

## EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA: UN TEMA PENDIENTE

Borja García-Lorenzo (1,2) y Marta Trapero-Bertran (1)

(1) Facultat de Ciències Econòmiques i Socials. Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Barcelona. España.

(2) Unitat d'Avaluació d'Innovacions i Noves Tecnologies. Hospital Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** Hace tiempo que se recomienda evaluar las intervenciones preventivas en España. La evaluación del impacto de los programas estructurados y de las acciones puntuales de prevención y tratamiento del consumo de alcohol (PAPTCA) permitiría tomar las decisiones de financiación mejor informadas en materia de salud pública, desde el punto de vista de la eficiencia. No obstante, no se conoce un documento que ilustre la situación de la evaluación de los PAPTCA en España. Este artículo pretendió clasificar y describir los PAPTCA en España, prestando especial atención a la evaluación de impacto y a la información sobre financiación para la rendición de cuentas.

**Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de los PAPTCA implementados en España tanto a nivel regional (comunidades autónomas) como local durante el periodo 2000-2017, y se llevó a cabo un análisis descriptivo de la base de datos obtenida de los PAPTCA a partir de la revisión de la bibliografía realizada.

**Resultados:** Se identificaron 145 programas estructurados y 45 acciones puntuales. Solo el 25% de los programas estructurados evaluaron los resultados. Además, únicamente un tercio de ellos presentaron alguna información sobre su financiación. Por su parte, los números fueron menos alentadores en las acciones puntuales, donde solo el 10% evaluaron sus resultados, y una cifra similar aportó información sobre su financiación.

**Conclusiones:** Existe una necesidad de sistematizar la información de los PAPTCA, para que sirva de instrumento en la evaluación de su impacto en España y, de esta manera, paliar la escasa presencia de cultura evaluativa en este ámbito y promover la rendición de cuentas a la sociedad de los recursos en salud pública.

**Palabras clave:** Alcohol, Programas, Prevención, Tratamiento, Evaluación, España.

### ABSTRACT

#### Evaluation of programs to reduce alcohol consumption in Spain: a pending issue

**Background:** To evaluate preventive interventions on alcohol consumption has been long recommended in Spain. The impact evaluation of structured programs and specific actions for the prevention and treatment of alcohol consumption (PAPTCA) would allow making better informed decisions on public health financing based on the efficiency criteria. To the best of our knowledge, there is no scientific document that illustrates the situation of the PAPTCA's evaluation in Spain. This paper aims to classify and describe PAPTCA in Spain, focused on their impact evaluation and information on financing for accountability to society.

**Methods:** A systematic literature review of the PAPTCA implemented in Spain, from 2000 till 2017, at regional (autonomous communities) and local level was carried out, and a descriptive analysis of the PAPTCA database obtained from the literature review was carried out.

**Results:** 145 structured programs and 45 specific actions were identified. Only 25% of structured programs provided an impact evaluation, besides, only 15% presented some information about their financing. Regarding the specific actions, the numbers were less encouraging where 10% provided an impact evaluation while a similar figure of PAPTCA showed financing information.

**Conclusions:** There is a need to systematize the information of the PAPTCA that serves as an instrument to conduct impact evaluations in Spain. This should ease the scarce presence of evaluative culture in this area and promote the accountability of resources spent on public health to society.

**Key words:** Alcohol, Program, Prevention, Treatment, Evaluation, Spain.

## INTRODUCCIÓN

El último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(1)</sup> sobre el alcohol y sus consecuencias para la salud advierte que el consumo de alcohol es responsable del 5,9% de la mortalidad global (3,3 millones de muertes). Además, le atribuye el 5,1% de la carga global de enfermedades y lesiones, medida en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Europa parece posicionarse a la cabeza de ambas estadísticas y, en este contexto, presenta un 5,8% de la mortalidad general por causas relacionadas con el alcohol en el año 2016<sup>(2)</sup>.

La OMS<sup>(1)</sup> sitúa el consumo de alcohol como una carga importante para los presupuestos de los gobiernos y las sociedades. En España, Scandurra et al<sup>(3)</sup> cifraron los costes directos e indirectos del alcohol en 2.700 millones de euros en 2007, lo que representa el 0,2% del Producto Interior Bruto (PIB) de España en ese año. Sin embargo, los autores indican que esos costes pueden estar infraestimados por la ausencia de importantes factores. Más tarde, Rehm et al<sup>(4)</sup> estimaron que los costes sociales del abuso de alcohol en Europa representan un 1,3% del PIB de media, con datos del 1,4% del PIB para Francia o para Escocia. Estos mismos autores calcularon que los costes reales del abuso de alcohol en España estarían en torno al 1% del PIB, si todos los factores fueran incluidos.

Según el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)<sup>(4)</sup>, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 77,6% de adultos ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,1% en los últimos 30 días y el 9,3% diariamente en los últimos 30 días. De acuerdo a las tasas de consumo en los últimos 12 meses y 30 días, el Ministerio de Sanidad (MS) informa que la prevalencia de consumo de alcohol es alta y mantiene una tendencia estable desde la década de los noventa del siglo XX. Aunque destaca la

tendencia descendente de los bebedores diarios desde 2001<sup>(5)</sup>, la proporción de personas con un patrón de consumo excesivo de alcohol (“*binge drinking*”) es elevada, especialmente en jóvenes<sup>(6,7)</sup>, y esto hace mantener altos los niveles de prevalencia en la población.

Gual<sup>(8)</sup> hizo un análisis sobre la evolución de cómo las autoridades españolas habían afrontado el problema de alcohol desde los años ochenta. Hasta ahora, España es un país catalogado como poseedor de una cultura de bebida (*wet-culture*), con un consumo de alcohol en la vida cotidiana de fácil acceso, y donde la proporción de personas abstemias es escasa<sup>(1)</sup>. Las intervenciones de salud pública se desarrollan mayoritariamente a nivel regional, desde que las comunidades autónomas (CCAA) asumieron las competencias sanitarias que antes eran del Estado a principios de la década de 2000. Por lo tanto, la intervención sobre el consumo de alcohol se recoge en planes de salud a niveles nacional, autonómico y local. Esto supone, por un lado, una heterogeneidad transversal donde el alcohol, a pesar de ser un objetivo generalmente prioritario, ocupa diferentes lugares en los planes regionales<sup>(9)</sup> y, por otro, la necesidad de una coordinación y cooperación vertical para evitar el solapamiento de intervenciones y asegurando una actuación eficiente y coordinada. Ya Antoñanzas et al<sup>(10)</sup> y luego Scandurra et al<sup>(3)</sup> reclamaron un censo de las actuaciones preventivas realizadas por las CCAA para prevenir daños relacionados con el alcohol, así como para la homogeneización de la medición de los indicadores y la integración de la información disponible. Sin embargo, casi 10 años más tarde, estas recomendaciones siguen sin tenerse en cuenta. Si miramos hacia Europa, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) creó la base de datos de buenas prácticas *Exchange on Drug Demand Reduction Action* (EDDRA)<sup>(11)</sup>, que incluía intervenciones preventivas sobre alcohol y otras drogas hasta 2016. Recientemente se ha

implantado la base de datos *Xchange*<sup>(12)</sup>, que se articula como continuación de EDDRA y que contiene los programas más recientes. Se trata de la herramienta de referencia europea para el registro de evidencia sobre intervenciones preventivas. No obstante, *Xchange* estaba todavía en fase de pruebas en el momento de esta revisión. La base de datos EDDRA fue revisada por Irlés et al<sup>(13)</sup>, quienes plantearon críticas sobre el funcionamiento de esta base de datos y señalaron que la información disponible sobre los programas incluidos no representaba todos los programas existentes de los diferentes países que participaban en la misma.

Los sistemas de salud requieren asignar los recursos de manera eficiente, obteniendo el máximo resultado en salud con los mínimos recursos disponibles. La evaluación debe apoyar las decisiones de financiación de los programas de salud pública. Solo si evaluamos las políticas sanitarias y, en este caso, las políticas para reducir el consumo de alcohol, podremos informar las decisiones desde el punto de vista de la eficiencia. Dado que estos programas se pagan con dinero público, la importancia de la evaluación reside en que hay que rendir cuentas a la sociedad de cómo y en qué se gasta el dinero, y sobre el coste de oportunidad observado para financiar ese programa. Son de vital importancia la transparencia y el buen gobierno por parte de los decisores sanitarios. A finales de los 90, se elaboró en Europa una guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias, así como una serie de instrumentos para la evaluación de las intervenciones preventivas<sup>(14)</sup>. A pesar de estos instrumentos, Irlés et al<sup>(13)</sup> concluyeron que la evaluación de los programas de prevención seguía siendo una asignatura pendiente. En España, García-Altés et al<sup>(14)</sup> recomendaron hace años evaluar las intervenciones preventivas. También se pueden encontrar informes de carácter regional que señalaban la evaluación como una herramienta esencial para la promoción

de intervenciones preventivas basadas en evidencias, y ofrecían guías para evaluar las intervenciones preventivas<sup>(15,16)</sup>. En este sentido, debe mencionarse que la OMS lanzó a finales de 2018 el programa SAFER<sup>(16)</sup>, que promueve y alienta acciones puntuales de prevención y tratamiento del consumo de alcohol (PAPTCA), las cuales se han probado como coste-efectivas en otros entornos para reducir el consumo nocivo de alcohol. Esta adecuación del programa SAFER en España empezó en el año 2019 en algunas CCAA como Castilla y León o Aragón. Sin embargo, esta iniciativa aún es muy reciente y seguimos teniendo poca cultura evaluativa<sup>(17)</sup>. Ruíz-Martínez et al<sup>(18)</sup> aportaron números comparados por áreas y mostraron que únicamente el 6,3% de las evaluaciones realizadas estaban en el ámbito de las políticas sanitarias, frente al 19% de las realizadas en el ámbito medioambiental. La evaluación nos permitiría tomar las decisiones de financiación de los programas estructurados y de las acciones puntuales de prevención y tratamiento del consumo de alcohol (PAPTCA) mejor informadas, sabiendo además qué es lo que aportan estos programas a la sociedad desde el punto de vista de la eficiencia. El objetivo de este artículo fue ilustrar, clasificar y describir los PAPTCA en España, y ver qué proceso de evaluación se llevó a cabo para analizar cada uno de estos programas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Fuentes de información y estrategia de búsqueda.** Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de los PAPTCA implementados en España tanto a nivel regional (CCAA) como local. Los PAPTCA se distinguieron en programas estructurados y acciones puntuales. Se definió programa estructurado como la acción diseñada para ser ejecutada en más de una sesión, basada en el desarrollo de una o más intervenciones. Por su parte, se definió acción puntual como la acción diseñada para ser ejecutada en una sola sesión, basada en el desarrollo de una sola

intervención. Se puede encontrar una acción puntual dentro de un programa estructurado, la cuál sería una acción puntual albergada en el marco de un programa estructurado.

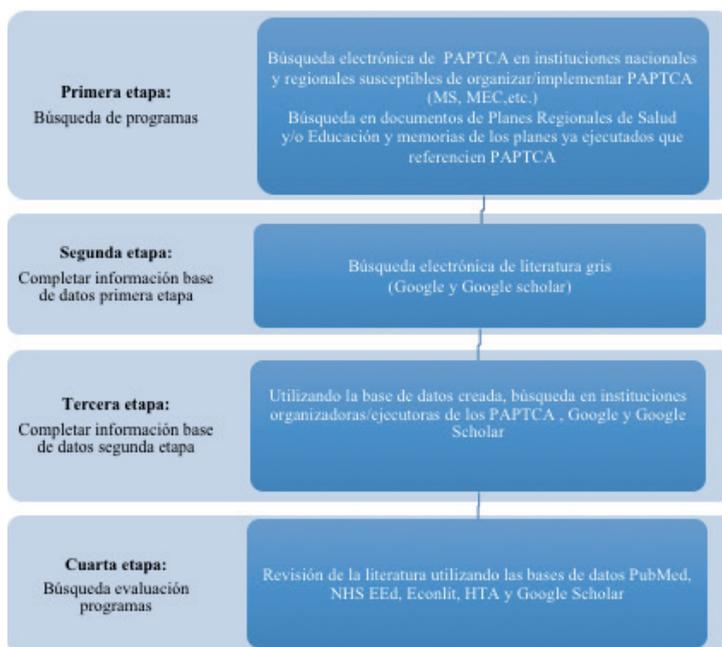
Al no disponer de bases de datos electrónicas que recogiesen este tipo de información, la búsqueda se articuló en cuatro etapas que se resumen en la **figura 1**.

La primera etapa consistió en una búsqueda electrónica en las instituciones susceptibles de organizar y/o implementar PAPTCA a nivel regional, tales como el MS y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD), así como en los departamentos/consejerías

de salud, de asuntos/servicios sociales y de educación de las 17 CCAA. Esta primera etapa tuvo como objetivo conformar una base de datos de PAPTCA en base a la información contenida en las web de las instituciones, así como la información secundaria encontrada en documentos que pudieran referenciar o proporcionar alguna información sobre los PAPTCA a nivel regional, tales como los Planes Regionales de Salud y/o de Educación, así como las memorias de los planes anteriores ya ejecutados.

En la segunda etapa, se realizó una búsqueda electrónica de literatura gris en el motor de búsqueda de Google, dirigida a completar la

**Figura 1**  
**Diagrama de la estrategia de búsqueda.**



PAPTCA: Programas estructurados y acciones puntuales de prevención y tratamiento del consumo de alcohol; MS: Ministerio de Sanidad; MEC: Ministerio de Educación y Ciencia; NHS EED: National Health Service Economic Evaluation Database; HTA: Health Technology Assessment.

base de datos de PAPTCA de la primera etapa que pudieran no estar incluidos en las fuentes consultadas anteriormente. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda en castellano: “*alcohol*” Y “*prevención*” O “*tratamiento*” Y “*nombre de la CCAA*”.

En la tercera etapa, y utilizando la base de datos diseñada en la primera y segunda etapa, se realizó una búsqueda electrónica dedicada a encontrar información directa de los contenidos de cada uno de los PAPTCA. Esta búsqueda electrónica se realizó tanto en las instituciones organizadoras/ejecutoras de los PAPTCA como en el motor de búsqueda de Google, siguiendo una estrategia de búsqueda en torno a los siguientes términos: “*nombre del programa*” y “*nombre de la CCAA*”.

En la cuarta etapa se realizó una revisión de la literatura utilizando las bases de datos *PubMed*, *NHS EEd*, *Econlit*, *HTA* y también *Google Scholar*, con el objetivo de identificar si había trabajos científicos de evaluación de cada uno de estos programas, y así completar la información de los contenidos de cada uno de ellos recogida en la tercera etapa. La estrategia de búsqueda en esta cuarta etapa de la revisión se diseñó en torno a los siguientes términos de búsqueda en inglés: “*alcohol*” AND “*prevention*” OR “*cessation*” AND “*evaluation*” OR “*assessment*” and “*spain*” OR “*span*”.

**Criterios de selección.** En la revisión se incluyó cualquier programa o intervención llevado a cabo desde el año 2000 al año 2017, que tuviera por objetivo disminuir o prevenir el consumo de alcohol en España en cualquier grupo de población. Se consideró que programas anteriores en el tiempo se enfrentaban a contextos de prevalencia de alcohol muy diferentes a los actuales y que, por tanto, estarían fuera del contexto actual. En relación a la base de datos de buenas prácticas de la OEDT, aunque la nueva base de datos

*Xchange* ha continuado el legado de EDDRA, esta revisión consideró únicamente el contenido de EDDRA, debido a que *Xchange* se encontraba en fase de pruebas en el momento de la revisión sin ofrecer garantías para ser incluida.

**Proceso de selección de estudios.** Dos revisores evaluaron de forma paralela e independiente toda la información de los diferentes programas identificados como potencialmente relevantes para esta revisión. Para todos los programas identificados se obtuvieron todos los documentos completos de todos los programas encontrados. Para aquellos programas de los que no se disponía de un documento *per se*, se accedió a la plataforma online explicativa de los programas para poder obtener información detallada.

Cuando hubo alguna duda o desacuerdo en la revisión por pares, se discutió y, cuando no hubo consenso, se consultó con un tercer revisor.

**Proceso de extracción de datos.** La extracción de datos de los estudios seleccionados y la sistematización de los mismos se realizó con el programa Excel. Se recogieron las siguientes variables:

- Descripción del programa: tipo de programa, CCAA donde se realizaba el programa, entidad promotora, entidad gestora, año de inicio del programa, duración del programa, tipos de intervenciones, intervención sobre otras drogas o sustancias, número de intervenciones dentro del programa.
- Descripción de cada una de las intervenciones que componían el programa: población diana, edad, sexo, ámbito de la intervención, intervención individual o grupal.
- Adherencia y resultados: medida de adherencia, medida de resultado o indicadores, medida de la efectividad.

- Evaluación: evaluación de la intervención, métodos de evaluación.
- Calidad de la evaluación: inclusión en *Xchange*, calidad según *Xchange*.
- Financiación: dinero gastado en el programa.

Para las variables de calidad de la evaluación, de acuerdo a los criterios de selección mencionados, es importante aclarar que EDDRA y *Xchange* proponen diferentes escalas para medir la calidad de los programas, y que esta revisión consideró la escala EDDRA, ya que la base de datos *Xchange* se encontraba en fase de pruebas y no se encontró ningún algoritmo o guía para trasladar la escala EDDRA a la escala *Xchange* de los programas.

El sistema EDDRA valora la calidad de las actividades de acuerdo a un baremo que incluye diferentes aspectos relacionados con el diseño, evaluación y difusión. Existen 3 niveles de calidad asignados por EDDRA: Nivel 1, programas que cumplen los requisitos mínimos para ser incluidos en EDDRA; nivel 2, programas prometedores; nivel 3, programas de alta calidad. Se utilizó esta base de datos para comprobar si los programas nacionales encontrados en esta revisión estaban contenidos en la misma, y se recogió el nivel de calidad de cada uno asignado en esa base de datos.

Finalmente, se realizó un análisis cuantitativo que comprende un análisis descriptivo de la base de datos de los PAPTCA obtenida a partir de la revisión de la literatura realizada. Se utilizó Microsoft Excel para la recogida de datos y STATA 14 para la implementación de los análisis.

## RESULTADOS

La revisión bibliográfica identificó 145 programas estructurados y 45 acciones puntuales, aunque cada programa estructurado

podía contener más de una intervención, identificando 226 intervenciones con algo más de 1,5 intervenciones de media por programa.

Las **tablas 1A** y **1B** muestran información sobre las características relacionadas con el diseño y promoción, evaluación, calidad y financiación de los PAPTCA según CCAA para los programas estructurados y las acciones puntuales, respectivamente.

En la **tabla 1A** se observa que la CCAA con más programas estructurados era Castilla y León, seguida de Cataluña, el Principado de Asturias y la Región de Murcia con más de 10 programas. El 57% de los programas estaban promovidos por instituciones a nivel regional, aunque el 19% de todos los programas se promovían a través de la colaboración entre diferentes entidades de diferentes niveles. No obstante, en las CCAA con mayor número de programas era donde la presencia de instituciones a nivel provincial y/o municipal comenzaba a tener una mayor presencia. Más de tres cuartas partes de los programas eran exclusivamente preventivos, siendo Extremadura una excepción, puesto que más de la mitad de los programas eran una mezcla entre programas preventivos y tratamientos. De acuerdo a la tipología de drogas, el 72% de los programas incluían otras drogas además del alcohol en sus objetivos (tabaco, cannabis, etc.) pero, en general, no especificaban exactamente qué drogas incluían, repartiéndose el tabaco, el cannabis y los medicamentos no prescritos el abanico de sustancias en los casos donde sí se especificaba con claridad. En cuanto a las variables de evaluación, calidad y transparencia en la financiación, la **tabla 1** muestra que apenas un cuarto de los programas evaluaban resultados, una proporción muy similar a los programas que se incluían en EDDRA para esos años. No obstante, no todos los programas que se incluían en EDDRA presentaban una evaluación de resultados. La calidad de los programas incluidos

**Tabla 1A**  
**Características de los PAPTCA según CCAA. Programas.**

% fila (n)		PROGRAMAS ESTRUCTURADOS														Evaluación (%) <sup>(a)</sup>		EDDRA (%) <sup>(b)</sup>			Calidad EDDRA (%) <sup>(b)(c)</sup>			Financiación (%) <sup>(d)</sup>	
		Entidad promotora (%)				Tipo de programa (%)				Tipo de droga (%)															
		Regio- nal	Provin- cial	Muni- cipal	Otras Varias	Trata- miento	Pre- ven- ción	Ambas	Solo alco- hol	Tabaco	Cocai- na	Canna- bis	Extásis/cam- peches	Medi- camentos especi- ficadas	No										
N	6	33	0	0	17	0	100	0	17	17	0	0	0	0	66	67	33	67	33	50	0	50	67	33	
Andalucía	6	33	0	0	17	0	83	17	17	17	0	0	0	0	50	67	33	67	33	0	50	50	67	33	
Aragón	11	28	0	27	18	18	82	0	45	18	9	0	0	9	18	73	27	91	9	0	100	0	91	9	
Asturias, Principado de	9	34	0	22	22	11	89	0	45	0	11	0	0	0	44	89	11	78	22	0	0	100	0	72	22
Baleares, Illes	8	38	0	13	12	37	0	100	0	12	38	0	0	0	38	75	25	75	25	50	50	0	75	25	
Canarias	10	80	0	0	0	20	0	80	20	30	10	0	0	10	30	80	20	70	30	67	33	0	70	30	
Castilla y León	20	65	10	0	5	20	5	85	10	25	5	5	0	0	60	85	15	85	15	67	0	33	60	40	
Castilla- La Mancha	6	50	0	0	50	0	83	17	0	17	0	0	0	0	83	100	0	50	50	100	0	0	50	50	
Cataluña	13	54	15	8	15	15	69	16	33	0	0	0	0	0	67	85	15	54	46	50	33	17	46	54	
Comunitat Valenciana	4	50	0	50	0	0	100	0	0	0	25	0	0	25	50	50	50	50	50	50	50	0	75	25	
Extremadura	3	67	0	0	33	0	33	67	33	0	0	0	0	0	67	100	0	100	0	0	0	0	67	33	
Galicia	7	57	0	14	0	29	0	71	29	0	0	0	0	0	100	86	14	86	14	0	100	0	86	14	
Madrid, Comunidad de	6	50	0	17	0	33	17	83	0	50	0	17	0	0	33	67	33	33	67	75	0	25	50	50	
Murcia, Región de	11	18	0	64	9	9	0	91	9	18	9	9	0	9	45	55	45	55	45	60	40	0	55	45	
Navarra, Comunidad Foral de	9	89	0	0	0	11	0	89	11	33	0	22	0	0	11	67	33	67	33	33	33	33	67	33	
País Vasco	9	89	11	0	0	0	100	0	67	0	0	0	0	11	22	89	11	78	22	50	50	0	78	22	
Rioja, La	7	100	0	0	0	0	86	14	29	14	0	0	0	0	57	86	14	86	14	0	100	0	57	43	
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>57</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>48</b>	<b>78</b>	<b>22</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>66</b>	<b>34</b>

-; no disponible; n.a.: no aplica. (a) La evaluación se define como la comparación de las medidas de resultado con los objetivos planteados, y su valoración correspondiente; (b) Esta revisión consideró el contenido de EDDRA que se encontraba en fase de pruebas en el momento de la revisión sin ofrecer garantías para ser incluida; (c) EDDRA y *Xchange* proponen diferentes escalas para medir la calidad de los programas. Esta revisión consideró la escala EDDRA ya que la base de datos *Xchange* se encuentra en fase de pruebas y no se encontró ningún algoritmo o guía para trasladar la escala EDDRA a la escala *Xchange* de los programas. Los niveles de calidad de 1 a 3 asignados por EDDRA en base a los ítems descritos en sus bases y resúmenes en la sección de Metodología de este artículo: Nivel 1, Programas que cumplen los requisitos mínimos para ser incluidos en EDDRA; Nivel 2, Programas "prometedores"; Nivel 3, Programas "top-level"; (d) Dinero gastado en el programa. Esta información puede venir dada por una cantidad exacta o bien por un rango.

en EDDRA era baja en general, con un 50% de los programas valorados con la mínima puntuación (1). Sin embargo, debe destacarse el 20% que estaba valorado con la máxima (3). Por su parte, solo un tercio de los programas presentaron alguna información sobre su financiación, y solo un 3% declaró la cantidad exacta en lugar de un rango. De acuerdo a la variabilidad por CCAA, existieron algunas que no presentaban evaluación de ningún programa (Castilla-La Mancha y Extremadura), siendo la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia las que se situaron a la cabeza en evaluación de resultados respecto al total de sus programas. Por su parte, Extremadura fue la única CCAA que no tenía ningún programa incluido en EDDRA y, sin embargo, Castilla-La Mancha, a pesar de contar con todos sus programas incluidos en EDDRA, presentó la mínima valoración. En cuanto a la declaración de la financiación de los programas, cabe destacar que solo Cataluña proveyó información sobre financiación en algo más de la mitad de sus programas. El resto de CCAA se encontró por debajo de ese porcentaje de información.

En la **tabla 1B** se ofrece también la información sobre las acciones puntuales por CCAA. Destaca la ausencia de información de acciones puntuales en las CCAA de Castilla-La Mancha, Galicia y la Comunidad de Madrid. Al igual que en los programas estructurados, las acciones puntuales estaban mayoritariamente promovidas por instituciones a nivel regional (59%), y los programas de prevención (91%) predominaron sobre los de tratamiento, con una reducida presencia de acciones mixtas. En este ámbito, Extremadura pareció ser una excepción, al presentar acciones puntuales de tratamiento. De acuerdo a la tipología de drogas, el 43% de las acciones puntuales incluyeron otras drogas además del alcohol, pero éstas no se especificaban. En cuanto a las variables de evaluación, calidad y transparencia en la financiación, cabe señalar que alguna de las acciones

puntuales pertenecía a algún programa estructurado (20%) que pudiera estar ya evaluado. No obstante, menos del 10% de las acciones puntuales evaluaron sus resultados, aunque solo de éstos un 60% estaba incluido en EDDRA. Al igual que en los programas estructurados, el 67% de las acciones puntuales presentó un nivel bajo en la clasificación de EDDRA. En cuanto a la transparencia de financiación, todas las acciones puntuales que declaraban la financiación (14%) estaban dentro de un programa estructurado. Únicamente una acción puntual fuera de un programa estructurado ofreció esta información (en Cataluña).

Las **tablas 2A** y **2B** muestran información sobre las características relacionadas con el diseño de los PAPTCA por tipo de programa/acción, tanto a nivel de intervención (**tabla 2A**) como a nivel del propio programa/acción (**tabla 2B**). Los programas estructurados educativos contenían más de la mitad de los programas y de las intervenciones. El resto de tipos de programas se distribuyeron sin grandes diferencias, exceptuando los programas de formación de profesorado y sanitarios, que contaban con muy pocos programas. En relación a su presencia en las CCAA, además de Castilla y León, Cataluña y el Principado de Asturias, otras CCAA como Cantabria, País Vasco y la Comunidad de Madrid lideraron algunos de estos tipos de programas.

Si analizamos las características de las intervenciones en la **tabla 2A**, estas se dirigieron de manera similar a la población menor y a la mayor de edad. Existieron además intervenciones conjuntas, sobre todo en programas que abarcaban un público entre la adolescencia y la juventud, representando casi la mitad de los programas. Solo los programas de formación al profesorado y de ámbito laboral lo hacían a un público exclusivamente mayor de edad. No existió una discriminación por sexo, encontrando una sola intervención en

Tabla 1B  
Características de los PAPITCA según CCAA. Acciones puntuales.

% fila (n)		ACCIONES PUNTUALES																Financiación (%) <sup>(a)</sup>								
		Entidad promotora (%)			Tipo de programa (%)				Tipo de droga (%)					Evaluación (%) <sup>(a)</sup>		EDDRA (%) <sup>(b)</sup>					Calidad EDDRA (%) <sup>(b)(c)</sup>					
		Regio- nial	Provin- cial	Muni- cipal	Otras	Varias	Trata- miento	Pre- ven- ción	Ambas	Solo alco- hol	Tabaco	Canna- bis	Cocai- na	Exstásis/cam- pos np	Medi- camentos especi- ficadas	No	Si				No	Si	1	2	3	No
N																										
Andalucía	1	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Aragón	4	0	0	0	50	50	0	75	25	50	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Asturias, Principado de	3	33	0	33	33	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Baleares, Illes	7	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Canarias	3	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Cantabria	4	100	0	0	0	0	0	25	75	50	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Castilla y León	3	67	0	0	0	33	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	100	67	33	0	100	0	100	0	67	33
Castilla- La Mancha	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cataluña	3	33	0	33	0	34	0	100	0	33	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	67	33	
Comunitat Valenciana	3	67	0	33	0	0	0	100	0	33	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Extremadura	1	0	0	0	0	100	100	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Galicia	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Madrid, Comunidad de	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Murcia, Región de	9	34	0	44	11	11	0	89	11	33	0	0	0	0	0	0	33	56	44	50	100	0	100	0	56	44
Navarra, Comunidad Foral de	1	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
País Vasco	2	100	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	0	
Rioja, La	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>59</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>91</b>	<b>4</b>	<b>52</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>91</b>	<b>9</b>	<b>40</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>86</b>	<b>14</b>	

-: no disponible; n.a.: no aplica. (a) La evaluación se define como la comparación de las medidas de resultado con los objetivos planteados, y su valoración correspondiente; (b) Esta revisión consideró el contenido de EDDRA porque *Xchange* se encontraba en fase de pruebas en el momento de la revisión sin ofrecer garantías para ser incluida; (c) EDDRA y *Xchange* proponen diferentes escalas para medir la calidad de los programas. Esta revisión consideró la escala EDDRA ya que la base de datos *Xchange* se encuentra en fase de pruebas y no se encontró ningún algoritmo o guía para trasladar la escala EDDRA a la escala *Xchange* de los programas. Los niveles de calidad de 1 a 3 asignados por EDDRA en base a los ítems descritos en sus bases y resúmenes en la sección de Metodología de este artículo: Nivel 1, Programas que cumplen los requisitos mínimos para ser incluidos en EDDRA; Nivel 2, Programas "prometedores"; Nivel 3, Programas "top-level"; (d) Dinero gastado en el programa. Esta información puede venir dada por una cantidad exacta o bien por un rango.

**Tabla 2A**  
**Características de las intervenciones de los PAPTCA por tipo de programa.**

PROGRAMAS ESTRUCTURADOS															
% fila	Intervenciones														
	Edad			Sexo		Población diana					Tipo de intervención				
	Hasta 18 años	Mayor de 18 años	Menor y mayor de 18 años	Mujer	Ambos	Jóvenes/estudiantes/educación/salud	Familias	Población general	Población de riesgo	Empleados	Individual	Grupo	Ambas		
N	117	54	40	6	1	99	62	21	13	2	1	1	5	82	13
Estructurado educativo	23	35	30	35	0	100	30	9	26	9	0	0	17	67	17
Población de riesgo	2	0	100	0	0	100	0	100	0	0	0	0	0	100	0
Formación profesorado	17	26	59	18	0	100	24	6	71	0	0	0	0	75	25
Familiar	19	0	100	0	0	100	0	53	5	0	0	42	42	50	8
Laboral	5	0	40	60	0	100	0	40	0	40	20	0	60	40	0
Sanitario	23	22	17	61	0	100	74	9	0	4	9	4	24	35	41
Ocio alternativo	20	20	25	55	0	100	50	5	5	20	15	5	33	58	9
Comunitario	226	38	42	20	1	99	49	20	15	5	6	5	13	72	15
<b>Total</b>															

ACCIONES PUNTUALES															
% fila	Intervenciones														
	Edad			Sexo		Población diana					Tipo de intervención				
	Hasta 18 años	Mayor de 18 años	Menor y mayor de 18 años	Mujer	Ambos	Jóvenes/estudiantes/educación/salud	Familias	Población general	Población de riesgo	Empleados	Individual	Grupo	Ambas		
N	17	82	12	6	0	100	82	6	0	6	0	0	7	93	0
Puntual educativo	1	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0	100	100	0	0
Población de riesgo	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Formación profesorado	1	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	100	0
Familiar	2	0	100	0	0	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0
Laboral	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sanitario	6	33	17	50	0	100	83	0	0	17	0	0	17	67	16
Ocio alternativo	12	33	8	58	0	100	42	0	8	25	8	17	82	9	9
Campañas en medios	6	0	17	83	17	83	0	0	33	50	17	0	67	33	0
Comunitario	45	44	16	40	2	98	53	2	9	22	7	7	44	51	5
<b>Total</b>															

-: no disponible; n.a.: no aplica.

**Tabla 2B**  
**Características de los PAPTCA por tipo de programa.**

PROGRAMAS ESTRUCTURADOS																
% fila	Programas												Número de intervenciones			
	N	CCAA <sup>(a)</sup>		Tipo de programa			Tipo de droga			Medicamentos especificados			Uno	Dos	Tres	
	1	2	3	Tratamiento	Prevenición	Ambas	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Extásis	Medicamentos especificados	Uno	Dos	Tres		
<b>Estructurado educativo</b>	75	Castilla y León	Región de Murcia	Comunidad Foral de Navarra y Canarias	0	95	5	19	11	0	0	14	56	21	22	
<b>Población de riesgo</b>	12	País Vasco	Illes Balears	Cantabria	17	83	0	14	14	0	0	0	72	8	42	
<b>Formación profesorado</b>	1	Galicia	n.a.	n.a.	0	0	100	0	0	0	0	0	100	0	0	
<b>Familiar</b>	11	Principado de Asturias	Illes Balears	Castilla y León	18	82	0	0	0	0	0	0	100	45	18	
<b>Laboral</b>	11	Castilla y León	Cantabria	Cataluña	0	55	45	0	0	0	0	0	100	45	0	
<b>Sanitario</b>	3	Cantabria	Cataluña	Comunidad de Madrid	0	67	33	0	0	0	0	0	100	33	33	
<b>Ocio alternativo</b>	16	Cataluña	Cantabria	Castilla y León	0	75	25	0	7	0	7	0	86	69	25	
<b>Comunitario</b>	16	Comunidad de Madrid	Principado de Asturias	Región de Murcia	19	81	0	13	12	12	0	0	63	88	6	
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>n.a.</b>	<b>n.a.</b>	<b>n.a.</b>	<b>5</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>67</b>	<b>59</b>	<b>23</b>	<b>18</b>

PROGRAMAS ESTRUCTURADOS															
% fila	Programas												Número de intervenciones		
	N	CCAA <sup>(a)</sup>		Tipo de programa			Tipo de droga			Medicamentos especificados			Uno	Dos	Tres
	1	2	3	Tratamiento	Prevenición	Ambas	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Extásis	Medicamentos especificados	Uno	Dos	Tres	
<b>Puntual educativo</b>	17	Región de Murcia	Comunitat Valenciana	Cataluña	0	94	6	15	n.a.	n.a.	n.a.	85	100	0	0
<b>Población de riesgo</b>	1	Comunidad Foral de Navarra y Canarias	n.a.	n.a.	0	100	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	100	0	0
<b>Formación profesorado</b>	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Familiar</b>	1	Canarias	n.a.	n.a.	0	100	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	100	0	0
<b>Laboral</b>	2	Cantabria	n.a.	n.a.	0	50	50	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	100	0	0
<b>Sanitario</b>	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ocio alternativo</b>	6	Aragón	Principado de Asturias	Illes Balears	0	83	17	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	100	0	0
<b>Campañas en medios</b>	11	Illes Balears	Región de Murcia	País Vasco	8	92	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	83	17	0
<b>Comunitario</b>	6	Illes Balears	Canarias	Cantabria	0	100	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	100	100	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>n.a.</b>	<b>n.a.</b>	<b>n.a.</b>	<b>4</b>	<b>91</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>90</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>0</b>

-. no disponible; n.a.: no aplica; CCAA: Comunidades Autónomas. (a) Top 3 de CC.AA donde se llevan a cabo el tipo de programa.

el ámbito educativo ofrecida exclusivamente a mujeres embarazadas. En cuanto al tipo de intervención, no pareció haber distinción por tipo de programas, ofreciendo el 51% de los programas intervenciones grupales. Atendiendo a las características a nivel de programa, gran parte de los programas presentaron una única intervención. Por su parte, los programas de tratamiento (5%) se concentraron en programas de población de riesgo, familiares y comunitarios. Los programas con más presencia de otras drogas, además del alcohol, fueron los estructurados educativos, de población de riesgo y comunitarios.

La **tabla 2B** ofrece también información sobre las acciones puntuales. No hubo información de acciones puntuales en los programas de formación del profesorado y sanitarios. A diferencia de los programas estructurados, todas las acciones puntuales, excepto una, presentaron una única intervención. Las acciones puntuales concentraron su acción en la población menor de edad y en población mixta (menores y mayores de edad). De manera similar a los programas, las acciones puntuales no discriminaron por sexo, encontrando dos únicas acciones en el ámbito comunitario ofrecidas a mujeres embarazadas. Al igual que los programas estructurados, más de la mitad de los programas se dirigieron a jóvenes o estudiantes, pero en este caso seguido de aquellos para la población general. En cuanto al tipo de intervención, las intervenciones individuales y grupales se repartieron más o menos de manera equitativa. Las acciones puntuales con presencia de otras drogas, además del alcohol, no especificaban la sustancia en cuestión, y solo los puntuales educativos señalaban expresamente la prevención del consumo de tabaco como uno de sus objetivos adicionales a la prevención de alcohol.

La **tabla 3** muestra los PAPTCA por tipo de programa/acción, atendiendo a la entidad promotora y a las variables de evaluación, calidad

y transparencia. En esta ocasión, se incluyen únicamente los programas y acciones puntuales más frecuentes. De esta manera, la muestra contó con 141 programas estructurados y 40 acciones puntuales.

Los programas estructurados, a pesar de estar promovidos principalmente por instituciones de carácter regional, parecieron tener promoción mayoritariamente de entidades municipales y de otro tipo, aunque se observó alguna excepción en determinados tipos de programas como los familiares. Ningún tipo de programa presentó más de un tercio de sus programas con resultados evaluados. La inclusión en EDDRA la lideraron los programas comunitarios y educativos, y solo los programas familiares no tuvieron representación en esta base de datos. A pesar de que el conjunto de programas tuvo una baja valoración en EDDRA, pudimos encontrar alguna excepción con programas educativos y comunitarios que presentaron la máxima valoración. En lo que respecta a la rendición de cuentas, fueron igualmente los programas educativos y los comunitarios los que ofrecían una mayor transparencia.

Las acciones puntuales presentaron un patrón de promoción similar al de los programas estructurados, con una amplia mayoría de instituciones regionales (58%), pero con una cierta presencia de instituciones municipales y de otro tipo, lo que destacó en las acciones educativas y de ocio alternativo. La evaluación de resultados se produjo de manera poco frecuente con tipos de acciones como las de ocio alternativo o comunitarias, las cuales no presentaron ninguna acción evaluada, siendo las acciones educativas las que reflejaron un 24% de evaluación en sus resultados. Solo 2 acciones puntuales estuvieron enmarcadas en programas EDDRA y mostraron niveles de cumplimiento con los requisitos mínimos (nivel 1) o programas prometedores (nivel 2). En lo que respecta a la transparencia de la financiación, se repitió el patrón

**Tabla 3**  
**Evaluación, calidad y financiación de los PAPTCA por tipo de programa.**

PROGRAMAS ESTRUCTURADOS<sup>(a)</sup>

% fila	Programas															
	N	Entidad promotora			Evaluación			EDDRA <sup>(e)</sup>			Calidad EDDRA <sup>(c,d)</sup>			Financiación		
		Regional	Provincial	Municipal	Otras	Varias	No	Sí	No	Sí	No	1	2	3	No	Sí
<b>Estructurado educativo</b>	75	59	4	20	5	12	67	33	65	35	65	39	46	15	63	37,0
<b>Población de riesgo</b>	12	75	0	0	0	25	100	0	75	25	100	n.a.	n.a.	n.a.	75	25,0
<b>Familiar</b>	11	27	0	37	27	9	73	27	100	0	100	n.a.	n.a.	n.a.	91	9,0
<b>Laboral</b>	11	45	0	0	0	55	100	0	91	9	100	n.a.	n.a.	n.a.	64	26,0
<b>Ocio alternativo</b>	16	56	0	0	13	31	94	6	75	25	100	75	25	0	69	31,0
<b>Comunitario</b>	16	56	12	13	0	19	81	19	50	50	100	75	0	25	50	50,0
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>77</b>	<b>23</b>	<b>70</b>	<b>30</b>	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>65</b>	<b>35</b>

ACCIONES PUNTUALES<sup>(b)</sup>

% fila	Programas															
	N	Entidad promotora			Evaluación			EDDRA <sup>(e)</sup>			Calidad EDDRA <sup>(c,d)</sup>			Financiación		
		Regional	Provincial	Municipal	Otras	Varias	No	Sí	No	Sí	No	1	2	3	No	Sí
<b>Puntual educativo</b>	17	53	0	24	12	12	76	24	88	12	100	100	0	0	71	29
<b>Ocio alternativo</b>	6	33	0	17	17	33	100	0	100	0	100	n.a.	n.a.	n.a.	100	0
<b>Campañas en medios</b>	11	64	0	9	9	18	91	9	91	9	100	0	100	0	91	9
<b>Comunitario</b>	6	83	0	17	0	0	100	0	100	0	100	n.a.	n.a.	n.a.	100	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>58</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>87</b>	<b>13</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>85</b>	<b>15</b>	

-. no disponible, n.a.: no aplica; (a) No se incluyen en esta muestra los programas estructurados para formación de profesorado y programas sanitarios; (b) No se incluyen en esta muestra las acciones puntuales para población de riesgo, formación de profesorado, familiar, laboral y sanitario; (c) Esta revisión consideró el contenido de EDDRA porque *Xchange* se encontraba en fase de pruebas en el momento de la revisión sin ofrecer garantías para ser incluida. EDDRA y *Xchange* proponen diferentes escalas para medir la calidad de los programas. Esta revisión consideró la escala EDDRA ya que la base de datos *Xchange* se encontraba en fase de pruebas y no se encontró ningún algoritmo o guía para trasladar la escala EDDRA a la escala *Xchange* de los programas; (d) Niveles de calidad de 1 a 3 asignados por EDDRA en base a los ítems descritos en sus bases y resúmenes en la sección de Metodología de este artículo. Nivel 1, Programas que cumplen los requisitos mínimos para ser incluidos en EDDRA. Nivel 2, Programas “prometedores”. Nivel 3, Programas “top-level”.

de los programas, incluso con números más bajos sobre la rendición de cuentas. Solo las acciones educativas parecieron alcanzar un 29% en este aspecto.

## DISCUSIÓN

Esta revisión pone de manifiesto que, aunque en España existen PAPTCA, principalmente en el ámbito educativo, existe una falta preocupante de cultura evaluativa de los mismos. Esto no promueve la rendición de cuentas a la sociedad del dinero público gastado en salud pública. Además, cuando desde Europa evalúan la calidad de los PAPTCA españoles, ésta es baja, poniendo a España en una mala posición en su esfuerzo de inversión para disminuir el consumo de alcohol. La escala de clasificación utilizada en EDDRA propone tres niveles para medir la calidad del programa, que barema desde el cumplimiento de requisitos mínimos (nivel 1, de 1 a 12 puntos), pasando por la consideración del programa como “prometedor” (nivel 2, de 13 a 28 puntos), hasta considerar al programa como “*top-level*” (nivel 3, de 28 a 39 puntos). Esta clasificación depende de la puntuación que se otorgue a cada uno de los programas en referencia a tres ítems: el planteamiento del programa (máximo, 13 puntos), la evaluación (máximo, 18 puntos) y otros elementos adicionales (máximo, 8 puntos), siendo la puntuación total mínima que se puede conseguir de 1 punto y la máxima de 39 puntos.

De acuerdo al sistema de puntos, la puntuación mínima exigida para considerarse un programa “prometedor” es de 13 puntos, con lo que no parece difícil que un programa que tuviera 0 puntos en el ítem de evaluación pudiera obtener un nivel 2 (sobre 3) con solo cumplir los requisitos mínimos. La nueva clasificación propuesta por *Xchange* no solamente amplía la escala a un espectro de 5 niveles de recomendación (beneficioso, probablemente beneficioso, necesario de más evidencia, posiblemente no

beneficioso y probablemente no beneficioso), sino que su baremo se basa exclusivamente en la existencia de evidencia científica que pruebe una evaluación a favor del programa, mientras que el planteamiento del programa y otros elementos adicionales desaparecen. Esto supone que, en términos de evaluación, un programa “prometedor” pueda no disponer de ningún tipo de evidencia sobre evaluación en la escala EDDRA y, por otro, que se abra una nueva era donde la calidad de un programa y su recomendación se basa completamente en la información sobre la evaluación del mismo.

En este trabajo se muestra que existe una falta de información de variables relevantes para clasificar los PAPTCA, como por ejemplo: el año de inicio, la fecha de actualización de la información, su duración, su gestión y promoción. Igualmente, falta información directamente relacionada con la evaluación del impacto de los PAPTCA, así como información sobre la transparencia de la financiación, que en muchas de las pocas evaluaciones identificadas se encuentran fuera del lugar informativo del propio PAPTCA. A este respecto, en esta revisión se encuentra información relativa a evaluaciones de programas, basada en evaluaciones de proceso y no de resultados, y en otras ocasiones basadas únicamente en la adherencia y satisfacción del usuario. No obstante, existe una importante escasez de evaluación del impacto de los PAPTCA donde los resultados alcanzados sean comparados con los objetivos propuestos. Además, la información de financiación no provee las cantidades exactas empleadas sino rangos, y proviene de la información clasificada en EDDRA, salvo casos excepcionales. Esta información dispone de tres rangos de cantidades poco precisos para clasificar la financiación, con un carácter más cualitativo que cuantitativo y que aporta escasa rendición de cuentas, a lo que se añade el desconocimiento de la evaluación de su impacto. Anteriormente, solo Irles et al<sup>(13)</sup> se atrevieron a ahondar en la evaluación de

los resultados de programas de prevención en general, e hicieron una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA para todos los países. Señalaban que la evaluación es una asignatura pendiente, aunque no mostraban resultados sobre España al respecto.

Este estudio quiere poner de manifiesto que no existe una base de datos con esta información en España. Cabe mencionar el proyecto de prevención basada en la evidencia y el Observatorio de Salud de Asturias que, con diferentes objetivos y eficacia, consiguen aunar en un mismo lugar diferentes programas de prevención de alcohol y otras drogas. Por tanto, este trabajo quiere transmitir la necesidad de aglutinar y sistematizar esta información. Sería necesaria una sistematización central, regional y local de los programas y acciones para disminuir el consumo de alcohol. Esta sistematización ayudaría a las instituciones competentes a tener información suficiente para evaluar el impacto real de estos programas, e informar las decisiones de salud pública de manera más eficiente.

Instituciones públicas como la Diputación de Barcelona<sup>(16)</sup> admiten que el hecho de que se haya realizado una evaluación de un programa en otras poblaciones, CCAA y contextos se utiliza frecuentemente como argumento para no evaluar determinados programas, olvidando las diferentes circunstancias de cada colectivo. Sin embargo, se concluye igualmente que hay muy pocos programas que se evalúen y cuya evaluación influya en la decisión de salud pública.

Otros informes técnicos regionales, como el de Sánchez-Pardo<sup>(15)</sup> desde la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia, denuncian la ausencia de tradición o de una cultura “evaluativa” en las instituciones públicas, la escasez de cualificación, recursos técnicos y/o financieros, y que el uso que pueda darse a los resultados por parte de las instituciones obstaculiza

la evaluación de todos estos programas. Existe una percepción generalizada de que el proceso de evaluación de una intervención de salud pública es complejo y se necesita una formación extensa y específica para ello. Font-Mayolas et al<sup>(16)</sup>, en su Guía regional de evaluación de programas preventivos de las drogodependencias, señalan que la Diputación de Barcelona recibe desde 2006 la solicitud de subvenciones para proyectos de prevención de drogodependencias, sin evaluaciones previstas en una gran mayoría. Solo un pequeño porcentaje de intervenciones anteriores se evaluaron, y muy excepcionalmente se hizo una descripción detallada de la evaluación. Las autoras demandan recursos económicos y humanos para facilitar a las instituciones la cultura y métodos evaluativos de los programas de salud pública.

Una de las limitaciones a reconocer es que en Salud Pública es de gran dificultad controlar todos los factores relevantes que influyen en la intervención para valorar el efecto contrafactual<sup>(20)</sup>. De hecho, existen limitaciones a la inferencia causal de la efectividad y en muchas ocasiones no se puede utilizar o construir un grupo de comparación para poder evaluar la intervención<sup>(20)</sup>. Muchas veces los diseños de las intervenciones no son los más adecuados para poder hacer una evaluación correcta. Pese a esto, es importante utilizar herramientas estadísticas para intentar superar las barreras en el diseño y poder realizar una evaluación, aunque los resultados tengan cierto grado de incertidumbre. Otra de las limitaciones que puedan atribuirse a este estudio es que no se ha realizado un metanálisis con la información recogida, aunque la gran variabilidad y heterogeneidad de las intervenciones hacen poco probable su factibilidad. Debido a la falta de transparencia de las entidades organizativas y/o promotoras, y a la posible no publicación de evaluación de resultados, esta revisión podría presentar un número inferior al número de PAPTCA identificados y evaluados reales. Otras debilidades

de este análisis pueden estar relacionadas con cualquiera de los desafíos metodológicos que se pueden atribuir a una revisión sistemática<sup>(21)</sup>.

Con todo lo expuesto, esta revisión intenta ilustrar la necesidad existente de analizar los problemas de implementación de los programas de salud pública, lo que puede ayudar a mejorar su eficacia, efectividad y eficiencia. De acuerdo a los resultados de este estudio, la falta de evaluación de los programas para disminuir el consumo de alcohol es un problema notorio que acaba repercutiendo en la sociedad, ya que los recursos públicos no se acaban distribuyendo o invirtiendo de la manera más eficiente. Se pone de manifiesto un problema de cultura evaluativa que requiere de medios y soluciones por parte de las autoridades en España. No obstante, recientemente se han puesto en marcha nuevas iniciativas desde Europa como el programa SAFER y la nueva base de datos *Xchange*, que marcan una hoja de ruta esperanzadora y alienta a futuras investigaciones en este ámbito.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Laia Orteu la ayuda prestada para la búsqueda de programas y la extracción de datos de los artículos de esta revisión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acceso en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>.
2. Montes-Santiago J, Roseiro-Sordo M. Alcohol abuse numbers in Spain: Nearly 420,000 deaths in current century. *Revista Clínica Española*. 2018;218(7):386-388.
3. Scandurra I, García-Altés A, Nebot M. Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado español. Consumo, costes y políticas. *Revista Española de Salud Pública*. 2011;85(2):141-7. Acceso en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/03\\_colaboracion2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/03_colaboracion2.pdf).
4. Rehm JT, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A. Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Addicciones*. 2013;25(1):11-18. Acceso en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/67/66>.
5. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2017. Madrid. Acceso en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018OEDA-INFORME.pdf>.
6. Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Alcohol drinking patterns in Spain: a country in transition. *Revista española de salud pública [Internet]*. 2014;88(4):529-40. Acceso en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
7. Golpe S, Gómez P, Braña T, Varela J, Rial A. The Relationship between Consumption of Alcohol and Other Drugs and Problematic Internet Use among Adolescents. Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Addicciones*. 2017;29(4):268-77. Acceso en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/959/884>.
8. Vargas-Martínez AM, Trapero-Bertrán M, Gil-García E, Lima-Serrano M. Impacto del consumo episódico excesivo de alcohol en la adolescencia. ¿Lo estamos haciendo bien? Impact of Binge Drinking (BD) in Adolescence. Are we doing it right? *Addicciones*. 2018;30:152-4. Acceso en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1033/923>.
9. Gual A. Alcohol in Spain : is it different? *Addiction*. 2006;101(8):1073-1077. Acceso en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.2006.01518.x>.
10. Robledo T. Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de

- bebidas alcohólicas en España y Europa. *Adicciones*. 2002;14(Supl. 1):303–15. Acceso en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/530/522>.
11. Antoñanzas Villar F, Puy Martínez-Zárate M, Pradas Velasco R. Las bebidas alcohólicas en España: salud y economía. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(3):175–8. Acceso en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911108712317>.
  12. Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT). Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA) [Internet]. Acceso en: [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en).
  13. Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT). Xchange registry [Internet]. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Acceso en: [http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en).
  14. Irlés DL. Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones*. 2013;25(3):226–34. Acceso en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/50/49>.
  15. Kröger C, Winter H, Shaw R. Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1998. Lisbon. Acceso en: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/144/EMCDDA-manuals1-es\\_154262.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/144/EMCDDA-manuals1-es_154262.pdf).
  16. Sánchez Pardo L. Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias. Servicio de Drogodependencias y Trastornos Adictivos. Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. 2011. Santiago de Compostela. Acceso en: [https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Doc\\_Tco\\_INSTRUMENTOS\\_EVALUACION\\_PREV.pdf](https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Doc_Tco_INSTRUMENTOS_EVALUACION_PREV.pdf).
  17. Font-Mayolas S, Gras ME, Planes M. Programas preventivos de las drogodependencias. Guía de evaluación. Colección Documento de Trabajo. Serie Bienestar Social, 4. 2010. Diputació de Barcelona. Acceso en: [http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/IME\\_Font\\_GuiaEvaluacionProgramas.pdf](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/IME_Font_GuiaEvaluacionProgramas.pdf).
  18. Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional De Salud: Diagnóstico y Propuestas de Avance. Barcelona; 2013. Acceso en: [http://www.aes.es/Publicaciones/SNS\\_version\\_completa.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf).
  19. Ruiz-Martínez A. Panorámica actual de la evaluación de las políticas públicas. *Presupuesto y Gasto Público*. 2012;68:13–23. Acceso en: [https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/revistas/pgp/68\\_01.pdf](https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/revistas/pgp/68_01.pdf).
  20. Nebot M, Victora C. Valorando la efectividad de las intervenciones en salud pública: la fuerza de los “diseños evaluativos débiles”. *Gaceta Sanitaria* 2011;25(Supl 1):1-2. acceso en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S021391111700012>.
  21. Anderson NK, Jayaratne YSN. Methodological challenges when performing a systematic review. *European Journal of Orthodontics* 2015; 37(3): 248–250. Acceso en: <https://academic.oup.com/ejo/article/37/3/248/2756170>.