

MORTALIDAD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA: 1981-1990

Carlos Prada Puentes¹ / María del Carmen del Río Gracia¹ / José Luis Yáñez² / Francisco Javier Álvarez González¹

¹ Departamento de Farmacología y Terapéutica (Alcohol & Drogas), Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid. ² Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, Sección de Epidemiología, Burgos.

Resumen

Objetivo. El objetivo de este trabajo fue valorar la contribución del consumo de alcohol a la mortalidad en España entre los años 1981 a 1990, así como el impacto sobre la mortalidad prematura.

Métodos. Se empleó como fuente de datos el Movimiento Natural de la Población que proporciona datos sobre causas de muerte. Se procedió al cálculo de la mortalidad proporcional debida al consumo de alcohol, mortalidad ajustada y años potenciales de vida perdidos, valorando las tendencias.

Resultados. La mortalidad debida al consumo de alcohol fue del 6,3% de media, mayor en los hombres que en las mujeres. La mortalidad ajustada por edad muestra un ligero incremento de la mortalidad de 1981 a 1990. La categoría más importante en relación a la mortalidad prematura fue la de accidentes no intencionales, en concreto los accidentes de vehículos a motor.

Conclusión. El estudio pone de manifiesto la importancia de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en nuestro país, así como la elevada mortalidad prematura.

Palabras clave: Mortalidad-alcohol. Causa de muerte. Epidemiología-alcoholismo. España.

ALCOHOL RELATED MORTALITY IN SPAIN: 1981-1990

Summary

Objective. The aim of this study was to assess the overall contribution of alcohol to Spanish mortality during 1981 to 1990, as well as the impact on the premature death.

Methods. To this purpose we have used the sources of data furnished by the 'Movimiento Natural de la Población' that provides data of causes of death. Figures of proportional mortality, adjusted mortality and years of potential life lost were calculated, as well as trend analysis.

Results. 6.3% (mean in the ten years period) of the mortality was due to alcohol. This mortality was higher among males than females. Adjusted mortality show a light increase during the period. The most important category referring to years of potential life lost was unintentional injuries. In this category, motor vehicle accidents were responsible for the majority of premature death.

Conclusion. This study shows the importance of alcohol related mortality in our country and the large premature death.

Key words: Alcohol-drinking-mortality. Cause of death. Alcoholism-epidemiology. Spain.

Introducción

El papel del alcohol en la sociedad española, donde beber es un hábito social y un modo de entablar y mantener relaciones, ha supuesto que la investigación sobre sus consecuencias y por lo tanto, el desarrollo de políticas apropiadas, se haya retrasado durante muchos años¹. Sin embargo, recientemente se ha comenzado a investigar de una manera más exhaustiva las pautas

del consumo de alcohol en España¹⁻⁴. Los estudios realizados en la población general junto a las cifras de producción^{5,6} han puesto de manifiesto cambios en los hábitos del consumo de alcohol, en lo que se ha venido en denominar «modernización» de las pautas de consumo de alcohol, es decir, un aumento del consumo durante los fines de semana y un cambio en el tipo de bebida, disminuyendo el consumo de una bebida tradicional, el vino, y aumentando el consumo de cerveza. Los diferentes estudios

Correspondencia: F. Javier Álvarez. Departamento de Farmacología y Terapéutica (Alcohol & Drogas), Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, 47005 Valladolid.

Este artículo fue *recibido* el 3 de abril de 1995 y fue *aceptado*, tras revisión, el 12 de diciembre de 1995.

Tabla 1. Fracción atribuible de las distintas enfermedades por categoría diagnóstica, y edad utilizada para el cálculo de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol

Categoría diagnóstica	Fracción atribuible	Edad*
<i>Neoplasias malignas</i>		
Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe (140-149)**	0,50	≥35
Tumor maligno del esófago (150)	0,75	≥35
Tumor maligno del estómago (151)	0,20	≥35
Tumor maligno del hígado y vías intrahepáticas (155)	0,15	≥35
Tumor de laringe (161)**†	0,50	≥35
<i>Enfermedades mentales</i>		
Psicosis alcohólica (291)	1,00	≥15
Síndrome de dependencia al alcohol (303)	1,00	≥15
Abuso de alcohol (305.0)†	1,00	≥15
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>		
Enfermedad hipertensiva (401-405)	0,08	≥35
Cardiopatía alcohólica (425.5)†	1,00	≥15
Accidentes cerebrovasculares (430-438)	0,07	≥35
<i>Enfermedades respiratorias</i>		
Tuberculosis respiratoria (011-012)	0,25	≥35
Neumonía, gripe (480-487)	0,05	≥35
<i>Enfermedades digestivas</i>		
Enfermedades del esófago, estómago, duodeno (530-537)†	0,10	≥35
Gastritis alcohólica (535.3)†	1,00	≥15
Hígado graso (571.0)†	1,00	≥15
Hepatitis alcohólica aguda (571.1)†	1,00	≥15
Cirrosis alcohólica (571.2)†	1,00	≥15
Daño hepático alcohólico no especificado (571.3)†	1,00	≥15
Otras cirrosis y enfermedades crónicas del hígado (571.5, 571.6)	0,50	≥35
Pancreatitis aguda (577.0)†	0,42	≥35
Pancreatitis crónica (577.1)†	0,60	≥35
<i>Accidentes no intencionales</i>		
Accidentes de vehículos a motor (E810-E825)	0,42	>0
Otros accidentes de carretera (E826.9)†	0,20	>0
Accidentes por transporte marítimo (E830-E838)†	0,20	>0
Accidentes por transporte aéreo (E840-E845)†	0,16	>0
Intoxicación alcohólica aguda (E860.1)†	1,00	≥15
Caídas accidentales (E880-E888)	0,35	≥15
Accidentes causados por el fuego (E890-E899)	0,45	>0
Baño (E910)†	0,38	>0
Otros accidentes (E928)†	0,25	≥15
<i>Accidentes intencionales</i>		
Suicidios (E950-E959)	0,28	≥15
Homicidios (E960-E969)	0,46	≥15
<i>Enfermedades metabólicas</i>		
Diabetes mellitus (250)	0,05	≥35

* Las muertes ocurridas por debajo de la edad especificada no se han tenido en cuenta en los cálculos.

** La fracción atribuible es de 0,40 para las mujeres.

† Enfermedades en las que se desconoce la distribución de la mortalidad por grupos de edad.

llevados a cabo¹⁻⁶ han encontrado marcadas diferencias en las pautas de consumo de alcohol entre sexos, parecidas a las de otros países¹. Estos estudios sobre población general junto a los realizados

en atención primaria y a nivel hospitalario⁷, dan una visión panorámica de la magnitud de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y del alcoholismo en España, aunque en algunos aspectos se

hace difícil su análisis y valoración por los distintos criterios utilizados.

El objetivo del presente estudio fue el de analizar la tendencia en la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en el período de tiempo comprendido entre 1981 y 1990, así como la mortalidad prematura relacionada con su consumo, aspectos estos sobre los que existe escasa información en nuestro país. Se ha utilizado este período de tiempo ya que los datos correspondientes al año 1990 eran los últimos disponibles en el momento de realizar el estudio, y en los años anteriores a 1980, en las estadísticas de mortalidad se utilizaban los códigos de la CIE 8ª Revisión. En un estudio previo⁸, se analizó la mortalidad relacionada con el alcohol en el año 1986.

Sujetos y métodos

Los datos para el cálculo de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol fueron extraídos de las estadísticas oficiales sobre la mortalidad de la población en España⁹.

Las 34 enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol (CIE 9ª Revisión) se agruparon en ocho categorías diagnósticas (Tabla 1). Se categorizó igualmente por sexo. Para cada enfermedad, la mortalidad relacionada con el alcohol se obtuvo multiplicando el número correspondiente de muertes por la fracción atribuible (muertes relacionadas con el consumo de alcohol = número de muertos X fracción atribuible). De este modo se obtuvo la mortalidad relacionada con el alcohol como tanto por ciento de la mortalidad global para cada año.

La fracción atribuible de una enfermedad es la proporción de muertes que puede ser achacada a una causa en concreto, en este caso al consumo de alcohol. Esta proporción oscila entre 0,0 (ninguna muerte puede ser atribuida al consumo de alcohol) y 1,00 (todas las muertes son atribuidas al consumo de alcohol, como por ejemplo en el caso de las muertes por cirrosis alcohólica). Algunas fracciones atribuibles sólo se aplican a las muertes por encima de cierta edad (Tabla 1), en relación con el hecho de un mayor riesgo con la cronicidad del consumo. Las fracciones atribuibles utilizadas en este estudio son las mismas que se emplearon para analizar la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol del año 1986⁸ y vienen reflejadas en la tabla 1. Estas fracciones atribuibles corresponden a las utilizadas en los Estados Unidos y fueron elaboradas por el CDC (Centers for Disease Control). Su elaboración consistió en una revisión extensa de series de casos clínicos, estudios en accidentados, y estudios epide-

miológicos, con el fin de valorar el impacto socioeconómico del alcohol en los distintos Estados Americanos y a nivel local¹⁰.

Las razones de mortalidad fueron calculadas en función de las muertes absolutas debidas al consumo de alcohol. Con el fin de valorar las tendencias se procedió al cálculo de los coeficientes de regresión (b), (correlación simple), así como de su desviación estándar.

Se procedió posteriormente a realizar un ajuste de la mortalidad por edad mediante el método directo, utilizando como población estándar la del año 1990. Este ajuste no se pudo realizar para todas las enfermedades, pues en algunas de ellas se desconocía su mortalidad por grupos de edad (Tabla 1). El cálculo de la mortalidad total ajustada englobaba el 80,5% de todas las muertes debidas al alcohol en los diez años considerados, y sirvió como dato contrastable con la proporción sin ajustar (como ella, también se expresó como porcentaje de la mortalidad total) y como tendencia en los distintos años estudiados.

Para valorar de una manera más exacta las tendencias en la mortalidad debida al consumo de alcohol, se procedió al cálculo de la mortalidad proporcional de aquellas enfermedades con fracción atribuible de 1,00. Como sólo se disponía de los datos detallados (distribución por edad) de dos de las nueve enfermedades, psicosis alcohólica (CIE 9ª Revisión: 291) y síndrome de dependencia al alcohol (CIE 9ª Revisión: 303) con fracción atribuible de 1, no se realizó el cálculo de la mortalidad proporcional ajustada.

El impacto del consumo de alcohol sobre la mortalidad prematura se evaluó mediante el cálculo de los años potenciales de vida perdidos (APVP) para cada enfermedad y grupo de edad, hasta los 70 años. El cálculo de los APVP se obtuvo multiplicando las muertes relacionadas con el consumo de alcohol por los años de vida perdidos hasta los 70 años, para al final, sumar todos los APVP correspondientes a cada enfermedad y agruparlos por categoría diagnóstica⁸. No se pudieron utilizar todas las enfermedades para el cálculo de los años potenciales de vida perdidos (Tabla 1) pues en todas ellas no se disponía de la distribución por grupos de edad.

Resultados

Como se puede apreciar en la tabla 2, las muertes relacionadas con el consumo de alcohol respecto a la mortalidad global, sufren un ligero descenso: total: $b = -0,05 \pm 0,20$; hombre: $b = -0,03 \pm 0,18$; y para

Tabla 2. Estimación de la mortalidad relacionada con el alcohol por categoría diagnóstica en España, 1981-1990 (porcentaje de contribución de cada categoría al total de muertes)

		1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Mortalidad total	Hombre	8,1	8,0	8,3	7,9	7,6	7,8	7,9	7,9	7,9	7,7
	Mujer	4,8	4,7	4,6	4,4	4,3	4,3	4,4	4,5	4,2	4,1
	Total	6,6	6,5	6,6	6,3	6,0	6,2	6,2	6,3	6,2	6,0
Neoplasias malignas	Hombre	27,1	29,1	26,9	29,0	28,8	29,5	30,1	29,4	29,1	29,8
	Mujer	17,6	18,7	17,3	19,3	18,3	18,6	18,4	22,2	17,6	17,8
	Total	23,8	25,5	23,7	25,8	25,3	25,9	26,3	27,0	26,0	26,0
Enfermedades mentales	Hombre	2,4	2,5	2,6	2,2	2,2	2,1	2,0	2,1	2,1	2,2
	Mujer	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5
	Total	1,8	1,8	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6
Enfermedades cardiovasculares	Hombre	12,1	11,7	11,3	11,2	11,8	11,0	10,2	10,3	9,9	9,8
	Mujer	30,5	30,4	30,8	32,3	32,1	31,4	30,3	28,9	29,8	29,8
	Total	18,5	18,2	17,8	18,2	18,6	17,8	16,9	16,6	15,8	16,2
Enfermedades respiratorias	Hombre	4,1	3,5	3,3	2,9	3,0	2,8	2,5	2,4	2,2	2,4
	Mujer	5,4	4,0	4,6	3,9	4,1	4,0	3,5	3,4	3,3	3,7
	Total	4,6	3,6	3,7	3,2	3,4	3,2	2,8	2,7	2,6	2,8
Enfermedades digestivas	Hombre	26,6	26,6	24,0	26,0	25,9	25,0	23,9	23,5	22,8	22,7
	Mujer	21,1	20,8	20,2	20,9	21,8	20,7	21,3	19,9	21,3	20,7
	Total	24,7	24,6	22,7	24,3	24,5	23,6	23,0	22,3	22,5	22,1
Accidentes no intencionales	Hombre	23,0	21,7	26,4	22,3	21,9	23,0	24,6	25,8	27,4	26,7
	Mujer	18,9	19,0	19,7	15,4	15,2	16,4	17,4	16,9	19,3	18,8
	Total	21,6	20,7	24,2	20,0	19,7	20,8	22,2	22,8	25,0	24,2
Accidentes intencionales	Hombre	3,7	4,0	4,4	5,2	5,2	5,5	5,5	5,4	5,3	5,2
	Mujer	2,3	2,6	2,9	3,4	3,6	3,8	4,3	4,0	3,8	4,1
	Total	3,2	3,5	3,9	4,6	4,7	4,9	5,1	4,9	4,9	4,9
Enfermedades metabólicas	Hombre	1,0	1,0	1,0	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2
	Mujer	3,6	3,9	4,0	4,3	4,4	4,5	4,5	4,4	4,5	4,5
	Total	1,9	2,0	2,0	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2	2,2
Total de muertes	Hombre	12540	12113	13156	12500	12490	12789	12886	13281	13731	13593
	Mujer	6724	6428	6664	6253	6312	6339	6390	6733	6466	6440
	Total	19264	18541	19820	18753	18802	19125	19276	20014	20067	20033

las mujeres: $b = -0,06 \pm 0,21$. Sin embargo, si nos atenemos a la mortalidad ajustada (Tabla 3) esta tendencia descendente no se observa; es más, sufrió un discreto aumento para el total ($b = 0,12 \pm 0,44$), para los varones ($b = 0,11 \pm 0,37$) y para las mujeres ($0,14 \pm 0,49$).

La contribución de cada categoría diagnóstica a la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol varía en cuanto al sexo de manera apreciable (Tabla 2); así, mientras para los varones las tres principales categorías son: neoplasias, accidentes no intencionales y enfermedades digestivas, para las mujeres son sobre todo las enfermedades cardiovasculares las que contribuyen con un tanto por ciento mayor a la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol.

Destaca también en cuanto a las diferencias por sexo (Tabla 2), el hecho de que la razón hombre/mujer es superior a la unidad en casi todas las categorías y de manera destacada en las enfermedades mentales (8,9 de media). Sólo en las enfermedades cardiovasculares y metabólicas esta razón es menor a la unidad. Respecto a la totalidad de muertes, esta hombre/mujer es aproximadamente de 2:1 en todos los años estudiados.

Una mayor evidencia del incremento de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol durante el periodo estudiado, lo ofrece el cálculo de la mortalidad proporcional de aquellas enfermedades que presentan una fracción atribuible de 1,00 (es decir, las enfermedades cuya mortalidad puede ser atribui-

Tabla 3. Mortalidad proporcional ajustada por edad.
Población estándar: año 1990

Año	Total	Hombre	Mujer
1981	9,3	10,5	6,6
1982	8,8	10,1	6,3
1983	9,1	10,2	6,7
1984	9,5	10,7	6,8
1985	9,1	10,6	6,3
1986	9,7	10,9	7,0
1987	9,6	10,7	7,4
1988	10,0	11,1	7,5
1989	10,3	11,4	7,7
1990	9,9	11,0	7,5

da completamente al consumo de alcohol). El comportamiento de la mortalidad directamente atribuible al consumo de alcohol, sin realizar un ajuste por edad, sigue el patrón de la mortalidad ajustada para

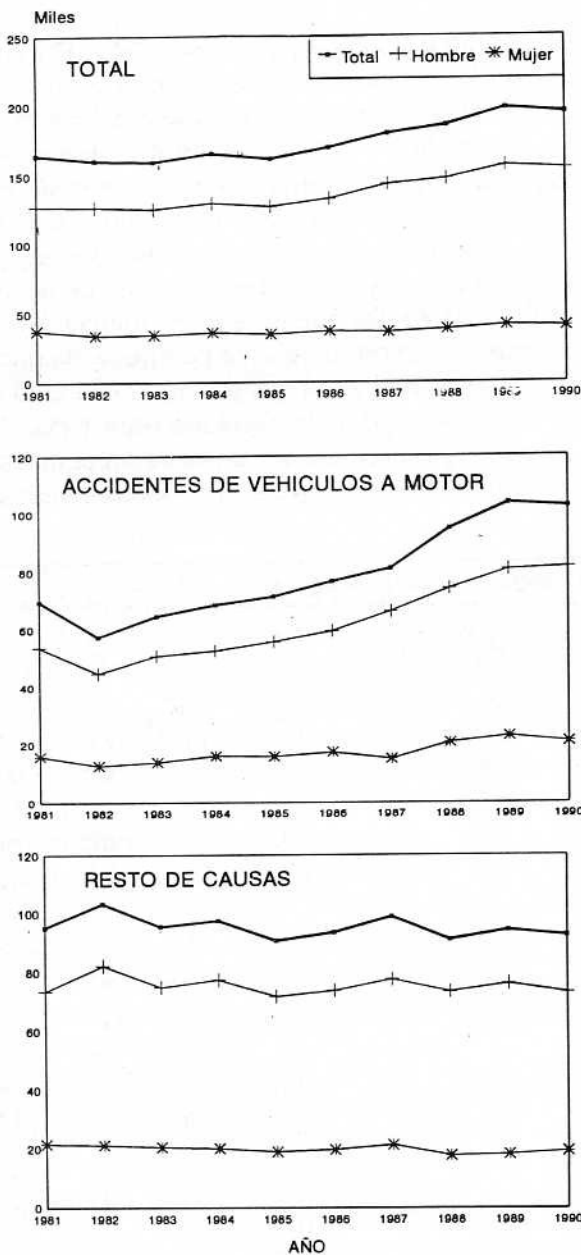
el global de la mortalidad, es decir, se mantiene a lo largo del tiempo. Ésta fue durante el periodo estudiado de 3,2 por mil en 1981, y en los siguientes años de 3,2, 3,2, 3,2, 3,5, 2,9, 3,1, 3,1, 3,3, y 3,5 por mil en 1990.

En cuanto a los años potenciales de vida perdidos (Tabla 4), resaltan varios hechos: i) los accidentes no intencionales a pesar de contribuir sólo con un 22,1% de media en los diez años a la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, contribuyen con un 49,1% de media a los años potenciales de vida perdidos; ii) dentro de los accidentes no intencionales son, con diferencia, los accidentes de vehículos a motor los que más años potenciales de vida perdidos «aportan» a esta categoría diagnóstica, representando el 44,6% de media del total de años potenciales de vida perdidos para todas las categorías; iii) las tendencias para el resto de causas son diferentes que para los accidentes de vehículos

Tabla 4. Años potenciales de vida perdidos por sexo y categoría diagnóstica en España, 1981-1990

Categoría diagnóstica		1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Neoplasias malignas	Hombre	13,6	14,4	14,4	14,0	14,2	14,4	14,0	13,7	13,1	13,3
	Mujer	10,8	12,2	9,3	9,5	8,2	10,5	9,0	7,1	8,1	8,7
	Total	12,9	14,0	13,3	13,0	12,9	13,5	12,9	12,3	12,1	12,4
Enfermedades mentales	Hombre	3,4	3,7	4,0	3,1	3,1	2,5	2,6	2,7	2,4	2,9
	Mujer	0,8	1,0	1,2	1,1	1,0	1,0	1,2	1,1	0,7	1,0
	Total	2,8	3,1	3,4	2,6	2,7	2,2	2,3	2,4	2,1	2,5
Enfermedades cardiovasculares	Hombre	2,9	2,6	2,1	2,6	3,0	2,3	2,0	1,8	1,7	1,7
	Mujer	6,5	6,5	6,0	6,0	5,6	5,1	5,1	3,8	3,7	5,1
	Total	3,7	3,4	2,9	3,3	3,5	2,9	2,6	2,2	2,2	2,4
Enfermedades respiratorias	Hombre	2,2	1,9	1,7	1,5	1,5	1,2	1,1	1,0	0,9	0,9
	Mujer	1,9	1,3	1,7	1,2	1,1	1,0	0,9	0,7	0,7	0,8
	Total	2,1	1,7	1,7	1,5	1,3	1,2	1,0	1,0	0,8	0,9
Enfermedades digestivas	Hombre	21,7	28,5	21,1	20,4	21,1	20,0	17,5	16,4	15,5	15,3
	Mujer	22,4	23,0	22,6	20,2	22,7	21,3	21,7	17,1	16,6	16,6
	Total	21,9	27,3	21,4	20,3	21,4	20,3	18,3	16,5	15,7	15,6
Accidentes no intencionales	Hombre	47,8	40,5	46,4	46,8	46,0	48,0	49,5	53,5	56,1	56,0
	Mujer	48,8	45,8	48,6	50,6	49,9	49,2	45,0	57,6	59,8	56,0
	Total	48,0	41,6	46,8	47,6	46,8	48,2	48,6	54,4	56,9	56,0
Accidentes intencionales	Hombre	8,1	8,2	10,1	11,3	10,8	11,3	13,0	10,6	10,0	9,6
	Mujer	7,6	8,9	9,7	10,3	10,6	10,9	16,4	11,8	9,6	11,2
	Total	8,0	8,3	10,0	11,1	10,8	11,2	13,7	10,9	10,0	9,9
Enfermedades metabólicas	Hombre	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
	Mujer	1,2	1,3	1,0	1,1	0,9	1,1	0,7	0,9	0,7	0,8
	Total	0,5	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Total	Hombre	127165	126792	125638	129887	127256	133023	143629	147510	156806	154714
	Mujer	37369	33790	34275	36018	34663	36873	36229	38281	40990	40154
	Total	164534	160582	159913	165905	161919	169896	179858	185791	197796	194868

Figura 1. Años potenciales de vida perdidos provocados por el consumo de alcohol



a motor (Figura 1); iv) sólo el 21,2% del total de años potenciales de vida perdidos de media en los diez años corresponde a las mujeres, y v) la distribución porcentual de cada categoría diagnóstica varía también en cuanto al sexo; es similar para los accidentes no intencionales, accidentes intencionales, enfermedades digestivas y enfermedades respiratorias, mientras que varía de forma importante para las neoplasias (14,3% para varones y 9,3% para mujeres), enfermedades mentales (3,1% varones, 0,9% mujeres), enfermedades cardiovasculares

(2,3% varones, 5,3% mujeres) y enfermedades metabólicas (0,3% varones y 1,0% mujeres).

Discusión

Son varios los aspectos que merecen destacarse del presente estudio. En primer lugar, la alta mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, con una media de casi un 6,3% a lo largo del periodo estudiado, y con un claro predominio, dos a uno, del sexo masculino sobre el femenino. En segundo lugar, un ligero aumento en este periodo de la mortalidad, según muestran las cifras obtenidas al observar la mortalidad ajustada y la mortalidad directamente atribuible al consumo de alcohol. Por último, también se observa un aumento de la mortalidad prematura, que se traduce en un aumento de los años potenciales de vida perdidos. Este aumento es debido sobre todo al incremento de los años potenciales de vida perdidos en la categoría de los accidentes no intencionales, y dentro de ellos de manera destacada a los accidentes de vehículos a motor.

En estudios similares al presente realizados en los Estados Unidos^{11,12}, y que empleaban las mismas fracciones atribuibles, la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en el año 1987 se situó en un 4,9% y en un 5,0% en 1988. Las diferencias fundamentales con respecto a España radican especialmente en la contribución al total de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol de los accidentes intencionales, mayor en los Estados Unidos (16,8%) que en España (4,5%); las diferencias por sexo se mantienen en la misma proporción. En cuanto a los años potenciales de vida perdidos, la distribución porcentual de cada categoría diagnóstica es similar, salvo para los accidentes intencionales, que en los Estados Unidos son la segunda causa mientras que en España la segunda causa son las enfermedades digestivas. La menor mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en los Estados Unidos con respecto a España es consistente con el hecho de un menor consumo *per cápita* (7,6 litros de alcohol absoluto vs 12,7)⁵. Las tasas ajustadas por edad mostraron un descenso en todas las categorías para ambos sexos durante el periodo de 1979 a 1988¹¹, a diferencia de lo que ocurre en el presente estudio en nuestro país.

Un estudio llevado a cabo en Francia¹³ con el fin de valorar el impacto del consumo de alcohol sobre la mortalidad general, empleando fracciones atribuibles propias, obtuvo una mortalidad relacionada con el consumo de alcohol de un 9%, más frecuente en

los hombres (16%) que en las mujeres (3%). Esta mayor mortalidad relacionada con el consumo de alcohol es consistente con un mayor consumo de alcohol en Francia que en España⁵.

La metodología del presente estudio está sujeta a ciertas limitaciones⁸. Por una parte, estaría la seguridad ofrecida por las estadísticas de mortalidad en España, lo que condiciona la fiabilidad de los datos, aunque no tanto el análisis de la tendencia. Sin embargo, la limitación más importante de este estudio, radica en el empleo de fracciones atribuibles de otro país (EEUU), donde los riesgos de exposición al alcohol, así como los riesgos relativos son presumiblemente diferentes. Las diferencias que pueden existir en el riesgo de exposición de acuerdo con los datos aportados por las Encuestas Nacionales de Salud de ambos países^{14,15}, no parecen tener importantes consecuencias en el empleo de fracciones atribuibles comunes¹⁶, no así la estimación de los riesgos relativos que pueden variar ampliamente entre los dos países. Debido a la ausencia de estudios en España sobre fracciones atribuibles, se han empleado las de EEUU, en un intento de aproximarse a la magnitud de la mortalidad provocada por el consumo de alcohol en nuestro país.

No existen dudas acerca de que el consumo de alcohol excesivo crea una merma en la salud del individuo. La mayor parte de estudios realizados desde los años 20, han demostrado que la relación entre el consumo de alcohol y la mortalidad sigue una curva en J. Es decir, que se ha observado una mortalidad más alta entre los abstemios que entre los bebedores «ligeros»¹⁷. Sin embargo, este hecho no se ha observado en todos los países ni en todos

los rangos de edad¹⁷. Este descenso en la mortalidad sería debido esencialmente a la menor mortalidad por enfermedades cardiovasculares^{17,18}. Es poco probable que el efecto beneficioso del consumo moderado de alcohol a nivel individual, pueda ser extrapolable a la sociedad en general¹⁷. En este sentido, a nivel poblacional, es reconocido que el posible efecto beneficioso del consumo de alcohol (reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares) es ampliamente contrarrestado por sus efectos negativos sobre otros órganos y sistemas. De hecho, sólo puede recomendarse el consumo de alcohol (por su efecto protector en relación a la mortalidad cardiovascular) en un contexto individual, nunca a nivel colectivo¹⁸. El mensaje de la Organización Mundial de la Salud en este sentido es claro: cuanto menos, mejor (*less is better*¹⁷). Dada la compleja relación existente entre el consumo de alcohol y la mortalidad, no se puede determinar con precisión el grado de reducción de la mortalidad, si se produjese una reducción del 25% en el consumo de alcohol tal como se ha propuesto^{19,20}. Lo que sí está plenamente establecido, de acuerdo al Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol²⁰, es que las políticas de salud deben estar orientadas tanto a una reducción del consumo de alcohol entre la población general (enfoque poblacional), como hacer especial hincapié en los bebedores excesivos con programas específicos de actuación (enfoque de grupos de alto riesgo). Esto está en consonancia con la tendencia observada en nuestro país, donde tanto el desarrollo de los distintos Planes de Salud en la Comunidades Autónomas, y a nivel Nacional²¹, la intervención en la promoción de los hábitos saludables es prioritaria.

Bibliografía

1. Álvarez FJ, del Río MC. Gender differences in patterns of alcohol consumption in Spain. *Alcoholism: Clin Exp Res* 1994; 18: 1342-7.
2. Gilli M, Giner J, Lacalle JR, Franco D, Perea E, Diéguez J. Patterns of alcohol in Seville, Spain. Results of a general population survey. *Br J Addict* 1989; 84: 277-85.
3. Martínez RM, Martín L, Calvé A. Drinking patterns and problems in Madrid. En: Towle LH, Harford TC, eds. *Cultural Influences and Drinking Patterns: a Focus on Hispanic and Japanese Populations*. Washington: Government Printing Office (Research Monograph N° 19, DHHS publication N° (ADM) 88-1563), 1988: 223-52.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta Española*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985.
5. Pyörala E. Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s. *Br J Addiction* 1991; 85: 103-5.
6. Álvarez FJ, Del Río MC. Screening for Problem Drinkers in a General Population Survey in Spain by Use of the CAGE Scale. *J Stud Alcohol* 1994; 55: 471-4.
7. Gil E, Vargas F, Robledo T, Espiga I. *Alcohol y salud pública*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública, 1994 (Serie de informes técnicos número 1).
8. Yáñez JL, del Río MC, Álvarez FJ. Alcohol Related Mortality in Spain. *Alcoholism: Clin Exp Res* 1993; 17: 253-5.
9. Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la Población*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1981-1990.
10. Shultz JM, Rice DP, Goodman RA, Stroh G, Chalmers N. Quantifying the Disease Impact of Alcohol with ARDI Software. *Public Health Rep* 1991; 106: 443-50.
11. Stinson FS, DeBaakey SF. Alcohol-related mortality in the United States, 1979-1988. *Br J Addict* 1993; 87: 777-83.
12. CDC. Alcohol-Related Mortality and Years of Potential Life Lost - United States, 1987. *MMWR* 1990; 39: 272-5.
13. Pignon JP, Hill C. Nombre de deces attribuables a l'alcool, en France, en 1985. *Gastroenterol Clin Biol* 1991; 15: 51-6.
14. Dawson DB, Archer L. Gender differences in alcohol consumption: effects of measurement. *Br J Addict* 1992; 87: 119-23.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología, 1989.

16. Coste J, Espira A. La proportion de cas attributable en Santé Publique; definition(s), estimation(s), e interpretation. *Rev Epidem Sante Publique* 1991; 39: 399-411.
17. Griffith E y cols. *Alcohol Policy and the Public Good*. New York: Oxford University Press, 1994.
18. Pearson TA, Terry P. What to advise patients about drinking alcohol. The clinician's conundrum. *JAMA* 1994; 272: 929-33.
19. WHO Regional Office for Europe. *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 1985 (European Health for All Series, N° 1).
20. WHO. *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Alcohol, Drugs and Tobacco Unit. Lifestyles and Health Department, 1993.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud: Documento propuesta*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
-

