

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 26 de junio de 2020
Aceptado: 27 de octubre de 2020
Publicado: 13 de noviembre de 2020**LA ACTUALIZACIÓN DE LOS LÍMITES DE BAJO RIESGO DEL ALCOHOL.
UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS
DE IDENTIFICACIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN BREVE EN ESPAÑA**

Joan Colom (1) y Lidia Segura-García (1)

(1) Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Este trabajo pone en contexto la reciente actualización para España de los límites de bajo riesgo del consumo de alcohol, que se sitúa en los 20 g/día en el caso de los hombres, y en 10 g/día en el caso de las mujeres. En este sentido, se resumen algunos datos sobre el impacto en la salud individual y los costos sociales del consumo alcohol. Así mismo, plantea los retos que se derivan en relación a la alfabetización en salud de la población y de los profesionales de la salud en cuanto a los riesgos del consumo de alcohol. El artículo también repasa las implicaciones de la nueva definición en cuanto a las políticas más rentables para disminuir los daños asociados al consumo de alcohol. Este repaso se hace desde una perspectiva de salud pública, haciendo especial hincapié en cómo aprovechar la oportunidad para promover mejor la implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve en el consumo de alcohol en el ámbito de la atención primaria de salud en nuestro país.

Palabras clave: Alcohol, Alfabetización, Prevención, Epidemiología, Políticas públicas.

ABSTRACT

The update of the limits for low risk alcohol consumption. An opportunity for implementing strategies for early intervention and brief interventions in Spain

This work places in context Spain's recent update of the defined limits for low risk alcohol consumption to 20g/day for men and 10g/day for women, and summarises data on the impact on individual health and the social costs of alcohol consumption. Furthermore, it considers the challenges that arise related to awareness of the risks of alcohol consumption, in the general population and among health professionals. The paper also reviews the implications of the new definitions in relation to the most effective policies for reducing alcohol-related harm. It looks at this from a public health perspective with particular emphasis on how to seize the opportunity to better promote the implementation of strategies for early identification and brief interventions in primary care in this country.

Key words: Alcohol, Health literacy, Prevention, Epidemiology, Public policies.

Correspondencia:

Joan Colom

Sub-direcció General de Drogodependències

Agència de Salut Pública de Catalunya

Roc Boronat, 81-95

08005 Barcelona, España

joan.colom@gencat.cat

Cita sugerida: Colom J, Segura-García L. La actualización de los límites de bajo riesgo del alcohol. Una oportunidad para mejorar la implementación de las estrategias de identificación precoz e intervención breve en España. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 13 de noviembre e202011166.

INTRODUCCIÓN

La reciente definición para España de los límites de bajo riesgo del consumo de alcohol⁽¹⁾ a partir de la revisión de la evidencia y el consenso de personas expertas, plantea, por un lado, numerosos retos respecto a la alfabetización en salud sobre los riesgos del consumo de alcohol de la población y los propios profesionales. Por otro, abre la oportunidad a repensar y mejorar las estrategias de sensibilización y la implementación de las políticas de prevención en este ámbito. Los esfuerzos realizados hasta ahora en nuestro país, desafortunadamente, no han contribuido como se deseaba ni a aumentar la percepción de riesgo de la población sobre su consumo ni a disminuir el consumo en sí. El alcohol sigue siendo la sustancia que más se consume y que más daños ocasiona a nivel individual y social. El objetivo de este trabajo ha sido precisamente analizar dichos retos y las oportunidades para la implementación de políticas en general y respecto a las estrategias de identificación precoz e intervención breve en particular.

EL IMPACTO DEL ALCOHOL EN EUROPA

El consumo de alcohol es un problema muy importante de salud pública, siendo uno de los principales factores de riesgo de enfermedad y mortalidad prematura. Sus efectos tóxicos aumentan el riesgo de padecer cáncer y enfermedades hepáticas, psiquiátricas, cardiovasculares y transmisibles, entre otras, y sus efectos adictivos pueden ocasionar dependencia⁽²⁾.

En Europa, que es la región del mundo donde más alcohol se consume, en 2016 esta sustancia causó 291.103 muertes, un 5,5% del total. De estas muertes, el 74% fueron hombres y el 26% mujeres, y el 23% jóvenes de entre 20 y 24 años. Las principales causas de muerte atribuibles al alcohol en mujeres fueron las

enfermedades cardiovasculares (34,8%) y en hombres, el cáncer (29,2%). En menores de 35 años, lo fueron las lesiones intencionadas (suicidios, homicidios, etc.) y no intencionadas (accidentes de tráfico, caídas, quemaduras, etc.), y en personas mayores de 65 años, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares⁽³⁾.

El consumo de alcohol, especialmente su consumo episódico intensivo, también comporta consecuencias negativas para terceros (trastornos del espectro alcohólico fetal, etc.), para la sociedad (criminalidad, etc.) y para la economía (daños en la propiedad pública y privada, aumento del gasto en salud, absentismo, etc⁽⁴⁾). El impacto económico y social del alcohol en Europa se estimó en 2010 en 155.800 millones €/año⁽⁵⁾. En cuanto a las desigualdades, se observa que la carga de los daños relacionados con el alcohol recae de forma importante en ciertos grupos, siendo claves aspectos como el nivel socioeconómico, el sexo y el lugar de residencia, entre otros. La relación entre el alcohol y el nivel socioeconómico no siempre sigue el gradiente inverso que se observa para muchos otros factores de riesgo y esta relación viene modulada por la frecuencia de consumo episódico intensivo de alcohol, el tipo de alcohol consumido y también las vulnerabilidades y exposiciones a factores positivos y negativos⁽⁶⁾.

EL IMPACTO DEL ALCOHOL EN ESPAÑA

En España, en el 2016, el consumo de alcohol per cápita fue de 10 litros de alcohol puro por persona/año en mayores de 15 años (16,4 litros para hombres y 4,0 para mujeres), ligeramente superior al promedio de 9,8 litros de Europa. El consumo es mayormente en forma de cerveza (54%), seguido de bebidas espirituosas o licores (28%) y vino (18%)⁽²⁾.

En 2017, el 75% de la población refiere haber consumido alcohol en el último año (81%

en hombres y 69% en mujeres) y el 63% en los últimos 30 días (72% en hombres y 54% en mujeres). El 7,4% de las personas de entre 15 y 64 años (11,5% en hombres y 3,3% en mujeres) beben cada día y sólo un 8,8% (6,4% en hombres y 11,2% en mujeres) se declaran abstemias. Casi el 7,1% de la población en esta franja de edad (9,6% en hombres; 4,5% en mujeres) afirma haberse emborrachado alguna vez en los últimos 30 días y el 15,1% (20,4% en hombres; 9,7% en mujeres) ha realizado al menos un episodio de *binge drinking* en el último mes⁽⁷⁾. Entre los grupos más jóvenes de 15 a 24 años, en el último mes, el 15,3% (18,4% en hombres; 12,1% en mujeres) se ha emborrachado y el 21% (24,7% hombres; 17% mujeres) ha realizado al menos un episodio de *binge drinking*⁽⁷⁾.

En España el consumo de alcohol es el cuarto factor de riesgo en porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), el 2º para hombres y el 5º en mujeres⁽⁸⁾. En 2010-2017, se produjeron en España 15.489 muertes al año atribuibles al alcohol (MAA), siendo un 73,8% en hombres, el 55,7% fueron muertes prematuras (antes de los 75 años) y un 79,9% (82,8% en hombres y 69,0% en mujeres) atribuibles a episodios de consumo intensivo (≥ 60 g/día en hombres y ≥ 40 g/día en mujeres en una ocasión). El riesgo poblacional de MAA, medido por tasa media anual estandarizada por edad (2010-2017), fue de 40,9 por cada 100.000 habitantes, 3,8 veces mayor en hombres (69,3 por 100.000) que en mujeres (18,1 por 100.000). El consumo de alcohol supuso un 4,0% (5,4% en hombres y 2,3% en mujeres) del riesgo general de mortalidad, aumentando considerablemente con la edad para ambos sexos. Según el mismo informe, las causas de muerte principales fueron cáncer (43%) y enfermedades digestivas (25,9%), con una contribución de causas externas y cáncer mayor en hombres que en mujeres, y lo contrario en el caso de enfermedades circulatorias

y digestivas. Por edades, las causas principales fueron las externas en el grupo 15-34 años (82,6%) y el cáncer a partir de esa edad, especialmente en el grupo 55-74 años (52,9%)⁽⁹⁾.

En España, en el 2016 las pérdidas de productividad (los costes indirectos) asociadas a la MAA en relación al Producto Interior Bruto (PIB) se situaron en el 0,170% del PIB, cifra que equivale a más de 2.000 millones €⁽¹⁰⁾. Los costes sociales totales, según otros autores, puede llegar a ser hasta de un 1% del PIB⁽¹¹⁾.

LAS POLÍTICAS PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Por todo ello, reducir el consumo de alcohol es prioritario y es uno de los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas⁽¹²⁾. En este sentido, existe suficiente evidencia y consenso sobre cuáles son las políticas más efectivas para reducirlo desde la salud pública^(13,14) y están recogidas en las estrategias internacionales^(15,16) y también nacionales^(17,18). En concreto, según la iniciativa SAFER⁽¹⁹⁾, las políticas más rentables son: a) fortalecer las restricciones sobre la disponibilidad de alcohol; b) impulsar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; c) facilitar el acceso al cribado, a las intervenciones breves y al tratamiento; d) hacer cumplir las medidas de prohibición o restricción con respecto a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol, y e) aumentar los precios del alcohol a través de impuestos y el establecimiento de precios mínimos.

LOS RETOS DE LA ALFABETIZACIÓN SOBRE LOS RIESGOS DEL ALCOHOL EN LA SALUD

Un elemento clave para la implementación efectiva de las políticas de alcohol es el nivel de alfabetización en salud (AS) de la ciudadanía

sobre temas relacionados con el alcohol. Es decir, hasta qué punto las personas entienden los riesgos y los daños que comporta su consumo y eligen no beber o beber menos y de forma más segura. En este sentido, es preocupante que, a pesar de todos los esfuerzos realizados, la conciencia y percepción sobre los riesgos relacionados con el alcohol siga siendo tan baja⁽²⁰⁾. Algunos factores que pueden contribuir a esto, según un estudio de Jürgen Rehm y colaboradores⁽²¹⁾, son: 1) que el alcohol no esté regulado como sustancia adictiva (como los fármacos, el tabaco, las drogas ilegales, etc.) por los tratados internacionales; 2) que las bebidas con grado alcohólico superior en volumen al 1,2 por 100 están exentas del etiquetado nutricional obligatorio y también de advertencias sobre sus riesgos para la salud, a pesar de ser un producto carcinógeno, y 3) que se ha sobreestimado el efecto beneficioso del consumo de pequeñas cantidades. Por otro lado, los autores reflexionan sobre por qué las personas tienden a minimizar los riesgos hacia uno mismo y aceptar un mayor riesgo con el alcohol comparado con otros riesgos voluntarios, y si las propiedades adictivas y placenteras del alcohol pueden interferir en la capacidad de las personas de evaluar la información, hacer elecciones informadas y reclamar la implementación de políticas efectivas⁽²¹⁾.

En este análisis hay que tener en cuenta además los ingentes esfuerzos que hace la industria para promover sus productos e interferir en las políticas que van en contra de sus intereses comerciales. Por un lado, hablan sólo de sus beneficios, los asocian al placer y al bienestar y utilizan términos equívocos como “consumo responsable” o consumo “moderado” que no permiten la cuantificación objetiva y desplazan la responsabilidad de poner los límites a la construcción social y a la subjetividad individual. Por otro, construyen relaciones con actores clave, incluidos del ámbito de la salud, para asegurarse que el alcohol no entre en la agenda política⁽²²⁾.

En este contexto, la credibilidad y la calidad de la información, tanto sobre salud como sobre servicios y sistemas sanitarios, desempeña un rol central en la AS de la ciudadanía. La AS en el caso del alcohol está determinada por factores objetivos (evidencia), subjetivos (información socialmente construida), individuales (nivel de educación o socioeconómico) y por factores estructurales (la accesibilidad, la promoción, etc.)⁽²³⁾. Igualmente, requiere entender, entre otros, las complejas fuerzas detrás de la promoción del alcohol (papel de la industria, etc.) y cómo se distribuyen en la sociedad los perjuicios que este ocasiona. Según el estudio de Okan y colaboradores⁽²³⁾, la falta de habilidades de los profesionales de la salud para intervenir con pacientes con baja AS y para evaluar e intervenir en el consumo de alcohol tiene un impacto muy negativo en el nivel de AS sobre el alcohol. En este sentido, propone que, para mejorar la AS de los usuarios y mejorar su salud es clave: 1) la AS de los profesionales de la salud, comunitarios y de las organizaciones, 2) tener en cuenta las funciones que desempeñan los mediadores de la salud en las comunidades (la familia, los compañeros, los medios de comunicación, las redes sociales), 3) la implementación de programas preventivos en diferentes ámbitos, incluidas las familias, la escuela, el lugar de trabajo y a lo largo del curso de la vida y 4) facilitar mensajes claros sobre los riesgos y beneficios del alcohol tanto a nivel individual como de la sociedad⁽²³⁾.

LAS OPORTUNIDADES Y LOS RETOS DE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS LÍMITES DE BAJO RIESGO EN ESPAÑA

El consumo de alcohol está normalizado en nuestro país, se empieza a consumir a los 14 años (en ambos sexos) y la percepción de riesgo -sobretudo de los episodios de consumo intensivo- es muy baja^(7,24). En este sentido,

el establecimiento de los límites de bajo riesgo en 20 g/día y en 10 g/día (para hombres y mujeres respectivamente)⁽¹⁾ teniendo en cuenta los límites de riesgo establecidos en el 2007 de 40 g/día y de 20 g/día⁽²⁵⁾, que siguen vigentes para la intervención en las consultas, nos abre una serie de retos y oportunidades respecto a la alfabetización en salud sobre el alcohol y la implementación de políticas^(1,25).

Entre los retos, el más importante se deriva de cómo concienciar, sin confundir más a la población, sobre que no existe consumo seguro o sin riesgo, sobre la importancia de no beber por encima de los límites de bajo riesgo y sobre los riesgos del consumo episódico intensivo (*binge drinking*). Entre las oportunidades, el de dar impulso a las políticas de identificación precoz e intervención breve con el primer objetivo de alfabetizar en salud a los profesionales y dotarles de protocolos claros de actuación en este nuevo contexto para que el mensaje sobre los riesgos llegue a los ciudadanos de forma consistente, adecuada y ajustada a sus necesidades.

EL IMPULSO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN BREVE (IPIB) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

A pesar de que la IPIB en la APS es de las políticas más rentables para reducir los daños que ocasiona el alcohol⁽¹⁹⁾ y que el consumo de alcohol es una de las causas modificables más importantes de morbilidad y mortalidad prematura, hasta cuatro de cada cinco personas que beben por encima de los límites de riesgo no reciben intervención ajustada a su consumo⁽²⁶⁾.

La intervención breve en personas que presentan consumo de riesgo, ha demostrado ser efectiva a la hora de reducir el consumo en adultos, sobretodo en hombres de entre 18 y 65 años^(27,28,29).

Reduce otros problemas relacionados con el alcohol tales como las lesiones^(27,28,29), el consumo de recursos asistenciales⁽²⁸⁾ y la mortalidad⁽³⁰⁾. La efectividad en mujeres, mujeres embarazadas, personas mayores de 65 años y en personas con comorbilidades y con problemas psiquiátricos es menos concluyente⁽²⁸⁾.

En cuanto al contenido, duración y periodicidad de las intervenciones breves, se observa que las más efectivas incluyen al menos dos o tres de los siguientes elementos: retroalimentación, definición de objetivos y consejos⁽³¹⁾; contacto múltiple; y son breves o muy breves -de 5 a 15 minutos. Su efectividad dependerá en gran medida de la relación establecida entre el profesional de atención primaria y el paciente independientemente del profesional que la administre (médicos de familia, enfermeras, psicólogos)⁽²⁸⁾. Las intervenciones digitales tanto por móvil como por internet⁽³²⁾ son también efectivas. Se considera una intervención sanitaria muy coste-efectiva^(33,34).

El nivel de implementación de las estrategias de IPIB viene condicionada por factores relacionados con el nivel de conocimientos, las habilidades y creencias de los profesionales y los pacientes, así como del contexto sociopolítico⁽³⁵⁾. Las barreras a nivel de los profesionales incluyen la falta de formación⁽³⁶⁾, confianza en sus aptitudes⁽³⁷⁾, tiempo⁽³⁸⁾ e incentivos económicos⁽³⁹⁾, junto con el miedo a molestar a los pacientes preguntándoles sobre sus consumos⁽⁴⁰⁾. El estudio *Optimizing Delivery of Health Interventions*⁽⁴¹⁾, implementado en cinco países europeos, evidenció que proporcionar capacitación y apoyo a los proveedores de APS aumentó en un 50% el cribado de pacientes y proporcionarles incentivos lo aumentó en un 100%⁽⁴¹⁾.

En este sentido, es clave aplicar estrategias multinivel (organización, profesionales, pacientes) y multicomponente que incluya, entre

otras, el nivel de organización (continuidad asistencial y coordinación de casos, disponibilidad de guías de práctica clínica, mejoras en la historia clínica, introducción de incentivos), el nivel de los profesionales (formación continuada, evaluación de la calidad de la intervención, modelado por referentes, etc.) y de los pacientes (instrumentos de auto-evaluación para la mejora de los estilos de vida, etc.)⁽⁴²⁾.

El estado de implementación de las IPIB en España. En el marco de la Acción 8 de la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*⁽⁴³⁾, se realizó una evaluación del estado de la implementación de dichos programas en nuestro país y un análisis de necesidades en dicho ámbito. Se obtuvo información sobre todas las CCAA excepto Asturias y Ceuta. Según los resultados, en 3 de cada 4 CCAA existe uno o más organismos formales o informales encargados de implementar programas de detección y abordaje del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, aunque 3 de cada 4 no tienen identificado un organismo de referencia que supervise y coordine su implementación. Según las CCAA, en todas se están implementando acciones, incluyendo la derivación entre AP y servicios especializados, aunque el grado de implementación se valora de media en un 5,5 dentro de una escala del 0 al 10. Las estrategias de implementación más utilizadas son la formación de los profesionales, el apoyo por parte de los servicios especializados de atención a las drogodependencias y la elaboración de protocolos y recomendaciones específicas. Destaca que, exceptuando dos comunidades, el resto no dispone de presupuesto específico para su implementación. En general, las CCAA disponen de instrumentos de cribado y de registro en la historia clínica. No obstante, los protocolos de ayuda a la decisión clínica, el apoyo de los especialistas y los sistemas para la monitorización de los pacientes no son tan accesibles. Sobre el análisis de barreras, se detectó entre los profesionales poca motivación, baja

formación, pocos incentivos y falta de tiempo. A nivel de la organización se identificaron sobrecargas asistenciales, falta de espacios físicos adaptados, dificultad de colaboración entre niveles asistenciales, dificultades asociadas a los sistemas de información y falta de financiación específica. Finalmente, en relación con los pacientes, se mencionó dificultad de acceso a la población joven y falta de percepción de riesgo por parte de los pacientes. En general, se constató bastante interés por parte de las CCAA en mejorar dichos programas, pero también considerable variabilidad respecto al tipo de estructuras, programas, estrategias de implementación y falta de priorización a nivel de la APS.

Acciones para mejorar la implementación de la IPIB en APS: Priorizar dichos programas dentro de la cartera de servicios de APS, difundir ejemplos de buenas prácticas y alfabetizar sobre los límites de bajo riesgo y de riesgo del alcohol (incluido los del consumo episódico intenso o *binge drinking*) primero a los y las profesionales y luego a la ciudadanía serán acciones clave para mejorar la implementación de los programas de IPIB en todo el país.

En cuanto a la priorización de dichos programas, el documento con recomendaciones sobre el consejo integral en estilos de vida en AP que recoge también el alcohol tendrá que ser debidamente actualizado⁽⁴⁴⁾, pero la armonización de las directrices tendrá que ir acompañada de medidas evaluativas o contractuales para que aumente la implementación del consejo en las consultas. Hay que introducir mecanismos dentro de la planificación y la dirección por objetivos tanto a nivel de los centros como de los profesionales de la APS que permitan una amplia difusión del consejo integral también en el consumo de riesgo de alcohol.

En cuanto a las buenas prácticas, en España existen como mínimo experiencias en Cataluña, con el programa *Beveu Menys* (Bebed Menos)

⁽⁴⁵⁾, y en Murcia, con el *Programa Argos*⁽⁴⁶⁾, que se vienen implementando desde hace años y que pueden inspirar el trabajo que aún está por hacer en el resto de CCAA, evitando cometer los mismos errores y aprendiendo de los aciertos. Así, el programa *Bebed Menos* de identificación precoz, intervención breve y derivación al tratamiento se está implementando sin interrupción en Cataluña desde el año 2002, utilizando un enfoque de investigación-acción en tres fases diferentes y una estrategia multicomponente y multinivel (organizacional, profesional y poblacional) que incluye la formación de formadores y la formación entre iguales con el apoyo de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC). Alrededor de 15.000 profesionales (medicina y enfermería) y el 95% de todos los centros de APS han sido formados en estas estrategias. Se ha conseguido un significativo aumento en la aplicación de las herramientas de identificación precoz y una importante mejora de la derivación de personas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol a los servicios de tratamiento especializados. Los retos que aún quedan son mejorar la fidelidad y la calidad de las intervenciones y poder monitorizar el impacto a nivel poblacional.

En cuanto a la AS de los profesionales de la APS sobre el riesgo del alcohol, cabe destacar que esta es imprescindible, ya que un estudio realizado recientemente ha evidenciado que su consumo de riesgo según el AUDIT-C se sitúa en el 32% (IC del 95%: 26,7 a 37,3) y es superior al de la población general⁽⁴⁷⁾. En este sentido, es imprescindible hacer llegar a todos los profesionales de la salud, los documentos que definen los límites de bajo riesgo y de riesgo e incorporarlos en la formación de grado y la formación profesional continua. Con ello, pueden, por un lado, tomar conciencia sobre la necesidad de reducir su propio consumo y, por otro, mejorar sus intervenciones en el consumo de alcohol de las personas que atienden⁽⁴⁷⁾ diferenciando bien cuando una persona se puede

considerar abstemia, hace consumos de bajo riesgo, de riesgo o padece posibles trastornos relacionados con el alcohol y adaptando su intervención en función del patrón de consumo y riesgo. Así, según las recomendaciones actuales, en aquellas personas que sus niveles superen los considerados de riesgo (40 g/día en hombres y 20 g/día en mujeres) se procederá según lo indicado en el documento *Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta*⁽⁴⁴⁾.

En este sentido, hace falta promover, aún más si cabe, que las CCAA en las que no haya disponible una estrategia o programa, se utilicen las directrices del consejo integral⁽⁴⁴⁾, las recomendaciones del *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)*⁽⁴⁸⁾ y herramientas como el *Mójate con el alcohol*⁽⁴⁹⁾ elaborado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y el Ministerio de Sanidad. En dicha formación, además de facilitar conocimientos, conviene incidir también en el cambio de actitudes. Es clave desmontar sus prejuicios (estigma) respecto a las personas con problemas relacionados con el alcohol⁽⁵⁰⁾, su falsa percepción sobre que los pacientes se molestan al ser preguntados y aconsejados por el consumo de alcohol y sobre que los consejos no contribuyen al cambio de conocimientos y comportamientos en salud⁽⁵¹⁾, ya que estos reducen la eficacia del consejo. Al mismo tiempo, para aumentar la adopción e implementación de las IPIB se recomienda optar por intervenciones más cortas, que son igualmente efectivas y permitirían reducir el tiempo de dedicación de los profesionales, que es una de las barreras principales.

Además, sería importante alertar a los profesionales de la salud de los prejuicios que comporta para la credibilidad de los mensajes de salud sobre el alcohol y el impulso de las políticas más rentables que acepten financiación del sector productor, que realicen investigación

para éste sin la transparencia necesaria y avalen los resultados de sus estudios en los medios⁽⁵²⁾.

Las campañas de sensibilización por sí solas no han demostrado ser efectivas a la hora de concienciar a la ciudadanía y reducir los problemas de alcohol⁽¹³⁾, pero son indispensables para facilitar la implementación de otras políticas más efectivas. A la hora de diseñar los mensajes preventivos hay que tener en cuenta: 1) que a la población le resulta especialmente difícil comprender lo que significan los riesgos a largo plazo; 2) que los límites de consumo de riesgo se tienden a interpretar de manera flexible y en función del patrón y contexto de consumo⁽⁵¹⁾, y 3) que las personas con consumo de riesgo tienden a subestimar los riesgos del consumo de alcohol y también a estar menos a favor de políticas consideradas altamente efectivas (probablemente porque las perciben como una amenaza potencial para su propio consumo de alcohol)⁽⁵³⁾. En este sentido, las conversaciones en la consulta deben individualizarse e ir más allá de la cantidad del consumo y considerar el patrón, el contexto y los motivos del consumo para permitir la identificación conjunta de estrategias más útiles y aceptables para ellas. Así, desde el abordaje motivacional, los consejos deben evocar y reforzar las estrategias de auto-regulación de los comportamientos que las personas ya utilizan habitualmente⁽⁵¹⁾.

Otras medidas necesarias. Algunas sociedades científicas de nuestro país como la la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) ya se han posicionado sobre la importancia de dar apoyo a las políticas de prevención del alcohol y a la implementación de los programas de IPIB en particular^(54,55). Sin embargo, conviene fomentar un consenso más amplio que abarque todas las sociedades científicas de nuestro país y porqué no también los colegios profesionales.

Hay que impulsar, además, el resto de políticas basadas en la evidencia incluidas dentro de la iniciativa SAFER⁽¹⁹⁾ y que siguen siendo altamente rentables más de una década después de su primera formulación, en especial las políticas de precios⁽⁵⁶⁾, las restricciones a la disponibilidad y a la comercialización del alcohol⁽¹⁴⁾. Además, la OMS promueve también que se incluyan en las botellas (latas, bricks, etc.) etiquetas que contengan información nutricional y advertencias sobre los riesgos del alcohol, que son ya habituales en el caso del tabaco, en especial para informar y sensibilizar a la población sobre que el alcohol causa cáncer y que no se recomienda su uso durante el embarazo y la conducción⁽⁵⁷⁾. En España, se ha avanzado bastante en todo lo relativo a las limitaciones a la accesibilidad por parte de los jóvenes, pero falta mucho por hacer en cuanto a la monitorización del cumplimiento y a las políticas en materia de precios (establecimiento de precios mínimos y aumento de los impuestos especiales). La alineación de las políticas puede, además, facilitar la transmisión de un mensaje coherente a la población que no conlleve confusión y permita mejorar su nivel de AS respecto al alcohol. Es decir, el mensaje de los límites de bajo riesgo puede calar mejor en la población si va acompañado de la mejora del etiquetado de advertencia de los productos y un aumento de sus precios.

Además, para reducir el impacto y los costes del alcohol, se requiere más inversión en salud⁽¹⁰⁾ y un compromiso político por parte de todos los actores (incluidas las personas consumidoras y las familias) que trabajan en pro de la salud pública y una mejor coordinación de las acciones multisectoriales para hacer frente a las fuerzas e intereses que se oponen a las políticas eficaces de control del alcohol. Es necesario avanzar, por tanto, en la regulación de la responsabilidad del sector productor en la reducción de los daños que causa su producto, ya sea, por ejemplo, mediante el etiquetado

de advertencia o la reducción del volumen de alcohol de sus productos. Conseguir esto, requiere el liderazgo del ámbito de salud y conseguir que el principio de Salud en Todas las Políticas se aplique también en el caso del alcohol, movilizándolo a otros ámbitos clave como el de la agricultura, hacienda, industria, etc. en la formulación de políticas.

No hay que olvidar que aún estando el consumo de alcohol muy arraigado en nuestras tradiciones es un producto que causa enfermedades, y también adicción y que se requeriría avanzar en su control y regulación a todos los niveles.

AGRADECIMIENTOS

Lidia Segura-García ha co-escrito este artículo en el marco del programa interuniversitario de doctorado “Psicología de la Comunicación y Cambio” de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y la Universidad de Barcelona (UB).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid, 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol.htm
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO, 2018. Disponible en: <https://iugt.org/wp-content/uploads/2018/09/WHO-GSR-Alcohol-2018.pdf>
3. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries. Geneva: WHO, 2019. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf
4. Laslett AM, Room R, Waleewong O, Stanesby O and Callinan S. Harm to others from drinking: patterns in nine societies. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/harm-to-others-from-drinking-patterns-in-nine-societies>
5. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Center for Addiction and Mental Health: Toronto, 2012.
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: WHO, 2014. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Disponible en: http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
8. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E *et al.* La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clínica* 2018; 151(5): 171-90.
9. Donat M, Sordo L, Belza MJ, Barrio G. Carga de enfermedad atribuible al alcohol en España: elaboración de una metodología y estimación durante 2001-2017. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf
10. Łyszczarz B. Production Losses Associated with Alcohol-Attributable Mortality in the European Union. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16 (19): 3536. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/19/3536/htm>

11. Rehm J, 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. *Adicciones*. 2013; 25: 11-18.
12. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018. ONU: Nueva York, 2018. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2018-es.pdf>
13. Alcohol and Public Policy Group. Alcohol: no ordinary commodity—a summary of the second edition. *Addiction*. 2010 May; 105 (5): 769-79.
14. Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K *et al*. Are the “Best Buys” for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018 Jul;79 (4): 514-522.
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1
16. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2012-2020. Copenhagen: WHO, 2012. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2014. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017. Disponible en: http://www.pnsd.msbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N. ADICCIONES_2017-2024 _aprobada_CM.pdf
19. Organización Mundial de la Salud. El paquete SAFER: cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional. Ginebra: OMS, 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51867/9879275321959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
20. Bowden JA, Delfabbro P, Room R, Miller CL, Wilson C. Alcohol consumption and NHMRC guidelines: has the message got out, are people conforming and are they aware that alcohol causes cancer? *Aust N Z J Public Health*. 2014 Feb; 38(1): 66-72.
21. Rehm J, Lachenmeier DW, Room R. Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Med* 12, Article number: 189 (2014)
22. McCambridge J, Mialon M, Hawkins B. Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction*. 2018 Mar 15; 113(9): 1571–84.
23. Okan O, Rowlands G, Sykes S, Wills J. Shaping Alcohol Health Literacy: A Systematic Concept Analysis and Review. *Health Lit Res Pract*. 2020 Jan 14; 4 (1): e3-e20.
24. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ESTUDES 2018/2019. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. 1994-2018. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Disponible en: <http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
25. Javier Álvarez J, Cabezas MC, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V *et al*. Prevención de los problemas derivados del alcohol 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España, junio 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid, 2008.
26. Rehm J, Anderson P, Mantney J, Shield KD, Struzzo P, Wojnar M *et al*. Alcohol use disorders in primary health care: what do we know and where do we go? *Alcohol Alcohol*. 2016; 51(4): 422–7.
27. López-Marina V, Pizarro Romero G, Alcolea García R, Beato Fernández P, Galindo Montané E, Montellà Jordana N. Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36(5): 261-8.

28. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J *et al.* The impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcohol*. 2014 Jan; 49(1): 66-78.
29. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N *et al.* Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Feb 24; 2(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
30. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004; 99, 839-845.
31. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioural counselling interventions in Primary Care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004; 140: 557-568.
32. Kaner EF, Beyer FR, Garnett C, Crane D, Brown J, Muirhead C *et al.* Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 25; 9(9).
33. Kaner E. NICE work if you can get it: Development of national guidance incorporating screening and brief intervention to prevent hazardous and harmful drinking in England. *Drug and Alcohol Review*. 2010; 29, 589-595.
34. Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P *et al.* Costeffectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC Family Practice*. 2014; 15: 26.
35. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M *et al.* A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci*. 2013; 8(1): 35.
36. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam Pract*. 2003; 20(3): 270-5.
37. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N *et al.* WHO Brief Intervention Study Group. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol*. 2004 Jul-Aug; 39(4): 351-6.
38. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *Brit Med J*. 2002; 325: 870.
39. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health (Oxf)*. 2010; 33(3): 412-21.
40. Rapley T, May C, Kaner E. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Soc Sci Med*. 2006; 63(9): 2418-28.
41. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummond C, Segura L *et al.* Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction*. 2016 Nov; 111(11): 1935-1945.
42. Keurhorst M, van de Glind I, do Amaral-Sabadini MB, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D *et al.* Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction*. 2015; 110 (12): 1877-1900.
43. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Resumen de la evaluación de la situación actual y de las necesidades en las diferentes CCAA. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/>

plan/productos/pdf/Accion_8_Proyecto_de_mejora_de_los_procesos_deteccion_e_intervencion_breve_en_bebedores_de_riesgo_pdf

44. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid, 2015. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf

45. Subdirección General de Drogodependencias. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departamento de Salud. Programa Beveu Menys 2002-2020. <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/practice.cfm?id=282>

46. Consejería de Sanidad y Política Social, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Programa ARGOS. 2009-2019. Disponible en: <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha029>

47. Romero-Rodríguez E, Pérula de Torres LÁ, Fernández García JÁ, Parras Rejano JM, Roldán Villalobos A, Camarelles Guillén F. Grupo Colaborativo Estudio AlCO-AP. Alcohol consumption in Spanish primary health care providers: a national, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019 Feb 19; 9(2): e024211.

48. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, José Arango JS, Ramírez Manent JI *et al*. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018 May; 50 Suppl 1(Suppl 1):29-40.

49. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Mójate con el alcohol. SEMFYC: Madrid, 2012. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/mojateAlcohol.htm>

50. Fraser S, Moore D, Farrugia A, Edwards M, Madden A. Exclusion and hospitality: the subtle dynamics of stigma

in healthcare access for people emerging from alcohol and other drug treatment. *Social Health Illn*. 2020 Oct 13.

51. O'Donnell A, Hanratty B, Schulte B, Kaner E. Patients' experiences of alcohol screening and advice in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2020 Apr 22; 21(1): 68. Disponible en: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01142-9>

52. International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs. Position statement on the alcohol industry (INEBRIA). Disponible en: http://inebria.net/wp-content/uploads/2016/02/position_statement_on_the_alcohol_industry.pdf

53. Sjöberg, L. Risk Perception of Alcohol Consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1998; 22: 277s-284s.

54. Sociedad Española de Epidemiología. Alcohol y salud pública: hechos y datos. Barcelona, 2016. Disponible en: <https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/SaludySP.pdf>

55. Córdoba R, Camarelles F, San José J. Posicionamiento sobre el consumo de alcohol semFYC Aten Primaria. 2017 Nov; 49(9): 505-507.

56. World Health Organization. Alcohol pricing in the WHO European Region. Update report on the evidence and recommended policy actions. WHO: Copenhagen, 2020. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/06/new-who-report-on-alcohol-pricing-europe-ignores-cost-effective-ways-to-lower-health-risks>

57. 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? WHO: Copenhagen, 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332129/9789289054898-eng.pdf>