



**CONSEJO DE
LA UNIÓN EUROPEA**

**Bruselas, 6 de noviembre de 2006 (08.11)
(OR. en)**

14851/06

SAN 220

NOTA DE TRANSMISIÓN

Emisor:	Por el Secretario General de la Comisión Europea, Sr. D. Jordi AYET PUIGARNAU, Director
Fecha de recepción:	31 de octubre de 2006
Destinatario:	Sr. D. Javier SOLANA, Secretario General / Alto Representante
Asunto:	Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol

Adjunto se remite a las Delegaciones el documento de la Comisión – COM(2006) 625 final.

Adj.: COM(2006) 625 final



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 24.10.2006
COM(2006) 625 final

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, AL PARLAMENTO
EUROPEO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE
LAS REGIONES**

**Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los
daños relacionados con el alcohol**

{SEC(2006) 1358}

{SEC(2006) 1360}

{SEC(2006) 1411}

ÍNDICE

1.	Introducción	4
2.	Mandato para la acción	5
3.	Justificación de la acción	6
4.	El proceso de consulta y de evaluación de impacto.....	8
5.	Cinco temas prioritarios y buenas prácticas pertinentes	9
5.1.	Protección de los jóvenes, niños y nonatos.....	9
5.1.1.	Justificación de la acción	9
5.1.2.	Buenas prácticas.....	9
5.2.	Reducción de las lesiones y muertes causadas por accidentes de carretera relacionados con el alcohol.....	10
5.2.1.	Justificación de la acción	10
5.2.2.	Buenas prácticas.....	10
5.3.	Prevención de los daños relacionados con el alcohol entre los adultos y reducción del impacto negativo en el lugar de trabajo	11
5.3.1.	Justificación de la acción	11
5.3.2.	Buenas prácticas.....	12
5.4.	Información, educación y sensibilización sobre las consecuencias del consumo nocivo y peligroso de alcohol y sobre pautas de consumo adecuadas.....	12
5.4.1.	Justificación de la acción	12
5.4.2.	Buenas prácticas.....	12
5.5.	Crear, apoyar y mantener una base común de datos comprobados.....	13
5.5.1.	Justificación de la acción	13
5.5.2.	Medidas necesarias.....	13
6.	Tres niveles de acción	13
6.1.	Acción de la Comisión Europea.....	14
6.2.	Subsidiariedad: presentación de las medidas aplicadas por los Estados miembros...	15
6.2.1.	Medidas nacionales	16
6.2.2.	Acción local	17
6.3.	Coordinación de acciones a escala de la Unión Europea.....	18
6.3.1.	Foro sobre el alcohol y la salud.....	18

6.3.2.	La conducción en estado de embriaguez.....	18
6.3.3.	Comunicación comercial.....	18
7.	Conclusiones	19

1. INTRODUCCIÓN

La presente Comunicación trata sobre los efectos adversos para la salud ligados al consumo nocivo y peligroso de alcohol¹, así como sobre las consecuencias sociales y económicas que de ello se derivan, y constituye una respuesta a las peticiones que el Consejo ha dirigido a la Comisión para que se encargue del seguimiento, la evaluación y la vigilancia de la evolución y las medidas tomadas en este ámbito y le informe sobre la necesidad de nuevas medidas. La Comunicación se centra en la prevención y reducción de los comportamientos de consumo de alcohol de forma intensiva y extrema, así como del consumo por parte de menores de edad y de algunas de sus consecuencias más negativas, como los accidentes de tráfico provocados por el alcohol y el síndrome de alcoholismo fetal. No se trata, por tanto, de una reflexión sobre el consumo de alcohol en cuanto tal, sino sobre el abuso del mismo y sus consecuencias nocivas. La Comunicación reconoce que los hábitos culturales de los Estados miembros en lo que se refiere al consumo de alcohol son diferentes. No se pretende introducir una acción comunitaria en lugar de las políticas nacionales, instauradas ya en la mayor parte de los Estados miembros y que entran dentro del ámbito de las competencias nacionales en virtud del principio de subsidiariedad y el artículo 152 del Tratado CE. En concreto, la Comisión no tiene la intención de proponer, a raíz de la presente Comunicación, la elaboración de una legislación armonizada en el ámbito de la prevención de los daños relacionados con el alcohol.

El objeto de la Comunicación es hacer un inventario de las medidas que ya han sido introducidas por la Comisión y los Estados miembros e identificar, por una parte, las buenas prácticas que han dado resultados positivos y, por otra, los ámbitos de importancia socioeconómica y comunitaria en los que todavía pueden lograrse progresos.

La Comunicación explica también cómo la Comisión puede aumentar su apoyo y complementar las políticas nacionales de salud pública aplicadas por los Estados miembros en cooperación con las partes interesadas², teniendo en cuenta que los hábitos y comportamientos de consumo de bebidas alcohólicas varían en toda la UE. Este compromiso de la Comisión de proseguir con las medidas existentes y elaborar otras nuevas en virtud de sus competencias junto con una lista de buenas prácticas que se han aplicado en diversos Estados miembros, así como la creación de un Foro sobre el alcohol y la salud que ayudará a su difusión, constituirá la espina dorsal de una estrategia de gran envergadura para reducir los daños relacionados con el alcohol en Europa.

¹ El consumo peligroso de alcohol se ha definido como un nivel o patrón de consumo que probablemente cause un daño si el hábito persiste (Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra); sin embargo, no hay ningún acuerdo normalizado sobre el nivel de consumo de alcohol que debe considerarse consumo peligroso. El consumo nocivo de alcohol se define como un patrón de consumo que daña la salud, tanto física (por ejemplo, cirrosis hepática) como mental (por ejemplo, depresión derivada del consumo de alcohol) ' *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. (Clasificación ICD-10 de las alteraciones de la mente y el comportamiento: Descripciones clínicas y directrices de diagnóstico). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 1992.

² Entre estas se cuentan actores tan diversos como las ONG sanitarias y de consumidores, los grupos de autoayuda, los productores y los minoristas de bebidas alcohólicas, el sector hostelero, los centros de enseñanza, los empresarios y los sindicatos, la industria publicitaria, los medios de comunicación, etc.

2. MANDATO PARA LA ACCIÓN

La Unión Europea tiene competencia y responsabilidad para abordar problemas de salud pública como el consumo nocivo y peligroso de alcohol complementando las medidas nacionales en este ámbito, tal como se recoge en el artículo 152 del Tratado CE.

El Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas ha confirmado en reiteradas ocasiones que la lucha contra los daños relacionados con el alcohol constituye un objetivo importante y válido de salud pública³.

En 2001 el Consejo adoptó una Recomendación sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y, en particular, de los niños y adolescentes⁴, en la que se invita a la Comisión a hacer un seguimiento de los cambios y las medidas que se adopten y a evaluar y controlar dichos cambios y medidas e informar sobre la necesidad de nuevas medidas⁵.

En sus conclusiones de 5 de junio de 2001, el Consejo invitó a la Comisión a presentar propuestas para una estrategia comunitaria global destinada a reducir los daños relacionados con el alcohol para complementar las políticas nacionales. Las conclusiones del Consejo celebrado en junio de 2004 sobre el alcohol y los jóvenes reiteraron esta invitación⁶.

La mayor parte de los Estados miembros han tomado medidas para reducir los daños relacionados con el alcohol, y son muchos los que cuentan con un amplio repertorio de políticas a este respecto. A pesar de la adopción de políticas sanitarias tanto a escala comunitaria como nacional, la envergadura de los daños, especialmente entre los jóvenes, en la carretera y en el lugar de trabajo, sigue siendo inaceptablemente grave en todos los Estados miembros. Por otra parte, los estudios llevados a cabo a nivel nacional y de la UE⁷ muestran que, en algunos casos en los que interviene un elemento transfronterizo, podría ser necesaria una mejor coordinación a escala comunitaria y la creación de sinergias a este nivel. Entre los ejemplos se pueden citar la promoción transfronteriza de venta de alcohol, que podría atraer a jóvenes bebedores, o la publicidad televisiva transfronteriza de bebidas alcohólicas, que podría entrar en contradicción con las restricciones nacionales.

Esto tiende a mostrar que algunos problemas son comunes a todos los Estados miembros (es decir, consumo antes de la edad legal o accidentes de carretera relacionados con el alcohol), que las políticas adoptadas para abordarlos no han logrado sus objetivos, puesto que los

³ Asuntos Franzen (C -189/95), Heinonen (C -394/97), Gourmet (C -405/98), Cataluña (C -190 y C -179/90) y Ley Evin (C -262/02 y C -429/02).

⁴ Recomendación 2001/458/CE del Consejo – DO L 161 de 16.6.2001, p. 38, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/oj/2001/l_161/l_16120010616es00380041.pdf

⁵ Informe completo publicado en <http://ec.europa.eu/comm/health>

⁶ Conclusiones del Consejo de 5 de junio de 2001 sobre una estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol (DO C 175 de 20.6.2001, p. 1 - http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/oj/2001/c_175/c_17520010620es00010002.pdf) y Conclusiones del Consejo de 1 y 2 de junio de 2004 sobre el alcohol y los jóvenes (http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/lisa/80956.pdf).

⁷ Por ejemplo: *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol?* (¿Qué intervenciones resultan más eficaces y rentables frente al alcohol?) en la Red de Evidencias Sanitarias de la Oficina Regional para Europa de la OMS, (HEN) 2004; *Alcohol Policy and the Public Good* (Política frente al alcohol y bienestar público), Griffith Edwards 1994, Cochrane Library; EconLit y *the Alcohol and Alcohol Problems Science Database* (El alcohol y la base de datos científica sobre problemas relacionados con el alcohol) (ETOH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA).

problemas persisten o en algunos casos se han agravado, y que algunos problemas son de importancia comunitaria, porque existe un elemento transfronterizo, de donde se deduce la necesidad de tomar otras medidas y reforzar la cooperación a escala nacional y de la UE. La presente Comunicación establece un enfoque para la Unión Europea con el fin de apoyar y respaldar una estrategia coordinada para reducir los daños relacionados con el alcohol, la cual se basará en el compromiso de la Comisión de seguir aplicando las medidas que entran dentro de su competencia y elaborar otras nuevas, así como de difundir las buenas prácticas que se han puesto en marcha en diversos Estados miembros.

La acción de la UE para reducir los daños relacionados con el alcohol contribuirá a la realización de otros objetivos políticos pertinentes ya acordados a nivel de la UE, por ejemplo en lo que se refiere a la seguridad vial⁸, la salud y la seguridad en el trabajo⁹ y la Convención sobre los Derechos del Niño¹⁰.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN

El consumo nocivo y peligroso de alcohol tiene un impacto considerable en la salud pública y genera costes en lo que respecta a la atención sanitaria, los seguros de enfermedad, el cumplimiento de la ley y el orden público, y los lugares de trabajo, por lo que tiene repercusiones negativas en el desarrollo económico y en la sociedad en su conjunto. El consumo nocivo y peligroso de alcohol es un factor determinante de la salud fundamental y una de las principales causas de muerte prematura y de enfermedades que podrían evitarse. Es, asimismo, la causa evidente del 7,4 %¹¹ de todos los problemas de salud y muertes prematuras en la UE, y tiene un impacto negativo en el trabajo y la productividad. Las políticas dirigidas a la prevención y el tratamiento del consumo nocivo y peligroso, así como una información adecuada sobre modos de consumo responsables, tienen consecuencias beneficiosas para los particulares y las familias, pero también ahorran costes sociales y repercuten positivamente en el mercado de trabajo, y contribuirán a fomentar la competitividad conforme a los objetivos de Lisboa y al objetivo de alargar la esperanza de vida con buena salud. Por todo ello, deberían alentarse las iniciativas emprendidas en el lugar de trabajo. Las partes interesadas pertinentes (organizaciones empresariales y sindicatos) tienen una responsabilidad particular a este respecto.

Los jóvenes de la UE se encuentran especialmente en una situación de riesgo, pues más del 10 % de la mortalidad femenina y en torno al 25 % de la mortalidad masculina en las categorías de edad de 15 a 29 años guarda relación con el consumo peligroso de alcohol¹². El consumo nocivo y peligroso de alcohol no sólo ejerce sus efectos sobre las personas que beben, sino también sobre otras personas y sobre toda la sociedad. Los efectos nocivos del

⁸ Recomendación 2004/345/CE de la Comisión, de 6 de abril de 2004, sobre la aplicación de las normas de seguridad vial, DO L 111 de 17.4.2004, Recomendación 2001/116/CE de la Comisión, de 17 de enero de 2001, sobre la tasa máxima de alcoholemia permitida para los conductores de vehículos de motor, DO L 43 de 14.2.2001, Comunicación de la Comisión, DO C 48 de 14.2.2004.

⁹ Estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2002-2006/ * COM(2002) 118 final.

¹⁰ Resolución 44 /25 de la ONU, de 20 de noviembre de 1989.

¹¹ *The WHO's Global Burden of Disease Study* (Estudio de la OMS sobre la carga global de las enfermedades) (Rehm et al 2003 a y b, Rehm et al 2004 y Rehm 2005).

¹² *Alcohol in Europe A public health perspective* (El alcohol en Europa, una perspectiva de salud pública), P Anderson y B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm (basado en el estudio de la OMS, *Global Burden of Disease Study*, Rehm et al 2003 a y b, Rehm et al 2004 y Rehm 2005).

alcohol suelen ser más importantes en los grupos sociales menos favorecidos y contribuyen así a aumentar las desigualdades en cuanto a la salud.

Si bien el índice medio de consumo de alcohol ha disminuido en la UE, la proporción de jóvenes y adultos jóvenes que tienen comportamientos de consumo nocivo y peligroso ha aumentado en muchos Estados miembros durante los últimos diez años¹³. Los hábitos de consumo de alcohol en muchas partes de la UE, y especialmente la tendencia al alza del consumo masivo ocasional (*binge drinking*)¹⁴ por parte de los menores de edad, así como la alta frecuencia de consumo de éstos últimos en muchos países europeos¹⁵, tendrán efectos sanitarios adversos a largo plazo y aumentarán el riesgo de perjuicios sociales.

Los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol son también motivo de gran preocupación. Aproximadamente un accidente de cada cuatro puede atribuirse a esta causa, y al menos 10 000 personas pierden la vida cada año en la UE en accidentes de carretera relacionados con el alcohol. La Unión Europea aspira a reducir a la mitad el número de personas fallecidas en las carreteras europeas, de 50 000 en el año 2 000 a 25 000 para 2010¹⁶, y los esfuerzos para reducir el consumo de alcohol al volante pueden contribuir sustancialmente a alcanzar este objetivo.

El consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar negativamente al desarrollo cerebral del feto y va asociado a deficiencias intelectuales que se manifiestan más tarde durante la infancia¹⁷. Dado que el consumo de alcohol por parte de las mujeres jóvenes está aumentando en la mayoría de los Estados miembros, y que ejerce sus efectos sobre el feto ya desde el comienzo del embarazo, las intervenciones destinadas a sensibilizar sobre este hecho revisten una importancia capital.

A la vista de todo lo que precede, y apoyándose en los resultados del proceso de evaluación de impacto, la Comisión ha señalado los cinco temas prioritarios que se exponen a continuación, los cuales afectan a todos los Estados miembros y para los que la acción comunitaria tiene un valor añadido como complemento de las políticas nacionales y en coordinación con las acciones nacionales:

- protección de los jóvenes, niños y bebés nonatos;
- reducción de las lesiones y muertes causadas por accidentes de carretera relacionados con el alcohol;

¹³ Las tendencias más pronunciadas se registran principalmente entre los adultos jóvenes (por encima de la edad legal para el consumo). El consumo masivo ocasional entre los consumidores menores de edad se ha estabilizado en los países de la EU-15 pero ha aumentado en los de la EU-10.

¹⁴ Se considera consumo masivo ocasional (*binge drinking*) la ingestión de más de cinco unidades de alcohol en una sola ocasión.

¹⁵ Informe ESPAD de 2003, *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries* (El consumo de alcohol y otras drogas entre los estudiantes de 35 países europeos), Björn Hibell et al, Estocolmo 2004, <http://www.espad.org/reports.asp>.

¹⁶ COM(2001) 370 final «La política europea de transportes para el 2010: la hora de la verdad».

¹⁷ En Francia, por ejemplo, más de 700 niños nacieron en 2001 con síndrome de alcoholismo fetal, y se calcula que más de 60 000 personas padecen esta enfermedad (datos calculados por el INSERM - «*Expertise collective*» en septiembre de 2001, tras dos estudios epidemiológicos realizados en el Norte de Francia y en la isla de La Reunión).

- prevención de los daños relacionados con el alcohol entre los adultos y reducción del impacto negativo en el lugar de trabajo;
- información, educación y sensibilización sobre las consecuencias del consumo nocivo y peligroso de alcohol y sobre pautas de consumo adecuadas;
- elaboración y mantenimiento de una base común de datos comprobados a escala de la UE.

Estos temas trascienden la escala local, nacional y de la Unión Europea, y exigen una acción multisectorial y que se extienda a todas las partes interesadas. La presente estrategia propone, por tanto, resaltar el trabajo ya realizado por la Comisión y los Estados miembros, y sugiere nuevas medidas o la continuación de las ya puestas en marcha por la Comisión. Presenta, asimismo, buenas prácticas aplicadas en los Estados miembros que podrían servir de inspiración para acciones y sinergias similares en el plano nacional.

4. EL PROCESO DE CONSULTA Y DE EVALUACIÓN DE IMPACTO

Desde 2004, los servicios de la Comisión han llevado a cabo amplias consultas con expertos de los Estados miembros, organizaciones internacionales, investigadores y partes interesadas¹⁸. La Comisión ha participado también en mesas redondas organizadas con partes interesadas seleccionadas, bajo los auspicios del Centro de Política Europea¹⁹.

Mediante una convocatoria de concurso abierta, la Comisión contrató la realización de un informe de expertos en salud pública del Instituto de Estudios sobre el Alcohol²⁰.

Con el fin de analizar los s sanitarios, sociales, económicos y medioambientales relacionados con el alcohol y las diferentes opciones políticas, la Comisión llevó a cabo una evaluación de impacto²¹.

Las partes interesadas pudieron también formular sus observaciones con ocasión de una consulta abierta sobre el etiquetado de alimentos y bebidas iniciada por la Comisión²².

¹⁸ Incluidas organizaciones no gubernamentales (ONG sanitarias y de defensa de los consumidores, grupos de autoayuda, etc.) y organizaciones que representan a productores de bebidas alcohólicas.

¹⁹ El informe del Centro de Política Europea que versa sobre la mesa redonda sobre el alcohol está publicado en el sitio www.theepc.be.

²⁰ Publicado en el portal de salud de la UE y en el sitio web junto con un informe sobre la reunión de evaluación por pares, comentarios del grupo de expertos de evaluación por pares, opiniones de las partes interesadas sobre la política relativa al alcohol y sobre la aplicación de la Recomendación del Consejo (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm).

²¹ Además, y como parte del procedimiento de evaluación de impacto, un contratista exterior ha realizado un análisis económico más detallado del impacto del alcohol en el desarrollo económico de la UE: «Informe RAND», publicado en <http://ec.europa.eu/comm/health>.

²² El documento de información utilizado para la consulta está disponible en Internet en el sitio siguiente: http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/betterregulation/index_en.htm.

5. CINCO TEMAS PRIORITARIOS Y BUENAS PRÁCTICAS PERTINENTES

5.1. Protección de los jóvenes, niños y nonatos

Objetivos

Objetivo 1: Controlar el consumo de alcohol en los menores y reducir el consumo peligroso y nocivo entre los jóvenes, en cooperación con todos los interesados.

Objetivo 2: Reducir los efectos negativos que sufren los niños en las familias con problemas de alcohol.

Objetivo 3: Reducir el consumo de alcohol durante el embarazo, para de este modo rebajar el número de niños que nacen aquejados de alcoholismo fetal.

5.1.1. *Justificación de la acción*

A menudo se presenta injustamente a los jóvenes como causantes de los problemas derivados del alcohol, en vez de como sus víctimas. Se calcula que el alcohol constituye la causa del 16 % de los casos de malos tratos y de falta de cuidados adecuados a los niños²³.

Se ha demostrado que el consumo nocivo de alcohol por parte de los jóvenes no sólo tiene efectos negativos en la salud y el bienestar social, sino también en el rendimiento escolar²⁴. En muchas partes de la Unión Europea sigue extendiéndose entre los jóvenes la moda del consumo masivo ocasional, favorecida por la facilidad con que los menores de edad pueden acceder en cualquier momento a bebidas alcohólicas. Es preciso, por tanto, estudiar nuevas medidas para frenar el consumo de alcohol antes de la edad legal y los hábitos de consumo nocivo entre los jóvenes.

En la mayoría de los Estados miembros, los agentes de la cadena de bebidas alcohólicas se han comprometido activamente en la aplicación de la reglamentación nacional y han manifestado su voluntad de desempeñar un papel más dinámico a la hora de hacer cumplir las medidas reguladoras y autorreguladoras.

Algunos Estados miembros han aumentado los impuestos sobre productos especialmente atractivos para los menores²⁵.

5.1.2. *Buenas prácticas*

Las tendencias preocupantes de consumo de alcohol entre los jóvenes pueden combatirse eficazmente mediante políticas públicas. La Recomendación del Consejo de 2001 ha contribuido a la elaboración de tales políticas. Entre los ejemplos de medidas eficaces introducidas por los Estados miembros se cuentan las siguientes: introducción de restricciones

²³ English et al. 1995, Single et al, 1999, Ridolfo y Stevenson 2001, recogido de *Alcohol in Europe – a public health perspective*, http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

²⁴ RAND: *An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU* (Análisis económico de las repercusiones del alcohol en el desarrollo económico de la Unión Europea) (Horlings, Scoggins 2006).

²⁵ Este problema se ha abordado imponiendo una tasa especial o un etiquetado obligatorio sobre productos como los «*alcopops*» (en Dinamarca, Francia, Alemania, Irlanda y Luxemburgo).

sobre la venta de alcohol, la disponibilidad de bebidas alcohólicas y las prácticas comerciales que pueden influir en los jóvenes, amplia acción apoyada en grupos sociales concretos para prevenir los daños y comportamientos de riesgo, con la participación de profesores, padres, partes interesadas y de los propios jóvenes²⁶ y apoyada en mensajes en los medios de comunicación y en programas de formación de aptitudes para la vida. La industria de bebidas alcohólicas y los minoristas pueden desempeñar un importante papel para garantizar el consumo responsable de alcohol.

5.2. Reducción de las lesiones y muertes causadas por accidentes de carretera relacionados con el alcohol²⁷

Objetivos

Objetivo 4: Contribuir a reducir el número de muertos y heridos causados por el alcohol en la carretera.

5.2.1. Justificación de la acción

Aproximadamente un accidente de cada cuatro puede atribuirse al consumo de alcohol, y al menos 10 000 personas pierden la vida cada año en la UE en accidentes de carretera relacionados con el alcohol. Los jóvenes de edades comprendidas entre 18 y 24 años están especialmente expuestos al riesgo de sufrir un accidente. Del 35 % al 45 % de las muertes en este grupo de edad son debidas a accidentes de tráfico. Estos son la causa más común de las muertes de jóvenes (47 %, según varias fuentes). Por lo que se refiere a los accidentes debidos al estado de embriaguez, dos tercios de las personas afectadas tenían entre 15 y 34 años, y el 96 % eran varones.

5.2.2. Buenas prácticas

Numerosos estudios han mostrado que el riesgo de accidentes de tráfico relacionados con el alcohol aumenta con la concentración de alcohol en la sangre del conductor. Todos los Estados miembros han tomado medidas para introducir límites en la tasa de alcoholemia. Los estudios suelen mostrar que sería deseable la imposición de un límite máximo de 0,5 mg/ml o incluso una cifra inferior²⁸. El cumplimiento real de las medidas contra la conducción en estado de embriaguez podría reducir sustancialmente los casos de muerte (hasta un 25 % en el

²⁶ La Comisión ha hecho que los jóvenes participaran en el proceso de consulta previo a la presente Comunicación y en proyectos cofinanciados mediante el Programa de salud pública. El Foro europeo de la juventud ha creado un grupo de trabajo para contribuir al trabajo en curso.

²⁷ Además de en el tráfico por carretera, y conforme a las preocupaciones generales relativas al alcohol en el lugar de trabajo según lo descrito en la sección 5.3, es evidente que también es necesario reducir el consumo de alcohol en otros sectores del transporte, como el sector del transporte marítimo, ferroviario y aéreo. Sin embargo, la presente Comunicación no está dirigida a estos últimos.

²⁸ Un revisión realizada sobre 112 estudios aportó pruebas concluyentes de que el deterioro de la capacidad de conducción comienza en el momento que se supera una tasa de alcoholemia cero (Moskowitz y Fiorentino, 2000). Un estudio que comparó las concentraciones de alcohol en sangre de conductores que habían sufrido accidentes con las de otros no implicados en accidentes demostró que tanto los hombres como las mujeres al volante, de todas las edades, con una tasa de alcoholemia de entre 0,2 g/l y 0,49 g/l tenían por lo menos tres veces más riesgo de perecer en un accidente de tráfico. El riesgo era seis veces mayor con una tasa de alcoholemia entre 0,5 g/l y 0,79 g/l y once veces mayor con una tasa entre 0,8g/l y 0,99g/l (Zador et al 2000). Todos los estudios confirmaron que el efecto positivo de la nueva legislación para reducir las tasas límite de alcohol en sangre es más alto si va acompañado de debates públicos, campañas en los medios de comunicación y el cumplimiento de las nuevas normas.

caso de los hombres y hasta un 10 % en el de las mujeres), lesiones y discapacidades registradas en accidentes de tráfico. Los ejemplos de políticas nacionales eficaces reposan en la introducción y realización de pruebas del aire espirado aleatorias, frecuentes y sistemáticas, apoyadas por campañas de educación y sensibilización en las que participen todas las partes interesadas. Una combinación de cumplimiento estricto de las normas y de sensibilización activa constituye la clave del éxito. Los conductores jóvenes y novatos están más a menudo implicados en accidentes de carretera relacionados con el alcohol. Otro ejemplo de política eficaz es la introducción de una tasa cero de alcohol en sangre para estos conductores y, por razones de seguridad, también para los conductores de transporte público, así como para los conductores de vehículos comerciales, en especial los que transportan mercancías peligrosas.

5.3. Prevención de los daños relacionados con el alcohol entre los adultos y reducción del impacto negativo en el lugar de trabajo

Objetivos

Objetivo 5: Reducir las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, causadas por el alcohol.

Objetivo 6: Disminuir el número de muertes relacionadas con el alcohol.

Objetivo 7: Proporcionar información a los consumidores para que puedan adoptar decisiones con conocimiento de causa.

Objetivo 8: Contribuir a reducir los daños relacionados con el alcohol en el lugar de trabajo y fomentar acciones destinadas a este último.

5.3.1. Justificación de la acción

El 85 % de los adultos consume alcohol con moderación y de forma responsable la mayor parte del tiempo, pero el consumo nocivo y peligroso constituye una de las principales causas de muerte prematura y de enfermedades que podrían evitarse, además de tener repercusiones negativas sobre la capacidad laboral²⁹. El absentismo relacionado con el alcohol o la ingestión de alcohol durante la jornada de trabajo tienen un impacto negativo en el rendimiento laboral y, por ende, en la competitividad y la productividad³⁰. Mientras que 266 millones de adultos consumen diariamente una cantidad que no supera los 20 g en el caso de las mujeres y 40 g en el de los hombres, más de 58 millones de adultos (un 15 %) consumen cantidades superiores a estas cifras, de los que 20 millones (un 6 %) beben al día más de 40 g (mujeres) o más de 60 g (hombres). Atendiendo a la adicción en lugar de a las cantidades ingeridas, se calcula que, cada año, 23 millones de europeos sufren problemas de alcoholismo (5 % de hombres y 1 % de mujeres).

²⁹ *Alcohol in Europe A public health perspective* (El alcohol en Europa, una perspectiva de salud pública), P Anderson y B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.

³⁰ RAND: *An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU* (Análisis económico de las repercusiones del alcohol en el desarrollo económico de la Unión Europea) (Horlings, Scoggins 2006).

5.3.2. *Buenas prácticas*

La experiencia adquirida en los Estados miembros muestra que para reducir el impacto negativo del consumo nocivo y peligroso de alcohol es preciso mejorar la aplicación de las reglamentaciones, los códigos y las normas en vigor. El cumplimiento de las licencias para la venta de alcohol, la formación de los que sirven alcohol, las intervenciones basadas en grupos sociales concretos y en el lugar de trabajo, las políticas de precios (por ejemplo, reducción de las ofertas de dos bebidas por una), la coordinación del transporte público y los horarios de cierre de los locales de ocio, los consejos dados por médicos o enfermeros de atención primaria a las personas en situación de riesgo y los tratamientos adecuados, son intervenciones que parecen eficaces para prevenir los daños relacionados con el alcohol entre los adultos y pueden reducir su impacto negativo en el lugar de trabajo. La educación, las actividades de información y las campañas para promover un consumo moderado o en contra del alcohol al volante, durante el embarazo y antes de la edad legal, pueden utilizarse para movilizar el apoyo público a favor de las intervenciones.

5.4. **Información, educación y sensibilización sobre las consecuencias del consumo nocivo y peligroso de alcohol y sobre pautas de consumo adecuadas**

Objetivos

Objetivo 9: Sensibilizar a los ciudadanos de la Unión Europea sobre las consecuencias para la salud del consumo nocivo y peligroso de alcohol, especialmente los efectos sobre el feto, los menores de edad y el rendimiento en el trabajo y al volante.

5.4.1. *Justificación de la acción*

Los ciudadanos tienen derecho a recibir informaciones útiles referidas a las repercusiones sobre la salud, y en particular sobre los riesgos y las consecuencias relacionadas con el consumo nocivo y peligroso de alcohol, y a obtener información más detallada sobre los ingredientes añadidos que pueden ser perjudiciales para la salud de ciertos grupos de consumidores. En las personas de cierta edad (más de 45 años, dependiendo del sexo y de diferencias individuales), el consumo moderado de alcohol parece ofrecer cierta protección contra la enfermedad cardíaca coronaria.

5.4.2. *Buenas prácticas*

Los modos de vida adoptados en la juventud predeterminan la salud del adulto. Por ello, los niños y jóvenes, así como sus padres, constituyen el grupo más importante al que deben dirigirse la educación sanitaria y las intervenciones de sensibilización. Programas amplios y cuidadosamente aplicados de educación para la salud y de aptitudes para la vida, que se empiecen en la primera infancia y continúen, preferentemente, durante la adolescencia, pueden aumentar la conciencia de los comportamientos de riesgo y ejercer un efecto sobre ellos. Tales intervenciones deberían referirse tanto a factores de riesgo, como el alcohol, como a períodos de riesgo, como la adolescencia, y a factores de protección, es decir, cambios en los comportamientos y modos de vida.

Las campañas en medios de comunicación, como la «Euro-Bob» financiada por la Comunidad y destinada a prevenir la conducción en estado de embriaguez, pueden utilizarse para informar y sensibilizar a los ciudadanos y apoyar las intervenciones políticas.

5.5. Crear, apoyar y mantener una base común de datos comprobados

Objetivos

Objetivo 10: Obtener información comparable sobre el consumo de alcohol, especialmente entre los jóvenes; definiciones relativas al consumo nocivo y peligroso, a los hábitos de bebida y a los efectos sociales y sanitarios del alcohol, e información sobre el impacto de las medidas políticas adoptadas en relación con el alcohol y los efectos del consumo de alcohol en la productividad y el desarrollo económico.

Objetivo 11: Evaluar el impacto de iniciativas tomadas sobre la base de la presente Comunicación.

5.5.1. Justificación de la acción

Los sistemas de investigación e información son esenciales para el desarrollo y la ejecución de acciones eficaces a escala local, nacional y de la Unión Europea para poder prevenir el consumo nocivo y peligroso de alcohol y evaluar mejor los efectos de un consumo moderado. Es también absolutamente necesario contar con definiciones comunes del consumo masivo ocasional y del consumo nocivo y peligroso, sobre todo para seguir la evolución de los hábitos de consumo de los jóvenes.

5.5.2. Medidas necesarias

Además del trabajo que se está llevando a cabo sobre los indicadores sanitarios de la Comunidad Europea, los servicios de la Comisión han detectado la necesidad de elaborar una definición normalizada para los datos sobre el consumo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol, iniciar una investigación para calcular el coste y los beneficios de las diferentes opciones políticas, realizar periódicamente encuestas europeas comparativas y colmar las lagunas de la investigación sobre los perjuicios sociales y sanitarios causados por el alcohol y las causas de su consumo nocivo y peligroso, así como sobre su papel en el aumento de las disparidades de salud entre grupos socioeconómicos. Es necesario, asimismo, evaluar las diferencias en los hábitos de consumo por país, edad y sexo.

Por otra parte, son precisos nuevos estudios que midan la eficacia de las acciones e intervenciones, según se propone en la presente Comunicación.

6. TRES NIVELES DE ACCIÓN

Las políticas nacionales sobre las cuestiones relativas al alcohol son competencia de los Estados miembros. Por otra parte, la Comunidad fomenta la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros y presta apoyo a sus acciones. Como complemento a estas iniciativas nacionales, la Comisión aplica políticas en el ámbito de los daños relacionados con el alcohol, especialmente a través del Programa de salud pública y el Programa marco de investigación. Existen, pues, tres niveles de acción: el nivel nacional, la coordinación de políticas nacionales a nivel comunitario, y las acciones de la Comisión basándose en sus prerrogativas. En este contexto, la función esencial de la Comisión consiste en lo siguiente: 1) informar y sensibilizar sobre las preocupaciones esenciales en el ámbito de la salud pública a escala de la UE y de los Estados miembros, y cooperar con éstos en las medidas adoptadas para abordarlas; 2) emprender acciones a escala de la UE cuando éstas entren dentro de su

ámbito de competencias, particularmente mediante programas sectoriales, y 3) apoyar las acciones nacionales coordinadas y contribuir a su coordinación, sobre todo mediante la identificación y difusión de buenas prácticas en toda la UE.

6.1. Acción de la Comisión Europea

El papel de la Comunidad en el ámbito de la salud pública consiste en complementar la labor de los Estados miembros, añadir valor a sus acciones y, especialmente, ocuparse de las cuestiones que éstos no pueden abordar por sí mismos de forma independiente. La Comisión concederá especial prioridad a las acciones que persigan los objetivos siguientes:

- Apoyar, mediante el Programa de salud pública, los proyectos que contribuyan a reducir los daños relacionados con el alcohol en la UE, especialmente los efectos negativos sobre los niños y jóvenes, y supervisar y evaluar la eficacia de las intervenciones. *(corresponde a los objetivos 1 a 11 de la sección 5)*
- Apoyar, mediante el programa de salud pública y otras estructuras existentes, la creación de un sistema de definiciones flexibles, pero normalizadas, para los datos relativos al alcohol; realizar periódicamente encuestas comparativas sobre el consumo de alcohol, en particular utilizando la encuesta comunitaria de salud mediante entrevista y otras encuestas complementarias (que se desarrollarán en el marco del sistema europeo de encuestas de salud y el sistema estadístico europeo), y elaborar indicadores sanitarios para seguir y evaluar la evolución de la situación. En el sitio web de EUROPA accesible mediante un enlace del portal de salud se publicará información comparable sobre el alcohol. *(objetivos 9 a 11)*
- Apoyar el seguimiento de los hábitos de consumo de alcohol de los jóvenes, y de las repercusiones que sufren por causa de ello, prestando especial atención al aumento del consumo entre las jóvenes y el incremento del consumo masivo ocasional. *(objetivos 1, 3, 4, 6, 7 y 9)*
- Preparar, en cooperación con los Estados miembros y las partes interesadas, estrategias dirigidas a evitar el consumo de los menores. Esto deberá hacerse en forma de intercambio de buenas prácticas para tratar cuestiones como la venta y el despacho de alcohol, la comercialización irresponsable y la imagen de consumo excesivo de alcohol transmitida por los medios de comunicación y por modelos sociales, y podrá impulsarse en el seno del Foro sobre el alcohol y la salud al que se hace referencia en la sección 6.3.1. y en el marco de la aplicación del Pacto europeo para la juventud³¹. *(objetivos 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 8)*
- Sostener los esfuerzos desplegados por los Estados miembros y las partes interesadas para elaborar programas de información y educación sobre los efectos del consumo nocivo de alcohol y sobre pautas de consumo responsables. *(objetivos 1 a 9)*
- Explorar, en cooperación con los Estados miembros y organizaciones empresariales, la posibilidad de desarrollar campañas específicas de información y educación o iniciativas

³¹ En su Comunicación relativa a las políticas europeas en el ámbito de la juventud: «Responder a las expectativas de los jóvenes en Europa – Aplicación del Pacto europeo para la juventud y promoción de la ciudadanía activa», de 30 de mayo de 2005, la Comisión ratifica que considera importante prestar atención a la salud de los jóvenes. Uno de los ámbitos de acción es el consumo de alcohol por parte de los jóvenes.

similares para tratar los daños relacionados con el alcohol en el lugar de trabajo. A este respecto, debe proseguirse el intercambio de buenas prácticas específicas, quizá junto con otras iniciativas lideradas por la Comisión, como las relativas a la responsabilidad social de las empresas. (*objetivos 1 a 9*)

- Apoyar la participación de organizaciones pertinentes con competencias en el ámbito de la salud en el lugar de trabajo, por ejemplo la Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo, dada la importancia de algunas de sus iniciativas como la «*Healthy Workplace Initiative*» (Iniciativa para un lugar de trabajo sano), con la que se pretende proporcionar a los empresarios y empleados un acceso fácil a información sobre el modo de mejorar su entorno profesional mejorando la salud y aumentando la productividad. (*objetivos 1 a 9*)
- Explorar, en cooperación con los Estados miembros y las partes interesadas, la conveniencia de poner a punto planteamientos comunes eficaces en toda la Comunidad para proporcionar información adecuada al consumidor. Este tipo de reflexiones tienen gran importancia, pues algunos Estados miembros prevén introducir etiquetas de advertencia (por ejemplo acerca del alcohol y el embarazo) y porque, de un modo más general, hay un debate en curso sobre las mejores prácticas en materia de educación de los consumidores. (*objetivos 1, 3, 4, 6, 7 y 9*)
- Informar sobre la aplicación de medidas para abordar el consumo nocivo y peligroso de alcohol, tal como se han presentado en la presente Comunicación, y sobre el impacto de la estrategia de la UE que en ella se establece, basándose en la información facilitada por los Estados miembros. (*objetivo 11*)

Por otra parte, el séptimo programa marco de investigación previsto (2007-2013), en particular dentro del apartado correspondiente a la salud del futuro Programa específico de cooperación, brindará la oportunidad de examinar la forma en que la investigación a escala europea aporta valor añadido a una estrategia de la UE para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. Con el fin de justificar las medidas de salud pública más adecuadas y orientar sobre las decisiones políticas a adoptar para evitar el consumo nocivo de alcohol, los ámbitos de investigación más idóneos para la investigación pueden ser los siguientes:

- el trabajo sobre los hábitos de consumo de alcohol de los jóvenes (tendencias, factores determinantes, etc.);
- el vínculo entre el consumo nocivo de alcohol y los hábitos de bebida y los perjuicios sociales, económicos y sanitarios que de ello se derivan (corresponde a los objetivos 1ª a 10 de la sección 5);
- otros factores relativos al impacto en la sociedad (corresponde a los objetivos 1 a 10 de la sección 5).

6.2. Subsidiariedad: presentación de las medidas aplicadas por los Estados miembros

6.2.1. Medidas nacionales

La mayoría de los Estados miembros han introducido disposiciones legislativas y políticas relativas al consumo nocivo y peligroso de bebidas alcohólicas. Por otra parte, en 2005 quince Estados miembros informaron de que habían adoptado planes de acción nacionales, o de que ya contaban con organismos de coordinación para la política relativa al consumo de alcohol. Los Estados miembros han introducido una gran variedad de medidas que afectan a cuestiones como la educación, la información al consumidor y la realización de controles de tráfico o de las licencias para la venta de bebidas alcohólicas, así como a la fijación de niveles impositivos sobre el alcohol³².

Las medidas específicas adoptadas por los Estados miembros para reducir los efectos nocivos relacionados con el alcohol con objeto de proteger la salud pública están basadas en sus contextos culturales particulares. La descripción de algunas medidas tomadas en el marco de las políticas nacionales puede facilitar la difusión de buenas prácticas. Cada medida debe ser analizada individualmente, pero, en cualquier caso, todas deben apoyarse en datos comprobados, ser proporcionadas y aplicarse de forma no discriminatoria. Entre los ejemplos de medidas nacionales que se aplican actualmente en los Estados miembros se cuentan las siguientes:

- Acción para mejorar la información a los consumidores, en el punto de venta o en los propios productos, sobre los efectos del consumo nocivo de alcohol en la salud o el rendimiento laboral. Como parte de la información al consumidor, algunos Estados miembros han introducido un etiquetado especial para proteger a las mujeres embarazadas y al nonato, o bien están estudiando su introducción. Otras acciones pretenden proporcionar información fácilmente comprensible sobre el contenido de alcohol y un consumo moderado. (*objetivos 1 a 9*)
- Acción destinada a mejorar el cumplimiento de los límites de edad en lo que se refiere a la venta y el despacho de alcohol. Tales acciones parecen ser más eficaces cuando todas las partes interesadas, los padres y los jóvenes participan en ellas. Dado que el alcohol no se metaboliza bien a una edad temprana, algunos Estados miembros están considerando también la opción de revisar la edad mínima que se exige para vender y servir cualquier tipo de bebida alcohólica, especialmente en aquellos países en donde la edad mínima es actualmente inferior a 18 años. (*objetivos 1, 4, 6, 7 y 8*)
- Se ha demostrado que las intervenciones y los programas educativos aumentan la capacidad de los jóvenes y de sus padres para hacer frente a los problemas de alcohol y los comportamientos de riesgo. Estas intervenciones podrían centrarse tanto en los factores de riesgo como en los de protección, con objeto de promover cambios de comportamiento reales entre los niños y adolescentes, y podrían llevarse a cabo en los centros escolares y otros lugares apropiados. Para aumentar la eficacia, convendría que los jóvenes y las demás partes interesadas pertinentes se implicaran también en ellas. (*objetivos 1, 2, 4 y 6-9*)

³² Los tipos mínimos de los impuestos especiales se establecen en la Directiva 92/84/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aproximación de los tipos del impuesto especial sobre el alcohol y las bebidas alcohólicas. Los Estados miembros pueden fijar sus índices nacionales por encima de estos tipos mínimos en los niveles que consideren apropiados y que pueden incorporar otras políticas como las relativas a la salud.

- Introducción y aplicación de normas contra el despacho de alcohol a las personas ebrias, así como sistemas eficaces de licencias para vender y servir productos alcohólicos de forma responsable, de conformidad con los contextos particulares y los ordenamientos jurídicos nacionales. *(objetivos 1 a 7 y 9)*
- Introducción de una tasa cero de alcoholemia para los conductores jóvenes o inexpertos y para los conductores de transporte público, así como para los conductores de vehículos comerciales, especialmente los de transporte de mercancías peligrosas. *(objetivos 4 a 6)*
- Preparación de un marco que permita realizar pruebas aleatorias del aire espirado a todos los conductores sin restricciones, aplicación de medidas para luchar contra la conducción en estado de embriaguez y aplicación de sanciones disuasorias a todos los conductores detectados con una tasa de alcoholemia superior al límite establecido, y especialmente a los conductores reincidentes. *(objetivos 4 a 7 y 9)*
- Acciones específicas dirigidas a tratar los problemas que plantea el consumo de alcohol en el lugar de trabajo y en su entorno. *(objetivos 2 a 6)*
- Asignación de los recursos necesarios en la asistencia sanitaria primaria para las funciones de orientación y tratamiento relativo al consumo peligroso y nocivo de alcohol, para impartir formación a los profesionales sanitarios y dar prioridad a la prevención del alcoholismo en los lugares de trabajo, facilitar asesoramiento a los niños de familias con problemas de alcohol y para acciones de educación y sensibilización destinadas a proteger al feto. *(objetivos 2 a 9)*
- Establecimiento de programas de investigación y de seguimiento sobre el alcohol financiados con fondos públicos. *(objetivos 7 a 11)*

6.2.2. *Acción local*

Las estrategias nacionales pueden ser más eficaces si se apoyan en actividades locales y de grupos concretos. Por otra parte, la acción local en la que participen varias partes interesadas es esencial para sostener la estrategia que se expone en la presente Comunicación. Por ejemplo:

- Podrían utilizarse métodos activos de aprendizaje con los que disuadir a los adolescentes de empezar la experiencia de consumo nocivo de alcohol. *(objetivos 1, 6, 7 y 9)*
- Podría establecerse una política, para todos los lugares de trabajo, destinada a prevenir los daños relacionados con el alcohol, que incluyera campañas de información y/o educación, y a proporcionar ayuda y cuidados especializados a los empleados que tengan problemas relacionados con el alcohol. *(objetivos 5 a 9)*
- Las organizaciones de jóvenes y de la sociedad civil deberían reflexionar sobre cómo pueden contribuir a reducir los perjuicios relacionados con el alcohol. *(objetivos 1 a 9)*
- Las comunidades locales podrían contribuir a prevenir y promover estrategias para proteger a los ciudadanos contra los efectos nocivos derivados del alcohol. *(objetivos 1 a 9)*

6.3. Coordinación de acciones a escala de la Unión Europea

Las competencias de la UE en el ámbito de la salud no se limitan a acciones específicas de salud pública. Siempre que sea posible, la Comisión intentará mejorar la coherencia entre las políticas que tienen repercusiones en los daños relacionados con el alcohol. Actualmente existen una serie de mecanismos para garantizar que las cuestiones de salud se tomen debidamente en cuenta en otros ámbitos de la política comunitaria, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 152, apartado 1, del Tratado CE.

6.3.1. Foro sobre el alcohol y la salud

Utilizando la Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud como modelo, la Comisión creará un foro sobre el alcohol y la salud (junio 2007) que reunirá a expertos de diversas organizaciones y representantes de partes interesadas de los Estados miembros y de otras instituciones y agencias de la UE. El objetivo global de este foro será apoyar y aportar datos para la puesta en práctica de la estrategia expuesta en la presente Comunicación y efectuar un seguimiento de su aplicación. Cuando sea oportuno, el Foro sobre el alcohol y la salud podría crear subgrupos sobre temas especiales como la investigación, la recogida de información y recopilación de datos y la educación. (*objetivos 1 a 11*)

6.3.2. La conducción en estado de embriaguez

Con el fin de coordinar mejor las actividades destinadas a reducir los accidentes de carretera relacionados con el alcohol, y en particular para luchar contra la conducción en estado de embriaguez, la Comisión potenciará la coordinación entre las medidas de lucha contra el alcohol al volante y las medidas de seguridad en la carretera, entre las que se cuentan las financiadas por el programa de salud pública y el plan de acción sobre seguridad vial. Se prestará una atención especial a la cuestión de los conductores novatos y jóvenes. (*objetivos 4, 6 y 7*)

6.3.3. Comunicación comercial

El Derecho comunitario ya regula ciertos aspectos de la comunicación comercial, y actualmente se están revisando y poniendo al día algunos instrumentos. Por otra parte, cada vez caben menos dudas sobre cuáles son los tipos de buenas prácticas en materia de autorregulación que contribuirán a crear parámetros de comportamiento eficaces para los publicistas y a ajustar así las prácticas publicitarias a las expectativas sociales³³. Los servicios de la Comisión trabajarán con las partes interesadas para impulsar una cooperación sostenida

³³ La publicidad televisiva de bebidas alcohólicas está regulada por la Directiva sobre la televisión sin fronteras (Directiva 89/552/CEE del Consejo, de 3 de octubre de 1989, sobre la coordinación de determinadas disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva; DO L 298 de 17.10.1989, p. 23). La Directiva 2005/29/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de mayo de 2005, relativa a las prácticas comerciales desleales de las empresas en sus relaciones con los consumidores en el mercado interior, trata sobre las prácticas agresivas y la publicidad engañosa, así como sobre las prácticas que utilizan la coerción como medio para la venta (DO L 149 de 11 de junio de 2005, p. 22). Por lo que se refiere a los planteamientos de autorregulación, la mesa redonda sobre la publicidad establecida por la Comisión y en la que participan múltiples sectores y partes interesadas ha identificado algunos elementos esenciales para una autorregulación efectiva, que se presentan en el informe que puede consultarse en la dirección siguiente: http://ec.europa.eu/consumers/overview/report_advertising_es.pdf

sobre las comunicaciones y ventas comerciales responsables, que incluirá la presentación de un modelo de consumo de alcohol responsable. El principal objetivo será apoyar las acciones de la UE y de los Gobiernos nacionales o las administraciones locales destinadas a prevenir la comercialización irresponsable de bebidas alcohólicas, y examinar periódicamente las tendencias publicitarias y las cuestiones que suscitan preocupación en el ámbito de la publicidad, como por ejemplo el alcohol.

Este esfuerzo conjunto tendrá como uno de sus objetivos alcanzar un acuerdo con representantes de diversos sectores (hostelería, venta al por menor, productores, medios de comunicación y sector publicitario) sobre un código de comunicación comercial aplicado a escala nacional y de la UE. Podrán establecerse acuerdos sobre indicadores de referencia para los códigos o las estrategias nacionales.

Como parte de este planteamiento, se efectuará también un seguimiento del impacto de los códigos autorreguladores en el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y el cumplimiento de tales códigos por parte de las empresas. Se invitará a las partes independientes a verificar la ejecución y los resultados de los códigos de autorregulación en relación con los indicadores de referencia acordados, lo que permitirá a las organizaciones que trabajan por la responsabilidad social ajustar sus objetivos en consecuencia. (*objetivos 1 a 9*)

7. CONCLUSIONES

Con la presente Comunicación, la Comisión, respondiendo a la invitación que el Consejo le dirigió en 2001, presenta una estrategia global destinada a reducir los daños relacionados con el alcohol en Europa hasta finales de 2012, y explica lo que ya se ha hecho en el plano nacional y comunitario, los ámbitos prioritarios en los que hay que adoptar nuevas medidas y la forma en que la Comisión puede contribuir a hacer frente a este importante problema de salud pública. La Comisión propone que los Estados miembros y las partes interesadas adopten esta Comunicación como base para avanzar en la tarea, especialmente en el marco del Foro sobre el alcohol y la salud.

La Comisión considera que su principal contribución a la estrategia debe basarse en el enfoque existente de actuar como complemento de las políticas y estrategias nacionales en este ámbito y, por lo tanto, no tiene intención de aplicar la estrategia mediante nuevas propuestas legislativas específicas. La Comisión informará periódicamente sobre la puesta en práctica de las medidas destinadas a evitar el consumo nocivo y peligroso de alcohol, tal como se expone en esta Comunicación, así como sobre las repercusiones de la estrategia comunitaria aquí expuesta. Para ello se apoyará en los informes periódicos de los Estados miembros sobre la aplicación de las medidas pertinentes.

Algunas acciones de los Estados miembros actualmente en aplicación deben considerarse como ejemplos de buenas prácticas, y ya han demostrado su eficacia. Estas acciones deben potenciarse, respetando los principios de subsidiariedad y de mejora de la normativa, para alcanzar el objetivo de la estrategia. La Comisión contribuirá mediante su función de complemento de los esfuerzos de los Estados miembros, añadiendo valor a sus acciones y tratando las cuestiones que los Estados miembros no puedan manejar eficazmente de forma individual.