

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 21 de octubre de 2020
Aceptado: 4 de noviembre de 2020
Publicado: 13 de noviembre de 2020

**POLÍTICAS PARA PREVENIR LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL ALCOHOL:
PRIORIDADES PARA ESPAÑA(*)****Joan R Villalbí (1,2,3,4) y Marina Bosque-Prous (5,6)**

(1) Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

(2) CIBER de Epidemiología y Salud Pública. España.

(3) Institut de Recerca Sant Pau. Barcelona. España.

(4) Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

(5) Estudis de Ciències de la Salut. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona. España.

(6) Departament de Psicobiologia i Metodologia en Ciències de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(*) Financiación: Este trabajo se ha beneficiado de la financiación parcial del Plan Nacional sobre Drogas (Exp. 2016/029).

RESUMEN

Este trabajo presenta un análisis estratégico de la prevención de los daños causados por el alcohol en España. El plan de acción sobre el alcohol de la Oficina Europea de la OMS ofrece una guía para el desarrollo de las políticas más efectivas de control. Siguiendo su esquema, se revisan la situación y las políticas de prevención con los datos disponibles en el año 2020. Se proponen unas estrategias y acciones clave para el futuro, considerando como grandes objetivos evitar el abuso precoz del alcohol en adolescentes y reducir el consumo de riesgo en el conjunto de la población. Además de ayudar a las personas con criterios de abuso desde los servicios sanitarios, destacan como acciones clave de prevención políticas públicas como la fiscal, la regulación de la publicidad y otras formas de promoción, la regulación de la disponibilidad de bebidas, y las medidas sobre alcohol y conducción. Algunas han seguido una evolución favorable en España, pero en otras hay amplio margen de mejora.

Palabras clave: Alcohol, Políticas públicas, Prevención, Evaluación.

ABSTRACT**Policies to prevent the harm caused by alcohol: priorities for Spain**

This paper presents a strategic analysis of the prevention of the harm caused by alcohol in Spain. The alcohol action plan of the European Office of the WHO offers a guide for the development of the most effective control policies. Following its scheme, the current situation and the prevention policies are reviewed with data available in 2020. Strategies and key actions for the future are proposed, considering as major goals to curb the early abuse of alcohol by adolescents and to reduce the risk consumption of the population at large. Besides helping persons with abuse criteria from health services, key actions for prevention include public policies such as fiscal, marketing and availability regulations, and drink driving measures. Some have followed a favorable evolution in Spain, but for others there is wide room for improvement.

Key words: Alcohol, Public policy, Prevention, Evaluation.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales factores de riesgo prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo es el consumo de alcohol⁽¹⁾. El impacto del alcohol en la salud de una sociedad depende en buena parte del consumo medio per cápita, y éste está relacionado con aspectos individuales, pero también con aspectos ambientales, en parte configurados por diversas políticas públicas. Así, éstas pueden favorecer o desincentivar el consumo de alcohol, y por tanto tienen una notable capacidad preventiva. La efectividad de las políticas que pueden prevenir el daño causado por el alcohol se ha revisado en documentos recientes, que proporcionan suficientes elementos para extraer recomendaciones. Entre ellos, destacan los generados por el Plan de acción sobre el alcohol de la oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾, y los libros editados por Edwards *et al* o Babor *et al*, que proporcionan una reflexión continuada a lo largo de décadas^(3,4).

El objetivo de este trabajo fue valorar brevemente la situación actual del alcohol como problema de salud pública en España, y el grado de implantación de las acciones y políticas de prevención. A partir de esta valoración se proponen unas prioridades de actuación para mejorar la situación.

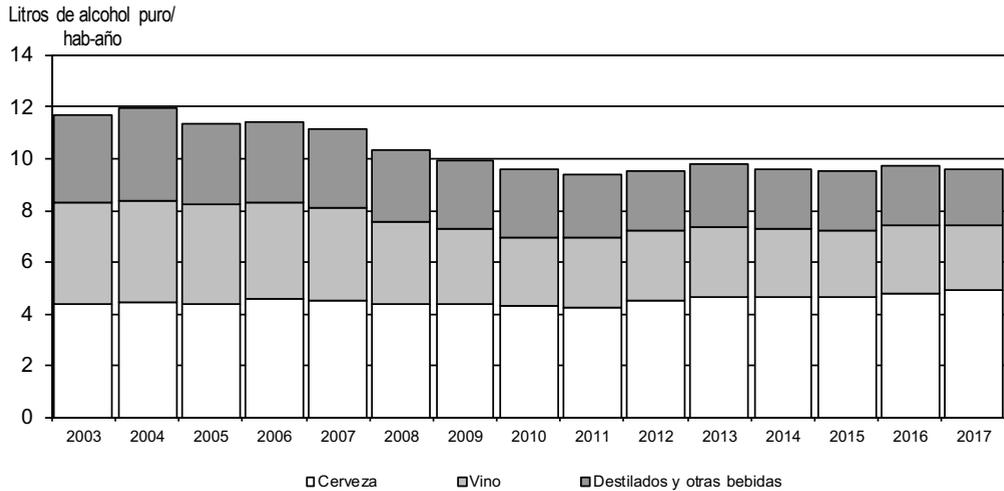
ALCOHOL Y SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

En las últimas décadas, el consumo de alcohol en España ha disminuido en términos poblacionales⁽⁵⁾. Los datos compilados por la OMS en sus informes periódicos sobre la situación mundial del alcohol ponen de manifiesto que el pico de consumo de alcohol puro por habitante y año en España se alcanzó a fines de los años 70, y que desde entonces se ha producido una notable disminución⁽⁶⁾. Una estimación reciente del consumo medio por habitante y año a

partir de la diversidad de fuentes disponibles lo confirma⁽⁷⁾. En la **figura 1**, se presenta el consumo medio anual por habitante según tipo de bebida a lo largo de los años 2003-2017, estimado con la misma metodología. Pese a ser España un país vitícola, la mayor parte del alcohol consumido hoy procede de la cerveza. Como puede verse, en 2008-2012 se produjo un declive en el consumo per cápita, probablemente ligado a la recesión económica.

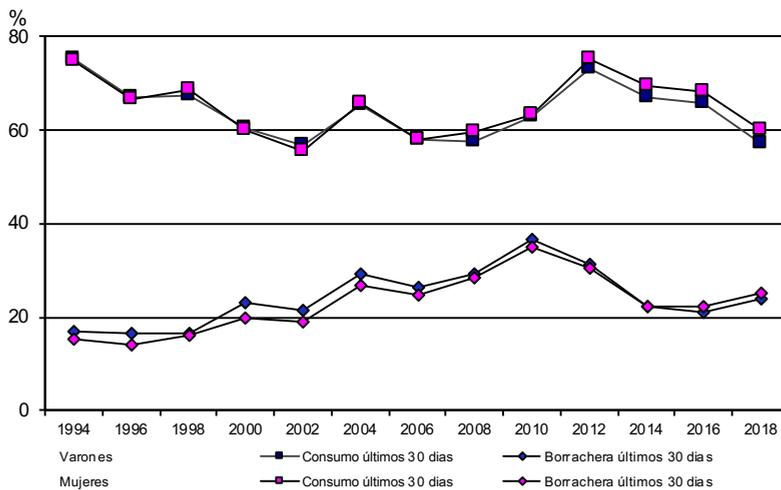
Se ha observado un cambio de patrón en el uso de alcohol en España: en las últimas décadas el tradicional consumo diario de alcohol con las comidas se ha ido reduciendo y ahora solo es habitual en las generaciones de mayor edad, que concentran a las personas con un mayor consumo medio de alcohol. En contraste, los grupos de edad más jóvenes beben mayoritariamente de forma intermitente; en ellos, se aprecian patrones de abuso vinculados a episodios de consumo intensivo (lo que los anglosajones denominan *binge drinking*), pero con un consumo medio de alcohol relativamente bajo^(8,9). Los datos de las encuestas a adolescentes escolarizados (ESTUDES) del Plan Nacional Sobre Drogas (**figura 2**) muestran entre 2000 y 2010 un notable incremento de la proporción de personas que refieren intoxicaciones por alcohol los últimos 30 días, con un declive posterior -atribuible tal vez al ciclo económico⁽¹⁰⁾. En todo caso, el 24% que refiere intoxicaciones durante el último mes en 2018 es superior al 16% registrado en 1994. La frecuencia referida de episodios de consumo intensivo (cinco o más unidades en una ocasión), que se incluyó posteriormente en estas encuestas, muestra un discreto descenso a lo largo de los últimos años (del 41% en 2008 al 32% en 2018). La proporción de adolescentes que dice haber bebido alcohol en los últimos 30 días ha disminuido: en 2018 parece haber un 40% de adolescentes de 14-18 años que se declaran abstemios, frente al 25% en 1994. Es interesante constatar que no se aprecian

Figura 1
Consumo de alcohol (litros de alcohol puro) según tipo de bebida, por habitante y año.
España, 2003-2017.



Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (7), incorporando datos actualizados para años posteriores proporcionados por Donat M y Barrio G.

Figura 2
Prevalencia del consumo de alcohol y de borracheras en los últimos 30 días declarados por los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, por sexo. España, 1994-2018.



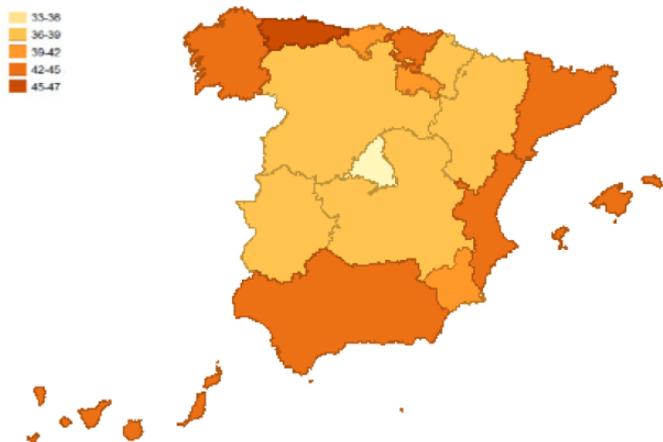
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las encuestas ESTUDES, recogidas en la referencia (10).

diferencias de género en estas series. Otras fuentes de datos apuntan en la misma dirección, documentando un descenso del consumo y de las intoxicaciones por alcohol en adolescentes entre 2010 y 2018⁽¹¹⁾.

Estudiar el impacto del alcohol en la salud de la población es complejo. Buscando una aproximación integrada, se suele recurrir a la estimación de la mortalidad atribuible al alcohol, que tiene en cuenta tanto aquellas causas de defunción directamente causadas por el alcohol como las que pueden tener otras causas, para las que se han estimado fracciones atribuibles al alcohol. De este modo, con las fracciones atribuibles de aquellas causas de defunción relacionadas directa o indirectamente con el alcohol y las estimaciones de consumo en la población, se han realizado recientemente estimaciones rigurosas de la mortalidad atribuible al alcohol en España⁽¹²⁾. En contraste con

cálculos anteriores basados en infraestimaciones de consumo, se ha valorado que para el periodo 2010-2017 un 3,9% de la mortalidad se puede atribuir al alcohol. Son casi 15.000 defunciones al año, de las que el 59% se podrían considerar prematuras (al ser en personas menores de 75 años)⁽¹²⁾. El mismo estudio mostró que se ha registrado un descenso destacable en la mortalidad atribuible al alcohol. A este descenso ha contribuido mucho la reducción de las lesiones por tráfico (como consecuencia de las políticas desarrolladas sobre alcohol y conducción), así como la disminución de la mortalidad por cirrosis del hígado y otras vinculadas a un consumo medio elevado a largo plazo de alcohol, patrón de consumo que se ha reducido. De todas formas, tal como puede apreciarse en la **figura 3**, la distribución geográfica de la mortalidad atribuible al alcohol es diversa, destacando las mayores tasas de mortalidad en Asturias⁽¹²⁾.

Figura 3
Tasa anual media de mortalidad atribuible a alcohol estandarizada por edad por periodo según comunidad autónoma en la población de 15 años y más. España, 2010-2017.



Nota: Tasas medias anuales por 100.000 habitantes de 15 años y más. Para el cálculo se han utilizado las cifras de residentes en España a 1 de julio de 2017, y para la estandarización la distribución por edad de la Población Estándar Europea de 2013. Los puntos de corte exactos para asignar los colores fueron: 29,999; 32,999; 35,999; 38,999; 41,999; 44,999; 46,999; 49,999. Elaborado a partir de la referencia (12).

Por tanto, en el momento actual en España se aprecia un consumo medio de alcohol por habitante muy inferior al del pasado, aunque parece haber dejado de descender. Los datos de mortalidad sugieren un descenso del impacto del alcohol en la salud de la población, aunque sigue siendo un factor de riesgo muy relevante. Hay cambios en el patrón de consumo que sugieren que los episodios de consumo intenso son más frecuentes y que afectan selectivamente a los más jóvenes (incluidos menores de edad), con consecuencias inciertas a medio

y largo plazo. Por tanto, los grandes retos que se plantean a nuestra sociedad son evitar el abuso precoz del alcohol por los adolescentes, y al mismo tiempo reducir el consumo de riesgo en el conjunto de la población.

ACCIONES PRIORITARIAS

En la **tabla 1** se presentan las diez áreas de trabajo propuestas en el plan de acción sobre alcohol de la Oficina Regional Europea de la OMS para sus estados miembros, con una

Tabla 1
Áreas de acción sobre el alcohol para los estados miembros de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud.

Área de acción	Opciones de políticas e intervenciones
Liderazgo, concienciación y compromiso	Expresión de compromiso político mediante políticas con recursos adecuados, integrales e intersectoriales que se basen en datos y se adecuen a las necesidades locales. Incluye aspectos como la existencia de una política o plan nacional sobre alcohol, o la realización de campañas de comunicación al público sobre los riesgos asociados al alcohol.
Respuesta de los servicios sanitarios	Servicios de prevención y tratamiento para personas y familias de riesgo o afectadas por trastornos por uso de alcohol y situaciones asociadas. Incluye programas de detección de personas con consumo de riesgo y de intervención, servicios de atención para las personas con dependencia del alcohol, programas de derivación y seguimiento.
Acciones comunitarias y en los lugares de trabajo	Poner el conocimiento y la capacidad de las comunidades al servicio de un cambio en la conducta colectiva. Incluye programas locales basados en la acción comunitaria, programas de prevención en el medio educativo, o intervenciones en el medio laboral.
Políticas y medidas relativas al alcohol y la conducción	Medidas disuasorias de la conducción bajo la influencia del alcohol; creación de un entorno de conducción seguro para reducir la probabilidad y gravedad de las lesiones de tráfico asociadas al alcohol. Incluye aspectos como los controles aleatorios de alcoholemia.
Disponibilidad de alcohol	Prevención del acceso fácil al alcohol por grupos vulnerables y de riesgo; reducción de su disponibilidad social para cambiar las normas sociales y culturales que fomentan el consumo de riesgo. Incluye aspectos como las regulaciones de venta de bebidas (establecimientos, horarios, densidad, edad del comprador...), o la prohibición de beber en espacios públicos.
Promoción y publicidad de las bebidas alcohólicas	Protección de menores y jóvenes mediante la regulación de los contenidos de promoción y publicidad y del volumen de exposición a los mismos. Incluye aspectos como la regulación de anuncios en televisión.
Políticas fiscales y de precios	Incremento de los precios de las bebidas para reducir el consumo de menores, frenar el progreso hacia el consumo de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de consumo intenso e influir en las preferencias de los consumidores.
Reducción de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación	Reducción del daño causado por la intoxicación por alcohol mediante la gestión del entorno del consumo y la información a los consumidores. Incluye aspectos como las advertencias sanitarias en los envases.
Reducción de impacto en salud del alcohol ilícito y el producido informalmente	Reducción de las consecuencias negativas del alcohol informal o ilícito mediante un buen conocimiento del mercado, un marco legal apropiado, y haciendo cumplir las normas.
Monitorización y vigilancia	Desarrollo de sistemas de vigilancia para seguir la magnitud y las tendencias de los daños causados por el alcohol, reforzar la abogacía, formular políticas, y valorar el impacto de las intervenciones.

Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (2).

breve explicación de su contenido, y algunos ejemplos de acciones⁽²⁾. De estas diez áreas, la misma OMS ha seleccionado cinco como las más relevantes para reducir el daño causado por el alcohol, que son objeto de la iniciativa SAFER⁽¹³⁾. Son las orientadas a reducir la disponibilidad del alcohol, a reducir la exposición a la promoción y publicidad de las bebidas alcohólicas, las políticas fiscales y de precios orientadas a incrementar el coste de beber, las medidas sobre alcohol y conducción, y a facilitar acceso al cribado, intervenciones breves y tratamiento. A continuación, se revisan las diez acciones incluidas en el Plan (con mayor énfasis para las cinco propuestas por la iniciativa SAFER de la OMS), valorando brevemente la actual situación de cada una en España.

Liderazgo, concienciación y compromiso. Se refiere a la formulación de planes de acción sobre el alcohol como problema de salud pública, con políticas concretas dotadas de recursos adecuados. También a la existencia de esfuerzos de comunicación a la sociedad sobre los riesgos asociados al alcohol. En España el alcohol está integrado en las estrategias y planes de acción sobre drogas de la administración, y se han realizado campañas de comunicación centradas en el consumo de los menores o en el alcohol y la conducción. Sin embargo, en momentos de debate social, diversos sectores gubernamentales han mantenido posiciones favorables a la industria de bebidas alcohólicas.

Respuesta de los servicios sanitarios. La intervención con mayor potencial es el cribado en los servicios asistenciales (especialmente en atención primaria de salud) de las personas con criterios de consumo de riesgo sin dependencia, para aplicar una intervención breve⁽¹⁴⁾. El cuestionario AUDIT se ha desarrollado con este fin, y se han protocolizado las intervenciones breves para favorecer su desarrollo. Por otra parte, es relevante derivar a las personas con criterios de dependencia a servicios de ayuda: es frecuente

que las personas acudan a estos servicios cuando su consumo ya ha causado lesiones orgánicas irreversibles. Además, se registran altas tasas de abandono del tratamiento. Hay que mejorar la oferta de atención, favorecer la derivación activa, y trabajar para mejorar la coordinación con otros servicios. En España se han desarrollado diversos esfuerzos para favorecer estas intervenciones, con guías y materiales de apoyo y acciones de formación para profesionales. Destacan el programa ARGOS y el proyecto “*beveu menys*” en Cataluña, por su grado de desarrollo^(15,16), aunque se constata que el cribado y las intervenciones están lejos de ser sistemáticas. Sería por tanto deseable trabajar para lograr una mayor implantación. Entre otras se pueden desarrollar acciones de formación y materiales de apoyo, se pueden implantar mecanismos de alerta en las historias clínicas electrónicas, y se puede incentivar que los profesionales dediquen tiempo a estas actividades.

Acciones comunitarias y en los lugares de trabajo. Desde hace décadas se han venido desarrollando programas educativos e informativos orientados a la prevención de los problemas causados por el alcohol en entornos educativos, laborales y comunitarios. Algunos parecen sustentados en datos, pero otros son de baja calidad y probablemente sin efectividad^(17,18). La falta de efectividad podría deberse en algunos casos a un pobre diseño de los programas evaluados, pero en otros casos podría ser debida a la ejecución mediocre o incompleta de un programa que en principio es eficaz⁽¹⁹⁾. Recientemente se han explorado acciones comunitarias de prevención en este campo^(20,21).

Políticas y medidas relativas al alcohol y la conducción. Gran parte del daño atribuible al consumo de alcohol deriva de las lesiones por tráfico causadas por personas intoxicadas: se sabe que el riesgo de sufrir una colisión aumenta a partir de alcoholemias iguales o superiores a 0,2 g/l, y que se dobla a partir de 0,3 g/l.

En este campo, el objetivo de las políticas es minimizar la probabilidad de que una persona intoxicada conduzca. Para conseguirlo, hace falta un equilibrio entre la severidad del castigo, la probabilidad de que se aplique realmente, y la rapidez del procedimiento sancionador⁽²²⁾.

El establecimiento de unos niveles máximos de alcoholemia en conductores (estimadas de forma habitual mediante la medida del alcohol en el aire espirado) es un elemento básico de prevención, que puede plantearse con mayor exigencia para conductores profesionales y conductores jóvenes o noveles (algunos países plantean alcoholemia cero para éstos). Realizar frecuentes pruebas de alcoholemia de forma aleatoria o selectiva, obligatorias para los conductores, es una estrategia clave. Los casos de reincidencia deben tener un tratamiento específico y que sea disuasorio.

En este ámbito, la situación española ha mejorado notablemente⁽¹⁵⁾. Parte del éxito deriva del cambio de la percepción social del problema. Han sido elementos clave la adopción del carné por puntos y la inclusión en el código penal de algunos comportamientos como delitos contra la seguridad del tráfico⁽²³⁾. Estas acciones han tenido un claro efecto en las cifras de accidentes por tráfico y en las defunciones relacionadas, que muestran un descenso pronunciado desde 2006. Sin embargo, hay encuestas en las que la frecuencia autorreferida de haber conducido bajo el efecto del alcohol u otras drogas alguna vez ronda el 14-18% en jóvenes⁽²⁴⁾. En la medida en que las actuales regulaciones en España muestran niveles de aceptación y cumplimiento crecientes así como un impacto favorable, se puede plantear una regulación más estricta para el futuro (como se ha hecho en otros países), puesto que el riesgo de sufrir un accidente de tráfico empieza a aumentar con niveles de alcoholemia inferiores a los fijados actualmente. Bajar los límites máximos de alcohol sería un paso adelante.

Disponibilidad de alcohol. La disponibilidad física del alcohol se refiere a la accesibilidad y facilidad para obtener y/o consumir bebidas alcohólicas. Las políticas que generan barreras para obtener alcohol tienden a reducir el consumo⁽²¹⁾: en el fondo, incrementan los costes (no monetarios) del consumo de alcohol. Contrariamente, cuando la accesibilidad es mayor, es más fácil consumir. La regulación de la accesibilidad física se suele basar en el establecimiento de controles y normas sobre los puntos de venta y servicio de bebidas alcohólicas, la disponibilidad diferencial de las bebidas alcohólicas según su concentración de alcohol, y en la existencia de restricciones en el acceso al alcohol en determinadas situaciones (especialmente para jóvenes)⁽²⁵⁾.

En muchos países, la regulación de la accesibilidad y los puntos de venta se basa en la exigencia de licencias para los establecimientos donde se sirven bebidas alcohólicas (restaurantes, bares y cafeterías, salas de fiesta...) y en los establecimientos donde se vende sin que se pueda consumir inmediatamente (en algunos países, fuera de los locales donde se consume, las ventas de alcohol se limitan a las tiendas especializadas; en otros se vende también en las tiendas de alimentación y supermercados). La concesión administrativa de una licencia permite fijar normas y sancionar al establecimiento que las incumpla, llegando incluso a su suspensión. Se pueden plantear restricciones parciales a la venta, limitar la densidad de puntos de venta y consumo, o restringir los horarios y días de venta: tienen un claro impacto en el consumo⁽¹⁵⁾. Otras regulaciones sobre la accesibilidad están relacionadas con la fijación de una edad mínima para comprar / consumir, y también para vender. En muchos países la edad mínima se sitúa en 18 años, pero en los EEUU son 21 años en muchos estados. Se puede segmentar el comercio de bebidas en función de su concentración de alcohol, por ejemplo, restringiendo la venta de bebidas de alta graduación

en locales situados a pie de carretera o en supermercados. También es relevante la prohibición del consumo en la vía pública, vigente en muchos países.

En España, los horarios de los locales de ocio nocturno son muy amplios. Además, tradicionalmente los comercios alimentarios han vendido bebidas alcohólicas sin precisar de una licencia especial, y la liberalización de horarios comerciales ha resultado en un claro incremento de la disponibilidad de bebidas a coste relativamente bajo, algo especialmente visible en las grandes ciudades^(26,27). Esto se podría relacionar con fenómenos como el botellón (consumo en grupo en espacios públicos de bebidas adquiridas en el comercio minorista, especialmente los fines de semana), y con el incremento de episodios de consumo intensivo o borrachera^(10,28). Como esta dinámica se percibe como un problema, han surgido iniciativas de regulación de ámbito local y autonómico, con valor desigual al responder a prioridades diversas (que no siempre son las mejores para la salud). Entre las de mayor interés preventivo destacan: la prohibición de la venta a menores de 18 años y de vender alcohol en los comercios en horario nocturno, la prohibición de consumo en espacios públicos (que no sean terrazas o espacios delimitados de establecimientos), y la limitación de los horarios comerciales de los establecimientos de conveniencia en las zonas céntricas de algunas ciudades⁽²⁹⁾.

Promoción y publicidad de las bebidas alcohólicas. Es deseable proteger a los menores y jóvenes mediante la regulación de los contenidos de promoción y publicidad, así como del volumen de exposición a éstos⁽³⁰⁾. Hasta hace relativamente pocos años, había pocos ejemplos de regulación rigurosa de la publicidad del alcohol, pero en los últimos años diversos países han ido adoptando normas que parecen dar frutos^(31,32).

El objetivo del marketing del alcohol es que las personas, especialmente las más jóvenes, perciban su consumo como normal y lo asocien al bienestar físico y social⁽³³⁾. Está documentada la influencia de la promoción y la publicidad del alcohol en el consumo, especialmente en adolescentes y jóvenes⁽³⁴⁾. La industria de bebidas alcohólicas se resiste a la regulación invocando su autorregulación, pero la numerosa casuística planteada ante los órganos de autocontrol muestra que se incumple con frecuencia^(35,36). La autorregulación por tanto es una opción inefectiva para reducir el consumo de la población^(37,38). En España está prohibida la publicidad en televisión de bebidas alcohólicas de alta graduación, y algunas ciudades o CCAA la han prohibido también en la vía pública. La industria ha usado diversas tácticas para burlar estas restricciones parciales, como la realización de anuncios presuntamente basados en el patrocinio, o la publicidad de bebidas de baja graduación con la misma marca e imagen que otras de alta graduación. En todo caso, en España hay una intensa presión del marketing, ligado en parte a los establecimientos que venden alcohol^(27,39,40).

Políticas fiscales y de precios. En general, el aumento del coste de un producto reduce su demanda. En el caso del alcohol, un aumento del precio de las bebidas alcohólicas resulta en un menor consumo, y, en consecuencia, en menos daños a la salud^(29,30). La existencia en la UE de un esquema fiscal común, regulado por la directiva europea que define el impuesto especial sobre el alcohol⁽⁴⁴⁾, permite usar la fiscalidad para reducir su consumo, proporcionando a su vez mayores ingresos para la administración. En países nórdicos, como Suecia o Noruega, los impuestos aplicados son directamente proporcionales al contenido absoluto de alcohol de las bebidas, y esto tiene efectos disuasorios sobre el consumo de alcohol. En cambio, otros países europeos han tendido a minimizar la carga impositiva sobre las bebidas alcohólicas⁽⁴⁵⁾.

En España, la situación es peculiar pues el vino tiene un tipo cero en el impuesto sobre bebidas alcohólicas (algo que pasa también en otros países viticultores), y se grava tan solo con el IVA. Además, la cerveza tiene una carga fiscal relativamente baja. Aunque podría ser deseable que las bebidas de alta graduación sean menos asequibles, no parece razonable que el vino o la cerveza tengan impuestos tan bajos que sean más baratos que la leche. Hay datos que sugieren que las personas con dependencia consumen preferentemente las bebidas de menor coste por gramo de alcohol (independientemente de su graduación)^(24,46). En cualquier caso, la carga impositiva sobre las bebidas alcohólicas en España está en la franja más baja entre los países de nuestro entorno, con un amplio margen para reforzar la fiscalidad sobre el alcohol y reducir así su consumo en nuestro país⁽⁴⁷⁾. Actuar sobre este tema es una prioridad absoluta para la prevención.

Reducción de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación. La gestión del entorno de consumo y la información a los consumidores pueden reducir el daño causado por el consumo y la intoxicación. Aspectos como los programas de formación de expendedores para reducir las ventas a personas visiblemente intoxicadas van en esta dirección. Los intentos de modificar el contexto de consumo mediante restricciones sociales (por ejemplo, designando un conductor abstemio) no parecen mostrar un impacto real en la reducción de lesiones. La inclusión de advertencias en los envases también va en la dirección de mejorar la información de los consumidores para contribuir a reducir riesgos. Hay un interés creciente por incluir mejoras en el etiquetado⁽⁴⁸⁾, incluyendo advertencias (países como Francia lo hacen)

y más información nutricional (por ejemplo, el contenido calórico de las bebidas), pero los intentos de adopción de una norma europea en este campo han fracasado hasta ahora.

Reducción del impacto en salud del alcohol ilícito y el producido informalmente. En algunos países, la producción ilegal de bebidas destiladas plantea graves problemas. Aunque no hay indicios de que haya una importante producción ilegal de bebidas alcohólicas en España⁽⁴⁹⁾, es probable que exista un cierto volumen de vino producido al margen del mercado formal. La persistencia del tipo cero en el impuesto especial para el vino dificulta un mejor conocimiento del mercado.

Monitorización y vigilancia. Es importante disponer de un sistema de información que ayude a identificar problemas y prioridades, y a evaluar la utilidad de las políticas y programas. En España se recogen datos periódicamente sobre consumo en adolescentes escolarizados (encuestas ESTUDES y otras) y en población adulta (Encuesta Nacional de Salud, encuesta EDADES, y otras). En cambio, no hay datos que faciliten un análisis sistemático de la morbilidad debida al alcohol, pese a algunos proyectos puntuales. Los datos de mortalidad sí que permiten estudios por causas y por grupos de edad y sexo, así como por territorios; aunque no suelen ser objeto de análisis sistemáticos sobre la mortalidad atribuible al alcohol, periódicamente hay investigadores que los llevan a cabo⁽¹²⁾. No hay información sistemática válida sobre la atención a los problemas por alcohol, pese a algunos estudios puntuales. Tampoco se hace un seguimiento sistemático de las políticas relacionadas con el alcohol salvo el seguimiento que hace la Oficina Regional Europea de la OMS de su plan de acción⁽⁵⁰⁾ (cuyo instrumento

de seguimiento podría aplicarse en España por las CCAA, que son las responsables de buena parte de los programas y políticas que influyen en el consumo de alcohol).

¿QUÉ HACER PARA MEJORAR?

Esta revisión permite apreciar como de los cinco ámbitos prioritarios tenemos una buena posición en las políticas sobre alcohol y conducción, una situación intermedia respecto a la respuesta de los servicios sanitarios, y un amplio margen de mejora en la política fiscal, la limitación de la disponibilidad, y la regulación del marketing. Además, en estos tres ámbitos se han apreciado dificultades cada vez que se ha intentado progresar. Necesitamos un vector que fomente las políticas preventivas. Lo cierto es que en nuestro país no hay una organización que agrupe y cohesione a la sociedad civil interesada en la prevención, aunque algunos grupos han mostrado su compromiso e implicación. Un estudio de los intentos fallidos de regulación de 2002 y 2007 documentó que la mayoría de los actores interesados en la regulación preventiva se relacionan directamente con la salud, destacando algunos responsables en las administraciones (del campo de la sanidad, también de interior), diversos profesionales y asociaciones relacionados con las adicciones, la medicina y la salud pública⁽⁵¹⁾. Hay que tener en cuenta que la complejidad del tema comporta que muchas organizaciones no tengan una política explícita frente al alcohol, de forma que en su seno pueden coexistir personas con una visión clara de la problemática y de cómo mejorarla, con otras que expresan creencias extendidas en la sociedad, banalizando el consumo y sus consecuencias, y desconociendo el abanico de políticas preventivas y su eficacia relativa. En estos episodios han sido visibles también otros actores, como las organizaciones de consumidores (Asociación de Usuarios de la Comunicación, Consejo de Consumidores y Usuarios de España), las organizaciones de padres y madres

de alumnos (CONCAPA y CEAPA), y asociaciones que representan a las víctimas del alcohol o sus familiares. Con motivo de la Ponencia constituida en las Cortes para abordar el problema de alcohol y menores, se ha ido evidenciando una cierta articulación de estos actores, con posiciones más homogéneas⁽⁵²⁾.

Contrariamente, la industria de bebidas alcohólicas desarrolla estrategias para aumentar sus beneficios incrementando sus ventas, y formula alianzas y estrategias adaptadas a cada contexto⁽⁵³⁾. Analizando la actuación de los actores contrarios a los intentos de regulación en España, los más visibles han sido las organizaciones del sector. Siempre han sabido generar apoyo de la oposición política al gobierno, pero también captar en la esfera institucional tanto a administraciones nacionales como autonómicas (de distinto color político). De todos modos, los intentos de regulación fallidos afrontaron una movilización general de todos los actores contrarios a la regulación, observándose que los interesados en mantener o incrementar el consumo del alcohol en España son poderosos, están bien organizados, y cuentan con una fuerte red de alianzas. El sector de las bebidas alcohólicas ha creado organizaciones paralelas para reforzar su política de relaciones públicas y defender mejor sus intereses. Estas organizaciones pantalla adoptan la forma de entidades de investigación, información, o incluso de organizaciones presuntamente orientadas a la prevención, y suelen implicar a personalidades conocidas del ámbito profesional o académico (incluso de la medicina y la salud pública) que luego han aparecido en los medios en momentos de debate social criticando posibles regulaciones. Este problema no es exclusivo de España, se produce también en otros países. En el Reino Unido, la influencia de la industria del alcohol y de sus aliados en los medios de comunicación mediante organismos hipotéticamente de investigación se puso de manifiesto recientemente⁽⁵⁴⁾, en línea con actividades previas

contrarias a las medidas legislativas contra el tabaco y el alcohol^(55,56). La industria del alcohol es poderosa, y como otras industrias cuenta con el apoyo de académicos poco escrupulosos en su resistencia a la regulación⁽⁵⁷⁾.

Los sectores interesados en ampliar las políticas públicas preventivas del daño que causa el alcohol precisarían de una mayor cohesión y organización para avanzar. Para empezar, habría que convertir los datos en una base de información sanitaria compartida, que cubra aspectos como el impacto del alcohol en la salud en nuestra sociedad, la medida del consumo actual y sus tendencias, y las iniciativas más eficaces para reducirlo. El Grupo de Trabajo sobre Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología (GTOH-SEE) lleva años trabajando para favorecer este proceso⁽⁵⁸⁾. También habrá que desarrollar un trabajo de sensibilización de la opinión pública, traduciendo el conocimiento científico al lenguaje de los medios de comunicación. Finalmente,

hace falta crear una perspectiva política que pueda unir de forma transversal a todo el espectro ideológico al afrontar este problema, para no repetir los fracasos previos. En efecto, cada vez que un gobernante responsable constata la existencia del problema y sus dimensiones e intenta formular una propuesta de regulación, ésta es descalificada por la oposición ayudada por los medios de comunicación afines y por los sectores con intereses económicos contrarios a la regulación, que dan a la controversia gran visibilidad pública. En la **tabla 2** se recoge un listado de prioridades de actuación para mejorar las políticas públicas en España en un sentido preventivo, adaptada a partir de anteriores propuestas^(59,60). De él se desprende una cierta priorización para la acción, con un abanico de opciones de mejora. El emergente movimiento de prevención debería actuar de forma planificada y organizada para avanzar, valorando las oportunidades en cada momento, como se hizo años atrás para el tabaquismo.

Tabla 2

Una propuesta de tareas prioritarias para los profesionales comprometidos con la prevención.

Documentar y difundir el daño que causa el alcohol a la sociedad.
Identificar las políticas clave para la prevención en este momento, priorizando la política fiscal, la reducción de la disponibilidad, la regulación de la publicidad, y el cribado sistemático e intervención.
Influir en los medios de comunicación y promocionar profesionales expertos como referentes.
Agruparse de forma coordinada en las organizaciones profesionales y científicas con otros actores clave favorables a la prevención.
Convertirse en interlocutor de los poderes públicos, impulsando la aprobación de un Plan sobre el alcohol (y de planes autonómicos).
Conocer a los actores contrarios a la regulación y anticiparse a sus acciones.
Fuente: elaboración propia a partir de la referencia (60).

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a Marta Donat y Goyo Barrio por su colaboración en la estimación de los datos de consumo más recientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 10 2018;392(10159):1923-94.
2. World Health Organization. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf
3. Edwards G. Alcohol y salud pública. Prous Science; 1997.
4. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K *et al*. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. New York: Oxford University Press; 2010.
5. Llamosas-Falcón L, Manthey J, Rehm J. Changes in alcohol consumption in Spain between 1990 and 2019. *Adicciones*. 2020; 0(0):1400.
6. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
7. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Villalbí JR, Espelt A, Neira M *et al*. Estimating average alcohol consumption in the population using multiple sources: the case of Spain. *Popul Health Metr*. 2016;14:21.
8. Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. [Alcohol drinking patterns in Spain: a country in transition]. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88(4):529-40.
9. Teixidó-Compañó E, Sordo L, Bosque-Prous M, Puigcorbé S, Barrio G, Brugal MT *et al*. Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: a multilevel approach. *Adicciones*. 2019;31(1):41-51.
10. Plan Nacional Sobre Drogas. Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2020.
11. Leal-López E, Sánchez-Queija I, Rivera F, Moreno C. Tendencias en el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados en España (2010-2018). *Gac Sanit*. 2019; S0213911119302237.
12. Donat M, Sordo L, Belza MJ, Barrio G. Mortalidad atribuible al alcohol en España, 2001-2017. Metodología y resultados. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2020.
13. World Health Organization. SAFER: a world free from alcohol related harms. World Health Organization; 2018.
14. Ornstein SM, Miller PM, Wessell AM, Jenkins RG, Nemeth LS, Nietert PJ. Integration and sustainability of alcohol screening, brief intervention, and pharmacotherapy in primary care settings. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013; 74(4):598-604.
15. Segura-García L, Gual A, Mestre OM, Bueno-Belmonte Á, Colom J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2006;37(9):484-488.
16. Zarco Montejo J, Caudevilla Galligo F, López Santiago A, Álvarez Mazariegos JA, Martínez Osorio S. El papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. 2007. Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria. Barcelona: SEMFYC; 2007.

17. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health*. 2012; 132(3):128-34.
18. García-Lorenzo B, Trapero-Bertran M. [Evaluation of programs to reduce alcohol consumption in Spain: a pending issue.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2020; 94.
19. Ariza C, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Nebot M. La evaluación de proceso en relación con la evaluación de la efectividad: experiencias de programas en el medio escolar. *Gac Sanit*. 2011; 25 Suppl 1:32-9.
20. Porthé V, García-Subirats I, Ariza C, Villalbí JR, Bartroli M, Juárez O *et al*. Community-Based Interventions to Reduce Alcohol Consumption and Alcohol-Related Harm in Adults. *J Community Health*. 2020; online ahead. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00898-6>
21. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009; 373(9682):2234-46.
22. Villalbí JR, Pérez C. [Evaluation of regulatory policies: the prevention of traffic accidents in Spain]. *Gac Sanit*. 2006; 20 Suppl 1:79-87.
23. Navarro Olivella P. Algunas lecciones de la seguridad vial. *El País* [Internet]. 2012; Disponible en: http://elpais.com/elpais/2012/05/01/opinion/1335872256_068603.html
24. Font-Ribera L, Garcia-Continente X, Pérez A, Torres R, Sala N, Espelt A *et al*. Driving under the influence of alcohol or drugs among adolescents: The role of urban and rural environments. *Accid Anal Prev*. 2013;60:1-4.
25. Babor TF, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Pan Am J Public Health*. 2005; 18(4-5):327-37.
26. Pastor A, Espelt A, Villalbí JR, Moure L, Fuentes S, Shortt NK *et al*. Availability and promotion of alcohol across different outlet typologies and under different area-level socioeconomic status. *Adicciones*. 2020; 0(0):1367.
27. Puigcorbé S, Villalbí JR, Sureda X, Bosque-Prous M, Teixidó-Compañó E, Franco M *et al*. Assessing the association between tourism and the alcohol urban environment in Barcelona: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020; 10(9):e037569.
28. Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(10):1723-30.
29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. Madrid: Ministerio de sanidad y de consumo; 2008.
30. Petticrew M, Shemilt I, Lorenc T, Marteau TM, Melendez-Torres GJ, O'Mara-Eves A *et al*. Alcohol advertising and public health: systems perspectives versus narrow perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2016;71(3):308-12.
31. Esser MB, Jernigan DH. Policy Approaches for Regulating Alcohol Marketing in a Global Context: A Public Health Perspective. *Annu Rev Public Health*. 2018;39:385-401.
32. Bosque-Prous M, Espelt A, Guitart AM, Bartroli M, Villalbí JR, Brugal MT. Association between stricter alcohol advertising regulations and lower hazardous drinking across European countries. *Addiction*. 2014;109(10):1634-43.
33. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(3):229-43.
34. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*. 2017;112:7-20.
35. AUC. Asociación de Usuarios de la Comunicación [Internet]. Asociación de Usuarios de la Comunicación. Disponible en: <https://www.auc.es/>
36. Jackson MC, Hastings G, Wheeler C, Eadie D, Mackintosh AM. Marketing alcohol to young people:

- implications for industry regulation and research policy. *Addiction*. 2000; 95 Suppl 4:S597-608.
37. Hastings G, Brooks O, Stead M, Angus K, Anker T, Farrell T. Failure of self regulation of UK alcohol advertising. *BMJ*. 2010;340:b5650.
38. Booth A, Meier P, Stockwell T, Sutton A, Wilkinson A, Wong R *et al*. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion. Part A: systematic reviews. 2008; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=175519&indexSearch=ID>
39. Sureda X, Carreño V, Espelt A, Villalbi JR, Pearce J, Franco M. Alcohol in the city: wherever and whenever. *Gac Sanit*. 2017;S0213-9111(17):30174-7.
40. Sureda X, Villalbi JR, Espelt A, Franco M. Living under the influence: normalisation of alcohol consumption in our cities. *Gac Sanit*. 2017;31(1):66-8.
41. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addict Abingdon Engl*. 2009; 104(2):179-90.
42. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am J Public Health*. 2010; 100(11):2270-8.
43. Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*. 2010; 375(9723):1355-64.
44. Directiva 92/83/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la armonización de las estructuras de los impuestos especiales sobre el alcohol y las bebidas alcohólicas [Internet]. 1992. Disponible a: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/es/ALL/?uri=CELEX%3A31992L0083>
45. Nelson JP. Alcohol advertising bans, consumption and control policies in seventeen OECD countries, 1975–2000. *Appl Econ*. 2010;42(7):803–823.
46. Meier PS, Purshouse R, Brennan A. Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. *Addiction*. 2010; 105(3):383-93.
47. Mora T. Acerca de la imposición sobre bebidas alcohólicas en España. *Gac Sanit*. 2018; 2018; 32(2):176-180. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/acerca-imposicion-sobre-bebidas-alcoholicas/avance/S0213911117303084/>
48. Jané-Llopis E, Kokole D, Neufeld M, Hasan OSM, Rehm J. What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? Copenhagen: World Health Organization; 2020.
49. Lachenmeier DW, Leitz J, Schoeberl K, Kuballa T, Straub I, Rehm J. Calidad del alcohol producido en Europa ilegalmente o de forma no regulada: resultados del proyecto AMPHORA. *Adicciones*. 2011; 23(2):133-40.
50. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries [Internet]. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2019. Disponible a: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>
51. Villalbi JR, Granero L, Brugal MT. [Regulatory policies on alcohol in Spain. Experience-based public health?]. *Gac Sanit*. 2008;22 Suppl 1:79-85.
52. Informe de la ponencia ‘menores sin alcohol’ creada en el seno de la Comisión Mixta para el estudio del problema de las drogas [Internet]. 2018 [citad 16 octubre 2020]. Boletín Oficial Cortes Generales. 2018; 203; 1-44. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CORT/BOCG/A/BOCG-12-CG-A-203.PDF

53. Jahiel RI, Babor TF. Industrial epidemics, public health advocacy and the alcohol industry: lessons from other fields. *Addiction*. 2007; 102(9):1335-9.
54. Gornall J. Consultation on minimum price for alcohol was a sham, BMJ investigation shows. *BMJ*. 2014; 348:g72.
55. Snowden C. Costs of minimum alcohol pricing would outweigh benefits. *BMJ*. 2014; 348:g1572.
56. Gornall J. Under the influence: author's response to criticism by Institute of Economic Affairs. *BMJ*. 2014; 348:g1563.
57. Michaels D. *The Triumph of doubt: dark money and the science of deception*. Oxford University Press; 2020.
58. Villalbí J, Benavides F. Contribuir a la salud pública desde las sociedades profesionales y científicas. El Grupo de Trabajo sobre Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(4):429-32.
59. Villalbi JR, Rodriguez-Martos A, Jansa JM, Guix J. Políticas para reducir el daño causado por el consumo de alcohol. Una aproximación desde la salud pública. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(19):741-3.
60. Villalbí JR, Bosque-Prous M, Gili-Miner M, Espelt A, Brugal MT. Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88 (4):515-28.