannabidiol y el cannabinol. En los últimos años han cogido relevancia otras especies del cannabis, como la *cannabis indica* y la *cannabis ruderalis*, junto con otras variedades cruzadas entre las tres. El cultivo de cannabis, que hasta hace pocos años, sólo se daba fundamentalmente en Marruecos y otros países como Afganistán, ha llegado también a Europa, de tal modo que actualmente el 30% de todo el cannabis que se consume en Europa se cultiva en ella.

El cannabis suele fumarse, muchas veces combinado con tabaco, sobre todo cuando es hachís. De ahí la doble adicción en muchos de los consumidores de hachís, de marihuana y de tabaco. La maría (marihuana) se fuma. También se puede consumir como té, en alimentos, etc.

El efecto del cannabis es rápido, al fumarse. Es muy liposoluble. En pocos minutos, de 5 a 10, suele apreciarse la alteración del estado de ánimo y los efectos cardiovasculares (incremento de la tasa cardíaca). Un consumidor regular de cannabis suele fumar de 3 a 5 porros diarios, pudiendo duplicar ese consumo. Destaca que en los últimos años se aprecia un aumento de la potencia del THC, tanto en Estados Unidos como en Europa, con el consiguiente incremento de los problemas que su consumo produce (Sevigny, 2013).

Múltiples investigaciones sobre el cannabis han encontrado un sistema cannabinoide endógeno, el cual está implicado en distintas funciones fisiológicas, como el aprendizaje, la memoria, las emociones, el refuerzo, la ingesta de comida, la neuroprotección, el dolor y la conducta motora (NASEM, 2017).

Como ocurre con otras drogas, los consumos son gratificantes a corto plazo, pero llenos de problemas a medio y largo plazo. Así, aproximadamente el 9% de los que experimentan con el cannabis se hacen dependientes del mismo (Volkow et al., 2014). Dejar de consumirlo produce síndrome de abstinencia como en las otras drogas de abuso (ej., irritabilidad, dificultades para dormir, craving, etc.). El consumo prolongado de dosis altas de THC puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (el conocido y discutido síndrome amotivacional), el cual se caracteriza por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persisten una vez interrumpido dicho consumo. La

persona está apática, indiferente, pasiva, con problemas de concentración, perezoso y sin ganas de hacer nada (Castaño et al., 2020).

Consumir cannabis lleva a un mayor fracaso escolar. Empezar a consumir cannabis antes de los 16 años parece tener importantes repercusiones, como la cronicidad posterior, incremento de problemas físicos (ej., incremento de padecer cáncer de testículos) (Hall, 2015), y distintos trastornos mentales (Lynskey et al., 2003). Recientemente se ha descrito la aparición de accidentes cardiovasculares en adolescentes que consumen marihuana (Wolff et al., 2014). En un estudio de 3882 pacientes que habían padecido un infarto de miocardio, la exposición a la marihuana multiplicaba de 4 a 8 veces el riesgo de desencadenar en la hora siguiente un infarto de miocardio (Mittleman et al., 2001).

Otros efectos negativos del consumo de cannabis se aprecian en el rendimiento psicomotor y la conducción de vehículos, la conducta alimentaria, sueño, conducta reproductiva, empeoramiento en la cognición y en la concentración, etc. También incide en el sistema cardiovascular, incrementando la presión arterial sentado o acostado y disminuyéndola cuando está de pie, junto al incremento del riesgo cardiovascular. Por ello tienen mayor riesgo de infartos. También incide en el sistema respiratorio (ej., tienen más bronquitis, infecciones respiratorias y neumonía) (Davnitch y Gorelik, 2012; Volkow et al., 2014). Además, los efectos respiratorios negativos del cannabis y del tabaco son aditivos. Uno de los problemas más graves es que la intoxicación aguda por cannabis puede provocar la aparición de síntomas psicóticos.

El consumo en España, como hemos visto, es muy alto, de los más altos de Europa, tanto en población general como en jóvenes escolarizados de 14 a 18 años. Además, hay una potente cultura recreativa defensora del mismo, tanto en España (Calafat et al., 2000), como en Europa (ver en OEDYT, Cannabis Policy Hub, https://www.emcdda.europa.eu/topics/cannabis-policy_en9), con un incremento de su potencia psicoactiva (Chandra et al., 2019).

Otros dos aspectos de continuo interés en el cannabis está en el estudio de sus posibles propiedades terapéuticas (NASEM, 2017, OEDYT, 2019) y de la despenalización o legalización del consumo de cannabis para usos médicos o recreativos (EMCDDA, 2017a, 2020; Hall et al., 2019).

2. Medidas de prevención ambiental para reducir el consumo de cannabis

2.1. Publicidad

Justificación de la medida

La publicidad de un producto tiene como objetivo que se conozca el mismo, hablar de sus beneficios o efectos positivos, compararlo con otros productos, y con todo ello animar a que las personas compren el producto que se anuncia.

Es curioso que, en el caso del cannabis, que es una droga ilegal, encontremos con relativa frecuencia publicidad sobre la misma, bordeando los límites que permite la legalidad para hacerlo. Esto ocurre de modo especial con las semillas, que no contienen THC, como con las fiestas que se organizan sobre la primera cosecha de cannabis, anunciar los clubs cannábicos, y otros que aparecen en revistas dirigidas específicamente a lo que se conoce como “la cultura del cannabis”, su difusión, comercialización y consumo. Esto ha llevado a que se haya creado

un importante movimiento denominado pro-legalización o pro-cannabis, el cual poco a poco ha llevado a que se prime el negocio a la salud (Trangenstein et al., 2019) y que una parte de la población haya caído en su tergiversado mensaje.

En la tabla 7.1 se indican las medidas que habría que tomar en este aspecto.

Tabla 7.1. Medidas de prevención ambiental en relación a la publicidad del cannabis

- Regular la publicidad en las revistas pro-cannabis y restringir la misma en ellas.
- Regular más estrictamente la venta en establecimientos de venta de semillas, *smart shops*, aquellos productos que lleven a obtener sustancias psicoactivas.
- Regular la publicidad del cannabis en Internet, así como su venta y promoción.
- Eliminar la publicidad directa e indirecta del cannabis.
- Regular administrativa o legislativamente un modo ágil de cerrar páginas que hacen apología del consumo recreativo o comercial del cannabis.
- Regular los clubs cannábicos en lo que se refiere a su publicidad, cartelería externa, y cualquier otro aspecto que incrementa su difusión y uso.

Eficacia de la medida

Reducir la publicidad es una medida efectiva para disminuir la demanda de un producto. Así, a más publicidad mayor venta del producto; y, a menor publicidad de un producto menor venta (Trangenstein et al., 2019). Se ha sugerido que en el cannabis debemos aplicar lo que llevamos aprendido de la regulación del alcohol y del tabaco (Orenstein y Glantz, 2019).

Debe tenerse también en cuenta que mayores niveles de permisividad, despenalización o legalización para fines recreativos, va a llevar pareja la insistente petición de que dichos productos puedan publicitarse. Hay una confusión entre “fumar” el producto sin garantía sanitaria de “usar” la sustancia química, segura, para posibles usos terapéuticos (en la misma línea de que no es lo mismo la heroína consumida ilegalmente que la morfina utilizada médicamente para el tratamiento del dolor). No olvidemos lo que ha ocurrido históricamente con la publicidad del alcohol, tabaco y juego. Y, con el paso del tiempo, y por sus negativos efectos, la necesidad de regularlas o incluso de prohibir su publicidad cara a reducir el número de personas consumidoras y afectadas. De ahí la necesidad de ver los pros y contras de cada medida para tomar decisiones en este tema (Shanahan y Cyrenne, 2019).

Aplicabilidad

La administración pública sanitaria tiene la responsabilidad de preservar la salud de sus ciudadanos. De ahí que tiene que tomar aquellas medidas que son adecuadas para que el consumo de una sustancia, como es el cannabis, no cause problemas en la salud. El problema que ocurre con frecuencia es el choque entre lo sanitario y lo mercantil. Actualmente, el cannabis se considera uno de los negocios más rentables a medio y largo plazo (Ayers et al., 2019; Hall et al., 2019). Y, su regulación es imprescindible, pero pensando más en la salud que en el negocio.

Resistencias

La resistencia de regular la publicidad viene de todo lo que rodea al mundo del cannabis, desde consumidores, productores, vendedores, traficantes, etc. Además, no hay que olvidar que el movimiento pro-legalización está muy bien organizado desde hace varias décadas (Calafat et al., 2000b; Hall et al., 2019).

2.2. Venta y tráfico de cannabis

Justificación de la medida

La venta y tráfico de cannabis es un acto ilegal. En España está despenalizado el consumo. La posesión de cannabis en sí no es delito, siempre que la misma no pase de ciertas cantidades. Sólo se admite tenerla para el consumo propio pero sin poder consumirlo en espacio público. Las sentencias judiciales suelen basarse en las cantidades medias de consumo del Instituto Nacional de Toxicología. En este caso considera una dosis habitual de hachís de 0,3-0,5 gr, un consumo diario de hasta 5 gr, y para 3-5 días una posesión máxima de 25 gr. Para la marihuana considera una dosis de 1,5-2 gr, un consumo diario de 15-20 gr y una posesión máxima para el consumo de 3-5 días de 100 gr. A partir de esas cantidades máximas sería tráfico, aunque el juez puede analizar otras circunstancias. Esto para el consumo propio. En el caso de los clubs cannábicos se aplicaría lo mismo, pero aquí ya puede haber más problemas de interpretación y de picaresca.

Como en el resto de las drogas ilegales, lo que no es consumo propio, normalmente hecho por una persona adicta, es tráfico de drogas. El mismo está penado con cárcel, habitualmente, con las sanciones que ya vimos en el capítulo 6, en la tabla 6.1. Puede haber otras circunstancias que puede considerar el juez, sobre todo cuando es adicto o está activamente en tratamiento de deshabituación.

Actualmente, en varios países hay un importante debate sobre la legalización del cannabis para fines recreativos. Pero aún en ese caso, hay un límite para lo que se puede cultivar y almacenar (Gourdet et al., 2017; Room, 2014).

Por ello, en el momento actual debe continuarse mejorando lo que es la persecución de la venta y el tráfico de cannabis, dentro de la normativa en vigor en España. Si se reduce la venta se reduce el consumo. Si se reduce el cultivo se reduce el consumo. Si aumenta la percepción de riesgo disminuye el consumo. En la tabla 7.2 indicamos las medidas que habría que implantar en relación a la venta y tráfico de cannabis.

Tabla 7.2. Medidas en relación a la venta y al tráfico de cannabis

- Perseguir el tráfico de cannabis a media escala y el narcotráfico.
- Localizar y eliminar los cultivos ilegales de cannabis que no sean para el autoconsumo.
- Localizar puntos de venta de cannabis y erradicarlos.
- Aplicación de sanciones administrativas, legales y otras al consumo en vía pública.
- Controlar el tráfico de cannabis a través de Internet y de mensajería.
- Mayor control del tráfico y consumo de cannabis en acontecimientos masivos (control de su venta, cacheos aleatorios, etc.).
- Control del blanqueo de capitales por la venta y tráfico de cannabis.
- Mayor presencia policial en lugares con alto consumo de cannabis por su poder disuasorio.
- Control de los locales nocturnos en los que hay constancia de que hay en ellos consumo de cannabis.
- Disponer de circuito cerrado de televisión en aquellas zonas públicas en las que es más probable que se consuma cannabis y que lo justifiquen por motivos de seguridad y orden público, vinculado a la comisión de delitos y al tráfico y consumo de cannabis y otras drogas.

Eficacia de la medida

Las medidas de represión del tráfico son eficaces, sobre todo cuando se hacen con intensidad (Babor et al., 2018). Pero deben ir complementadas con otras medidas para que logren su adecuado nivel de eficacia.

En los últimos años hay grupos y organizaciones muy activas transmitiendo la idea de que ninguna de estas medidas son eficaces (ej., Bewley-Taylor et al., 2014), aunque a veces mezclando al mismo nivel el cannabis que el resto de las drogas ilegales. Y se olvidan, u obvian, que el consumo de cannabis tiene claros riesgos, no ya en la salud (de la Fuente et al., 2015; Hall, 2015) sino también en la conducción (OEDYT/CCSCS, 2018) y en otros problemas asociados. Ellos sólo se centran en las teóricas bondades terapéuticas del cannabis para todo tipo de problemas.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de este tipo de medidas depende de las normas en vigor. Y también del grado de su cumplimiento, en este caso básicamente por parte de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y de otros organismos encargados de la represión del tráfico de drogas. Tiene que haber una clara voluntad política y social para aplicarlas, sino no será posible ponerlas en práctica.

Resistencias

La resistencia de estas medidas viene del movimiento pro-legalización del consumo de cannabis (Calafat et al., 2000), que también se ha aprovechado de la diversa legislación existente (Kilmer y Pacula, 2017). En cambio, desde el campo científico se viene advirtiendo de los peligros de una legalización descontrolada (Kalant, 2016). Igualmente, de los consumidores y de grupos que consideran que todas las drogas deben estar legalizadas y poder acceder libremente a ellas cuando se desee.

2.3. Régimen sancionador

Justificación de la medida

El cannabis tiene un alto nivel de consumo en la población general y en la población escolarizada. Es la droga ilegal más consumida en España como en otros países. El consumo se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas. Para contenerlo una de las medidas que se viene aplicando es sancionar el consumo en vía pública. Ello es debido a que el consumo de drogas está despenalizado en España, por lo que la persona puede consumirlo a nivel privado, pero no lo puede consumir en vía pública. Se precisa, por ello, tener un buen sistema sancionador cuando el consumo se hace a la vista de todos, como el que sugerimos en la tabla 7.3.

Tabla 7.3. Medidas sancionadoras a mejorar o implementar en el consumo de cannabis

- Incrementar las multas por el consumo de cannabis en vía pública o en los locales públicos en los que hay consumidores (sanciones administrativas).
- Incrementar las multas a los que consienten el consumo en vía pública o locales públicos.
- Detectar y seguir a los reincidentes en las multas por consumo de cannabis y buscar alternativas de tipo terapéutico para ellos.
- Poner en práctica medidas alternativas de tipo educativo o terapéutico a los consumidores sancionados y a los reincidentes en el consumo.
- Seguimiento sistemático a los menores consumidores de cannabis y medidas específicas para ellos y sus padres para que dejen de consumir.
- Incidir en la responsabilidad de los padres sobre sus hijos consumidores de cannabis.
- Hacer controles aleatorios sobre el consumo de cannabis en vía pública y en locales públicos donde es probable el consumo con el objetivo de erradicar el consumo de cannabis.
- Incrementar la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis utilizando los datos empíricos disponibles.

Eficacia de la medida

Las sanciones permiten una reducción en la conducta sancionada, como ha mostrado funcionar en las distintas drogas ilegales (Babor et al., 2018; UNODC, 2019). También, como efecto indirecto, puede facilitar que haya más recursos para la prevención y el tratamiento de esta sustancia al haber una mayor flexibilización y tolerancia social con el consumo de esa droga (Hughes et al., 2018).

Consideramos importante para que esta medida, y sus distintos aspectos a aplicar, sea eficaz distinguir claramente lo que es el cannabis como “droga psicoactiva” de lo que son ciertas sustancias derivadas del cannabis que se pueden usar como “medicamento”. No es lo mismo fumar cannabis que tomar una pastilla de nabilona, un derivado del cannabis (EMCDDA, 2020)

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida implica básicamente tener la idea clara de poner medidas en práctica para reducir el consumo de cannabis en una población y combinar esta medida con otras que han mostrado ser eficaces para reducir el consumo. Implica tener un buen nivel de coordinación entre distintos organismos de la administración para lograrlo. Y, también es necesario hacer un continuo seguimiento de las medidas que se van implantando para que no surjan otras acciones en contra para anularlas (contra-prevención, contra-programación, etc.).

Resistencias

A este tipo de medidas se oponen los consumidores y adictos al cannabis, los cultivadores y traficantes, así como ciertos grupos pro-consumo de cannabis y pro-legalización que suelen agrupar a varios de los anteriores. Esto es algo que hay que conocer, porque es lo habitual en estos casos.

2.4. Medidas legales

Justificación de la medida

El cannabis, al ser una droga ilegal, está regulada por distintos artículos del código penal y de otras normas legales en relación con su cultivo, producción, venta, tráfico de drogas y consumo. De ahí que la mejora de las medidas legales llevará a una reducción más eficiente en su consumo. Además, por los acuerdos internacionales que hay sobre drogas, y específicamente sobre el cannabis, estas medidas suelen estar coordinadas entre los países a nivel internacional. Y en Europa tenemos como referente el Observatorio Europeo de Drogas y Otras Toxicomanía (EMCDDA) de Lisboa. Lo que se aprecia en los últimos años son cambios legislativos, en distintos países, por la creciente diferenciación entre cannabis terapéutico y recreativo, y el interés económico y comercial de su legalización en diversos países. Sobre todo, en Estados Unidos, Canadá y países de Latinoamérica, esto está teniendo una gran relevancia.

En la tabla 7.4 indicamos distintas medidas para mejorar las acciones legales sobre el cannabis.

Tabla 7.4. Medidas legales a implantar para mejorar las acciones para reducir el consumo de cannabis

- Hacer conocer a la población las normas legales en vigor que regulan y penalizan el consumo de drogas, como el cannabis, el tráfico de cannabis y, sobre todo, donde está el límite entre el consumo personal legal e ilegal. También que sepan que en España está despenalizado el consumo propio.
- Aplicación de medidas diferenciales en las normativas legales para los consumidores, habitualmente esporádicos o puntuales, y las personas adictas o dependientes del cannabis.
- Mejorar las medidas para que el encarcelamiento, cuando hay consumo esporádico o recreativo, no sea el objetivo, y se sustituya por la aplicación de multas a los consumidores/adictos como se viene haciendo y derivar a los adictos al cannabis a tratamiento.
- Controlar la venta de cannabis en torno a las escuelas e institutos e incrementar las sanciones penales en estos casos a los traficantes.
- Controlar la venta de cannabis en lugares de diversión e incrementar las sanciones.
- Controlar sistemáticamente la venta de cannabis en raves, discotecas y otros lugares de diversión.
- Mejorar la aplicación de las normas y medidas legales en vigor.

Eficacia de la medida

Las medidas legales son necesarias en cualquier sociedad. Siempre es mejor usar reglas informales que formales. Pero, en la práctica, precisamos reglas y normas en las que se regulen socialmente distintas conductas, sobre todo aquellas relacionadas con la salud y la seguridad de los individuos. Sabemos que el consumo de cannabis no es inocuo. Causa muchos problemas (Hall, 2015). Esto ha llevado a elaborar normas y leyes para su control. Son parte de las medidas que se utilizan para lo que se denomina control de la oferta (Caulkins y Kilborn, 2019). Con todo, en los últimos años este es un tema muy discutido por el fuerte crecimiento del movimiento pro-legalización del cannabis (Smart y Pacula, 2019) y el surgimiento de los clubs cannábicos (Balckova y Wilkins, 2018), acompañado de un fructífero negocio de los productos de cannabis.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de este tipo de medidas viene avalada por los acuerdos internacionales que existen dentro de Naciones Unidas sobre las drogas y su regulación. Lo que hacen los países es transponer a su legislación nacional los acuerdos internacionales adoptados por todos los países. Lo que se aprecia en los últimos años es el surgimiento y consolidación de un fuerte movimiento de que se permita el cultivo y venta de cannabis (con el curioso apelativo de su uso como “cannabis recreativo” o para usos “recreativos”) por el negocio que subyace al mismo y la posibilidad de obtener un buen nivel de impuestos con el mismo (Hall et al., 2019).

Resistencias

Tanto los consumidores, como los cultivadores, traficantes y movimiento pro-legalización del consumo de cannabis se oponen a todo tipo de regulación sobre el cannabis. De ahí la necesidad de contraponer los temas de salud a los del negocio o recaudación de impuestos ante una posible regularización/legalización para fines recreativos. Este es un tema central para los próximos años.

2.5. Ocio y diversión

Justificación de la medida

El ocio y la diversión se ha convertido en una parte importante de la vida de las personas de las sociedades occidentales. Al disponer de tiempo libre, a diferencia de otros momentos de la historia, el mismo se ocupa en distintas actividades no laborales. Entre estas están dedicar el tiempo libre disponible al deporte, ejercicio, viajar, actividades agradables, salir, divertirse, etc. (Calafat et al., 2000). Y, por el medio de algunas de estas actividades, sobre todo las orientadas a la vida recreativa (salir, bailar, ir a bares y otros lugares públicos, etc.), aparecen las drogas, y muy especialmente el cannabis. Hay una alta disponibilidad del mismo. La baja percepción de riesgo que hay ante su consumo es lo que lleva a que se consuma más en este momento (Salloum et al., 2018).

Los datos epidemiológicos son muy claros en relación al consumo de cannabis en jóvenes, el cual suele hacerse en el botellón o cuando están con otros compañeros o iguales (OEDYA, 2019). De ahí que un modo de regular, y reducir, el consumo de cannabis, se lograría reduciendo o eliminando el botellón. Igualmente, aplicando más estrictamente la normativa legal existente sobre el consumo de cannabis. Junto a esto, otras medidas que indicamos en la tabla 7.5

Tabla 7.5. Medidas en relación al ocio y diversión para reducir el consumo de cannabis

- Mayor vigilancia y control sobre el consumo de cannabis en los lugares de diversión donde se consume el mismo.
- Favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas.
- Potenciar programas de ocio alternativo eficaces.
- Favorecer lugares de diversión para los jóvenes donde sea más difícil, o no sea viable, consumir cannabis.
- Control del consumo de drogas cuando en ese lugar hay de modo frecuente peleas, actos violentos, agresiones, etc.
- Regular las fiestas de adolescentes.

Eficacia de la medida

Las medidas para controlar el consumo de cannabis en la vida recreativa, en el ocio y diversión, implica coordinarlas con otras. Actualmente, la vida recreativa ocupa un lugar destacado para muchas personas. Pero, al contrario de lo que sostienen muchos adictos y el movimiento pro-consumo de cannabis, aquellos que lo consumen tienen una peor calidad de vida (Goldenberg et al., 2018), aparte de mayor riesgo de problemas en su salud, tanto física como mental (Hall, 2005; Hall et al. 2019; Volkow et al., 2014). Por todo lo anterior, precisamos reducir el consumo de cannabis. Y, para hacerlo, hay que poner en práctica las medidas más atrás indicadas. La evidencia de las mismas indica que se puede lograr reducir el consumo tanto de alcohol, de cannabis como de otras drogas (Babor et al., 2010, 2018; Costello et al., 2012).

Aplicabilidad

La aplicación de las anteriores medidas exige coordinar las que se aplican para reducir el consumo de cannabis en la vida recreativa, e incluso coordinarlas con otro tipo de medidas para reducir el consumo de drogas legales (ej., alcohol, menos "botellones") y otras ilegales (ej., drogas de síntesis, cocaína). Algunas medidas son fáciles de implantar. Otras exigen un plan organizado a medio y largo plazo, cara a obtener resultados consistentes después de varios años de implantación, no de modo inmediato.

Resistencias

Cualquier medida que lleve al descenso del consumo de sustancias en la vida recreativa va a tener personas, grupos o asociaciones que se van a oponer de modo directo (ej., jóvenes consumidores, traficantes, movimiento pro-legalización) o de modo indirecto (ej., grupos interesados que quieren potenciar la vida nocturna, la diversión, la ampliación de horarios, menos controles, etc.). Hay que saber que esto va a ser lo habitual. Y de modo llamativo, va a ser más evidente en el caso del cannabis. De ahí que hay que tener todo esto en cuenta para a contra argumentar y, a veces, desenmascarar los intereses económicos o de otro tipo que subyacen a esos grupos pro-consumo.

2.6. Tráfico y conducción

Justificación de la medida

Los efectos negativos del consumo de cannabis se aprecian claramente en el rendimiento psicomotor y en la conducción de vehículos (de la Fuente et al., 2015; Davonitch y Gorelik, 2012; Rödner et al., 2008; Volkow et al., 2014), junto a otros efectos en la salud que ya hemos comentado.

Como un ejemplo empírico de sus efectos negativos, en Colorado, como en otros estados norteamericanos, vienen monitorizando qué consecuencias ha producido su legalización para fines medicinales y recreativos. En dicho estado norteamericano la legalización de la marihuana para uso medicinal se produjo en 2009, y en 2012 para uso recreativo, en personas de 21 o más años. En el informe de 2017 del propio estado de Colorado, sobre las consecuencias que ha tenido esta legalización (RMHIDTA, 2017), destaca que los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de marihuana se han incrementado un 66% con respecto a antes de la legalización. Así mismo, los accidentes mortales de tráfico debidos al consumo de marihuana se duplicaron, pasando de 55 muertes en 2013 a 125 en 2016. Y, en el informe de 2019 (RMHIDTA, 2019), desde la legalización de la marihuana recreativa, las muertes por tráfico en la que los conductores dieron positivo por marihuana aumentaron un 109%, mientras que todas las muertes por tráfico de Colorado aumentaron un 31%. Y, desde su legalización, el porcentaje de todas las muertes por tráfico de Colorado relacionadas con la marihuana aumentó del 15 por ciento en 2013 al 23 por ciento en 2018. Los datos, en relación a sus efectos negativos sobre los accidentes de tráfico y el incremento de la mortalidad debido al consumo, son claros y evidentes. En la tabla 7.6 se indican las medidas de prevención ambiental a implantar en este aspecto.

Tabla 7.6. Medidas sobre tráfico y conducción a implantar en los consumidores de cannabis para reducir la accidentabilidad, morbilidad y mortalidad

- Incrementar el número de controles aleatorios en conductores sobre el consumo de cannabis.
- Incrementar las sanciones a los conductores que circulan habiendo consumido cannabis.
- Inmovilización del vehículo en conductores consumidores de cannabis.
- Retirada de carnet de conducir en consumidores de cannabis cuando tienen accidentes de tráfico,
- Reeducación por los puntos de carnet perdidos por consumo de cannabis en la conducción de vehículos.

Eficacia de la medida

Por los estudios de otros países, como es bien representativo el del estado de Colorado en Estados Unidos (RMHIDTA, 2017, 2019), sabemos que la legalización del consumo de cannabis, para usos recreativos o terapéuticos, tiene como uno de sus efectos negativos el incremento de la accidentabilidad en la conducción y el incremento en la mortalidad debido a ello. Esto lo conocemos desde hace años (Carpentier et al., 2012; NASEM, 2017; Rödner et al., 2008; WHO, 2016). De ahí la necesidad de regular de modo especial y firme todo lo que se refiere a la conducción de vehículos en personas que lo hacen bajo los efectos del consumo de cannabis. Así, lograremos reducir la mortalidad y morbilidad asociada a ello (OEDYT/CDSCS, 2018).

Aplicabilidad

La aplicabilidad puede hacerse, como en parte se viene haciendo, a través de controles de tráfico aleatorios en conductores para comprobar que las personas no se han intoxicado con cannabis. Se pueden implantar otras medidas adicionales de tráfico, cara a reducir los efectos negativos que tiene la conducción bajo los efectos del cannabis.

Resistencias

La resistencia viene de los adictos y de los grupos interesados en la legalización y consumo de cannabis. O cuando han tenido un accidente de tráfico. Hay que aportar datos consistentes sobre los efectos del cannabis en la conducción para reducir estas creencias o ideas erróneas que a veces los adictos tienen sobre los efectos del cannabis en la conducción y hacerles ver sus claros efectos negativos

2.7. Escuela e institutos

Justificación de la medida

Uno de los lugares en el que las personas se inician en el consumo de cannabis es con sus iguales, con frecuencia en los institutos. No la consideran una droga peligrosa, están en la etapa de conocer el mundo como adolescentes, y la percepción de riesgo que tienen sobre las drogas es baja, especialmente en el caso del consumo de cannabis. Esto aumenta el riesgo de la prueba de la sustancia y de la posterior adicción, como en la práctica ocurre en muchos casos. La alta disponibilidad percibida de cannabis, la baja percepción de riesgo que hay sobre el mismo y la tolerancia social hacia su consumo, que ha aumentado considerablemente en los últimos años, facilitan el incremento del consumo (Becoña, 2019; Becoña et al., 2020; OED-YA, 2019). Y un efecto negativo, muy relevante en los estudiantes, es el incremento del fracaso escolar y acceder menos a la universidad (Horwood et al., 2010), aparte de los problemas de adicción y de salud asociados. En personas vulnerables para ciertos trastornos mentales el consumo incrementa ese riesgo (de la Fuente et al., 2015; NASEM, 2017).

En la tabla 7.7 se proponen las medidas que hay que implantar en los centros escolares, de modo general, para reducir el inicio al consumo de cannabis. Algunas se aplican esporádicamente, otras no. Todas son relevantes para lograr una reducción en la prueba y consumo de cannabis.

Tabla 7.7. Medidas a aplicar en escuelas e institutos para reducir el inicio y el consumo de cannabis

- Controles del consumo y del tráfico de cannabis y otras drogas en el centro.
- Política de todo el centro escolar de tener un centro escolar saludable.
- Educación de los profesores sobre el cannabis y otras drogas.
- Aplicar sistemáticamente programas preventivos.

Eficacia de la medida

Si disminuye la prueba de una sustancia, o se retrasa la edad de su prueba, es menos probable que el consumo pase de la prueba al consumo diario. Y, con ello, otros nunca llegarán a consumir esa sustancia. Son varios los principios que están muy claros en la prevención del consumo de drogas (Becoña, 2002). Las medidas que se han puesto en práctica en este sentido indican que no es lo mismo probar una sustancia a los 13 que a los 16 o a los 19 años. Cuanto menor es la edad de prueba mayor es el riesgo de hacerse adicto a esa sustancia (Richmond-Rakerd et al., 2017).

También un mayor control del tráfico de drogas en el centro escolar, o en sus inmediaciones, logra disminuir el consumo en el mismo, sobre todo cuando todo el centro está implicado. Y, de modo especial, cuando hay una política del centro escolar de tipo saludable, en el que la educación y la prevención del consumo de drogas está incluida en la política de ese centro (Gutierrez y Shjer, 2015). Es un elemento protector para el consumo de drogas y para otras conductas problema (Jessor, 2008).

Aplicabilidad

Crear y potenciar la creación de escuelas saludables es un aspecto protector del consumo de drogas. Y también para la educación en todos los aspectos relevantes de la vida. Cada vez es más necesario implantarlo por los nuevos problemas que van surgiendo en los adolescentes en el actual s. XXI (Shackleton et al., 2016).

La aplicabilidad de las anteriores medidas depende de que la escuela asuma realmente un modelo saludable, invierta en el mismo, sobre todo en formación y asunción real del problema, y tenga apoyo tanto de los padres como del contexto social en el que se asienta la escuela/instituto. Estas medidas tienen también que extenderse al medio universitario por el alto nivel del consumo de cannabis en él (Rocha et al., 2018).

Resistencias

No suele haber resistencias para este tipo de medidas. Van en sentido positivo y nadie suele oponerse a ellas. A las escuelas les interesa que se apliquen porque de ese modo mejoran su calidad y logran mejores resultados académicos. A veces hay que hacer también cambios en el medio social, si el centro escolar está en una zona deprimida, marginal, o con alto consumo de drogas.

2.8. Auto-cultivadores de cannabis

Justificación de la medida

El cannabis es una droga ilegal. Sin embargo, por la despenalización del consumo en los países europeos y otros lugares del mundo (EMCDDA, 2017), el autoconsumo ha cobrado una gran relevancia a lo largo de toda Europa. También en España. En la revisión de Kilmer et al.

(2013) sobre la situación del consumo de cannabis en los países europeos viene un detallado análisis de la situación en España, como en los otros países, incluyendo los auto-cultivadores y los clubs de cannabis.

El autoconsumo de cannabis está dedicado inicialmente a disponer de marihuana (maría), y en menor grado otros productos del mismo, para consumirlo fumado. El riesgo, cada vez más frecuente de estas personas, es que una parte de ellas ven una posibilidad de negocio con el autocultivo. Y entonces pasan del autocultivo a la venta y al tráfico de cannabis, lo que constituye un delito. Además, la difusión de los cultivos hidropónicos ha facilitado disponer fácilmente de una plantación rentable en un espacio reducido. Varias revistas especializadas en español sobre el cannabis proporcionan información sobre dónde comprar, y cómo comprar, semillas, abonos, lámparas, tanques hidropónicos, etc. Hoy cultivar cannabis en casa es fácil si la persona quiere hacerlo.

Las medidas de prevención ambiental propuestas para los cultivadores de cannabis, que indicamos en la tabla 7.8, se orientan tanto a que los que autocultivan no pasen del autoconsumo a la venta y tráfico de cannabis, lo cual es una actividad ilegal, como a que se reduzca dicho tipo de cultivos y a que cambien distintas creencias erróneas que hay sobre el consumo recreativo de cannabis.

Tabla 7.8. Medidas de prevención ambiental para aplicar a los auto-cultivadores de cannabis

- Seguimiento minucioso de los auto-cultivadores de cannabis a lo largo del tiempo, sobre todo los que han cometido pequeños delitos de venta de cannabis de su cosecha.
- Regular y aplicar las sanciones administrativas y legales en función del cultivo ilegal aprehendido.
- Información para toda la población, y para los auto-cultivadores, sobre lo que significa el pequeño tráfico, autocultivo o autoconsumo.
- Control y seguimiento de los congresos pro-consumo de cannabis o relacionados con el mundo del cannabis que potencian su cultivo, venta de semillas, primera cosecha, etc.).
- Mejorar en los auto-cultivadores la educación, prevención y tratamiento.
- Carteles de advertencia sobre las consecuencias del cultivo de cannabis.
- Hacer frente a la contra-prevención y a los intereses subyacentes al negocio del cannabis y de los auto-cultivadores.

Eficacia de la medida

Es difícil acceder desde perspectivas educativas, preventivas o de salud pública a la mayoría de los auto-cultivadores de cannabis. Muchos están convencidos de que están haciendo algo importante, beneficioso, saludable y que tienen casi la misión de transmitir y expandir lo que hacen a los demás. En muchos casos son adictos al cannabis, aunque no lo reconocen, hasta que tienen graves problemas de salud física y mental. Algunos de ellos arrastran graves problemas de todo tipo por el consumo de cannabis, como se ve más claramente en los que demandan tratamiento para su adicción (Becoña et al., 2020).

Algunas de las medidas que hemos indicado tienen un nivel de eficacia evaluable, como la cantidad de marihuana incautada, sanciones administrativas por el consumo en vía pública, etc. Más difícil es implementar las medidas de educación, prevención y tratamiento para los que lo precisan, por su resistencia ante ellas. Los esfuerzos se deben centrar fundamentalmente en las personas más jóvenes, que son los que tienen mayor riesgo de hacerse adictos. Y que sepan que el consumo de cannabis no es una conducta "per se" saludable sino perniciosa y problemática.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de lo anterior debe hacerse mediante el desarrollo de medidas normativas y legislativas adecuadas, mejorar la información y educación en aquellas personas con problemas y que auto-cultivan cannabis, y mejorar el cumplimiento de la legislación actualmente en vigor. Igualmente, facilitarles acudir a tratamiento, a veces como medidas alternativas a la cárcel. O a una sanción económica administrativa.

Resistencias

La principal resistencia viene de los propios auto-cultivadores. Obtienen el cannabis gratis e incluso pueden vender o regalar una parte de lo que cultivan. Mayor resistencia viene de los que ya viven del cultivo y tráfico de cannabis, habitualmente a pequeña escala. Esto cada vez es más frecuente. Y también habrá una fuerte oposición por parte de todo lo que rodea al movimiento pro-cannabis y pro-legalización de su consumo.

2.9. Campañas informativas

Justificación de la medida

Actualmente hay un gran desconocimiento a nivel de la población general, y de una parte importante de sus consumidores, sobre lo que es el cannabis y sus efectos negativos en la salud (Hall, 2015; Volkow et al., 2014), y del incremento continuo de las demandas de tratamiento (Becoña et al., 2020; OEDYLA, 2019). Incluso, desconocen el incremento de su potencia psicoactiva, causando con ello más problemas psíquicos, respiratorios o cardiovasculares, que ya en algún caso puede llegar incluso a la muerte (Drummer et al., 2019). Ello suele ser debido a que ya son adictos, y niegan todo lo que se asocia con los efectos negativos del consumo. En otros casos porque tienen falsas creencias que han ido adquiriendo y consolidando con los años, sobre todo debido a una potente industria pro-cannabis y pro-legalización. A todo ello hay que añadir que suele envolverse bajo los efectos medicinales del cannabis muchas falsas expectativas. El cannabis se considera por los pro-consumidores como una panacea, cuando luego la evidencia científica sobre sus utilidades terapéuticas no son tantas (NASEM, 2017).

Por todo esto, es necesario llevar a cabo y mantener en el tiempo medidas de tipo informativo, como las que indicamos en la tabla 7.9.

Tabla 7.9. Medidas informativas para poner en práctica en relación al consumo de cannabis

- Conocimiento de la normativa en vigor sobre el cannabis y su consumo.
- Campañas anti-cannabis que incrementen la información, la educación y la concienciación de la población sobre las consecuencias negativas que tiene el consumo de cannabis.
- Incidir en las consecuencias negativas del consumo de cannabis en la salud, diferenciando lo que es el cannabis fumado de lo que son los derivados del cannabis para su uso terapéutico (medicamento).
- Difusión de información general sobre el cannabis, desde la perspectiva sanitaria, en los medios de comunicación. También en las redes sociales.
- Campañas para desnormalizar el consumo de cannabis.
- Hacer frente a la contra-prevención, contra-información y banalización del consumo así como desenmascarar a los grupos pro-cannabis y sus intereses.

Eficacia de la medida

A pesar de la relevancia que tiene el consumo de cannabis apenas se realizan campañas informativas sobre los negativos efectos que tiene en la salud. Sabemos que las campañas permiten que la población general conozca mejor sus efectos y también las consecuencias legales que tiene su consumo (ej., el estudio en el estado de Colorado de Brooks-Russell et al., 2017, en adultos). Tenemos menos evidencia de su impacto en adolescentes, que a veces son ineficaces (Farrugia y Fraser, 2017). El único modo de lograr que la información funcione en ellos es que sea de suficiente intensidad y se mantenga la misma en el tiempo (Das et al., 2016). Igualmente, que el mensaje se dirija a las consecuencias negativas del consumo, como es la salud física y mental (Pradhan et al., 2019) o los problemas y accidentes de tráfico que produce (NASEM, 2017).

Otro aspecto que hay que tener en cuenta cuando se proporciona información sobre el cannabis es centrarse en desmontar las falsas creencias que existen sobre el mismo. De no hacerse es difícil que la campaña sea eficaz (Becoña et al., 2019).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida implica la toma de decisiones sobre la realización de una campaña dirigida o bien a los jóvenes, o a la población general, orientada en todo caso a los objetivos que indicamos en la tabla 7.9. Viene bien incluir un sistema de evaluación sobre el impacto, recuerdo y sensibilización de la campaña realizada sobre el cannabis.

Resistencias

A nivel de la administración las resistencias vienen dadas por las implicaciones que tiene la misma, críticas que va a recibir por los movimientos pro-cannabis y necesidad de recursos para hacerla bien.

Otros tipos de resistencias vienen de los consumidores, cultura pro-cannabis y otros grupos que quieren consumir o seguir consumiendo drogas como una conducta social normalizada. Una campaña en contra de su consumo les recuerda que su conducta no es correcta, no es adecuada, no es segura, y ello no lo quieren oír. Les produce disonancia cognitiva.

2.10. Programas preventivos

Justificación de la medida

Ante la gravedad que ha cobrado el consumo de cannabis, y ante el hecho de que estamos actualmente ante una verdadera “epidemia” de su consumo, se hace necesario tomar distintas medidas para reducirlo y otras para ayudar a los que tienen problemas de adicción al mismo. Una de ellas es poner en práctica programas preventivos específicos para esta droga, en muchos casos unida a la prevención de las otras drogas, y especialmente de alcohol, botellón y tabaco. E, igualmente, deben aplicarse en distintos contextos, como indicamos en la tabla 7.10.

Tabla 7.10. Medidas de prevención que se deben aplicar en el consumo de cannabis

- Programas preventivos escolares.
- Programas preventivos familiares.
- Programas para jóvenes consumidores de cannabis.
- Programas para padres consumidores de cannabis.
- Programas para padres de hijos consumidores de cannabis.

Eficacia de la medida

Hoy disponemos de programas preventivos eficaces para las distintas drogas, entre las que se encuentra el cannabis. Estos programas son aplicables en distintos lugares, como en la escuela; y en distintos contextos o personas, como en la familia, en jóvenes consumidores, en padres consumidores de drogas y en padres con hijos consumidores de drogas (Das et al., 2016).

Donde más se han aplicado los programas preventivos ha sido a nivel escolar. Las revisiones y meta-análisis realizados indican que disponemos de varios programas eficaces (ej., Faggiano et al., 2014; MacArthur et al., 2018). Estos combinan los enfoques de competencia social y de influencia social. Por ejemplo, en el meta-análisis de la Cochrane Collaboration de MacArthur et al. (2018) encuentra una OR=0.79 para el consumo de cannabis. Esto indica que el programa funcionó adecuadamente llevando a un menor consumo de cannabis en el grupo experimental que en el grupo de control.

En España disponemos de experiencias concretas en donde se ha demostrado que se puede prevenir específicamente el consumo de cannabis en el medio escolar (ej., Villanueva et al., 2020). Y otro campo en el que hay que también aplicar programas preventivos es en el medio universitario. Aquí también logramos prevenir el consumo de cannabis (ej., Rocha et al., 2018).

Igualmente, disponemos de programas preventivos familiares eficaces (Van Rizin et al., 2016), programas selectivos e indicados para jóvenes consumidores (Tolan et al., 2007), programas para padres consumidores de drogas y para padres de hijos consumidores de drogas (Tolan et al., 2007).

Aplicabilidad

Cada vez se hace más necesario poner en práctica programas preventivos dirigidos específicamente hacia el consumo de cannabis, por su alta prevalencia. Esto debe hacerse tanto en medio escolar, a partir de los 12-14 años, hasta llegar a la universidad, por ser tan alto el consumo de cannabis, y por el incremento claro que tiene el consumo en el fracaso escolar (Becoña et al., 2020; Meier et al., 2015).

Todo lo anterior exige una política clara en el campo escolar para poner en práctica, de modo continuo y permanente, programas preventivos para los problemas que tienen los jóvenes, como es en este caso el consumo de cannabis. Otra alternativa es que exista una asignatura específica orientada a aspectos básicos de la vida, en donde un tema central de la misma es la prevención del consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales, incluyendo el cannabis, y el juego patológico.

Resistencias

Este tipo de medidas tienen pocas resistencias desde el campo de los afectados, padres o profesores. En cambio, al final las resistencias están en no proporcionar medios adecuados por parte de la administración correspondiente para ponerlos en práctica, no incluirlos en el currículum escolar o, unos por otros, dejar sin ponerlos en práctica.

2.11. Programas de screening y de tratamiento

Justificación de la medida

Cada vez se detectan más problemas asociados al consumo de cannabis (NASEM, 2017). Estos van desde problemas de salud física, problemas de salud mental, fracaso escolar y abandono temprano del instituto, problemas familiares, tráfico de drogas, detenciones, etc. En el campo sanitario cada vez se detecta un mayor número de personas que tienen problemas con el cannabis, ya a edades tempranas (ej., en los servicios de urgencias; Roberts, 2019). Por ello, cobra gran relevancia poner en práctica medidas de screening y de tratamiento para estas personas. En la tabla 7.11 se indican qué medidas se proponen aplicar.

Tabla 7.11. Medidas de screening y tratamiento para los consumidores de cannabis

- Detección de los consumidores de cannabis por parte de los profesores, orientadores escolares, pediatra, médico de atención primaria, padres, otros familiares u otras personas, y su remisión a un especialista.
- Detección de los consumidores de cannabis en los Servicios de Urgencias, por problemas con el alcohol, cannabis u otras drogas, y derivarlos a tratamiento.
- Intervenciones breves en consumidores de cannabis por parte de los profesionales del sistema de salud.
- Potenciar tratamientos para los adictos al cannabis.

Eficacia de la medida

Para que esta medida funcione adecuadamente se precisa entrenar en la detección de los consumidores de cannabis a los profesores, orientadores escolares, pediatras, médicos de atención primaria, padres, otros familiares o personas relacionadas con los jóvenes. Algunos síntomas son claros: peor rendimiento escolar, conductas extrañas, delirios, lipotimias, cambio de conducta, etc. Una vez detectados debe pedirse ayuda, bien en expertos cercanos al centro escolar o del sistema sanitario. Y, si se cree que tiene ya un problema con el consumo de cannabis derivarlo a un especialista en adicciones (Council on School Health and Committee on Substance Abuse, 2007).

El screening en los Servicios de Urgencias de los hospitales, como en Atención Primaria, ya se hace sistemáticamente, cuando se sospecha que la demanda se debe a tal consumo. Sabemos que las demandas de asistencia por problemas causados por el consumo de cannabis han aumentado de modo significativo en los últimos años en los servicios de urgencias (Hawk y D'Onofrio, 2018) y en los centros asistenciales de drogas (OEDYOA, 2019).

En relación al tratamiento de la adicción al cannabis disponemos de tratamientos psicológicos eficaces (Becoña et al., 2020), pero se precisa mejorar la adherencia al tratamiento, que asistan a los mismos, y que asuman que tienen una adicción, que lo que hacen no es una conducta normal. Esto es lo que impide en parte acudir más a los pacientes a tratamiento. Es muy necesario que acudan al mismo porque las consecuencias negativas del cannabis

son graves en muchos pacientes (Ksir y Hart, 2016; Ortiz-Medina et al., 2018). Y, a la larga incapacitantes.

Aplicabilidad

Algunas de las acciones que se han propuesto ya se vienen poniendo en práctica. Otras van a exigir un entrenamiento específico en las personas que deben hacer ese screening y que asumen la relevancia que tienen en ello.

Resistencias

Este tipo de medidas implica poca resistencia, porque son medidas que se vienen aplicando desde hace años, y están en el nivel profesional de los grupos afectados (enseñanza, profesionales sanitarios, servicios sociales). Lo que sí es necesario es que este tipo de acciones estén dotadas adecuadamente de recursos para que puedan realizarse.

2.12. Investigación

Justificación de la medida

Disponemos de diversa investigación sobre el cannabis, pero se precisa hacer más. El movimiento pro-cannabis llena de informaciones sesgadas y tergiversadas las redes sociales sobre las bondades del mismo. Su objetivo es que se consuma más, que se pueda hacer libremente y que cada vez mejore más la percepción social favorable hacia el cannabis. Para ellos las consecuencias negativas en la salud es una cuestión secundaria, o las niegan. Incluso es frecuente que sostengan erróneamente que muchos problemas de salud se podrían solventar consumiendo cannabis. Hemos vivido lo mismo en el caso del tabaco y del alcohol.

En esta línea, la realización de una investigación de calidad, objetiva y fiable es muy necesaria en este tema. Debe abarcar los factores de etiología, problemas de salud que acarrea, a nivel físico y mental, evaluar programas de prevención y ampliar los programas de tratamiento de que disponemos y otros nuevos que hay que investigar. Igualmente, estudiar las posibilidades terapéuticas que tiene el THC o sus derivados. Y difundir objetivamente sus resultados, no de modo sensacionalista o sesgado.

Por ello, se proponen una serie de medidas en relación a la investigación, como indicamos en la tabla 7.12.

Tabla 7.12. Medidas relacionadas con potenciar la investigación sobre el consumo de cannabis

- Para el incremento del conocimiento y mejor toma de decisiones objetivas sobre el consumo de cannabis.
- Contra la estrategia de bloqueo de la contra-prevención.
- Para tener información objetiva sobre el cannabis
- Para aumentar el número de personas, investigadores y profesionales implicadas en la salud.

Eficacia de la medida

Sabemos que incrementar el conocimiento sobre una temática, en forma de investigación y aportar datos empíricos, permite tener una idea más real de la situación y, con ello, se pueden tomar mejores decisiones. En el cannabis hay muchas ideas, creencias y opiniones incorrectas,

falsas o irracionales sobre el mismo (ej., Galván et al., 2017). Las creencias erróneas más peligrosas son las referidas a las bondades de su consumo y sus “teóricas” y “amplias” propiedades terapéuticas, en donde la mayoría no han sido demostradas (Carbonero et al., 2010; Rödnér et al., 2008). De ahí que este es uno de los aspectos más relevantes para conocer esas falsas creencias e ir las cambiando.

Relacionado con lo anterior está aportar datos epidemiológicos, como se viene haciendo sistemáticamente en los últimos años, tanto en España (ej., OEDYA, 2018, 2019), como en Europa (OEDYT) y Naciones Unidas (UNODC). A ello hay que añadir otra información de tipo preventiva, de tratamiento o de represión del tráfico, entre otras. Sabemos que cuando se dispone de información objetiva es más fácil tomar decisiones. También cuando hay experiencias concretas de las que podemos aprender e incluso trasladar e implantar en nuestro medio.

Financiar otras investigaciones relacionadas con el consumo del cannabis y sus efectos, facilita crear una masa crítica de investigadores, profesionales y clínicos que dan relevancia a ese tema (EMCDDA, 2017b).

Por todo ello, la investigación es central en esta droga como en otras.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida implica dos aspectos. Primeramente, voluntad política de llevarla a cabo y de potenciarla; en segundo lugar, aportarle medios suficientes para que pueda hacerse una investigación de calidad. Dado el alto nivel de consumo de cannabis, que se ha ido incrementando año a año, la investigación es una de las medidas para lograr aportar información objetiva que ayude a tomar decisiones sobre esta droga, sobre todo en lo relacionado con los problemas de salud, personales, escolares, familiares y de orden público que produce.

Resistencias

Para una medida de este tipo no hay resistencias por parte de los consumidores o de los grupos interesados en su distribución o venta. Las resistencias son más de tipo interno, de las administraciones, cuando no aportan suficientes recursos para hacer la investigación necesaria o la investigación de calidad que se precisa.

2.13. Coordinación de las medidas

Justificación de la medida

En cualquier droga, es necesario coordinar las medidas que se van a tomar sobre ella para que su efecto llegue a ser multiplicativo. A su vez, es necesario en la mayoría de los casos coordinar las acciones que se llevan a cabo con una droga en relación a otras, para mejorar el resultado de las acciones particulares. Igualmente, hay que coordinar distintas acciones entre los actores que tienen que ponerlas en práctica, como administraciones (nacional, autonómica, local), afectados (adictos, padres, profesores, empleadores, etc.) y servicios públicos que tienen que intervenir para atajar este problema (ej., escuelas e institutos, centro de salud, hospital, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, sistema judicial y penal, etc.). También hay que tener un buen sistema de derivación de las personas en las que se detecta que tienen problemas con el cannabis, bien a su orientador escolar, al centro de salud, al centro de adicciones o a otros

dispositivos de servicios sociales. En la tabla 7.13 indicamos las principales medidas de coordinación que hay que implantar en relación al consumo de cannabis.

Tabla 7.13. Coordinación de medidas en relación con el consumo de cannabis

- Coordinar las distintas acciones junto a otras de tipo informativo, preventivo (sobre todo a nivel escolar) y de tratamiento.
- Coordinación entre las distintas administraciones implicadas en las medidas a tomar.
- Coordinación dentro de una misma administración.

Eficacia de la medida

La eficacia de la medida de coordinación ante una acción concreta está fuera de toda duda. Con ella se logra un efecto sumativo a nivel de resultados, se reducen gastos, no se pisan unas acciones con otras, se clarifica lo que cada organismo o institución debe hacer, se coordinan acciones a corto, medio y largo plazo, y con todo ello se logra mantener la acción en el tiempo.

En el campo de la salud la coordinación es una cuestión básica. Distintos organismos sanitarios, como la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2018), han elaborado guías para coordinar acciones en temas de salud. Otros organismos fuera del campo sanitario, en relación a las drogas, hacen lo mismo (ej., OEDYA, 2019).

Aplicabilidad

Aplicar esta medida es habitual. Se viene haciendo desde hace muchos años en distintas instituciones, organismos y empresas (Dignum et al., 2015). Sí es cierto que hay que conocer cómo funciona un buen proceso de coordinación, tener claro el papel de cada uno en esa mesa de coordinación, saber los pasos que hay que dar, tomar decisiones claras y operativas, etc.

Resistencias

La única resistencia que se puede encontrar en la implementación de esta medida la podemos encontrar en aquellas personas, organismos o instituciones que no quieren estar en un organismo superior que les diga lo que tienen que hacer, o que se vean obligadas a cambiar el modo de actuar si se decide la medida a tomar en un organismo de coordinación superior. Si esto ocurre hay que convencerles de la necesidad de la coordinación entre todos para lograr los objetivos propuestos.

REFERENCIAS

- Ayers, J. W., Caputi, T. L. y Leas, E. C. (2019). The need for federal regulation of marijuana marketing. *JAMA*, 321, 2163-2164.
- Bewley-Taylor, D., Blickman, T. y Jelsma, M. (2014). *Auge y caída de la prohibición del cannabis. La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma*. Amsterdam, Holanda: Translational Institute.
- Babor, T. F., Caetano, S., Casswell, G., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity, 2nd ed.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

- Babor, T. F., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M.E. et al. (2018). *Drug policy and the public good (2nd ed.)*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Becoña, E. (2019). *Tratamiento de las adicciones a sustancias y comportamentales*. Madrid: Klinik.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cannabis, cocaína y heroína*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., López-Durán, A. y Martínez-Vispo, C. (2019). Marihuana. El debate entre el placer y la salud. En L. M. Bertoni y A. V. Machado Fernandes (Eds.), *Memória, álcool e drogas. Contribuições ao debate* (pp. 25-40). Brasília, Brasil: Maurício Galinkin Technopolitik (MEI).
- Belackova, V. y Wilkins, C. (2018). Consumer agency in cannabis supply - Exploring auto-regulatory documents of the cannabis social clubs in Spain. *International Journal on Drug Policy*, 54, 26-34.
- Brooks-Russell, A., Levinson, A., Li, Y., Roppolo, R. H. y Bull, S. (2017). What do Colorado adults know about legal use of recreational marijuana after a media campaign? *Health Promotion Practice*, 18, 193-200.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M. y Torres, M. A. (2000a). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa, *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 197-230.
- Calafat, M., Juan, E., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Llopis, J. J. (2000b). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 231-273.
- Carbonero, M. A., Martín-Antón, L. J. y Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3, 287-298.
- Carpentier, Ch., Laniel, L. y Griffiths, P. (Eds.) (2012). *Cannabis production and markets in Europe*. Lisboa. EMCDDA.
- Castaño, G., Becoña, E., Restrepo, S. M. y Scopetta, O. (2020). Toward the design and validation of a scale to assess amotivational syndrome in chronic marijuana users (ESATHC). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 305-313
- Caulkins, J. P. y Kilborn, M. L. (2019). Cannabis legalization, regulation, & control: A review of key challenges for local, state, and provincial officials. *American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 45, 689-697.
- Chandra, S., Radwan, M. M., Majumdar, C. G., Church, J. C., Freeman, T. P. y ElSohly, M. A. (2019). New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008-2017). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 5-15.
- Costello, H., Nelson, N. M., Henry, K. y Freedman, K. S. (2012) *WYSAC catalog of environmental prevention strategies. WYSAC Report No. DER-128*. Laramie, WY: Wyoming Survey & Analysis Center, University of Wyoming. Recuperado de: https://www.wishschools.org/resources/Catalog%20of%20Environmental%20Prevention%20Strategies_Final4%20Wyoming.pdf
- Council on School Health and Committee on Substance Abuse (2007). The role of schools in combating illicit substance abuse. *American Academy of Pediatrics*, 120, 1379-1385.
- Danovitch, I. y Gorelick, D. A. (2012). State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 309-326
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y. y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal on Adolescent Health*, 59(4S), 61-75.
- De la Fuente, J.R., Alvarez, D., Rodríguez, R., Ramos, L., Próspero, O., Mesa, F. et al. (2015). *Marihuana y salud*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Dignum, V., Noriega, P., Sensoy, M. y Sichman, J. S. (2015). *Coordination, organizations, institutions, and norms in agent systems XI*. Nueva York, NY: Springer.
- Drummer, O. H., Gerostamoulos, D. y Woodford, N. W. (2019). Cannabis as a cause of death: A review. *Forensic Science International*, 298, 298-306.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2017a). *Cannabis legislation in Europe: An overview*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2017b). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2020). *Monitoring and evaluating changes in cannabis policies: Insights from the Americas*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use (Review). *Cochrane Database Systematic Review*, 2014, Issue 12. Art No. CD003020.
- Farrugia, A. y Fraser, S. (2017). Science and scepticism: Drug information, young men and counterpublic health. *Health*, 21, 595-615.
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M. y Vásquez De la Hoz, F. (2017). Cannabis: A cognitive illusion. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46, 95-102.
- Goldenberg, M., IsHak, W. W. y Danovitch, I. (2017). Quality of life and recreational cannabis use. *American Journal of Addictions*, 26, 8-25.
- Gourdet, C., Giombi, K. C., Kosa, K., Wiley, J. y Cates, S. (2017). How four U.S. states are regulating recreational marijuana edibles. *International Journal on Drug Policy*, 43, 83-90.
- Gutierrez, A. y Sher, L. (2015). Alcohol and drug use among adolescents: An educational overview. *International Journal on Adolescent Medical Health*, 27, 207-212.
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110, 19-35.
- Hall, W., Stjepanović, D., Caulkins, J., Lynskey, M., Leung, J., Campbell, G. y Degenhardt, L. (2019). Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *Lancet*, 394(10208), 1580-1590.
- Hawk, K. y D'Onofrio, G. (2018). Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13, 18.
- Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Coffey, C., Patton, G. C. et al. (2010). Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 247-253.
- Hughes, B., Wiessing, L., Jarlais, D. D. y Griffiths, P. (2018). Could cannabis liberalisation lead to wider changes in drug policies and outcomes? *International Journal on Drug Policy*, 51, 156-159.
- Jessor, R. (Ed.) (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Kalant, H. (2016). A critique of cannabis legalization proposals in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 34, 5-10.

- Kilmer, B., Kruihof, K., Pardal, M., Caulkins, J. P. y Rubin, J. (2013). *Multinational overview of cannabis production regimes*. Amsterdam: Research and Documentation Centre (WODC), Ministry of Security and Justice (recuperado de: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR510/RAND_RR510.pdf).
- Kilmer, B. y Pacula, R. B. (2017). Understanding and learning from the diversification of cannabis supply laws. *Addiction*, 112, 1128-1135.
- Ksir, C. y Hart, C. L. (2016). Cannabis and psychosis: A critical overview of the relationship. *Current Psychiatry Reports*, 18, 12.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J. et al. (2018). Individual-, family-, and school-level intervention targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2018, issue 10. Art. No. CD009927.
- Meier, M. H., Hill, M. L., Small, P. J. y Luthar, S. S. (2015). Associations of adolescent cannabis use with academic performance and mental health: A longitudinal study of upper middle class youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 207-212.
- Mittleman, M. A., Lewis, R. A., Maclure, M., Sherwood, J. B. y Muller, J. E. (2011). Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation*, 103, 2805-2909.
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine [NASEM], (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids. The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Observatorio Español sobre la Droga y las Adicciones [OEDYA] (2019). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español sobre la Droga y las Adicciones [OEDYA] (2020). *ESTUDES 2018/19. Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias En España (ESTUDES) 1994-2018*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Centro Canadiense sobre el Consumo de Sustancias y Adicciones [OEDYT/CCSCS] (2018). *Cannabis al volante: preguntas y respuestas para la elaboración de políticas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019). *Uso médico del cannabis y los cannabinoides: preguntas y respuestas para la elaboración de políticas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Orenstein, D. G. y Glantz, S. A. (2018). Regulating cannabis manufacturing: Applying public health best practices from tobacco control. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50, 19-32.
- Ortiz-Medina, M. B., Perea, M., Torales, J., Ventriglio, A., Vitrani, G., Aguilar, L. y Roncero, C. (2018). Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. *International Journal of Social Psychiatry*, 64, 690-704.
- Pradhan, A. M., Park, L., Shaya, F. T. y Finkelstein, J. (2019). Consumer health information technology in the prevention of substance abuse: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e11297.
- Richmond-Rakerd, L. S., Slutske, W. S. y Wood, P. K. (2018). Age of initiation and substance use progression: A multivariate latent growth analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 664-675.

- Roberts, B. A. (2019). Legalized cannabis in Colorado emergency departments: A cautionary review of negative health and safety effects. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20, 557-572.
- Rocha, C., Becoña, E. y Sousa, G. (2018). Risk & Challenges: Effectiveness assessment of a preventive program on addictive behaviors and dependencies amongst students in higher education. *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1, 73-84.
- Rödner, S., Olsson, B. y Room, R. (Eds.) (2008). *A cannabis reader: Global issues and local experiences, vol. 1*. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Room, R. (2014). Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109, 345-351.
- RMHIDTA (2017). *The legalization of marijuana in Colorado: The impact. Volume 5, October 2017*. Colorado: Rocky Mountain HLDTA (en <http://www.rmhidta.org/html/FINAL%202017%20Legalization%20of%20Marijuana%20in%20Colorado%20The%20Impact.pdf>).
- RMHIDTA (2019). *The legalization of marijuana in Colorado: The impact. Volume 6, September 2019*. Colorado: Rocky Mountain HLDTA (recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6913861/pdf/ms116_p0450.pdf).
- Salloum, N. C., Krauss, M. J., Agrawal, A., Bierut, L. J. y Gruzca, R. A. (2018). A reciprocal effects analysis of cannabis use and perceptions of risk. *Addiction*, 113, 1077-1085.
- Sevigny, E. L. (2013). Is today´s marijuana more potent simply because it´s fresher? *Drug Testing and Analysis*, 5, 62-67.
- Shanahan, M. y Cyrenne, P. (2021). Cannabis policies in Canada: How will we know which is best? *International Journal on Drug Policy*, 91, 1025556.
- Shackleton, N., Jamal, F., Viner, R. M., Dickson, K., Patton, G. y Bonell, C. (2016). School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: Systematic review of reviews. *Journal of Adolescent Health*, 58, 382-396.
- Smart, R. y Pacula, R. L. (2019). Early evidence of the impact of cannabis legalization on cannabis use, cannabis use disorder, and the use of other substances: Findings from state policy evaluations. *American Journal on Drugs and Alcohol Abuse*, 45, 644-663.
- Tolan, P., Szapocznik, J. y Semabrano, S. (2007). *Preventing youth substance abuse. Science-based programs for children and adolescent*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Trangenstein, P. J., Whitehill, J. M., Jenkins, M. C., Jernigan, D. H. y Moreno, M. A. (2021). Cannabis marketing and adolescent past-year cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 288-291.
- UNODC (2019). *Informe Mundial sobre las Drogas 2019*. Viena, Austria: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- Van Ryzin, M. J., Roseth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y-K. y Chen, Y-C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72-80.
- Villanueva, V. J., Puig-Pérez, S. y Becoña, E. (2020). Efficacy of the "Sé tu mismo" (Be Yourself) program in prevention of cannabis use in adolescents. *International Journal of Mental Health and Addictions*, online.
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. y Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370, 2219-2227.

World Health Organization [WHO] (2016). *The health and the social effects of nonmedical cannabis use*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2018). *Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Ginebra, Suiza: World Health Organization. (recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>).



**Juegos de azar, apuestas
deportivas y la prevención del
JUEGO EXCESIVO
Y JUEGO PATOLÓGICO**

8

1. De dónde partimos

Aunque tenemos una larga historia en relación a los juegos de azar, no es hasta décadas recientes cuando los mismos tienen una gran repercusión económica y social al mismo tiempo que aumenta su poder adictivo. Es en el siglo XIX y principios del XX cuando los casinos surgen en España, como el de Madrid en 1837, el de San Sebastián en 1887, el de A Toxa (Pontevedra) en 1905. En 1924 el gobierno de Primo de Rivera prohíbe el juego en España, excepto las loterías, que venían funcionando desde el año 1.811 para financiar en aquel momento la Guerra de la Independencia. Ya en el siglo XX se crea en 1938 el cupón de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), como cupón para cumplir una labor social, que era la de financiar los servicios de los ciegos españoles. Después de la guerra civil se legalizan en 1946 las Quinielas Futbolísticas. También en esos años estaban presentes otros juegos de uso puntual en el año (ej., las carreras de galgos, juegos tradicionales, rifas puntuales, etc.).

Es en 1977, con la promulgación del Real Decreto-Ley sobre el juego, donde se vuelve de nuevo a legalizar el juego, abriéndose inmediatamente los viejos casinos que se habían prohibido; aparecen los bingos; en 1981 se legalizan las máquinas recreativas con premio (las máquinas tragaperras); en 1986 surge la lotería primitiva y en 1988 el bono loto. En 1991 aparece la lotería del horóscopo, que desaparece años después y, en 2011, se regula el juego online.

Aunque hay una importante regulación del juego, el mismo se ha convertido en una industria muy potente. Además, un aspecto muy relevante de la economía nacional es la industria del turismo y la industria del ocio, restauración y diversión asociada a la misma. Los datos oficiales del año 2018 (INE, 2019) indican que en el mismo trabajan el 12.85% de todos los trabajadores, representando el 11.7% del PIB (que subiría uno o dos puntos más con la economía sumergida de estos años). España tiene actualmente el 7% del turismo mundial y el 13% del europeo. Los últimos datos disponibles (ej., en número de pernoctaciones), dado el crecimiento continuo del turismo en España, ha llevado a que actualmente España sea el segundo país en el mundo a nivel turístico, estando delante Estados Unidos, y detrás Francia (INE, 2019). Los que más nos visitan son los británicos y los alemanes. Algunas zonas de España (ej., Islas Canarias, Islas Baleares y Andalucía) tienen al turismo como una de sus principales fuentes de ingresos. El clima, con muchos días de sol al año, las altas temperaturas y varios miles de kilómetros de costa y playas, precios asequibles, buen sistema de transporte con Europa y América, así como un excelente sistema de comunicaciones en el país, facilitan este éxito. El turismo fue, precisamente, la justificación que se adujo en 1977 para legalizar el juego.

Existieron varias causas para esta nueva legalización del juego. La oficial fue que el juego se legalizaba para que los muchos turistas que venían a España pudiesen jugar y así dejar aquí su dinero. Junto a ella hay otras dos relacionadas. Una, la necesidad de recaudar más impuestos, constituyendo el juego un modo ideal de hacerlo. La otra, las presiones desde distintos sectores de que se legalizase el juego, como venía ocurriendo en aquellos años en distintos países de nuestro entorno, por el gran negocio que subyace a cualquier tipo de juego, al manejarse cantidades ingentes de dinero.

Desde la perspectiva actual, la legalización del juego, y especialmente de algunos juegos –las máquinas tragaperras– se hizo de modo precipitado, incontrolado y con pocos estudios sobre las graves consecuencias que en pocos años iba a acarrear a muchos ciudadanos. Las consecuencias las vivimos hoy con los miles y miles de ludópatas que tenemos.

Tabla 8.1. Año de creación de los distintos juegos legales existentes en España

Denominación	Año de creación
Lotería Nacional	1812
Apuestas en carreras de galgos	1935
Cupón de la ONCE	1938
Quinielas futbolísticas	1946
Apuestas hípcas	1957
Casinos	1977
Bingos	1977
Máquinas recreativas y de azar	1981
Lotería Primitiva	1986
Bonoloto	1988
Lotería del Horóscopo (2)	1991
Combo de la ONCE (1)	2004
Euromillones	2004
(1) Esta lotería hoy no existe.	

Hoy las cifras de negocio en torno al juego en España son muy importantes. Sólo la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) tiene 33.000 trabajadores, aunque si se cuentan los puestos directos e indirectos que crea serían más de 100.000 trabajadores; hay cientos de bingos distribuidos por todo el país, miles de despachos para el sellado de quinielas, lotería primitiva y venta de lotería nacional... Los bares y restaurantes tienen máquinas tragaperras para complementar sus ingresos. Todo esto lleva a que la cantidad gastada anualmente en juego en España es de 33.396 millones de euros (año 2015). De ellos las máquinas tragaperras representan el mayor gasto, de 9.250 millones de euros (el 27.7% del total), los casinos 1.674 millones de euros, los bingos 1.840 millones de euros, las loterías 8.680 millones de euros, el cupón de la ONCE 1.794 millones de euros, el juego online 8.562 millones de euros, y otras cantidades menores en otros juegos. Los datos anteriores son para el año 2015 (DGOJ, 2016). Indicamos ese año y no otros más recientes porque, a partir del año 2017, la Dirección General del Juego cambió los criterios sobre el gasto en juego que mantenía inalterados durante décadas, plegándose a la industria del juego, como venía ésta desde hace décadas reclamando, y en vez de hablarse de gasto en juego se pasa a hablar de “cantidad jugada” o de “juego real”. Esta es la diferencia entre lo que se gasta en juego menos los premios concedidos. Un curioso artilugio que permite manipular el gasto en juego. De este modo, el gasto en juego baja de golpe, para el año 2019, a sólo 9.870 millones de euros (Gómez y Lalanda, 2019).

Por tanto, el juego tiene su relevancia en el empleo, los impuestos que recauda la administración, su relación con el turismo y ocio, al proporcionar entretenimiento; y la atracción que tiene para muchas personas jugar, por el comportamiento supersticioso típico en el juego (Becoña y Becoña, 2018; DGOJ, 2019; Gómez y Lalandá, 2019).

A nivel de impuestos podemos poner el ejemplo del sorteo de Navidad, la Lotería de Navidad. En el año 2016 el gasto ha sido de aproximadamente 3.300 millones de euros. De éstos se dan en premios un 70% (2.300 millones de euros, de los que se descuenta el 20% de impuestos a los premios importantes), y el 30% restante (1.100 millones de euros) para gastos ocasionados por el sorteo y para la hacienda pública. El coste de cada participación es de 20 euros.

Desde hace años no deja de crecer el juego en España y en otros países. El último ejemplo es el del juego online.

1.1. Participación y gasto en juego en España

La participación de la población en los juegos de azar puede decirse que era anecdótica en España hasta comienzos de 1980. El gasto en juego no llegaba a 3.000 millones de euros. Con la legalización y difusión del juego fue creciendo la cantidad gastada en juego, llegando a los 33.396 millones de euros actuales (últimos datos fiables, de 2015), en las más de 200.000 máquinas tragaperras, docenas de casinos, medio centenar de bingos, cientos de puntos de venta de la lotería, etc. El margen comercial fue de 8.134 millones de euros. Destaca en este año que en juegos online se gastaron 8.562 millones de euros (DGOJ, 2015).

Del total jugado en España, el primer lugar lo ocupan las loterías, con un 31.44%, seguido de las máquinas tipo B (las populares máquinas tragaperras), con un 27.70%, apuestas deportivas (17.04%), casinos (11.54%), bingos (5.71%) y otros (6.58%).

El estudio de Gómez et al. (2016) con una muestra de 1.012 personas de 18 a 74 años, entrevistados por teléfono, indica que, con datos de 2015, el 83.5% ha jugado al menos a un juego de azar. Así, el 75% ha jugado al menos una vez al año a la lotería de Navidad, un 33% al menos una vez al año a la primitiva y un 20% al cupón de la ONCE. También, un 8% al bingo, un 6% al casino, un 3.8% a apuestas deportivas y un 3% a máquinas tragaperras.

La lotería de Navidad es muy importante en España, porque es un rito social. La gente juega a la misma por costumbre y por presión social. Esto explica que la mitad de la venta anual de lotería se hace en este sorteo.

En los últimos años ha surgido alguna lotería autonómica, como la Grossa en Cataluña, que pretende competir con la de Navidad, pero con menos importancia.

El juego de las otras loterías, al menos una vez en el año, fue del 32.6% de la población. El éxito de éstas, como la primitiva, el gordo de la primitiva, la bonoloto y el euromillón, es su bajo precio. Ej., en la primitiva un euro por apuesta. Además, cada diez teóricos números se consigue el reintegro (último número), lo que hace que se mantenga más fácilmente esta conducta por reforzamiento de razón variables (Ochoa et al., 1994), un método efectivo para mantener la realización de cualquier tipo de conducta, que es lo que explica la adicción a las máquinas tragaperras cuando está muy cercano el acto conductual del premio (Petry, 2004). Junto a las loterías el 20% de la población juega al menos una vez al año al cupón de la ONCE, comprándolo la mayoría al menos una vez al mes. En cambio, son menos los que juegan a la quiniela de fútbol, el 7.5%, siendo casi todos varones, y aficionados al fútbol, a diferencia de los anteriores juegos.

Al bingo juega el 8% de la población al menos una vez al año. El perfil de jugador es distinto porque unos acuden para ganar dinero pero otros para hacer relaciones en el mismo, o van con la familia o amigos para pasarlo bien. Algo parecido ocurre en los juegos de casino, al que acuden el 6.3% de la población al menos una vez al año.

El fenómeno de las máquinas tragaperras es el más peculiar en España. En el estudio de Gómez et al. (2016) solo el 2.8% reconocen que juegan a las mismas en el año, varones casi todos, por realizarse dicho juego sobre todo en bares o restaurantes. Es un juego intenso, continuado y mantenido en el tiempo, donde vamos a encontrar el 75% de los jugadores patológicos que buscan tratamiento (Becoña et al., 1995). Su accesibilidad es total, de ahí la dificultad de prevenir esta conducta.

Fenómenos nuevos de juego son los salones de juego, las apuestas deportivas en locales de juego y el juego online. Los salones de juego han aumentado en los últimos años. Se ofrecen tanto juegos como servicios de restauración. A ellos acuden jóvenes y adultos jóvenes. Las apuestas deportivas en locales de juego son un fenómeno en aumento (el 3.5% de la población reconoce que han ido en el último año), siendo casi todos los que acuden hombres. Y el juego online va creciendo de modo imparable. Un estudio de la administración indicaba para 2014 dos millones de personas apuntados en ellos, aunque luego solo 824.000 habían jugado alguna vez (DGOJ, 2015). Pero estaría aparte el juego online no registrado oficialmente. El juego online suele usarse para apuestas deportivas, póquer, juegos de casino y bingo. Quizás en España este tipo de juego no se ha expandido más porque la red de acceso a internet sigue siendo limitada en muchos pueblos pequeños y zonas rurales.

La administración obtiene una parte de los impuestos del juego en forma de tasas, IVA, retenciones fiscales de los premios importantes, beneficios empresariales y otros impuestos. Esto significa una recaudación de varios miles de millones de euros en impuestos cada año por juego.

1.2. Legislación estatal sobre el juego en España

1.2.1. La legislación desde sus inicios hasta el final del s. XX

En España tenemos una larga historia sobre la regulación del juego, que se remonta al siglo XIII en las Partidas de Alfonso X el Sabio (1256), que luego amplía en su Ordenamiento de Tafurerías (1276). En los siglos posteriores otras normas siguieron regulando el juego. En el siglo XIX (1812) se crea la Lotería Nacional, que es actualmente la lotería más antigua del mundo. A partir de los años 30 del siglo XX se legalizan las apuestas en carreras de galgos y caballos, aunque las mismas tienen escasa importancia. En 1939 se autoriza la venta del cupón por parte de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) y en 1946 las quinielas de fútbol. Estos juegos tienen escasa importancia y no acarrear problemas de adicción en la población. Esto cambia en el año 1977 cuando se legaliza el juego de azar en casi todos sus tipos, como casinos y bingos (1977), máquinas tragaperras (1981) y nuevas loterías. Las consecuencias de esta legalización fueron claras: mayor gasto en juego, mayores problemas ocasionados a las personas por su conducta de juego y surgimiento de jugadores patológicos, pero también una gran cantidad de recaudación de impuestos para la hacienda pública.

El periodo comprendido entre 1977 y 1990 fue un periodo de expansión del juego muy importante, como lo muestra el continuo incremento de gasto en juego. A finales de los años 80 y principios de los 90 los problemas que acarrea el juego en los ciudadanos españoles era evidente. La alarma social era cada vez mayor y las asociaciones de afectados y muchos profesionales daban la señal de alarma. También la realización y publicación de los primeros estudios epidemiológicos sobre juego patológico indicaban que estábamos ante un tema grave que estaba alcanzando una gran magnitud.

Ante el agravamiento de los problemas causados por el juego se creó en el Congreso de los Diputados en 1990 una comisión para analizar este fenómeno. En diciembre de 1992 la misma presentó el *Informe sobre la situación actual del juego en España* (Congreso de los Diputados, 1992). Este es un minucioso informe, elaborado a lo largo de dos años de múltiples comparecencias, donde se obtuvieron varias conclusiones y se sugirieron líneas concretas de actuación al Gobierno. Algunos de los puntos más relevantes los extractamos a continuación por su interés.

Respecto a su regulación concluye que en ese momento había una inadecuada regulación del juego en España. Respecto a la eficacia del control administrativo, la Ponencia indica, en su apartado 3, que “en la medida en que los juegos de resultado instantáneo pueden provocar adicción, se recomienda a los poderes públicos que restrinjan su comercialización”; y, en su apartado 5 “siendo las máquinas B muy adictivas potencialmente, deben limitarse su presencia en los establecimientos de hostelería, potenciándose su ubicación en locales de juego específicos en los que sea posible establecer sistemas de admisión que eviten el acceso a los menores y a las personas incluidas en el Registro de Prohibidos”.

Respecto a la atención a los efectos sociales negativos del juego: “La Ponencia considera que la actividad lúdica del juego, cuando va acompañada de la posibilidad de obtener una ganancia económica, puede llegar, en determinados casos y especialmente en los juegos de resultados inmediatos, a constituir una actividad adictiva, socialmente de gran peligrosidad, por las consecuencias que acarrea, de todo tipo, y especialmente sociales, familiares y laborales, acarrea para el jugador adicto. Si a esta potencial nocividad del juego, se une la existencia de segmentos de población que por edad, falta de ocupación, u otras características, son más susceptibles de presentar una posterior adicción, se hace claramente necesario que los distintos poderes públicos asuman su responsabilidad ante las consecuencias sociales negativas del juego y adopten las medidas de protección necesarias frente a los grupos de población más vulnerables”.

A partir de todo lo anterior, la Ponencia consideró necesario diseñar programas de prevención, propiciar el funcionamiento de servicios de tratamiento de las ludopatías, favorecer los estudios e investigaciones sobre los efectos sociales de las ludopatías, mantener la política de reducción de los premios, promover una política de protección del menor y de la juventud y, finalmente indagar en la relación entre ludopatía y delincuencia.

A partir de estas sugerencias el gobierno puso en marcha varias medidas, dirigidas especialmente a las máquinas tragaperras, entre las que destacan las que pusieron en marcha entre 1990 (Real Decreto 593/1990, BOE 16-5-1990) y 1993 (Real Decreto 259/1993, BOE 9-3-1993): la duración media de la jugada pasa de ser de 3 a 5 segundos; la acumulación máxima de jugadas pasa a 20, teniendo que volver a 0 para poder volver a jugar; se eliminan los dispositivos luminosos o sonoros (música) que servían como reclamo aun estando la máquina sin usar; y, se reduce el número de máquinas tragaperras por cada establecimiento de hostelería, bajando de dos a una por establecimiento. Estas medidas, que pueden parecer simples, llevaron de modo inmediato a bajar la recaudación de las máquinas tragaperras en marcha en 3.600 millones de euros.

Estas medidas llevaron a que se gastase menos dinero en juego, especialmente en las máquinas tragaperras, y en que se contuviese y disminuyese el número de jugadores patológicos. También a partir de los años 90 se incrementa el interés por el tratamiento de los jugadores patológicos y se introduce el tratamiento en el sistema público de salud (centros de salud mental, unidades de conductas adictivas, unidades de alcoholismo, etc.) o se financian tratamientos profesionales en las asociaciones de jugadores rehabilitados.

El panorama anterior cambia en el año 1998 (Real Decreto 2110/1998, BOE 16-10-1998) cuando se elabora un nuevo Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar. Los aspectos más importantes del mismo son: la duración media de la partida no será inferior a 5 segundos; la máquina dará en premios no menos del 75% del valor de las partidas efectuadas; las máquinas no podrán tener instalado ningún tipo de dispositivo sonoro que sirva como reclamo para el jugador; y, en los establecimientos se permite tener hasta dos máquinas tragaperras. El cambio más sustancial de esta norma es que vuelve de nuevo a permitirse que aquellos que quieran pueden pasar a instalar dos en vez de una máquina tragaperras en sus establecimientos. Con las primeras medidas descendió de modo significativo la cantidad jugada en las máquinas tragaperras, pasando en este caso de 11.273,9 millones de euros en 1988 a 7.625,8 en 1990. Por el contrario, con la nueva liberalización se incrementó el gasto en juego de 7.512,4 de 1997 a 8.836,4 en 1998, a 9.565,7 en 1999 y 10.416,2 en 2000.

La situación actual no ha mejorado y los juegos siguen creciendo. De modo especial destaca que es la propia Administración la que explota las loterías, y su incremento año a año es evidente (por ej., en el sorteo de Navidad, celebrado en diciembre de 2019, que es el más importante del año, se jugó en ese sorteo en España 2.819 millones de euros; en el sorteo del Niño 686 millones de euros). De igual modo, las empresas de máquinas recreativas españolas han comprado varios casinos españoles y tienen un claro interés en los mismos. Esto se ha visto reflejado en un mayor volumen de negocio en ellos, que ha crecido un 45% en los últimos cinco años. Los bingos están estancados o en descenso en los últimos años, como otros juegos y el cupón de la ONCE. Las ansias recaudatorias de la administración central y autonómicas mantienen de modo importante esta voluminosa cantidad de juego y ninguna está dispuesta a perder su parte del pastel.

Tabla 8.2. Normas más importantes sobre el juego de azar en España desde 1977 hasta hoy

Año	Norma reguladora
1977	Real Decreto-Ley 16/1977 de 25 de febrero, donde se abre la posibilidad de practicar algunos juegos de azar en España
1977	Orden Ministerial sobre Reglamento provisional de casinos
1977	Orden Ministerial sobre Reglamento de bingo.
1981	Orden Ministerial sobre Reglamento de máquinas recreativas y de azar.
1983	Ley Orgánica 8/83 de 25 de junio, de reforma urgente y parcial del Código Penal
1990	Real Decreto sobre Reglamento de máquinas recreativas y de azar
1993	Real Decreto sobre Modificación del reglamento de máquinas recreativas y de azar
1995	Código Penal
1998	Real Decreto, Reglamento de máquinas recreativas y de azar
2011	Ley sobre el juego
2014	Desarrollos normativos para cada tipo de juego de azar

Nota: Disponible las normas en www.boe.es y www.mir.es.

1.2.2. La legislación de 2011 y años siguientes

En el año 2011 aparece un cambio importante en la regulación del juego con una nueva Ley del juego (Ley 13/2011, de Regulación del Juego). De modo sintético, la misma se centra en los siguientes aspectos: sobre todo en los juegos electrónicos a distancia; en la protección de los menores; en la apertura a nuevos operadores de juego; a la fiscalidad (la Dirección General del Juego está en el Ministerio de Hacienda); a presentar una normativa muy detallada y específica para los nuevos operadores y a los nuevos tipos de juegos, y a los desarrollos minuciosos a partir de la misma para cada juego; a los derechos de los jugadores y defensa de los grupos vulnerables; a la inspección y control de los operadores y de la marcha del juego; al régimen sancionador cuando se incumple la ley; y se mantiene la reserva de actividad para las loterías (Sociedad Estatal Loterías y Apuestas del Estado) y la ONCE.

Dado que la ley anterior se orientaba sobre todo al juego online, éste empieza formalmente en España, con un control de la administración pública en 2012. Hasta ese momento no había mecanismos legales para controlar todos los juegos que había en internet. Entre el año 2011 y 2014 salieron los reglamentos para cada tipo de juego, teniendo actualmente una legislación sobre el juego en España muy minuciosa y completa.

Esta Ley del Juego se concretó en 2014 en una apertura de nuevas licencias para nuevos operadores, con una mayor liberalización del juego. En 2015 había un total de 221 licencias concedidas (103 para casinos, 67 para apuestas, 30 para máquinas de azar, 25 para póker, y 9 para concursos). Es también en 2014 cuando aparece la reglamentación de las máquinas de azar online y de las apuestas cruzadas online. También se creó el portal web www.jugarbien.es, en donde se difunde el juego responsable. Actualmente, el número de licencias va en aumento, contabilizándose 81 en el año 2019. En torno a 900.000 personas se conectan cada mes para jugar online, con un gasto en juego de 2.518 millones de euros (año 2018) (Gómez y Lalanda, 2019). Entre el año 2014 y el 2018 el incremento de gasto en este juego creció un 400%.

El control del juego, y su regulación, sigue correspondiendo a la Dirección General de Ordenación del Juego del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, que recientemente ha pasado al Ministerio de Consumo. A su vez las distintas comunidades autónomas tienen un organismo administrativo dedicado a las labores de control de inspección del juego en sus territorios, con un alto nivel de eficiencia.

La Dirección General de Ordenación del Juego es la encargada de controlar todas las actividades del juego en España, tanto los juegos públicos (loterías) como los privados. También en los últimos años todos los juegos online que pueda realizar cualquier ciudadano en España. De ahí la persecución de webs online ilegales, tanto de España como de otros países. Varios han sido cancelados a través de la eliminación del servicio por parte de los operadores telefónicos a través de órdenes judiciales. Hay un consejo de políticas de juego en el que están los miembros de las comunidades autónomas y de la administración del estado. Es un órgano de participación y coordinación, aunque no decisorio.

En Becoña y Becoña (2018) puede verse más detalladamente la regulación para cada juego.

1.2.3. La regulación del juego online

El avance más espectacular que estamos viviendo en los últimos años en relación al juego de azar es el del juego online. Gracias a Internet podemos comunicarnos entre miles de ordenadores situados en distintos lugares del mundo, desde nuestro ordenador, sentados cómodamente ante él.

Hoy recordamos como no hace tanto distintas compañías pusieron en marcha juegos de azar a través de Internet desde fuera de los Estados Unidos pero dirigidas a los Estados Unidos, desde islas del Caribe, como las Turks o Belize. Luego para todo el mundo. Al tiempo surgieron casinos online en distintas partes del mundo. En poco tiempo, los estados regularon el juego en su territorio.

No hay duda del crecimiento continuo, a veces exponencial, del juego online año a año. La cuota de mercado del juego online cada vez es mayor en relación al juego normal. Sin duda alguna, en pocos años tendrá una cuota importante del mercado. Pero no ocupará todo el mercado. Convivirá con el juego presencial.

1.2.4. El surgimiento de las casas de apuestas deportivas

En los últimos años destaca, por una parte, el surgimiento del juego online y, por otra, el surgimiento de las casas físicas de apuestas deportivas, en donde la apuesta se hace presencialmente pero también online. Tanto uno como otro se orienta en parte a las apuestas deportivas. Éstas tenían, y tienen, una gran tradición en España, en relación a la Quiniela de fútbol. Son muchas décadas legalizadas, desde el año 1946. Era uno de los juegos de azar más populares, junto a la Lotería Nacional, antes de legalizarse el resto de juegos de azar.

Hoy se han legalizado muchos portales online de juego, orientados a las apuestas deportivas. La quiniela ya no es el juego predominante al poder apostar a otros muchos deportes y con modos distintos de apostar que los tradicionales. Las apuestas pueden ser, como en las quinielas, simples, combinadas, en directo, o antes del partido. Así se abren más las posibilidades de apostar.

Unido a esto se han abierto locales físicos para apuestas deportivas, en donde no sólo se puede jugar, sino también ver partidos de fútbol, baloncesto, u otros deportes en donde se puede apostar, en televisiones distintas, bien grandes y vistosas, así como poder tomar algo o incluso comer o cenar. Así se abren varios lugares diferenciados: restauración, visionado de partidos de fútbol por ejemplo y área de apostar. Y, con ello, se abre la posibilidad de que los más jóvenes puedan pasar más fácilmente de una a otra área.

Por nuestras características, no siempre la persona quiere apostar en su plataforma (ordenador, tableta o móvil). Puede querer hacerlo personalmente. Estas casas de apuestas lo permiten. De ahí que este tipo de establecimientos, y de apuestas, no deje de crecer año a año. De ahí, que hoy hay más de 50 marcas de casas de apuestas distintas en el mercado español que operan online, y varias con locales físicos propios.

En el Informe Anual que realiza la Dirección General de Ordenación del Juego, en 2017 el beneficio de Juego de los casinos y casas de apuestas online fue de 560 millones de euros, una cifra atractiva que supuso un crecimiento del 30% si se compara con las cifras que se registraron en 2016. Las casas de apuestas deportivas representaban más del 55% de la cifra total arriba descrita. Le seguían los juegos de casino online, con menos del 30% del total, y finalmente el póker, el bingo y los concursos online.

También hay que indicar que actualmente se puede jugar online a las máquinas tragaperras.

1.2.5. La regulación específica para los distintos juegos de azar

Esta es muy amplia y no es el objetivo del presente informe. La misma puede consultarse en la página web de la Dirección General de Ordenación de Juego (www.ordenacionjuego.es). Un resumen de la misma, para cada juego en España, puede consultarse en Becoña y Becoña (2008) y Gómez y Lalanda (2019).

Como apunte relevante hay que indicar que una petición continua por parte de las CCAA es solicitar al gobierno central de que sean ellas las que tengan las competencias sobre el juego en sus CCAA y, sobre todo, que sean ellas las que recauden y decidan qué hacer con los impuestos obtenidos por el juego. En la práctica, algunos impuestos están cedidos a las CCAA (ej., la tasa anual de las máquinas tragaperras), pero la mayoría de las tasas e impuesto de juego se pagan a la administración central.

1.2.6. Juego patológico, apuestas deportivas, juego online, y la alarma social producida por el juego

Es claro que en España se ha pasado de no existir el juego a un gasto importante en el mismo. El período entre 1977 y 1990 fue uno de gran expansión en el área de los juegos de azar en España. A finales de la década de 1980 y principios de la década de 1990, los problemas que producía el juego de azar a los ciudadanos era más que evidentes. En 1990, dada la creciente gravedad de los problemas causados por el juego, como juego patológico, se creó una comisión parlamentaria para examinar el fenómeno. En diciembre de 1992, la comisión presentó su informe, *Informe sobre la situación actual del juego en España* (Congreso de los Diputados, 1992). A partir de aquí se incrementa la regulación del juego en España, sobre todo de las máquinas tragaperras, con mayores restricciones a las mismas.

En esos años se hizo una regulación más restrictiva de las mismas. Y, en 1998 aparece el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar. Los aspectos más importantes de esta legislación fueron: la duración media de la unidad de juego no debe ser inferior a 5 segundos; las máquinas deben entregar en premios no menos del 75% del valor de lo apostado; las máquinas no pueden incluir ningún tipo de efecto de sonido que sirva para publicitarlo o llamar la atención de los jugadores potenciales; y una máquina tragaperras por establecimiento y otra de videojuegos sin premio en metálico (previamente podría haber más de una máquina tragaperras en establecimientos de hostelería). La consecuencia de estas medidas fueron claras: disminución en la cantidad de dinero jugado en las máquinas tragaperras, pasando el gasto en las mismas de 11.273,9 millones de euros en 1988 a 7.625,8 millones de euros en 1990. Pero en la década de 2000, de nuevo, aparece una nueva liberalización de las máquinas tragaperras.

Lo anterior ha llevado a que en España la prevalencia del juego patológico era en la década de los 90 de un 1.5% (Becoña et al., 1995), con criterios DSM-III (APA, 1980); en la siguiente década, de un 0.3% para el último año, y un 0.9% para vida (Becoña, 2010; DGOJ, 2015) con criterios DSM-IV (APA, 1994). Gómez et al.(2016) indica en su estudio que con una muestra de la población general que el 0.4% serían jugadores patológicos en 2015 que bajaría al 0.1% en 2016. Estarían en riesgo moderado el 3.2% en 2015 y el 2.8% en 2016. En otra muestra, ya específica de jugadores online, encuentra que con criterios DSM-IV habría un 7.4% de jugadores patológicos, o un 14.4% de jugadores problemáticos con el cuestionario PGSI.

Otro punto débil en relación a los afectados se refiere al sistema de “auto-prohibición”. Con él una persona puede prohibirse el acceso a salas de bingo o casinos. Así, al 31 de diciembre de

2005, había 24,445 personas auto prohibidas para salas de bingo y 33,826 para casinos a nivel nacional. También hay personas auto prohibidas registradas en las regiones, contadas por separado. El número de tales personas muestra un claro aumento año tras año. En 1995, había 21,809 para los casinos, aumentando a 27,657 en 2000 (las cifras para el bingo fueron 14,053 en 1995 y 18,253 en 2000). Y, a 31 de diciembre de 2010, había 26.508 personas auto prohibidas para salas de bingo y casinos, y otras 58.508 a nivel autonómico: un total de 86,000 personas. Estos autoprohibidos existen, pero no reciben tratamiento o ayuda específica, y este es uno de los aspectos que la administración debería abordar en el futuro cercano. Y no es posible auto-prohibirse para no acudir a jugar a las máquinas tragaperras de bares o restaurantes.

En todo el país, muchas personas demandan tratamientos para el juego patológico. Es un nuevo problema social y de salud. En primer lugar, varias asociaciones de jugadores rehabilitados en todo el país, y centros de alcoholismo, centros adictivos y centros de salud mental, como psicólogos clínicos y psiquiatras, cubren el tratamiento de los jugadores patológicos. La literatura científica sobre la prevalencia, las características y el tratamiento del juego patológico en España es alta (por ej., Becoña, 1996; Echeburúa et al, 2010; González, 1989).

Por ello, no hay duda de que el juego tiene aspectos negativos. El más importantes es el del juego patológico. La industria del juego trata de minusvalorar la relevancia de este problema para así justificar que los mismos puedan publicitarse, potenciarse y aumentarse. Por ello, suelen hablar de políticas de juego responsable, como de autorregulación, que como sabemos en el caso del alcohol y del tabaco son medidas ineficaces para el control de una adicción (Babor et al., 2000). Lo mismo ocurre en el juego.

Muchas empresas de juego sostienen que con un eficiente control administrativo y empresas solventes ya están solucionados los posibles problemas que puede causar el juego patológico (Gómez et al., 2016). La realidad indica que esto no es así. Por ejemplo, en España están en este momento auto-prohibidos de acudir a bingos y casinos unas 86.000 personas. La cifra sería mucho mayor si se pudiesen auto-prohibir de acudir a bares y otros lugares en donde hay máquinas tragaperras, lo que no pueden hacer.

1.2.7. En conclusión

En la actualidad el juego de azar tiene una gran importancia social y económica. El peso del juego se deja notar en la vida cotidiana, en la economía y en los impuestos. Se ha convertido en una conducta que millones de españoles realizan diariamente o a lo largo de cada semana. El tiempo dedicado al juego tampoco es despreciable. Y a algunos les produce problemas, como el juego patológico.

En la situación española, existen puntos fuertes en la regulación del juego relacionados con el control del negocio del juego, el cumplimiento de las normas legales (que son claras y exhaustivas) y el sistema sólido y efectivo de generación de impuestos a partir del juego. La autoridad responsable del área de juego en España es el Ministerio de Hacienda. Con respecto a los puntos más débiles, el principal se refiere al hecho de que la regulación de los juegos de azar se centra solo en la recaudación de ingresos fiscales, y la Administración es poco sensible o indiferente a las consecuencias del juego patológico. Por su parte, el Ministerio de Sanidad, responsable de tratar a estas personas, o en algunos casos las Consejerías de Salud o Asuntos Sociales de las CCAA, se enfrentan a un problema relativamente nuevo que ha crecido en los últimos años y para el cual no hay suficientes recursos, dada la gran demanda de tratamiento de los jugadores patológicos

y sus familias. Cuando se agrega a esto el sueño de ganar dinero a través del juego, un concepto profundamente arraigado en la cultura española, el resultado es que el juego sigue siendo una conducta generalizada y, de hecho, crece, a pesar de las graves consecuencias que tiene para muchas personas.

El objetivo del juego responsable, que es un fenómeno nuevo de los últimos años, se orienta por parte de la administración a proteger a los menores de edad, a las personas o grupos vulnerables, prevenir las conductas delictivas, mitigar los efectos perjudiciales que pueda producir el juego de azar, y preservar los derechos de los consumidores en esta actividad. Para ello hay un consejo asesor de juego responsable en el que están representados la industria del juego, asociaciones de afectados por la adicción al juego y expertos en esta problemática.

No hay una coordinación fluida entre el Ministerio responsable del juego y otros, como el de Sanidad, que tiene que atender a las personas con problemas causados por el juego. Los impuestos van directamente a la caja común de Hacienda.

Muchas veces nos olvidamos del gran número de personas que se han auto-prohibido jugar en España, unas 86.000. Son muchas personas.

Los últimos años han visto una contención del juego, e incluso una disminución, ya que el mismo había alcanzado niveles extremadamente altos, con varios cientos de miles de personas directa o indirectamente afectadas. Afortunadamente, la percepción de riesgo en relación con el juego ha aumentado en la última década en España, hay más información sobre el juego patológico en los medios y hay unidades especializadas para tratar el problema, aunque todavía son insuficientes. Por su parte, la industria del juego española sigue preocupada solo por ampliar su oferta de oportunidades de juego, siendo en gran medida indiferente al hecho de que el juego puede volverse patológico y provocar serios problemas. Mientras tanto, los gobiernos continúan recaudando grandes sumas de los juegos de azar en forma de impuestos.

En España todavía no existen programas preventivos para el juego patológico, ni existe un esquema de información gubernamental sobre las posibles consecuencias negativas del juego. Existen diversos recursos para el tratamiento de los jugadores patológicos, especialmente a través de las asociaciones de jugadores rehabilitados y el sistema público de salud, que cuenta con unidades de conductas adictivas, unidades de salud mental, unidades de alcoholismo y otros servicios específicos para el tratamiento de personas con problemas de juego.

Como señalan Shaffer y Kidman (2004), el juego patológico debe verse desde una perspectiva de salud pública. Hoy, el juego es un fenómeno complejo que estará presente en nuestra sociedad durante mucho tiempo. Se ha convertido en una parte importante de la economía, creando muchos empleos, una fuente de ingresos fiscales para el gobierno y otras autoridades públicas, y una actividad que se comercializa como entretenimiento y diversión. Además, un gran sector de la población quiere la oportunidad de jugar. Esto se puede entender mejor si para “juegos de azar” leemos “alcohol”, “tabaco”, “cannabis”, etc. La industria del juego ha utilizado su poder e influencia para favorecer su penetración en el mercado. Deberíamos aprender tanto como podamos sobre este problema y las medidas más apropiadas para evitar que las personas desarrollen problemas de juego patológico. Los gobiernos deberían permitir que se escuchen las voces de los afectados y dejar de centrarse casi exclusivamente en recaudar ingresos fiscales generados por el comportamiento de los jugadores.

2. Medidas de prevención ambiental en los juegos de azar y en las apuestas deportivas

2.1. Regular el número de establecimientos de juego y apuestas

Justificación de la medida

La regulación en las distintas conductas adictivas ha demostrado ser uno de los procedimientos más efectivos para controlar su consumo, siempre que la misma pueda hacerse (Babor et al., 2010; Babor et al., 2018; Sulkunen et al., 2019). En el caso del juego sabemos que a mayor disponibilidad, a mayor número de juegos y de establecimientos, mayor gasto en juego y en la participación de personas en el mismo (St-Pierre et al., 2014). Por ello, desde la industria del juego, la idea es expandir los juegos al máximo, para que llegue a todas las capas de la población, que esté disponible al máximo y, con todo ello, mejoran su rentabilidad (Gómez y Lalanda, 2019).

Sabemos desde hace mucho tiempo que la disponibilidad de tabaco y alcohol incrementan su consumo (Babor et al., 2010). Lo mismo es esperable para el juego, sobre todo porque sabemos que la mayor densidad de juego en un área o la menor distancia al sitio de juego, hace más aceptable el juego e incrementa la participación en el mismo (St-Pierre et al., 2014). El hecho de que en España tengamos un gran número de máquinas tragaperras por cada millón de habitantes explica el gran gasto en juego en las mismas (Becoña, 2009). Y, acciones como las llevadas a cabo en Suiza, en donde al restringir el juego baja el gasto en el mismo (Bondolfi et al., 2008) indica que hay que regular el número de máquinas disponibles para jugar, como los establecimientos de juego. En la misma línea, estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Australia indican las consecuencias adversas de incrementar la exposición a los casinos, o de estar los mismos cerca de la población (Tong y Chin, 2013). Esto ha llevado a que países como Turquía, Rusia o Ucrania han prohibido los casinos. Por el contrario, en estos países, se ha incrementado el juego ilegal.

En relación a la disponibilidad de máquinas tragaperras, tener una cerca de donde se vive incrementa la conducta de juego (Vasiliadis et al., 2013) y se juega más (Storer et al., 2009).

En la práctica, la administración combina por una parte la permisividad y, por otra, la regulación del juego. Y ello lo hace a través de normas y leyes. Pero para regular la enorme extensión del juego que existe en la actualidad es necesario poner en práctica nuevas medidas, como las que indicamos en la tabla 8.3.

Tabla 8.3. Medidas y lugares en que habría que regular el número de establecimientos de juego y apuestas

- Para casinos, bingos, locales de juegos de azar o apuestas.
- Empresas de juego online.
- Bares, restaurantes y otros locales de restauración en donde se puede jugar.
- Implantar un número máximo de establecimientos de juegos de azar (por tipo) o de apuestas (por tipo) en función del número de habitantes.
- Prohibir la acumulación de locales de juego o de apuestas en un mismo barrio, delimitando un número máximo de locales.
- Prohibir la apertura de locales de juego cerca de colegios, institutos, u otros lugares frecuentados por menores.
- Endurecer las medidas para abrir un local de juego o de apuestas.
- Endurecer las medidas para nuevas empresas online y tener un control estricto de las cantidades jugadas, premios, pérdidas, etc., de los participantes.

Eficacia de la medida

La teoría económica estándar postula que las personas hacen elecciones racionales para optimizar la utilidad (Mankiw, 2004). La disponibilidad de un producto o servicio facilita acceder al mismo. De ahí la relevancia de los puntos de acceso (o de venta). Si, además, el precio es reducido o accesible el producto se vende más (Sulkunen et al., 2019). Por ello, en el juego cuanto mayor es la densidad de locales en una zona, o menor la distancia del sitio de juego, más aceptable es el juego y hay una mayor participación el mismo (St.-Pierre et al., 2014; Storer et al., 2009; Tong y Ching, 2013)

Los estudios realizados en otros países sobre esta medida han mostrado ser eficaces, en el sentido de que regular el juego, disminuyendo el número de locales de juego o de apuestas tiene como efecto reducir la cantidad jugada y los problemas de juego. Por ejemplo, en la revisión de St.-Pierre et al. (2014) indican que un buen sistema de operacionalizar la accesibilidad al juego es clasificarla a lo largo de tres dimensiones:

- Accesibilidad geográfica: distribución espacial de los lugares de juego y oportunidades de juego dentro de un área geográfica.
- Accesibilidad temporal: horas en las que se puede jugar en los locales de juego y la cantidad de tiempo en la que legalmente se puede jugar están disponibles en ese lugar.
- Accesibilidad social: grado en que un producto o un lugar de juego es percibido como atractivo y seguro.

Siguiendo estos tres tipos de accesibilidad, su revisión muestra que cuanto mayor es la accesibilidad, las personas tienen mayores conductas problemas con el juego. Esto aparece en la mayoría de los estudios, no en todos. De ahí que se hayan elaborado modelos para explicar esto, como es el modelo de exposición regional de LaPlante y Shaffer (2007). Ellos consideran que hay que tener en cuenta la dosis, la potencia y la duración de la disponibilidad del juego para conocer los problemas que puede producir en una determinada zona. Ello permite ver el juego y sus consecuencias no cómo un efecto lineal. Así, sabemos que adaptarse a la novedad de la exposición al juego hace que el mismo vaya perdiendo impacto en los potenciales jugadores conforme pasa el tiempo (Shaffer et al., 2004). En España, esto lo vivimos a finales de los 80 y principios de los 90, con el boom del surgimiento de bingos, por la novedad, y el cierre de la mayoría de ellos en pocos años, por las consecuencias negativas que acarrea, y por agotarse el efecto novedad en pocos años.

Por tanto, hay medidas eficaces en las que regulando el número de locales desciende la conducta de juego.

Aplicabilidad

Esta medida es aplicable a través de normas o leyes específicas que regulen la disponibilidad del número de locales de juego. La legislación tiene que ser nacional y luego adaptarla a nivel autonómico. La justificación de sacar esta normativa es clara por las consecuencias que el juego acarrea en muchas personas.

Resistencias

La principal resistencia viene de la industria del juego de azar tradicional, así como de los locales de apuestas más recientes. Saben que si tienen menos locales de juego facturarán menos. Igualmente, de otros grupos empresariales a los que les interesa que se mantengan dichos locales de juego.

2.2. Regular el número de máquinas de juego o de apuestas

Justificación de la medida

A mayor disponibilidad, mayor consumo, sea de un producto, una droga o el juego (St-Pierre et al., 2014). Esto es aplicable tanto para el juego de azar como en las drogas, sean legales o ilegales. De ahí que regular el número máximo de máquinas de juegos de azar o de apuestas que se puede tener en una ciudad, en una Comunidad Autónoma, en todo el país, o por cada 100.000 habitantes, u otros criterios semejantes, lleva al descenso del número de jugadores, siempre que esas medidas logren reducir el número de máquinas de juego existentes.

Es claro que el juego, cuando está muy disponible, acarrea importantes problemas. Así, Markham et al. (2014) han validado la Teoría del Consumo Total, la cual indica que el gasto en juego está positivamente asociado a daños producidos por el juego. Con una muestra de 7.049 personas jugadoras de máquinas tragaperras, de 62 locales de Australia, encontraron lo predicho. O, lo que es lo mismo, a mayor gasto en juego en una población región o país, mayores problemas de juego problema o patológico en esa área.

Dado el gran número de máquinas de azar existentes en España, como de apuestas, reducir su número es una buena medida para que se reduzca la conducta de juego y de afectados. Consideramos que, actualmente, habría que:

- Reducir el número de máquinas de juego o apuestas disponible en cada local.
- Reducir la variedad de máquinas disponibles en locales de juego o apuestas.
- Reducir el número de máquinas disponibles de varios tipos en los locales de restauración.

Eficacia de la medida

Los estudios indican que cuando se reduce el número de máquinas de juego se reduce la conducta de juego y, con ello, los problemas que acarrea el juego. Varios países lo han hecho. Igualmente, sabemos que cuando en España se redujeron las máquinas tragaperras en los bares de dos a una descendió el gasto en las mismas en 3.000 millones de euros menos entre el año 1988 y el año 2000. Mejor evidencia imposible.

Como un claro ejemplo empírico reciente podemos indicar los efectos de la reforma de las máquinas tragaperras en Noruega. En 2007 se aprobó allí una nueva normativa sobre las máquinas reduciendo a un quinto las existentes, y con un menor poder de adicción. También se introdujo el acceso controlado a ellas y la opción de restringir la cantidad máxima perdida (Rossow y Hansen, 2016). Los resultados mostraron tanto un descenso significativo en el juego (28% menos de gasto en máquinas tragaperras) como en las demandas de tratamiento por problemas de juego. Y, de modo importante, también descendió la prevalencia de los jugadores problema en la población.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de la medida implica sacar una norma en la que se reduzca el número de máquinas disponibles por local, el número máximo de máquinas que puede haber en función del tipo de local, por cada 100.000 habitantes, u otros criterios que faciliten descender el número de máquinas de juego.

Resistencias

Esta medida implica grandes resistencias. La industria del juego, y específicamente la de las máquinas de azar, no quieren que les reduzcan el número de máquinas para jugar sino todo lo contrario, que se las incrementen. Por ello, una medida como ésta implicará una fuerte oposición por parte de la industria del juego. Además, pueden hacer presión otras agrupaciones empresariales con intereses paralelos, como la industria de la restauración, asociaciones locales o regionales vinculadas al juego, asociaciones de fabricantes de máquinas, etc.

Igualmente, puede haber oposición por parte de la propia administración, sea estatal o autonómica, según la que sea la encargada de recaudar impuestos sobre ese juego, ya que una importante reducción en el número de máquinas implica una reducción en la recaudación. Este es un tema sensible tanto en esta como en el resto de las adicciones legales que pagan impuestos y tienen un alto nivel de uso y facturación (alcohol y tabaco).

2.3. Prohibición de la publicidad del juego

Justificación de la medida

La publicidad tiene como objetivo lograr colocar mejor un producto, vender más y, en el caso del juego, que las personas jueguen más, tengan más presente el mismo, vean que es una conducta normalizada,

La publicidad va orientada inicialmente a los niños y adolescentes (Monaghan et al., 2008). Si empiezan a jugar tempranamente es más probable que lo continúen haciendo en la vida adulta.

Los datos que conocemos nos indican que el gasto en publicidad y marketing es muy alto. El mismo varía según el tipo de juegos. En España publicitar las loterías suele ser habitual, como ocurre en casi todos los países. Para otros tipos de juegos varía la posibilidad de publicitarlos de un país a otro.

La publicidad asocia cada tipo de juego con distintos aspectos (ej., las loterías con cambios en la vida al tener mucho dinero; los casinos con la excitación, gratificación inmediata y glamour) (Sulkunen et al., 2019).

Monaghan et al. (2008) analizaron las estrategias de marketing que usa la industria del juego para que los jóvenes jueguen y el efecto de las mismas. Cada vez se hace más publicidad del juego, sobre todo online, mientras que apenas se gasta dinero en prevención y tratamiento. La publicidad del juego lleva a la población a verlo como una conducta normalizada y percibirlo como una conducta aceptada, poco dañina y que se puede hacer sin riesgo. Los jóvenes creen que con el juego pueden realmente ganar dinero. Es lo que afirma su publicidad.

El lugar y la hora en que se hace la publicidad es importante. Ej., en TV vinculada a emisiones deportivas. Por ello, la publicidad del juego está muy unida al deporte y a su emisión. Es donde parece que la publicidad del juego es más eficaz para los jóvenes. El problema está cuando las propias casas de apuestas promocionan o financian eventos deportivos. Es un modo directo de hacer publicidad del juego de azar sin ningún tipo de restricción. Lo mismo hacían antes la industria del tabaco y del alcohol.

El uso de productos (ej., paraguas, corbatas, etc.) con el nombre de la casa anunciante en el juego es frecuente en otros países. Aquí menos.

Otro grave problema es el uso de celebridades en la publicidad. Estas son vistas como más creíbles (ej., el caso de Rafa Nadal), se recuerda mejor la publicidad, y se asocia mejor la marca anunciada. Aparte, están los procesos de modelado.

Binde y Romild (2019) encontraron, en Suecia, como las personas que juegan son influidas por la publicidad del juego. Y esta influencia es mayor en los jugadores que tienen problemas con el juego que los que no lo tienen (Hanss et al., 2015). Por ello la publicidad impacta más en las personas vulnerables a tener problemas de juego.

El juego por Internet ha revolucionado los juegos de azar (Lawn et al., 2020). Una de sus nuevas características es la publicidad del mismo en distintos medios, con el objetivo de incrementar la conducta de juego, produciendo con ello problemas de juego en los más vulnerables. Cuando se ve en TV, como en otros medios, la publicidad normaliza el juego, pensando con ello la población de que el mismo es bueno, o que no es tan malo como dicen.

Por ejemplo, Hakansson y Widinghoff (2019) analizaron la publicidad de juego por televisión, en Suecia. Esta se dirige sobre todo a anunciar casinos online. Encontraron que la publicidad promociona conductas de juego de riesgo (ej., rapidez, fácil ganancia, dinero gratis, etc.). También se dirige a la mujer, para que ésta juegue en juegos de casino. En cambio, se dirige más a los hombres en juegos de apuestas deportivas.

Newall et al. (2019), en su estudio de la publicidad de las apuestas de fútbol inglesas, encontró que lo que vende la misma es la impulsividad y la urgencia. Precisamente, esto es lo que hay que prevenir de la publicidad de juego.

También, en la publicidad de apuestas deportivas, su recuerdo es mayor cuando aparece insertada en los eventos deportivos. Esto hace que la misma esté más presente, la vean los jóvenes y adultos, y con ello se facilite más la conducta de juego, como encontraron Djohan et al. (2019) en su estudio en el Reino Unido. Sugieren por ello que habría que aplicar a esta publicidad del juego la misma normativa que la que se aplica a la publicidad del tabaco, sobre todo para proteger a los menores. Nótese que, en el Reino Unido, en 2015, las compañías de juego gastaron 118.5 millones de libras en publicidad. Y esto no deja de crecer año a año.

En la misma línea, Thomas et al. (2018), encontraron que los jóvenes recuerdan la publicidad del juego diferentes veces del día y en diferentes canales. Los jóvenes a los que les gusta mucho el deporte tienen un alto recuerdo de las marcas de juego anunciadas, junto a una baja percepción de riesgo del mismo. En su muestra, casi todos los jóvenes han visto publicidad del juego por TV, cuando en teoría no debieran haberla visto, por la hora de emisión. Y, una parte de ellos, el 64%, identifica correctamente al menos la publicidad de una o más marcas publicitadas de juego.

En resumen, es claro que la publicidad del juego tiene como objetivo estimular a la gente a jugar (Binde y Romild, 2019). Actualmente, la publicidad del juego se orienta sobre todo actualmente al juego online. Además, una parte de la publicidad se dirige siempre a grupos vulnerables (Sulkunen et al., 2019). Y ello porque la conducta de juego es sensible a su promoción. Y, a la inversa, cuando se habla mal del mismo se reduce la cantidad jugada (Binde, 2009). Por ello, en casi todos los países, está prohibida la publicidad del juego para menores.

La publicidad normaliza el juego, pensando con ello la población que el mismo es bueno, o que no es tan malo como dicen. Por ello se publicita. Si fuese tan malo no se publicitaría. Por todo ello, ésta es una de las medidas más importantes a implantar para reducir la conducta de juego.

Además, a pesar de lo que dice la industria del juego, las personas juegan a los juegos de azar para ganar dinero (Salomen et al., 2018), cuando sabemos que ello no es posible en los juegos de azar, a menos que uno jugase una sola vez en la vida a un juego y le toque en esa vez, y no vuelva a jugar nunca más. Pero esto tampoco es lo que pasa con las personas ni con los jugadores problema.

Por ejemplo, Roukka y Salonen (2019) ha estudiado en Finlandia, uno de los países del mundo con mayor renta per cápita y con alto nivel de gasto en juego, como se distribuye este juego. El mismo no es distribuye por igual en la población. Juegan más los que tienen bajos ingresos y los varones. En cambio, los casados y con estudios universitarios juegan menos, así como los que viven en zonas rurales. Esto va en contra del modelo igualitario finlandés y, como dicen los autores del estudio, es un sistema regresivo y que afecta negativamente a las personas con menos ventajas sociales. Ello sería un elemento más para el incremento de las desigualdades sociales.

Con una muestra representativa de Noruega (año 2013), Hanss et al. (2015) encuentran que los problemas de juego, la exposición a los anuncios y la edad se asocian con el impacto de la publicidad de juego. A los jóvenes les afecta más la misma. También a los hombres en relación a las mujeres. Los que afirman que han visto más frecuentemente la publicidad de juego son los que más están implicados en él. Los resultados en conjunto indican que la publicidad impacta más conforme se incrementa la severidad de los problemas de juego.

Por su parte, Thomas et al. (2018) indican la ineficacia de la regulación de la publicidad del juego en adolescentes. Aunque los operadores dicen que no se dirigen a ellos, son los más jóvenes de 11 a 16 años, en este estudio australiano, los que más recuerdan la publicidad de las apuestas deportivas en los medios de comunicación. Por ejemplo, el 91% de ellos recuerdan ver anuncios en la TV, el 55% en redes sociales (concretamente el 36% en You Tube). El problema es la regulación, los horarios y la falta de cumplimiento. Usan el deporte porque eso es lo que más les interesa a los jóvenes. Concluyen que el sistema regulatorio en ese país falla en proteger a los jóvenes de la publicidad del juego, donde publicitan los juegos y lo hacen personas o deportistas famosos.

En la tabla 8.4 indicamos las medidas que habría que poner en práctica para prohibir la publicidad del juego de azar.

Tabla 8.4. Dónde habría que prohibir la publicidad del juego

- En TV, radio, prensa, revistas y otros medios de comunicación, tanto escritos como online.
- En todos los medios online.
- En las redes sociales, teniendo un especial cuidado en detectar la publicidad online (a través de *influencers*, otros grupos, etc.).
- En soportes fijos en la calle (ej., vallas), áreas comerciales, lugares para eventos sociales o deportivos o en otros en donde haya habitualmente muchas personas.
- En autobuses, trenes, taxis, coches.
- En supermercados, tiendas o lugares de venta de cualquier producto.
- Por parte de famosos, deportistas, actores, presentadores o personas conocidas.
- En cualquier lugar cercano a colegios, institutos u otros centros en donde haya menores.
- En donde financie eventos deportivos, musicales, culturales, sociales o de otro tipo.
- Toda publicidad indirecta de juego.
- Toda publicidad que ensalce el juego o sus bondades.
- En cualquier otro lugar en donde haya menores.

Eficacia de la medida

Está clara la eficacia de la prohibición de la publicidad del juego. La publicidad del juego incrementa el que se haga el mismo. Y, si ésta no existe, entonces el juego disminuye.

Con base en la evidencia empírica hasta la fecha, Monahan et. al. (2008) recomiendan las siguientes pautas para regular la comercialización de productos de juegos para reducir el impacto de esta publicidad en los jóvenes y proteger a esta población vulnerable del daño.

- No se debe permitir que los anuncios de juegos de apuestas aparezcan en TV o radio en momentos en que los niños o adolescentes puedan acceder fácilmente a ellos o cuando puedan ser vistos con frecuencia por los jóvenes, como en vallas publicitarias, en transporte público y en publicaciones impresas donde una proporción importante de lectores son menores de edad.
- Dada la influencia de la publicidad en los niños y adolescentes, se recomienda que estos anuncios no se muestren en las tiendas en la que puedan entrar menores.
- Las empresas que generan principalmente sus ingresos por juego debe prohibírseles promocionar o publicitar su nombre o productos, incluidos nombre, marca y derechos de logotipo a través del patrocinio de equipos y eventos deportivos.
- Los productos que promocionan el juego, o las compañías de juegos, no deben fabricarse en tamaños para niños, estar disponible para la compra por parte de menores, o regalarlos en promociones o como premios.
- Las empresas de juego deberían tener restricciones para la utilización de personas con el objetivo de atraer a los jóvenes y aumentar la probabilidad de su implicación en el juego.
- La publicidad de juego como de sitios web de apuestas debe estar sujeta a las mismas regulaciones para publicitar productos de juegos. Además, se deben prohibir aquellas prácticas que contengan la indicación de acceso gratuito por contener publicidad y enlaces directos al juego online, debiendo tener las mismas tasas que para el juego presencial.
- Las compañías de juegos de apuestas en línea e inalámbricas deberían tener prohibida la publicidad a través de SMS a teléfonos móviles.
- Los anuncios de productos de juegos de apuestas deben contener información precisa con respecto a las posibilidades de ganar y una advertencia visible que destaque los potenciales riesgos asociados al juego excesivo.
- No se debe permitir que los anuncios de juegos de apuestas incluyan imágenes o sonidos de gasto excesivo
- Los gráficos orientados a los jóvenes, incluidos animales y dibujos animados, música, celebridades, promotores y temas juveniles, no deben usarse para comercializar o publicitar productos de juego.
- Los anuncios de juegos de apuestas no deben incluir ni representar a ninguna persona que sea o parezca menor de 25 años, para evitar que los jóvenes lo relacionen con individuos jugando o ganando.
- Las regulaciones para los anuncios de juegos de apuestas deben ser obligatorias y evaluadas continuamente por un organismo regulador independiente.

Planzer et al. (2014) indican que la estricta regulación de la publicidad del juego online tiene un claro impacto en la cantidad jugada. Por el contrario, se han hecho campañas antijuego (Williams et al., 2012b), pero la incidencia sobre la cantidad jugada y los jugadores es escasa. De ahí la relevancia de regular la publicidad del juego.

Aplicabilidad

Esta es una medida necesaria para el control del juego excesivo y para otros problemas que acarrea el juego. Lo mismo pasa con otras conductas adictivas.

La aplicabilidad hay que hacerla mediante desarrollos normativos en que la misma se prohíba totalmente. O, en caso de que se mantenga parte de ella, hay que aplicar medidas informativas que contrarresten sus efectos. Por ejemplo, Messerlian y Derevensky (2008) han indicado qué mensajes se pueden emitir para prevenir el problema de juego en los jóvenes. Porque no olvidemos que una parte importante de la publicidad del juego va dirigida a los adolescentes.

Resistencias

La industria del juego lleva décadas reclamando poder publicitar todos sus juegos. Poco a poco han ido avanzando y consiguiendo que parte de su negocio pueda publicitarse. Regularlo de nuevo creará fuertes resistencias. Pero aquí hay que priorizar la salud al negocio, los problemas que produce en las personas, jóvenes y adultos, a los beneficios económicos que se obtienen, impuestos que recauda, etc.

2.4. Regulación del acceso al juego

Justificación de la medida

En la mayoría de los países el acceso al juego de azar es a partir de los 18 años (Jensen, 2017). En algunos países a los 21. Sabemos que cuanto más tarde se pueda emitir una conducta más tarde se emitirá "realmente" la misma (Domjan, 2018). No es cierto, como algunos creen, que lo prohibido atrae más. Atrae, pero no siempre puede hacerse y, con ello, se reduce la realización de esa conducta. También debemos saber que otros países europeos han liberalizado totalmente la edad para jugar y no tienen ningún límite de edad para acceder al juego, como Dinamarca (Jensen, 2017). No olvidemos, en estos casos, que las normas informales tienen su relevancia en el autocontrol de los individuos, así como el tipo de sociedad en la que viven (Fiori, 2018).

En el caso del juego, como indicamos en la tabla 8.5, la regulación del mismo se ha hecho incrementando la edad de acceso, la identificación en el acceso al local de juego o apuestas, restringir el horario de apertura, así como otros que precisan regulación, como regalar dinero para empezar a jugar, e insistir en el cumplimiento de la normativa legal en vigor (ej., no es legal prestar dinero en ningún local de juego para que la persona pueda seguir jugando).

Los responsables de las salas de juego, como sus empleados, no conocen adecuadamente las normas legales sobre el juego en vigor que le afectan a su establecimiento (Kolandai-Matchett et al., 2018).

Tabla 8.5. Medidas sobre la regulación del acceso al juego

- Edad mínima para jugar. Subirla a los 21 años.
- Identificación de la persona adulta para que pueda tener acceso al juego a través de un dispositivo que le permita jugar, que tiene que accionar el propietario o persona encargada del local en ese momento.
- Control exhaustivo de las personas que acceden al salón de juego de apuestas, o a las máquinas de juego o apuestas.
- Restringir el horario de apertura de los locales para poder jugar.
- Prohibir regalar dinero para jugar, tanto en juego presencial como online.
- Obligatoriedad de que el dueño del local tiene que hacer cumplir en el mismo la normativa en vigor, tanto por su parte como por los empleados del local.

Eficacia de la medida

La regulación del acceso al juego es una de las medidas más eficaces que existen para reducir el gasto en juego y, con ello, los problemas que causa el juego. De ahí su utilización. Varios estudios han indicado su eficacia.

La adolescencia y la adultez temprana es un periodo temporal de alta vulnerabilidad para el juego y para tener problemas de juego (Nowak y Aloe, 2018). Se encuentra en ellos altos porcentajes de juego problema y juego patológico. También a estas edades realizan más conductas de riesgo que en edades posteriores. Esto ha llevado a aplicar programas preventivos en distintos países cara a que cuando sean adultos, o en la etapa adolescente, no jueguen (Grande-Gosende et al., 2020). Pero un modo operativo de que no lleven a cabo conductas de juego es que no puedan acceder físicamente a los locales de juego, o que se retrase la edad legal en la que puedan empezar a jugar en ellos.

Controlar el acceso a los lugares en donde se puede jugar es una medida preventiva de gran relevancia. De ahí el que la legislación y el cumplimiento de la misma debe ser muy estricta. Por lo que sabemos esto no siempre se cumple en nuestro medio. Cuando se hacen estudios en menores de edad y salen datos relevantes de juego comprobamos esta realidad.

En el caso concreto de las salas de apuestas deportivas, los jóvenes tienen más interés en asistir a las mismas, porque les gusta el deporte, descubrir elementos nuevos para ellos como son las apuestas, y poder socializar en dichos locales con otros jóvenes. Por ello es tan relevante que esté regulado su acceso, por una parte, y por otra que en las mismas no lleven a cabo conductas de riesgo, como es el juego excesivo. Es a esas edades cuando aparecen los primeros problemas de juego problema o patológico que, si no cesan, pueden cronificarse en ellos durante años.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida hay que hacerla a través de la restricción del acceso al juego a través de leyes, normas específicas u otros mecanismos de control que impidan un acceso libre y descontrolado al mismo, sea presencial u online.

Resistencias

La principal resistencia a este tipo de medidas viene de la industria del juego. No quieren que se le restrinja el número de locales, máquinas disponibles y otros servicios que ofrecen en los locales, horarios flexibles, etc.

En relación a las salas de apuestas, éstas quieren crecer para tener el máximo número de jugadores (ellos dirían clientes). Así han crecido sin cesar esperando tener un gran nivel de negocio.

Su regulación reduciría esto. De ahí su oposición, su defensa de la libertad, tanto de mercado como de los jugadores, y su organización y unión con otros sectores para que no les reduzcan los locales, e incluso que les permitan ampliarlos.

También esta medida puede tener resistencias por parte de la administración, en relación a la recaudación de impuestos. La restricción del acceso al juego lleva a un menor gasto en juego y, con ello, a una menor recaudación para la administración pública, sea la estatal o la autonómica, en función del nivel de transferencia de los impuestos de juegos que tengan (ej., las máquinas tragaperras).

2.5. Cantidad apostada, impuestos sobre el juego y pago de premios

Justificación de la medida

La cantidad que se apuesta influye en la probabilidad de apostar o no. No es lo mismo apostar 0,50 euros, que 20 o 100 euros (Hansen y Rossow, 2008). Los juegos, en las últimas décadas, se han orientado a que las apuestas sean reducidas, pero que se puedan hacer continuas, una tras otra. Así, la persona cree “subjetivamente” que está apostando muy poco dinero, pero en la práctica, como suele hacer apuestas continuas, una tras otra, gasta mucho más que esa única apuesta de tan bajo coste. El ejemplo típico son las máquinas tragaperras (o tipo B). La apuesta es muy baja, pero nadie juega una sola vez cuando está delante de una máquina.

Por ello, se ha propuesto poner una cantidad mínima del coste de la apuesta (Auer et al., 2020) y que esta sea baja. Si la apuesta es baja el premio no puede ser elevado. Y con ello el proceso de reforzamiento no es tan potente. Y, al tiempo, se bloquean los procesos cognitivos que ponen en marcha muchos jugadores, sobre todo los de tipo irracional o supersticiosos.

Otro modo de reducir el gasto en juego es incrementar los impuestos sobre los premios que se obtienen sobre el juego. Otra medida que se ha implantado en varios países es que el pago de premios, cuando son grandes (ej., de varios millones de euros), no se haga el pago de golpe, sino a lo largo de varios años. Se sabe que si lo que se puede ganar no llega al doble de lo que se gana mensualmente disminuye la probabilidad de tener problemas con el juego (Auer et al., 2018). Aunque esto va en contra de lo que subyace al juego de azar, hacerse rico con una pequeña inversión, es necesario poner en marcha medidas para prevenir los graves problemas que acarrea el juego en muchas personas.

Por tanto, las medidas a tomar en este apartado serían las siguientes:

- Incremento de los impuestos sobre el juego y apuestas.
- Subir la cantidad que se hace de la apuesta en juego a un mínimo.
- Limitar el pago de premios importantes, escalonando el pago de los mismos a lo largo del tiempo (de varios años).

Eficacia de la medida

Distintos países, desde la legalización del juego, tienen fuertes impuestos sobre el mismo y sobre los premios obtenidos. Como un ejemplo, en Noruega, desde principios de los años 90 el Estado grava con un 39% los beneficios del juego (Jensen, 2017). Otros, por el contrario, han sido más liberales (ej., los estados norteamericanos en donde está legalizado el juego).

En Europa la edad para jugar varía de 15 a 18 años (Egerer et al., 2018). Un ejemplo de la eficacia de la medida de subir la edad mínima para jugar la podemos ver en Finlandia. Allí, se produjo un cambio legislativo de 2011 en relación a las máquinas tragaperras, en la que se incrementó la edad para jugar a ellas de 15 a 18 años. El efecto fue claro: se produjo un descenso en el uso de las mismas y en el gasto en juego (Raisamo et al., 2015b). Igualmente, otros datos indican que cuanto más tarde pueden los jóvenes jugar en un país es menor la prevalencia de juego (Calado et al., 2016).

Lo anterior se debe al proceso por el que las personas juegan. Como ejemplo, Thorme et al. (2016) elaboraron un modelo sobre cómo las personas eligen jugar a las máquinas. Los tres elementos del modelo son: 1) la plataforma (online, móvil o presencial), 2) donde ocurre el juego (quien lo proporciona o lugar concreto), y 3) las características del juego o de la máquina. Con ello muestran que el juego no sólo depende de la persona sino también del ambiente, la disponibilidad, accesibilidad, precio, etc.

Más problemática se presenta el juego online, tanto el que hacen los jóvenes ilegalmente, cuando no tienen edad para jugar, como cuando se inician al juego. La evidencia indica que los problemas que produce en estos jugadores es mayor (Gainsbury et al., 2014b). Choliz (2016) con jugadores patológicos encuentra que la demanda de tratamiento por juego online ya es el segundo después de las máquinas tragaperras. Ello en parte es debido a la accesibilidad instantánea, fenómeno nuevo antes inexistente.

Reducir el tamaño y disponibilidad de la apuesta reduce el juego, en jugadores problema. Hay países que tienen restricciones sobre la cantidad total de pérdidas (ej., Holanda) para las máquinas tragaperras fuera de los casinos. También restringir el acceso al dinero o a las formas de pago es útil (ej., pagar el premio con cheques en vez de con dinero) (Horkonen et al., 2019).

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida no es fácil. Implica un cambio normativo en el que se introduce un valor mínimo para cada apuesta. Y no hacia abajo en su coste sino hacia arriba. Esto no suele gustar a la población y será utilizada por la industria del juego para oponerse a ella, al tiempo que utilizará otras personas para que se opongan en vez de hacerlo directamente la industria.

Resistencias

Esta medida producirá resistencias tanto de las personas que juegan como de la industria. Y, con ello, hace que la administración tenga más dudas para ponerla en práctica. Pero dado que es una medida eficaz su puesta en marcha favorecería la disminución de la conducta de juego, así como el juego problema.

2.6. Cambios en la forma del juego y en dar los premios en ese juego

Justificación de la medida

Los juegos son adictivos. De ello no hay ninguna duda. Y lo son por varias características del mismo y del jugador, como el tipo de juego, la relación temporal entre la apuesta y el premio, el coste de cada jugada, la disponibilidad y acceso al juego, las expectativas del jugador, los procesos de aprendizaje en cada juego, las falsas creencias sobre el juego, la superstición y la

aleatoriedad, el premio que se puede obtener, el status social del jugador, la consideración social del juego, entre los más importantes (Becoña, 1996; Echeburúa et al., 2010; Meyer et al., 2009; Ochoa et al., 1994; Gant y Potenza, 2004; Petry, 2005; Sulkunen et al., 2019).

Es por ello que, para reducir la prevalencia del juego en una población, y para que las personas jueguen menos, hay varias medidas que se pueden aplicar en relación a la forma del juego y el modo de dar los premios:

- Dilatar, cuando es el caso, el tiempo entre la apuesta y el premio.
- Limitar los juegos acumulativos.
- Reducir la música y ruidos (señales) en las máquinas recreativas con premio mientras se está jugando.
- Reducir el parpadeo de las luces de las máquinas recreativas mientras se está jugando.

Eficacia de la medida

Tenemos evidencia de que si cambiamos la forma de juego se puede reducir el gasto en juego, e incluso el atractivo por el juego. Así, se ha sugerido utilizar restricciones temporales, o restringir las horas de juego. La aplicación de esta medida en Nueva Escocia, Canadá, produjo un descenso en el gasto en juego y en los problemas de juego (Nova Scotia Gaming Corporation, 2005).

Otro aspecto es el precio y el coste. El precio es clave para mantener la conducta de juego. Jugar es barato cuando se hace una sola vez (Becoña, 1996).

La característica del juego lo hace más o menos adictivo. No es lo mismo jugar a la lotería nacional (largo periodo temporal entre comprar el boleto y ver si ha tocado) que el juego online o el de una máquina tragaperras (transcurren pocos segundos entre la apuesta y el resultado). Lo que más se ha estudiado han sido las máquinas tragaperras, que a su vez son el juego más adictivo. También hoy el juego instantáneo y el online. En las máquinas tragaperras, su sistema, con pagos, crédito, llevan a que el jugador se distancia del dinero real. Y le lleva a jugar más de lo previsto. Pasar el dinero a créditos hace que se juegue más (Ladouceur y Sévigny, 2009). Precisamente, los operadores diseñan las máquinas para que las personas jueguen más.

Otro aspecto importante son los efectos sensoriales, como sonidos, luces y espacios, todas técnicas de reforzamiento que se usan para que el jugador continúe jugando (Branley y Gainsbury, 2014).

También el diseño del juego facilita que muchos creen que si siguen jugando les tocará, infraestiman lo que llevan gastado, ponen en marcha la ilusión de habilidad, de control, superstición, etc. Todo lo anterior lo hacen hoy las máquinas tragaperras (Harrigan et al., 2014) dado que las mismas siguen un programa de reforzamiento de razón variable (ver Ochoa et al., 1994). Y ello hace que las máquinas cada vez sean más interactivas con el jugador, lo que lleva a éste a creer "erróneamente" que puede controlar el juego. Pero está ocurriendo lo contrario, está en un programa de aprendizaje que le controla su conducta. Por ejemplo, se ha estudiado mucho la velocidad de juego (tiempo entre juego y resultado). Así en las máquinas de Australia: 600 eventos por hora. Ruletas: 50/60 por hora. Apuestas: 20/gira. En España las máquinas tardan 5 segundos entre la apuesta y el resultado. También influye si las ganancias son continuas o no.

Otro aspecto que influye son las características del sitio. Esto es relevante en los casinos norteamericanos en donde la luz es artificial, con colores relajantes, que lleva a que la persona pierda la

noción del tiempo en ellos. Esto en Europa está más controlado, como los horarios, en donde allí pueden estar abiertos 24 horas y, dentro de ellos, no se sabe qué hora es. Además, si la persona puede beber alcohol, o se lo dan gratuitamente, pierde más la capacidad de control. La asociación entre juego excesivo y consumo de alcohol es clara (Lorains et al., 2011).

También debe regularse el acceso al dinero en los contextos de juego. No debe poder utilizarse tarjeta de crédito, ni haber cajeros cerca de donde se juega. Pero esto no es aplicable al juego online. Por ejemplo, cuando se quitan los cajeros desciende la conducta de juego (Thomas et al., 2013).

En suma, se precisa regular las estrategias de la industria del juego para que no se disparen los problemas que acarrea el juego. Si se regula una sola, el impacto es pequeño, si son varias el impacto es grande (Sulkonen et al., 2019).

En la misma línea, el pago de los premios de juego hace que su conocimiento, en los que les toca, sea una publicidad gratuita que tiene la industria del juego. Por ello, en algunos países se ha distribuido el pago de los premios en varios años

También sabemos hace décadas que el tiempo entre la apuesta y el resultado influye en la mayor o menor frecuencia de juego. Por ejemplo, la reducción de la frecuencia del evento en máquinas tragaperras de 5 a 15 segundos reduce el juego (Ladouceur y Sévigny, 2006).

Lo que sí está claro en todo lo dicho anteriormente es que si se reducen los problemas de juego se reducen los ingresos obtenidos por el juego.

Aplicabilidad

Esta medida ya se ha aplicado en parte en España cuando el juego desbordaba a la población y acarrea consecuencias negativas a una parte importante de los jugadores. Ocurrió a finales de los años 80 y principios de los 90. Ponerla de nuevo en práctica es posible. Exige un buen estudio, justificarla adecuadamente como una medida para preservar la salud mental de parte de los jugadores, e indicar que la misma ya se ha aplicado en el pasado con éxito.

Resistencias

Una medida como ésta lleva a la oposición frontal de la industria del juego, sobre todo la de las máquinas tragaperras y otros juegos de resultado rápido o instantáneo. Cuando más rápido es en un juego el resultado entre la apuesta y el resultado, más adictivo es ese juego. Y, con ello, a mayor adicción mayor negocio para la industria de ese juego. De ahí la resistencia prevista con este tipo de medidas.

2.7. Advertencias sobre los problemas de juego en los locales de juego y apuestas

Justificación de la medida

Las advertencias sobre las consecuencias negativas que acarrea el consumo de drogas legales e ilegales ha mostrado ser eficaz (Babor et al., 2010, 2018). Lo mismo ocurre en el caso de los juegos de azar (Sulkonen et al., 2019). Todo local debe tener claramente indicado las normativas legales del juego y, de modo específico, las probables consecuencias que pro-

duce el juego en los que lo hacen de modo intensivo o de los que tienen problemas con el juego. A pesar de que ello es obligatorio en muchos países, en el nuestro no se hace. En la tabla 8.6 indicamos qué advertencias deberían estar incluidas en los locales de juego y de apuestas.

Tabla 8.6. Advertencias que deben estar en los locales de juego y apuestas

- Tener carteles bien visibles indicando los riesgos que tienen los juegos de azar.
- Indicar en los carteles del local un número de teléfono para pedir ayuda si se tienen problemas de juego.
- En toda máquina de juego debe estar bien visible una pegatina en la que se indiquen las consecuencias negativas del juego y un teléfono para pedir ayuda en caso de tener problemas con el juego.

Eficacia de la medida

Kolandai-Matchett et al. (2018) han analizado el desarrollo e implementación de las políticas de juego en Nueva Zelanda. Allí aplicaron políticas de reducción de daños. Incluye sobre todo el control de las máquinas tragaperras en los locales. En ese país se asume que el juego es un problema de salud pública, no un problema individual que tiene la persona. Ello ha llevado a que en ese país se haya implantado un programa a nivel nacional de salud pública para el control del juego, dependiente del Ministerio de Salud, orientado a la reducción de daños. El periodo de aplicación incluye desde el año 2019 hasta el 2022 (Ministry of Health, 2018).

En otros países, como Suecia, se considera prioritario defender los derechos del consumidor. De ahí el que haya una legislación restrictiva sobre todos los aspectos del juego, y de que el mismo no acarree problemas a sus usuarios (Örberg y Hettne, 2018).

En otros países se han puesto en marcha medidas semejantes. Por ejemplo, en las máquinas tragaperras de los casinos de Las Vegas, puede encontrarse en las mismas advertencias sobre las consecuencias que puede tener el juego compulsivo. Y, en caso de que la persona crea que tiene problemas con el juego, se le proporciona un teléfono de ayuda a donde puede llamar.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida no es compleja. Todo local tiene que tener carteles en donde se indique cuál es la legislación vigente, los derechos de los jugadores y las normas que regulan el juego que allí se hace. Por ello, la implantación de esta norma se puede hacer por vía administrativa, con normas de rango menor, para hacer cumplir de modo visual la normativa que ya está aprobada en leyes y reales decretos sobre el juego.

Resistencias

La resistencia a este tipo de medidas no es previsible que sea importante. Otra cuestión es el nivel de cumplimiento de la misma. Por ello, debe haber un sistema de inspección paralelo para comprobar que la misma se cumple.

2.8. Edad de acceso a los locales de juego o a las máquinas de juego o de apuestas

Justificación de la medida

A mayor edad para acceder a una conducta menor probabilidad de que la misma se haga. Si no se hace, el riesgo de tener problemas con la misma es nulo; si se hace poco el riesgo es menor que si se puede hacer cuando la persona quiera. En el juego, la mayoría de los países tienen como edad de acceso al mismo los 18 años, pero hay algunos que lo tienen en 21, como en varios países de la Unión Europea: en Bélgica no se puede jugar en los casinos hasta los 23 y en Grecia hasta los 25. Bélgica está estudiando elevar la edad mínima para jugar online de los 18 años actuales a los 21.

La propuesta de esta medida se dirigiría a dos aspectos:

- Subir a los 21 años la edad para poder acceder a los locales de juego o de apuestas.
- Subir la edad legal para apostar online a los 21 años.
- Incrementar las inspecciones a los locales de juego para que a los mismos no puedan acceder los menores.

Eficacia de la medida

Los estudios que se han realizado sobre la restricción de acceso a las salas de juego con el aumento de la edad han indicado su utilidad (Sulkunen et al., 2019). Lo relevante es controlar el acceso físico al local, bien por parte de los miembros del staff, o si estos no lo hacen, mediante controles externos de inspección para que lo cumplan.

En este sentido es correcta la preocupación actual por el juego online y por las casas de apuestas. A pesar de que este tipo de apuestas ha crecido y sigue siendo de momento una pequeña fracción del juego, los problemas que produce en estos jugadores son mayores (Gainsbury et al., 2014b). En España, por ejemplo, Cholz (2016), con jugadores patológicos que demandan tratamiento encuentra que la demanda de tratamiento por juego online ya es el segundo después de las máquinas tragaperras. Ello en parte se debe a que el juego online permite la accesibilidad instantánea y, con ello, mayor riesgo de adicción.

En los países europeos la edad legal para poder jugar varía de los 15 a los 18 años. Pero es destacable que, en Finlandia, con el cambio legislativo que se hizo en ese país en 2011 en relación con las máquinas recreativas con premio, consistente en incrementar la edad para poder jugar a ellas de 15 a 18 años, se produjo un descenso en la conducta de juego (Raisamo et al., 2015b). Y, también sabemos que cuanto más tarde pueden los jóvenes jugar en un país menor es la prevalencia de juego (Calado et al., 2016).

Aplicabilidad

La aplicabilidad implica cambiar la normativa legal, mediante leyes específicas en las que aumenten la edad de acceso a las salas de juego y de apuestas. Y, al tiempo, tener un buen sistema de inspección para que se cumpla adecuadamente esta medida. Con este segundo aspecto, en poco tiempo se logra un buen cumplimiento de la norma.

Resistencias

La resistencia para este tipo de medidas viene de la industria del juego. Con esta medida en vigor se reduce el número de potenciales clientes, se retrasa el aprendizaje en los más jóvenes de usar el juego para cumplir ciertas expectativas y creencias y, con todo ello, les descenden las ganancias.

2.9. Auto-prohibición de acceso a los locales de juego o de apuestas

Justificación de la medida

La sociedad tiene que regular conductas que pueden ser problemáticas para ella o para la propia persona. Esto lleva a que muchos aspectos de la vida cotidiana estén regulados. En el caso de las adicciones esto es aún más importante. Uno de los aspectos que la actual legislación del juego regula es el acceso a los locales de juego o apuestas. Un aspecto concreto de ello es la posibilidad de que el propio jugador se pueda auto-prohibir acceder a las salas de juego. Esto lleva a que, en España, con los últimos datos fiables de que disponemos, hay en torno a 86.000 personas que se han auto-prohibido el juego (27.000 para todo el estado y 59.000 sólo para su comunidad autónoma).

Esta medida, y otras nuevas medidas, las indicamos en la tabla 8.7. Todas ellas se centran en facilitar la auto-prohibición de acceso a las salas de juego y apuestas, con el objetivo de reducir los problemas que causa el juego excesivo.

Unido a todo lo anterior, hay que concienciar a la industria del juego sobre la necesidad de que ellos tienen que hacer cumplir escrupulosamente la ley. Y como paso adicional, detectar a los jugadores que tienen problemas con el juego para poder lograr que dejen de jugar. Igualmente, tienen que controlar que no puedan acceder a jugar los que se han auto-prohibido acceder a las salas, así como detectar a los que tienen problemas con el juego para que los jugadores sepan que no deben seguir jugando o que deben buscar ayuda profesional para su problema de juego.

Tabla 8.7. Medidas sobre la prohibición de acceso a los locales de juego o de apuestas

- Facilitar la auto-prohibición, teniendo en los locales de juego o apuestas información sobre cómo hacerla y modelo para hacerla.
- Prohibición administrativa o judicial de acceder a los locales de juego o apuestas (por problemas legales debidos al juego, problemas psicopatológicos debidos al juego, o problemas familiares debidos al juego).
- Control aleatorio del cumplimiento de la normativa en vigor de acceso a los locales de juego o de apuestas.
- Concienciar a la industria del juego de la necesidad de que los menores no accedan a sus locales y a la detección de las personas que tienen problemas con el juego.

Eficacia de la medida

La autoexclusión del juego está incluida en las medidas y regulaciones del juego de muchos países del mundo (Gainsbury, 2014). El periodo temporal puede variar, desde unos meses hasta toda la vida.

El procedimiento, que hay que considerar extremo, porque implica falta de control sobre el juego, tiene como objetivo no poder acceder al lugar en donde uno no puede controlar su conducta de juego. El problema de esta medida se encuentra en aquellos juegos en los que restringir dicho control de acceso no es posible (ej., en un bar en España).

A su vez, para aquellos que se han autoexcluido de entrar en los locales, tiene que haber un buen sistema de control para que puedan ser detectados y no se les permita el acceso. Si esto no se hace bien, o se es muy laxo, la medida sirve de poco. Porque, en la práctica, los jugadores con problemas, aunque están autoexcluidos de entrar en locales de juego, van a intentar en muchos casos acudir a los mismos en algún momento, o cuando tienen ganas de jugar o han vuelto a perder el control sobre su conducta de juego.

Lo anterior es problemático para el juego online.

La mayoría de los que se autoexcluyen son jugadores patológicos, tanto en otros países (Ladouceur et al., 2007) como aquí (Becoña, 1996). Ello es porque la autoexclusión es una buena técnica de control estimular.

La autoexclusión ha mostrado funcionar de modo efectivo en países en donde sólo se puede jugar en locales habilitados y donde hay que identificarse para el acceso, como en Holanda o Suiza, pero en España sólo es útil para los jugadores con problemas con el bingo y el casino, no con las máquinas tragaperras ni el juego online.

La revisión de Gainsbury (2014) concluye que este procedimiento tiene efectos beneficiosos para los jugadores que se han autoexcluido, en asistencia a los locales, gasto, frecuencia de juego, reducción de su severidad de juego, menos problemas psicológicos relacionados con el juego y mayor control de su vida. La limitación está en que es un procedimiento poco solicitado por los jugadores, incluso aunque tengan graves problemas con el juego. No hay que olvidar que esta es una estrategia de reducción de daños, y es la preferida por la industria del juego.

Otras revisiones, como la de Motka et al. (2018) indica que la auto-prohibición tiene efectos beneficiosos, sobre todo para la autoexclusión de máquinas tragaperras. Los motivos por los que las personas se excluyen son o de tipo económico, o para no volver a jugar. Indican que sería relevante que el staff que está en los lugares de juego estuviesen entrenados para que los jugadores problema puedan autoexcluirse.

Por el contrario, Sulkinen et al. (2019) indican que esta medida no parece ser efectiva para contener los problemas del juego. Ciertamente, la autoexclusión sólo la pueden poner en práctica unas pocas personas, muchos jugadores problema y patológicos siguen jugando, y en cualquier momento la persona puede darse de baja de la lista. De ahí que tenemos que ver los pros y contras de esta medida. Es una medida más, pero no es la medida por excelencia para eliminar los problemas de juego excesivo.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de la medida puede potenciarse haciendo que los jugadores que tienen problemas conozcan más fácilmente, y les sea fácil, autoexcluirse del juego. En España la persona puede autoexcluirse acudiendo a la policía, guardia civil, subdelegación del gobierno, direcciones autonómicas de juego, o mediante carta a la Dirección General de Ordenación del Juego (www.ordenaciondeljuego.es). Pero no puede hacerse directamente en los bingos, casinos ni en los bares. De ahí que haya que mejorar los sistemas de autoexclusión.

También vendría bien que los responsables del staff de los lugares de juego sugiriesen a las personas con problemas de juego que no sigan jugando, y les indiquen como autoexcluirse. En todo esto sigue la limitación de que no hay modo de autoexcluirse para entrar en un bar o restaurante para jugar en la máquina tragaperras. Aquí, la medida ideal sería tener un control de acceso a la máquina, como ocurre en las de tabaco, y que se comprobase si la persona que va a jugar es tanto mayor de edad como que no está en un fichero en el que no pueda jugar en ellas.

Resistencias

Esta medida no produce resistencia en la industria del juego, sobre todo porque son muy pocos los que se autoexcluyen, y es una medida de reducción de daños con la que ellos están de acuerdo. Afecta poco a su negocio.

Igualmente, por parte de la administración es una medida fácil de implantar, por usarse poco, fácil de controlar “teóricamente”, y que no ha acarreado problemas en los años que lleva implantada. Otra cuestión es su nivel de efectividad.

2.10. Incrementar el régimen sancionador del incumplimiento de la normativa en vigor

Justificación de la medida

La conducta de juego de azar comercial se caracteriza porque hay que apostar o jugar dinero en el mismo, pudiéndose o no obtener premios en función de un sistema aleatorio, en los juegos mecánicos, o combinando azar y habilidad en otros (ej., póker). Es una conducta, y un negocio, en el que se mueve mucho dinero. Y cuando hay dinero hay mayor probabilidad de hacer trampas, no pagar los impuestos que gravan el juego o usar el pago efectivo del juego para el blanqueo de dinero. De ahí que en todos los países se han puesto en marcha medidas de control para que el juego sea limpio y transparente y que no permita con su fruto, el dinero, hechos delictivos.

La industria del juego está relacionada con la del turismo, entretenimiento, deportes profesionales y medios de comunicación. La industria del juego crea empleos, aporta impuestos y apoya fines sociales. Pero se estima que el 80% de las apuestas deportivas en el mundo son ilegales (Horkonen et al., 2019). Hay máquinas ilegales en locales de distintos países europeos, como loterías, juegos de casino, etc. El juego ilegal en Internet es bien conocido. Y, la liberalización del juego en todo el mundo es clara.

La industria del juego es muy rentable. Hay países en donde se puede jugar ininterrumpidamente 24 horas. Lo mismo ocurre en el juego online. La industria entra en mercados poco restrictivos y, en los que lo son, procura ablandar sus normas. El pensamiento neoliberal está en la base del mismo. El ejemplo de la *Paddy Power Betfair*, empresa dedicada al juego online es paradigmática: paga a su CEO 199 millones de libras esterlinas al año, el mayor sueldo del mundo a un ejecutivo del Reino Unido (Horkonen et al., 2019).

En este sentido, se ha avanzado mucho en la regulación y control del juego por parte de la administración. Pero esto se puede mejorar a través de las siguientes medidas:

- Disponer de un claro sistema sancionador con una aplicación sistemática y consistente de las sanciones a lo largo del tiempo.
- Sancionar a los menores que están ilegalmente jugando con medidas educativas y sociales.

Eficacia de la medida

La historia del juego está repleta de hechos delictivos en décadas previas, sobre todo en otros países (Schneir, 1993), donde siempre nos viene a la mente el juego en Las Vegas y las implicaciones de la mafia en su aparición y consolidación (McMillen, 1996; Vinson, 1988). Cuando se legaliza el juego en España se ponen claras medidas de control. Previo a su legalización había algún juego ilegal, pero era anecdótico y conocido por las fuerzas de orden público. Actualmente, las medidas de control sobre el juego en España son relevantes y se puede decir que efectivas, como ocurre en la mayoría de los países de la Unión Europea (Becoña y Becoña, 2018).

Regular la industria del juego es esencial en un país desarrollado. Y, esta medida debe complementarse con otras, para así reducir los problemas que causa el juego en una parte de sus jugadores. Tener un régimen sancionador para ello es básico (Egerer et al., 2018).

Ya comentamos la relevancia de regular el marketing y las campañas publicitarias. Y sancionar su incumplimiento.

Aplicabilidad

La mejora del régimen sancionados tiene que hacerse desde la administración estatal y autonómica, en función de las competencias que tienen sobre el juego. De ahí que las leyes y normas que regulen el juego deben ser claras sobre este aspecto.

Resistencias

La industria del juego no quiere que la regulen. Ellos preferirían la “autorregulación”, eufemismo bien conocido en el campo de las adicciones, que lo que hace es retrasar tomar medidas efectivas de control. Por ello, cuando la administración propone alguna medida adicional de control sobre el juego la industria y empresas relacionadas con esa regulación se oponen, o indican que quieren negociar, siempre con la idea de que no aumente la regulación o que no se les regule más de lo que ya están.

2.11. Realizar campañas informativas sistemáticas sobre las negativas consecuencias del juego, dirigidas sobre todo a los jóvenes y a los padres

Justificación de la medida

La información sobre una conducta, cuando es problemática o causa problemas, sirve para una parte de la población, sobre todo para la que no tiene problemas con la misma, consiguiendo reforzar con tal información su conducta de rechazo. Es menos eficaz, o ineficaz, para los que tienen problemas (Williams et al., 2007). Una campaña informativa, si se mantiene en el tiempo, y no hay una campaña en contra por parte de la industria, lleva a un cambio de opiniones, actitudes y creencias. Es un proceso lento pero real. Lo sabemos bien por el tabaco y el cambio poblacional que se ha producido sobre el mismo en varias décadas.

Lo anterior no es lo mismo que el juego responsable, y las campañas que se hacen con frecuencia por parte de la industria haciendo creer que ellos no tienen nada que ver con el juego problema o patológico. En cambio, en algunos países, como Canadá, las acciones que se hacen de tipo informativo y preventivo son realizadas por un organismo autónomo, con científicos y profesionales en su seno, que es financiado por la industria del juego, pero no directamente sino a través del gobierno, y sin tener ninguna posibilidad de influir en las campañas informativas y preventivas que ponen en marcha. Con todo, incidir en la industria para que tenga un código ético más claro sobre el juego, y de que aplique realmente lo que es el juego responsable, es una buena vía para concienciarlos de los problemas que causa el juego y de que la industria del juego es una parte importante de ello.

Consideramos que algunas medidas a aplicar sobre esta cuestión serían:

- Realizar campañas informativas en los medios de comunicación sobre las consecuencias negativas del juego.
- Informar a los jóvenes y a sus padres de las consecuencias negativas del juego.
- Enseñar a la población a poder detectar si ellos, o personas cercanas, tienen un problema de juego.
- Denunciar las campañas informativas sesgadas, directas o indirectas, de la industria del juego.

Eficacia de la medida

Este tipo de medida sirve para incrementar la conciencia social sobre el problema del juego excesivo, tanto en los adolescentes como en los adultos. Cuando se dirigen a los jóvenes deben incluirse mensajes tanto para ellos como para sus padres. Para los jóvenes para que puedan detectar si tienen el problema, o mismo sus amigos. Y, para sus padres para que estén atentos a cambios en la vida de sus hijos que pueda hacer pensar que tienen un problema con el juego.

Esta medida debe complementarse con otras. La información por sí sola no es suficiente. Debe ir unida a otras medidas de tipo legislativo, en la que se restrinja el acceso de los jóvenes al juego, de detección temprana de problema de juego en los afectados, y disponer de programas de tratamiento.

Aplicabilidad

El problema de la aplicabilidad es el coste. Una campaña informativa para que sea eficaz exige que se mantenga en el tiempo. Esto hace que sea más costosa. De ahí que tengamos pocas campañas informativas sobre temas de salud por parte de los organismos estatales o autonómicos por su coste.

Resistencias

No es de prever resistencias directas hacia las medidas informativas sobre el juego. Pero sí pueden surgir elementos contra-informativos por parte de la industria. En ese caso podría anular el impacto de la campaña. Por lo que sabemos del alcohol y el tabaco ello puede ser posible.

2.12. Poner en práctica programas preventivos sobre el juego

Justificación de la medida

Cuando surge un problema social la primera medida que se impone es proporcionar información a la sociedad sobre el mismo para que dicha conducta se reduzca o se deje de hacer. Pero la información por sí sola es una medida poca eficaz (Sulkunen et al., 2019). Cuando tenemos un problema que no cambia con la mera información es necesario acudir a la implementación de programas preventivos. Los mismos son eficaces, de modo claro, en el campo de las drogas (ej., Espada et al., 2014; Foxcroft y Tsertsvadze, 2012).

Por ello se propone la puesta en práctica de los programas preventivos que indicamos en la tabla 8.8.

Tabla 8.8. Programas preventivos que se debieran implantar sobre el juego de azar y apuestas deportivas y juego online

- Programas preventivos escolares.
- Programas preventivos familiares.
- Programas preventivos selectivos e indicados.
- Programas preventivos en el lugar de trabajo.
- Detección en las escuelas de personas con problemas causados por el juego.

Eficacia de la medida

Se han evaluado distintos programas preventivos para conseguir que las personas no jueguen de modo excesivo, peligroso o patológico. Mientras que los primeros programas, de hace una o dos décadas, no obtenían siempre resultados adecuados, en los últimos años distintos programas preventivos han mostrado que funcionan adecuadamente para prevenir el juego problema (ej., Huic et al., 2017; Parham et al., 2019; Ren et al., 2019). A su vez, en la revisión de Keen et al. (2017), sobre la eficacia de los programas preventivos en adicciones, encontraron cinco programas preventivos sobre el juego problema. La misma indica que con ellos se logran resultados positivos.

Aplicabilidad

Los programas preventivos para el juego debieran estar implementados en el currículo escolar junto al de otras adicciones.

Resistencias

Las resistencias no suelen ser relevantes cuando se implantan este tipo de medidas. No es la medida principal para lograr reducir la prevalencia del juego ni los problemas de juego. Otras medidas que hemos visto previamente son más eficaces, más radicales, más inmediatas y de mayor impacto. La prevención, en el ámbito social, escolar o familiar, suele implantarse cuando ya esa conducta, producto o consumo está muy implantado en esa sociedad. Pero también vía la prevención se puede llegar a implementar medidas más generales y más eficaces (ej., completa prohibición de la publicidad), como ha ocurrido en otras adicciones (ej., en el tabaco).

2.13. Facilitar los programas de screening y de tratamiento

Justificación de la medida

Cuando una conducta causa problemas importantes se convierte en un problema social. En el caso del juego problema y juego patológico en un problema sanitario que exige atención a los afectados. De ahí que cuando están implantados programas de screening y tratamiento para conductas concretas, sabemos que las mismas no son inocuas o no acarrear ningún problema. Y, en el caso de los juegos de azar, sabemos bien desde hace décadas los problemas que acarrear. De ahí que implementar programas de screening y tratamiento son necesarios para los afectados, Y, al tiempo, la necesidad de aplicar estas medidas abre la puerta a implementar otras medidas para solventar la causa de este problema.

Por ello, proponemos en este caso:

- Detectar las personas con problemas de juego en atención primaria.
- Detectar las personas con problemas de juego por parte de los pediatras.
- Potenciar los tratamientos para las personas con problemas de juego.

Eficacia de la medida

En España no tenemos contabilizados los jugadores patológicos que están en tratamiento, pero son varios miles. Son sólo una parte de los que tienen el problema. Tampoco los jóvenes con problemas, que son muchos miles. De ahí la relevancia de implementar de modo sistemático sistemas de screening de este problema y seguir manteniendo y potenciando los programas de tratamiento que existen a lo largo de toda la geografía nacional.

Aplicabilidad

La aplicabilidad es sencilla. Habría que desarrollar dichos programas de tratamiento para poner en práctica en los lugares del campo sanitario en los que sea más fácil detectar a las personas con problemas de juego. El entrenamiento de los profesionales es sencillo. Muchos de ellos conocen perfectamente la problemática del juego. La ven en sus pacientes que les demandan ayuda.

Resistencias

Esta medida no implica ningún tipo de resistencia. Al ser puesta en práctica desde el sistema sanitario, por el bien de la salud de los ciudadanos, no es previsible resistencia a la misma. O, en caso de existir, sería mínima.

2.14. Potenciar la investigación

Justificación de la medida

La investigación en un tema como el del juego es de doble relevancia. Por una parte, para conocer mejor esta conducta y con ello poder planificar mejores acciones sobre el mismo. Y, por otra, para no verse abocados a utilizar los datos de la industria, dado que la misma financia estudios sobre el juego, siempre en función de sus intereses. Por ello, consideramos que los estudios sobre el juego y su problemática servirían para:

- El incremento del conocimiento y mejor toma de decisiones.
- Para tener información objetiva.
- Como estrategia de bloqueo de la contra-prevención, cuando se quieren tomar medidas de control.
- Para aumentar el número de personas implicadas en la salud.
- Para hacer frente a la investigación sesgada financiada por la industria del juego.

En este tema hay dos cuestiones relevantes. La primera son los trabajos que financia la industria. La segunda, es la decantación de la industria por la reducción de daños, facilitando investigaciones en esta línea.

Se lleva años denunciando como la industria del juego, financia estudios en la línea de sus intereses y bloquea otras. Por ejemplo, Ladouceur et al. (2019) indican los sesgos que tienen aquellos estudios financiados por la industria del juego. Esta orienta la investigación y financia aquello que va en su línea, lo que les favorece. Por ejemplo, se decanta por la autorregulación, la reducción de daños, la información, pero no por la regulación, la prohibición o la prevención y el tratamiento (Hancock y Smith, 2017). No todos los estudios que se realizan indican las fuentes de financiación. Y, en nuestro medio, son claros los sesgos de los resultados cuando es la industria la que financia el estudio.

En muchos casos la financiación de los estudios no es más que una labor de lobby y de marketing de la industria (Collins et al., 2019). Como lo sabe, hace uso de este mecanismo en distintos países. Y, en aquellos débiles en tener datos, puede ser una importante interferencia. Una colaboración sana con la industria, como hacen en algún país, implica que entre académicos y financiadores tiene que haber integridad, competencia, independencia creíble, ausencia de sesgos y nivel de respeto y confianza entre todos los interesados (Ladouceur et al., 2016).

La segunda cuestión es la de la reducción de daños, o su conocida apuesta por la autorregulación, tema bien conocido en el campo de las adicciones en relación a las respectivas industrias que las sostienen. La misma se basa en el conocido como Modelo de Reno del juego responsable (Shaffer et al., 2019). El modelo moral niega el juego responsable (Collins et al., 2015). De ahí la contraposición entre uno y otro.

Con el modelo de Reno se pretende desarrollar y mantener programas de juego responsable, favoreciendo actividades que se basan en la responsabilidad, tanto de los individuos como de la industria, pero también de los servicios de salud y de otros grupos de la comunidad (los que están a favor y en contra) y el gobierno, especialmente aquellos departamentos responsables de proteger a las personas, sobre todo a las más vulnerables. La responsabilidad final es de la Administración, con su función legislativa y reguladora para proteger a los consumidores, seguida de la industria para que minimice el daño que produce el juego (Shaffer et al., 2017).

Un argumento central que usan para lo anterior es que la prevalencia del juego patológico en la población es baja, menos del 1%, y frecuentemente asociada a otros trastornos mentales (comorbilidad).

Eficacia de la medida

No hay ninguna duda de que sobre cualquier tema precisamos información objetiva y fiable. En el caso del juego más. Hay muchos intereses en juego, por una parte, económicos y, por otra, de salud. Desde la perspectiva sanitaria se precisa conocer la temática para poder tomar

medidas de ser el caso, como suele serlo en muchas ocasiones, para que el uso problemático del juego no ocasione problemas en un número elevado de personas. Así, también tenemos argumentos sólidos cuando la industria intenta justificar que su negocio es bueno, trae muchos beneficios y pocos o ningún daño. Esto es algo a lo que estamos habituados en el campo de las adicciones.

Aplicabilidad

La aplicabilidad depende de los presupuestos disponibles y de la voluntad de dedicar medios a esta problemática. La relevancia social es clara, los problemas que acarrea a muchos jugadores es evidente, y sin datos objetivos es difícil la planificación sanitaria.

Resistencias

En los temas de adicciones, cuando hay intereses de la industria, ésta intentará bloquear los estudios científicos con datos que no les interesan, con otros por ellos realizados, naturalmente siempre sesgados hacia sus intereses. Esto lo conocemos bien por lo que han hecho durante décadas, y siguen haciendo, la industria del tabaco, la del alcohol y, más recientemente, también lo hace la del juego.

2.15. Coordinación de las medidas

Justificación de la medida

Las acciones que se ponen en práctica para el control de una conducta aumentan su eficacia si hay una coordinación entre las mismas. Ello implica relevancia del problema, necesidad de afrontarlo eficazmente, supervisión continua de las acciones que se van implantando, y evaluación continua de las medidas que se ponen en marcha.

Por ello, en la coordinación de las medidas para el control y reducción de la conducta de juego de azar y apuestas estarían:

- Coordinar estas acciones con otras de tipo informativo, preventivo (sobre todo a nivel escolar), y de tratamiento.
- Coordinación entre las distintas administraciones.
- Coordinación dentro de una misma administración.

Eficacia de la medida

Sin coordinación entre medidas no queda claro que se logre un adecuado impacto de las distintas medidas a implementar.

Aplicabilidad

La aplicabilidad de esta medida no implica esfuerzo. Sólo voluntad de hacerlo y asunción de la necesidad de tal coordinación.

Resistencias

Ninguna, con la excepción de los posibles costes que podría tener poner en práctica dicha coordinación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Auer, M., Hopfgartner, N. y Griffiths, M. D. (2018). The effect of loss-limit reminders on gambling behavior: A real-world study of Norwegian gamblers. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 1056-1067.
- Auer, M., Reiestad, H. y Griffiths, M. D. (2020). Global limit setting as a responsible gambling tool: What do players think? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 14-26.
- Babor, T. E., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy (2nd ed)*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T. F., Caulkins, J. P., Edwards, G., Fischer, B. F., Foxcroft, D. R., Humphreys, K., ...Strang, J. (2009). *Drug policy and the public good*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (2009). Spain. En G. Meyer, T. Hayer, y M. Griffiths (Eds.), *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention, and interventions* (pp. 281-298). New York, NY: Springer.
- Becoña, E. (2010). Epidemiología del juego patológico. En E. Echeburúa, E. Becoña y F. J. Labrador (Eds.), *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento* (pp. 41-57). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Becoña, L. (2018). Gambling regulation in Spain. En M Egerer, V. Marionneau y J. Nikkinen (eds.), *Gambling policies in European welfare states. Current challenges and future prospects* (pp. 83-97). Cham, Suiza: Palgrave McMillan.
- Becoña, E., Labrador, F.J., Echeburúa, E., Ochoa, E. y Vallejo, M.A. (1995). Slot gambling in Spain: A new and important social problem. *Journal of Gambling Studies*, 11, 265-286.
- Binde, P. (2014). *Gambling advertising; A critical research review*. Londres, RU: Responsible Gambling Trust,
- Binde, P. y Romild, U. (2019). Self-reported negative influence of gambling advertising in a Swedish population-based sample. *Journal of Gambling Studies*, 35, 709-724.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., Zullino, D. y Osiek, C. H. (2008). Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 236-239.
- Congreso de los Diputados (1992). *Informe sobre la situación actual del juego en España*. Madrid: Congreso de los Diputados, Comisión de Justicia e Interior.
- Collins, P., Shaffer, H. J., Ladouceur, R., Blaszczynski, A. y Fong, D. (2020). Gambling research and industry funding. *Journal of Gambling Studies*, 36, 989-997.
- Choliz, M. y Saiz-Ruiz, J. (2016). Regulating gambling to prevent addiction: more necessary now than ever. *Adicciones*, 28, 174-181.
- Dirección General de Ordenación del Juego [DGOJ] (2015a). *Estudio sobre la prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España 2015*. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Secretaría de Estado de Hacienda, Dirección General de Ordenación del Juego.

- Dirección General de Ordenación del Juego [DGOJ] (2015b). *Dirección General del Juego. Memoria anual 2015*. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Secretaría de Estado de Hacienda, Dirección General de Ordenación del Juego.
- Dirección General de Ordenación del Juego [DGOJ] (2016). *Dirección General del Juego. Memoria anual 2016*. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Secretaría de Estado de Hacienda, Dirección General de Ordenación del Juego.
- Djohari, N., Weston, G., Cassidy, R., Wemyss, M. y Thomas, S. (2019). Recall and awareness of gambling advertising and sponsorship in sport in the UK: A study of young people and adults. *Harm Reduction Journal*, 16, 24.
- Domjan, M. (2018). *The essentials of conditioning and learning*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Echeburúa, E., Becoña, E. y F. J. Labrador (Eds.) (2010). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Egerer, M., Marionneau, V. y Nikkinen, J. (eds.) (2018). *Gambling policies in European welfare states. Current challenges and future prospects*. Cham, Suiza: Palgrave McMillan.
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, M. y Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain *Psicothema*, 27, 5-12.
- Fiori, S. (2018). Formal and informal norms: Their relationships in society and in the economic sphere. *Review of Social Economy*, 76, 198-226.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic review. *Perspectives in Public Health*, 132, 128.
- Gainsbury, S. M. (2014). Review of self-exclusion from gambling venues as an intervention for problema gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30, 229-251.
- Gómez, J. A., Cases, J. I., Gusano, G., & Lalanda, C. (2016). *Anuario del juego en España 2015/16. La actividad del juego, cifras y datos socioeconómicos*. Madrid: IPOLGOB-UC3M.
- Gómez, J. A., Cases, J. I., Gusano, G., & Lalanda, C. (2017). *Anuario del juego en España 2015/16. La actividad del juego, cifras y datos socioeconómicos*. Madrid: IPOLGOB-UC3M.
- Gómez, J. A. y Lalanda, C. (2018). *Anuario del juego en España 2018. Cifras y datos socioeconómicos*. Madrid: IPOLGOB-UC3M.
- Gómez, J. A. y Lalanda, C. (2019). *Anuario del juego en España 2019. Cifras y datos socioeconómicos*. Madrid: IPOLGOB-UC3M.
- González, A. (1989). *Juego patológico: Una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones.
- Grande-Cosende, A., López-Nuñez, C., García-Fernández, G., Derevensky, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Systematic review of preventive programs for reducing problema gambling behaviors among young adults. *Journal of Gambling Studies*, 36, 1-22.
- Grant, J. E y Potenza, M. N. (Eds.) (2004). *Pathological gambling. A clinical guide to treatments*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Hakansson, A. y Widinghoff, C. (2019). Television gambling advertisements: Extent and content of gambling advertisements with a focus on potential high-risk comercial messages. *Addictive Behaviors Reports*, 9, 100182.

- Hancock, L. y Smith, G. (2017). Critiquing the Reno model I-IV international influence on regulators and governments (2004-2015)-The distorted reality of “responsible gambling”. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 11, 145.
- Hansen, M. y Rossow, I. (2008). Adolescent gambling and problem gambling: Does the total consumption model apply? *Journal of Gambling Studies*, 24, 135-149.
- Hanss, D., Mntzoni, R.A., Griffiths, M. D. y Pallesen, S. (2015). The impact of gambling advertising: Problem gamblers report stronger impacts on involvement, knowledge, and awareness than recreational gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 483-491.
- Hearn, N. L., Ireland, J. L., Eslea, M. y Fisk, J. E. (2021). Exploring pathways to gambling: Proposing the integrated risk and protective factors model of gambling types. *Journal of Gambling Studies*, 37, 1-26.
- Huic, A., Kranzelic, V., Dodig Hundric, D. y Ricijas, N. (2017). Who really wins? Efficacy of a croatian youth gambling prevention program. *Journal of Gambling Studies*, 33, 1011-1033.
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2019). *España en cifras 2019*. Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2017). *Anuario estadístico de España*. Madrid: INE.
- Jensen, C. (2017). Money over misery: Restrictive gambling legislation in the era of liberalization. *Journal of European Public Policy*, 24, 119-134.
- Keen, B., Blaszczynski, A. y Anjoul, F. (2017). Systematic review of empirically evaluated school-based gambling education programs. *Journal of Gambling Studies*, 33, 301-325.
- Kolandai-Matchett, K., Landon, J., Bellringer, M. y Abgott, M. (2018). A national public health programme on gambling policy development in New Zealand: Insights from a process evaluation. *Harm Reduction Journal*, 15, 11.
- Ladouceur, R., Blaszczynski, A., Shaffer, H. J. y Fong, D. (2016). Extending the Reno model: Responsible gambling evaluation guidelines for gambling operators, public policymakers, and regulators. *Gaming Law Review and Economics*, 20, 1-8.
- Ladouceur, R., Shaffer, P., Blaszczynski, A. y Shaffer, H. J. (2019). Responsible gambling research and industry funding biases. *Journal of Gambling Studies*, 35, 725-730.
- Ladouceur, R., Sylvain, C. y Gosselin, P. (2007). Self-exclusion program: A longitudinal evaluation study. *Journal of Gambling Studies*, 23, 85-94.
- La Plante, G. A. y Shaffer, H. J. (2007). Understanding the influence of gambling opportunities: Expanding exposure models to include adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 616-623.
- Lawn, S., Oster, C., Riley, B., Smith, D., Baigent, M. y Rahamathulla, M. (2020). A literature review and gap analysis of emerging technologies and new trends in gambling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 744.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S. y Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Mankiw, N. G. (2004). *Principios de economía*, 3ª ed. Madrid: McGraw-Hill.
- Meyer, G., Hayer, T. y Griffiths, M. (Eds.) (2009). *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention, and interventions*. Nueva York, NY: Springer.
- Markham, F., Young, M. y Doran, B. (2014). Gambling expenditure predicts harm: Evidence from a enue-level study. *Addiction*, 109, 1509-1516.

- McMillen, J. (Ed.) (1996). *Gambling cultures. Studies in history and interpretation*. Londres, RU: Routledge.
- Messerlian, C. y Derevensky, J. (2008). Evaluating the role of social marketing campaigns to prevent youth gambling problems. *Canadian Journal of Public Health*, 98, 101-104.
- Ministry of Health (2018). *Strategy to prevent and minimise gambling harm 2019/20 to 2021/22: Proposals document*. Wellington, Nueva Zelanda: Ministry of Health.
- Meyer, G., Hayer, T. y Griffiths, M. (Eds.) (2009). *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention, and interventions*. Nueva York, NY: Springer.
- Monaghan, S., Derevensky, J. y Sklar, A. (2008). Impact of gambling advertisement and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimise harm. *Journal of Gambling Issues*, 22, 252-274.
- Motka, F., Grünem B., Slecza, P., Braun, B., Örnberg, J. C. y Kraus, L. (2018). Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 903-916.
- Newall, P. W.W., Thobhani, A., Walasek, L. y Meyer, C. (2019). Live-odds gambling advertising and consumer protection. *Plos One*, 14, e0216876.
- Novak, D. E. y Aloe, A. M. (2018). A meta-analytical synthesis and examination of pathological and problema gambling rates and associated moderators among college students 1987-2016. *Journal of Gambling Studies*, 34, 465-498.
- Ochoa, E., Labrador, F. J., Echeburúa, E., Becoña, E., & Vallejo, M. A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Örnberg, J. C. y Hettne, J. (2018). The future Swedish gambling market: Challenges in law and public policies. En M. Egerer, V. Marionneau y J. Nikkinen (eds.), *Gambling policies in European welfare states. Current challenges and future prospects* (pp. 197-216). Cham, Suiza: Palgrave McMillan.
- Parham, B. R., Robertson, C., Lever, N., Hoover, S., Palmer, T., Lee, P., Willis, K. y Prout, J. (2019). Enhancing the relevance and effectiveness of a youth gambling prevention program for for urban, minority youth: A pilot study of Maryland smart choices. *Journal of Gambling Studies*, 35, 1249-1267.
- Petry, N. M. (2004). *Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pettigrew, S., Rosenberg, M., Ferguson, R., Houghton, S., y Wood, L. (2013). Game on: Do young people absorb sports sponsorship messages? *Public Halth Nutrition*, 16, 2197-21204.
- Rehm, J., Crépault, J. F., Hassan, O. S. M., Lachenmeier, D.W. Room, R. y Sornpaisarn, B. (2019). Regulatory policies for alcohol, other psychoactive substances and addictive behaviours: The role of level of use and potency. A systematic review. *International Journal of Research in Public Health*, 16, 19.
- Ren, J., Moberg, K., Scuffham, H., Guan, D. y Asche, C. V. (2019). Long-term effectiveness of a gambling intervention program among children in central Illinois. *Plos One*, 14, e0212087.
- Rossow, I. y Hansen, M. (2016). Gambling and gambling policy in Norway –An exceptional case. *Addiction*, 113, 593-598.
- Salonen, A. H., Hellman, M., Latvala, T. y Castrén, S. (2018). Gambling participation, gambling habits, gambling-related harm, and opinions on gambling advertising in Finland 2016. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35, 215-2234.

- Schneir, L. (1993). *Gambling collectibles. A sure winner*. Atglen, PA: Schiffer Publishing Ltd.
- Shaffer, H. J., Blaszczynski, A. y Ladouceur (2017). Truth, alternative facts, narrative, and science: What is happening to responsible gambling disorder? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15, 1197-1202.
- Shaffer, H. J., Blaszczynski, A. y Ladouceur, R. (2020). Gambling control and public health: Let's be honest. *Journal of Gambling Studies*, online.
- Shaffer, H. J. y Kidman, R. (2004). Gambling and the Public Health. En J. E. Grant y M. N. Potenza (Eds.), *Pathological gambling: A clinical guide to treatment* (pp. 3-23). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Shaffer, H. J., LaBrie, R. a. y LaPlante, D. (2004). Laying the foundation for quantifying regional exposure to social phenomena: Considering the case of legalized gambling as a public health toxin. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 40-48.
- St-Pierre, R. A., Walker, D. M., Deverensky, J. y Gupta, R. (2014). How availability and accessibility of gambling venues influence problem gambling: A review of the literature. *Gambling Law Review and Economics*, 18, 150-172.
- Storer, J., Abbott, M. y Stubs, J. (2009). Access or adaptation? A meta-analysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines. *International Gambling Studies*, 9, 225-244.
- Sulkunen, P., Babor, T. f., Örnberg, J. C., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, Ch., Marionneau, V., Nikkinen, J., Orford, J., Room, R. y Rossow, I. (2019). *Setting limits. Gambling, science, and public health*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Tavazzani, M. T., Fara, G. M. y Marceca, M. (2020). Mind the GAP! Pathological gambling, a modern defy to public health. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 32, 186-199
- Thornme, H. B., Rockloff, M. J. Langham, E. y Li, E. (2016). Hierchy of gambling choices: A framework form examining EGM gambling environment preferences. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1101-1113.
- Thomas, S., Bestman, A., Pit, H., Cassidy, R., McCarthy, S., Nyemcsok, C., Cowlshaw, S. y Daube, M. (2018). Young people awareness of the timing and placement of gambling advertisement on traditional and social media platforms: A study of 11-16 years olds in Australia. *Harm Reduction Journal*, 15, 51.
- Tong, H. H. Y y Chim, D. (2013). The relationship between casino proximity and problem gambling. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 3, 2.
- Vasiliadis, S., Jackson, A., Christenson, D. y Francism, K. (2013). Physical accessibility of gaming opportunities and its relationship to gaming involvement and problem gambling: A systematic review. *Journal of Gambling Issues*, 28, 1-46,
- Vinson, B. (1988). *Las Vegas. Behing the tables!* Grand Rapids, MI: Collegon Books.
- Wardle, H., Reith, G., Langham, E. y Rogers, R. D. (2019). Gambling and public health: We need policy action to prevent harm. *British Medical Journal*, 394, 1212-1214.
- Williams, R. J., West, B. L. y Simpson, R. I. (2007). *Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre*. Guelph, Ontario, Canadá: Ontario Problem Gambling Research Centre.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS