



Alcohol y salud pública: hechos y datos Posicionamiento oficial de la Sociedad Española de Epidemiología

Noviembre de 2016

Introducción

La ingesta de bebidas alcohólicas se asocia a consecuencias sanitarias, sociales y económicas tan negativas o más que las que produce el tabaco, que afectan tanto al consumidor como a terceras personas. Estas se relacionan con su capacidad adictiva, pero también con sus efectos cognitivos y biológicos, incluso a dosis bajas. Las consecuencias del alcohol están asociadas tanto al volumen total consumido como al patrón o modo en que se consume y a las circunstancias individuales y colectivas del bebedor y su entorno. Por ello, su ingesta puede tener un impacto negativo en la salud, incluso en personas que no realizan un consumo elevado. A pesar de todo ello, y a diferencia del tabaco, la percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol continúa siendo muy pequeña.

A esto ha contribuido la equívoca utilización del mensaje de que un consumo a dosis bajas es saludable, utilizado habitualmente por la industria del alcohol bajo el eufemismo de “consumo responsable”. Aunque es posible un consumo de alcohol sin consecuencias adversas para la salud, son muchas las circunstancias en las que incluso pequeñas cantidades de alcohol deberían ser evitadas (menores, embarazadas, conductores y otros trabajadores en tareas que requieren máxima concentración y coordinación, etc.) y/o valoradas individualmente (personas mayores o con enfermedades o tratamientos que puedan interaccionar con el alcohol, etc.). Por ello, un mensaje general destacando sus potenciales efectos saludables es inapropiado a nivel poblacional.

Como la sociedad recibe respecto al alcohol informaciones bastante contradictorias, este documento intenta formular unos mensajes clave basados en datos contrastados y hechos demostrados. Se propone desde la Sociedad Española de Epidemiología, como organización profesional y científica comprometida con la Salud Pública, para su difusión al público general y a los distintos profesionales involucrados en la prevención, control y abordaje de las consecuencias sanitarias y sociales relacionadas con el consumo de alcohol.

Mensajes clave

- 1. El alcohol sigue siendo una de las principales causas evitables de enfermedad, sufrimiento y muerte.** El estudio de la carga global de enfermedad de la Organización Mundial de la Salud lo considera uno de los cinco principales factores



de riesgo, especialmente en países de rentas altas. A los efectos negativos derivados de un consumo elevado continuado (con o sin dependencia) se suman los que puede provocar un consumo elevado esporádico o puntual.

2. En España se bebe demasiado. A pesar de la reducción del consumo *per capita* desde los años 1970s a la actualidad (de 19 a 10 litros de alcohol puro por habitante y año), el consumo actual sigue siendo elevado, asociándose a importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas que son evitables. Tanto la reducción del consumo total de alcohol como el cambio de los nuevos patrones de consumo son necesarios para reducir las consecuencias negativas individuales y colectivas asociadas. Por ello en términos poblacionales hay que plantear 'cuanto menos mejor': la reducción del consumo de alcohol se traduce en una reducción del riesgo de mortalidad, y esta reducción será más marcada en los grupos con un mayor consumo previo.

3. La frecuencia de episodios de consumo excesivo y borrachera en jóvenes se ha duplicado en los últimos 20 años, a pesar de haber disminuido la proporción de adolescentes que beben alcohol. El sistema nervioso de los menores y jóvenes es muy sensible al alcohol, y su consumo episódico elevado (también conocido como *binge drinking*) tiene consecuencias negativas para el funcionamiento y maduración cerebral, además de asociarse a una mayor incidencia de lesiones, accidentes y prácticas sexuales de riesgo. Hay que contrarrestar la frecuente banalización de su consumo por parte de muchas familias y de los propios menores, retrasar la edad de inicio, y disminuir tanto la frecuencia como la intensidad de estos episodios.

4. Los riesgos del consumo de alcohol superan sus potenciales beneficios. El alcohol se asocia causalmente a más de 200 problemas de salud. Se han demostrado algunos beneficios asociados al consumo de pequeñas cantidades de alcohol (principalmente una disminución del riesgo cardiovascular), aunque estos sólo se observan en personas mayores de 50 años. Por debajo de esta edad, los riesgos de un consumo "moderado" exceden a los beneficios. Además, no hay consenso sobre qué se puede considerar un consumo moderado de alcohol (oscila entre 1 y 4 unidades de alcohol/ día, es decir 10-40 g. de alcohol puro/día, siendo siempre menor en mujeres por diferencias metabólicas con los hombres). Por esto, cuando hablamos del volumen total de alcohol consumido es preferible utilizar el término *consumo de bajo riesgo*, en lugar de consumo moderado de alcohol. Además, la ingesta elevada episódica de alcohol o *binge drinking* debe considerarse siempre de riesgo, con independencia del consumo total o promedio del bebedor.

5. Nunca debe recomendarse el consumo de alcohol como práctica saludable. Considerando el complejo equilibrio entre riesgos y beneficios ya expuesto, no debería transmitirse ni fomentarse el mensaje general de que consumir alcohol a dosis bajas sea saludable. Según sus características individuales, cada persona puede



discutir con su médico las ventajas e inconvenientes que el alcohol pueda reportarle, pero su consumo no debería estimularse ni fomentarse en aras de la prevención.

6. La promoción publicitaria de las bebidas alcohólicas sigue siendo muy fuerte, a pesar de las vigentes regulaciones parciales. La publicidad influye en el consumo, y en buena parte va dirigida a adolescentes y jóvenes, asociando el alcohol con imágenes de diversión y éxito social y sexual. Está presente en nuestro entorno de forma sutil, a través de elementos patrocinados en el paisaje urbano, como el mobiliario de las terrazas de cafeterías y restaurantes en muchas ciudades. Además, existe publicidad directa en anuncios en la vía pública, en los medios de transporte, y en los medios de comunicación (internet, prensa, radio, y con algunas limitaciones en la televisión), asociándose con frecuencia a acontecimientos deportivos, como el fútbol o las carreras de Fórmula 1. Por último, existen numerosos ejemplos de *product placement* (mostrar el producto como parte de la trama) en el cine o en series televisivas.

7. La efectividad preventiva de los programas educativos sobre el alcohol en los menores es limitada. La percepción y actitud sobre el papel del alcohol se genera más a través de lo que perciben en su vida cotidiana y en su entorno que de los mensajes transmitidos en las aulas. Alguno de estos programas ha mostrado incluso resultados paradójicamente contraproducentes, especialmente los impulsados por la propia industria del alcohol (en algunas ocasiones con la colaboración de gobiernos mal asesorados) que deben evitarse. En cambio, restringir la publicidad y disponibilidad del alcohol posee un gran valor preventivo, y reduce la normalización y banalización del consumo de alcohol y los estímulos a su uso, especialmente entre los más jóvenes.

8. La disponibilidad de alcohol es muy elevada en nuestro medio. Además de los establecimientos donde se consumen bebidas alcohólicas (restauración y hostelería), el alcohol en España se vende frecuentemente en el comercio alimentario, sin necesidad de licencia especial. Asimismo, en los últimos años se han desregulado los horarios comerciales, aumentando la disponibilidad y accesibilidad del alcohol en horarios nocturnos y festivos a muy bajo coste, favoreciendo así el consumo juvenil y fenómenos como el *botellón*. Aunque se han desarrollado regulaciones autonómicas prohibiendo la venta a menores y en horario nocturno, su grado efectivo de cumplimiento es muy variable.

9. El precio del alcohol en España es de los más bajos en la Unión Europea, lo que favorece una mayor demanda. Como en el caso del tabaco, es posible elevarlo usando el impuesto especial sobre las bebidas alcohólicas con fines disuasorios. Actualmente este impuesto tiene en España un tipo nulo para el vino, muy bajo sobre la cerveza, y algo mayor para las bebidas de mayor graduación. Si se quiere usar la fiscalidad en un sentido preventivo, el tipo debería incrementarse eliminando

la exención del vino, y se debería procurar que fuera proporcional al contenido en alcohol puro, como se hace en algunos estados miembros de la UE.

10. El alcohol aumenta la accidentabilidad por tráfico, incluso en pequeñas cantidades. Está demostrado que el riesgo de sufrir una colisión aumenta a partir de alcoholemias iguales o superiores a 0,2 g/l, duplicándose a partir de 0,3 g/l (nivel que se alcanza por ejemplo al tomar dos cañas de cerveza o una copa de vino). Establecer unos niveles máximos de alcoholemia en conductores (estimados de forma habitual mediante la medida del alcohol en el aire espirado) es un elemento básico de prevención, aún más si cabe en conductores profesionales, jóvenes y noveles. La situación en España ha mejorado notablemente gracias a los cambios legislativos en este campo, que han conllevado una importante disminución de las lesiones de tráfico. Reforzar la aplicación de estas acciones de control, y revisar a la baja los niveles aceptables de alcoholemia como ya han hecho otros países podría contribuir a mejorar aún más este problema.

11. Una parte de las personas que beben diariamente desarrollará un trastorno por dependencia de alcohol. Esta es una enfermedad caracterizada por síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que traducen una falta de control en el consumo, que se mantiene pese a sufrir consecuencias adversas visibles. La dependencia conlleva un consumo elevado persistente que acarrea consecuencias muy graves, tanto en la salud como en la esfera laboral, familiar y social.

12. Los programas de tratamiento del abuso y dependencia del alcohol pueden ser efectivos, pero están infrautilizados. Es frecuente que los inicios de tratamiento se produzcan con mucho retraso, tras años de consumo elevado que comportan daños, a veces irreversibles. Por ello debe mejorarse la detección temprana y la oferta de atención a bebedores de riesgo. Existen pruebas de la efectividad de la intervención breve desde los servicios sanitarios en la reducción del consumo de bebedores de riesgo, pero ésta no suele encontrarse suficientemente integrada en la práctica clínica, salvo en algunas Comunidades Autónomas. Además, debe difundirse la disponibilidad de los programas de atención especializada para bebedores de riesgo, favoreciendo la derivación activa desde los servicios sociales y de atención primaria. También es clave mejorar la coordinación con otros servicios y el abordaje de las recaídas, para reducir así la proporción de abandonos del tratamiento, actualmente excesiva.

Recomendaciones

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



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

Documento redactado por el Grupo de Trabajo sobre Alcohol (GTOH) de la Sociedad Española de Epidemiología.

Miembros del grupo:

- Gregorio Barrio, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III
- Marina Bosque-Prous, Agència de Salut Pública de Barcelona
- M Teresa Brugal, Agència de Salut Pública de Barcelona
- Francisco Caamaño, Universidad de Santiago de Compostela



- Iñaki Galán, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III
- Miquel Gili, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla
- Maria Herrero-Zazo, Laboratorio Bases Datos Avanzadas (LaBDA), Universidad Carlos III, Madrid
- Natividad Izco-Goñi, Departamento de Salud, La Rioja
- Julio López Méndez, Hospital de la Macarena y Universidad de Sevilla
- Luis Sordo, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid
- Josep M Suelves, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya
- José Valencia, Hospital Ramón y Cajal, Madrid
- Joan R Villalbí, Agencia de Salut Pública de Barcelona