

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ESPAÑA 2011/12

SERIE Informes monográficos

1 CONSUMO DE ALCOHOL



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación
Mercedes Vinuesa
Subdirectora General de Información Sanitaria e Innovación
Mercedes Alfaro

Responsables del texto
Mónica Suárez
Montse Neira
María de los Santos Ichaso

Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12
Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2013.

Este informe monográfico presenta los resultados sobre consumo de alcohol de la Encuesta Nacional de Salud ENSE 2011/12. Proporciona datos sobre la frecuencia con que se consume alcohol, la cantidad consumida de los distintos tipos de alcohol en una semana tipo, el consumo medio diario en gramos de alcohol puro, la edad de inicio del consumo regular de bebidas alcohólicas y la frecuencia de consumo intensivo, todo ello en la población residente en España de 15 y más años de edad. Recoge también la evolución de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en la serie ENSE 2003-2011 y analiza las dificultades que presenta la medición del consumo de alcohol.

Los resultados más destacados de la ENSE 2011/12 fueron los siguientes:

Consumo de alcohol

- En España, el 65,6% de la población de 15 y más años bebió alcohol alguna vez en el último año, 77,5% de los hombres y 54,3% de las mujeres. El diferencial por sexo se observa en todas las edades, pero es menor entre los más jóvenes.
- Las mujeres que beben lo hacen con menor frecuencia que los hombres. El 21,2% de los hombres bebe a diario, frente al 6,7% de las mujeres. La razón de prevalencias está por encima de 3 en todos los grupos de edad.
- El consumo habitual (al menos un día a la semana) de alcohol aumenta con la edad, alcanzando el máximo entre los 55-64 años en hombres (63,2%) y entre los 45-54 años en mujeres (33,2 %). Este tipo de consumo disminuye diez puntos porcentuales entre 2006 y 2011, pasando de un 48% a un 38%.

Consumo de riesgo

- El porcentaje de la población adulta con un consumo medio de alcohol elevado, que suponga un riesgo para su salud a largo plazo, tiende a disminuir. Cae del 4,7% en 2006 al 1,7% en 2011. El descenso es más acentuado en hombres, en quienes pasa del 6,8% al 2% en ese periodo. El riesgo se desplaza hacia las personas de mayor edad. Mientras que en 2006 y 2009 el mayor porcentaje de hombres con riesgo crónico se encontraba entre los 25 y los 64 años, en 2011 se observa en los de 65 y más.
- El porcentaje de hombres que bebe alcohol en cantidad de riesgo para su salud es superior al de mujeres en todos los grupos de edad excepto en los más jóvenes. En el grupo de 15-24 años, el 2,4% de las mujeres declara un consumo de bebidas alcohólicas por encima del umbral de riesgo, más que los hombres (1,1%).
- Aumenta el consumo intensivo de alcohol de riesgo en todos los grupos de edad, especialmente entre los jóvenes. Los hombres beben de manera intensiva el doble que las mujeres, con mayor frecuencia, en mayor cantidad y durante más años. La frecuencia de consumo intensivo en el último mes es el 7,1% en hombres y el 2,1% en mujeres. El 8,3% de los jóvenes de 15 a 24 años ha tenido algún episodio de consumo intensivo en el último mes, 11% de los chicos y 5,6% de las chicas. En términos absolutos la mayor diferencia se da en el grupo de 25 a 34 años, en el que baja bruscamente la frecuencia de este patrón de consumo entre las mujeres.

Diferencias de género, socioeconómicas y territoriales

- Las diferencias de género en la prevalencia de bebedores están relacionadas con los gradientes educativos y ocupacionales. La prevalencia de consumo es mayor en las clases altas, sobre todo en mujeres. El 71,7% de las mujeres universitarias había bebido alcohol en el último año, frente al 27,9% de las mujeres sin estudios, y la diferencia se da en todos los grupos de edad. No obstante, el consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud es más frecuente en hombres y en las clases más desfavorecidas, 2,8% en clase VI frente al 1,2% en la clase I.
- Se observan diferencias entre comunidades autónomas. En comunidades del norte y del este peninsular es mayor la prevalencia de personas que han bebido alcohol en el último año. La diferencia absoluta entre las comunidades autónomas con mayor –Cantabria y Aragón-, y con menor prevalencia -Castilla-La Mancha y Extremadura- fue de 25%. En cuanto al consumo de riesgo para la salud, el promedio diario de alcohol es mayor en la zona centro y norte. El consumo intensivo ocasional o episódico perfila un mapa diferente, observándose también un amplio rango entre las comunidades. Se declara con mayor frecuencia en Extremadura, Aragón y Castilla y León, donde más del 8% de la población bebió de manera intensiva al menos una vez en el último mes, frente al 1,6% de los residentes en Baleares.

Madrid, diciembre 2013

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	7
MÉTODO Y DEFINICIONES	9
Comparabilidad	9
La serie ENSE	12
Definiciones ENSE 2011/12	13
RESULTADOS	17
1. Consumo de alcohol en el último año	17
Frecuencia con que se bebe	19
2. Edad de inicio	20
3. Consumo medio diario	21
El consumo de fin de semana	22
4. Tipos de alcohol más consumidos	23
5. Consumo de riesgo	25
Riesgo crónico	25
Consumo intensivo	28
TENDENCIAS	31
DISCUSIÓN	35
LISTADO DE TABLAS	37
APÉNDICE – Estimación del consumo de alcohol de riesgo con distintos umbrales	39
REFERENCIAS	45

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas puede tener efectos adversos agudos y crónicos bien conocidos, con importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas además de las individuales^{1,2,3}. Su magnitud y gravedad han generado una preocupación que ha conducido a las distintas instituciones sanitarias a desarrollar estrategias para reducir el consumo⁴.

Ya en 1979 la Asamblea Mundial de la Salud pidió a los países que desarrollaran normativas y programas preventivos para reducir los efectos nocivos del alcohol, llamamiento que ha reiterado en numerosas ocasiones. En 2010 aprobó la Estrategia Global⁵ más reciente. También los Planes Europeos de Actuación sobre el alcohol, la Carta europea sobre Alcohol y la declaración de Estocolmo recogen los objetivos para reducir tanto el consumo de alcohol en los jóvenes como los daños derivados del consumo^{6,7}.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSSSI) desarrolló en junio de 2007, junto a un grupo de sociedades científicas, una conferencia de consenso sobre los problemas derivados del alcohol, que acordó un conjunto de recomendaciones para la acción⁸.

La aportación del alcohol a la mortalidad, a la morbilidad y a los problemas sociales es enorme. Se considera factor causal de más de 60 enfermedades^{9,10} y contribuyente en más de 200. Es causa de depresión y otros trastornos neuropsiquiátricos, cirrosis hepática, pancreatitis, enfermedad hipertensiva y diversos tipos de cáncer, de boca, garganta, hígado y mama, además de lesiones intencionales y no intencionales a consecuencia del alcohol. Su impacto va más allá de las consecuencias directas sobre la salud. Está relacionado con muchos problemas graves de índole social que recaen también en personas ajenas o allegadas al propio bebedor, en particular los accidentes de tráfico, la violencia y el maltrato, así como con el absentismo laboral.

Según datos recientes de la OMS¹, el consumo de alcohol causa 2,5 millones de muertes cada año en el mundo, casi el 4% del total. Las consecuencias son particularmente graves en hombres. El 6,6% de las muertes en hombres son atribuibles al alcohol, comparado con un 1,1% en mujeres. Aproximadamente el 4,5% de la carga mundial de enfermedad es atribuible al alcohol¹¹. Ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad, y el segundo en la región europea.

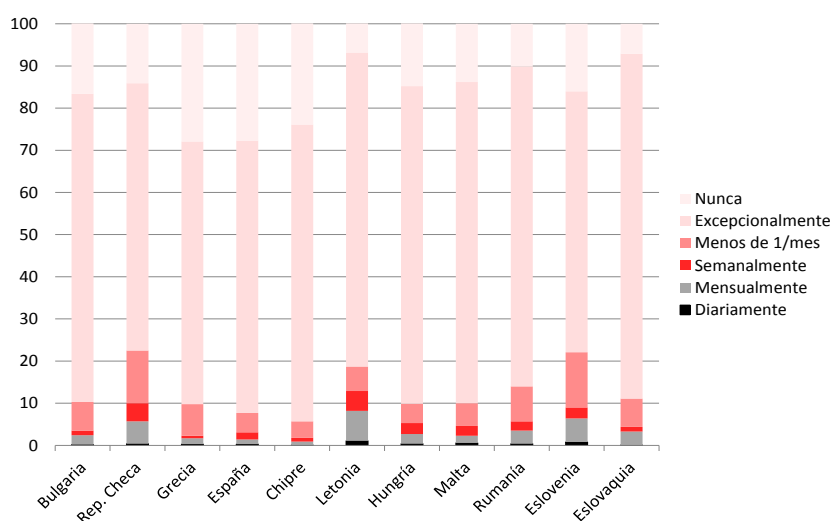
En la UE los daños relacionados con el alcohol constituyen un problema de salud pública. Son responsables de más del 7% de los problemas de salud y de las muertes prematuras. Las muertes relacionadas con el alcohol representan el 25% de las muertes de varones jóvenes entre 15 y 29 años.

Las consecuencias adversas dependen del volumen que se ingiera y del patrón de consumo. Existe una amplia variedad de formas de beber, desde la ingestión intensiva episódica hasta el consumo regular o diario elevado, que generan problemas importantes de salud pública y de seguridad en casi todos los países. Los mayores niveles de consumo del mundo se dan en las regiones más desarrolladas. Sin embargo, ingresos altos y consumo elevado no siempre se asocian a mayor riesgo. Los países de Europa occidental, entre ellos España, tienen tasas elevadas de consumo con tasas de mortalidad atribuible al alcohol relativamente bajas, aun cuando la carga de enfermedad sea elevada. Tanto la mortalidad atribuible al alcohol como la mortalidad prematura muestran una tendencia ligeramente descendente en España entre 1999-2004^{12,13}.

En 2011, el consumo *per capita* en adultos en los países de la OCDE fue de 9,4 litros de alcohol puro. España, con 11,4 litros, se sitúa por encima de la media, al igual que la mayoría de los países europeos, entre los que ocupa el décimo puesto¹⁴. Europa es, con diferencia, la parte del mundo donde se produce y se consume mayor cantidad de alcohol¹⁵. En España, los datos de producción y compraventa indican un claro descenso del consumo total de alcohol. Después de alcanzar niveles máximos durante la segunda mitad de la década de 1970, se produjo un descenso continuado^{16,17}, semejante al de otros países (Alemania, Francia e Italia) y tendente a estabilizarse en los últimos años.

Este informe analiza indicadores de consumo obtenidos mediante encuesta. Las fuentes disponibles de este tipo han registrado una estabilización o incluso un descenso del consumo en España, pero no tan marcado como los datos fiscales. La Encuesta sobre consumo de alcohol y drogas EDADES muestra ligeros descensos o prevalencias sin cambios significativos entre 1997-2011¹⁸, y en la serie ENSE se observa un descenso en el consumo de alcohol de riesgo para la salud¹⁹. A nivel europeo, a pesar de las dificultades que presenta la comparación entre países, parece que existe también tendencia a la estabilización y convergencia de los patrones de consumo de riesgo, asociada a una mayor homogeneidad en los tipos de bebida consumidos¹⁴.

Figura 1 – Frecuencia de consumo de alcohol de riesgo (consumo intensivo episódico) en 11 países europeos. Población adulta (15 y más años). EHIS, en torno a 2008, Eurostat.



Esta estabilización no se observa entre los jóvenes y adolescentes. Los patrones mundiales confirman la tendencia al aumento iniciada hace ya unos años¹. El consumo intensivo ocasional está considerado actualmente uno de los mejores indicadores de las consecuencias agudas del consumo de alcohol²⁰. Aunque los niveles de consumo siguen siendo clave para los daños a largo plazo ocasionados por el alcohol, cada vez adquieren mayor importancia los patrones de consumo para el riesgo agudo. En el mundo, la OMS estima que un 11,5% de los bebedores bebe alcohol de forma intensiva al menos una vez por semana, cuatro veces más los hombres que las mujeres. En Europa (figura 1), el consumo intensivo ocasional tradicionalmente estaba más extendido en los países del norte y del centro que en los del sur²¹, pero los patrones han variado en España, donde parece aumentar entre los jóvenes¹⁸.

A continuación se describen la metodología y los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2011/12 y las tendencias que muestra entre 2003 y 2011.

MÉTODO Y DEFINICIONES

Comparabilidad

En la medición del consumo de bebidas alcohólicas persisten las dificultades en la validez y la comparabilidad de los datos y, en particular, de los datos individuales de consumo. Las estimaciones del volumen de alcohol consumido procedentes de las distintas fuentes son muy dispares. Se acepta que las encuestas subestiman la cuantía, principalmente por infrarrepresentar a los bebedores de riesgo, por el sesgo de memoria y por cierta infradeclaración deliberada¹⁶. La OMS estima que las cuantías obtenidas mediante encuesta representan el 40-60% de las obtenidas de datos de compraventa¹, por lo que los niveles de consumo *per capita* se obtienen preferentemente de datos agregados nacionales. No obstante, las encuestas se aceptan como la mejor manera disponible de conocer los patrones de consumo.

En el ámbito internacional se ha alcanzado recientemente cierto grado de consenso en el uso del consumo intensivo episódico (*binge drinking*)ⁱ como indicador de los patrones de consumo, aunque dista de estar estandarizado. La OMS lo utiliza junto con la prevalencia de abstinencia de alcohol¹, siendo este último el único indicador del que se dispone de series en un gran número de países. La Comisión Europea²² también ha acordado que el consumo intensivo episódico es el indicador más apropiado para el seguimiento y la comparación de los patrones de consumo con fuente en encuestas.

Sin embargo, hacen falta otros indicadores derivados de encuestas, -como el consumo de riesgo crónico-, para el seguimiento de las tendencias nacionales y para la investigación, a pesar de la dificultad para ponerse de acuerdo sobre las definiciones de bebida estándar o sobre cómo preguntarlo. Los intentos de mejorar la comparabilidad internacional homologando las medidas a menudo tienen como efecto reducir la validez de las mediciones, al tener que prescindir del uso de unidades y equivalencias adecuadas a la cultura local²³.

No existe tampoco consenso sobre el umbral que define a la población de riesgo. La demanda de unos criterios que permitan distinguir lo que se puede considerar un consumo razonable de alcohol de lo que tiene consecuencias perjudiciales para la salud ha hecho necesario establecer umbrales o puntos de corte para el riesgo, pero la mayoría de los estudios de mortalidad y de morbilidad asociadas al alcohol muestran curvas que no permiten definir límites claros de bajo riesgo.

Tradicionalmente se han establecido niveles de riesgo específicos por sexo. No obstante, revisiones recientes en el marco teórico del análisis de riesgos sostienen que no hay fundamento para diferenciar por sexo cuando el volumen de consumo de alcohol está en niveles de riesgo bajo²⁴. Tampoco hay acuerdo en la especificidad por sexo para el consumo intensivo episódico. Bebiendo una cantidad equivalente de alcohol las mujeres alcanzan una mayor concentración en sangre que los hombres, pero el riesgo de problemas agudos relacionados con el alcohol no parece que sea mayor.

ⁱ Sin embargo sigue existiendo variabilidad en la denominación de este concepto. La Comisión Europea utiliza '*harmful*', que podría equivaler a 'perjudicial' y, en otros casos, '*risky single occasion drinking, RSOD*'; Eurostat utiliza '*hazardous*', que equivaldría a 'de riesgo'; OMS y OCDE usan '*heavy episodic drinking, HED*', por citar solo algunos casos.

Otro problema que presenta la medición del consumo es si la estimación mediante encuesta, además de subestimarla, está sesgada. Recientemente se han comparado los resultados de consumo de alcohol en población de 18 y más años (frecuencia y cantidad estimada) obtenidos mediante entrevista con los resultados obtenidos registrando diariamente el consumo durante 7 días²⁵. Los valores medios de consumo diario fueron más altos cuando se registraban en el dietario que los obtenidos por entrevista, al igual que en estudios anteriores²⁶. No se encontraron diferencias entre las estimaciones de frecuencia de consumo global y tampoco por sexo o por grupo de edad, aunque sí aparecen en los niveles más altos de consumo, 17% más altos en hombres y 32% en mujeres.

No habiendo datos que avalen puntos de corte para enfermedades y lesiones²⁴, ni consenso sobre los umbrales para las recomendaciones sobre consumo sin riesgo, no es extraño que los distintos países y estudios adopten distintos umbrales, y ello a pesar de importantes esfuerzos de armonización, como los proyectos GENACIS²⁷, SMART²⁸ o AMPHORA²⁹. Se pretende utilizar una cuantía límite por encima de la cual se eleva el riesgo de sufrir consecuencias perjudiciales de tipo físico o mental (en ocasiones también sociales), pero no hay acuerdo sobre cuál debe ser esta cuantía para el riesgo crónico, y también hay diferencias para el consumo intensivo episódico de riesgo. Las tablas 1 y 2 muestran los umbrales de uso más extendido para ambos tipos de riesgo.

En España hay recomendaciones sobre los límites de riesgo en grupos o situaciones específicas (conductores, embarazadas, menores de edad...), pero no en adultos en general. El criterio más extendido para categorizar el consumo de alcohol como 'de riesgo' (crónico) a efectos epidemiológicos quizá sea el de más de 40 g/día (hombre) y más de 20 g/día (mujer) en promedio^{8,10}, pero no es el único^{19,30,31}. Las distintas opciones se comparan más adelante (ver *Apéndice*). En cualquier caso, a efectos de esta publicación se refiere a modelos de consumo utilizados en salud pública, sin que el individuo consumidor tenga porqué presentar trastornos. El consumo de riesgo no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10.

Las diferencias y limitaciones apuntadas complican la medición del volumen y la descripción de las características del consumo de alcohol, haciendo necesario el uso de diversas fuentes. En España, la ENSE recoge datos sobre el consumo de alcohol de la población adulta en España desde 1987. La Encuesta sobre consumo de alcohol y drogas EDADES es una serie bienal desde 1995 en población de 15 a 64 años. En 2008 se inició la Encuesta Europea de Salud, serie quinquenal que permitirá la comparación internacional. Hay también importantes encuestas en población escolar (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias - ESTUDES, *Health Behaviour in School-Aged Children* - HBSC) y de ámbito autonómico, tanto de salud general como específicas de drogas. Y fuentes de datos agregados como la Encuesta de Presupuestos Familiares, el Panel Alimentario y los datos fiscales, además de los de la industria alcoholera.

Igualmente, son necesarios diversos indicadores para describir los patrones de consumo y hacer el seguimiento. Por ello en el presente informe de la ENSE 2011/12 se utilizan varios indicadores y en el *Apéndice* se comparan los resultados obtenidos con distintos umbrales convencionales para el riesgo crónico.

Tabla 1. Consumo de alcohol de riesgo para la salud*. Umbral de riesgo utilizado por distintas organizaciones y países.

	MSSSI – serie ENSE, English 1995 ³² ; OMS, 2000 ⁴¹ ; DGSP 2008 ⁸ ; ECHI 2012 ⁴³ ;	MSSSI-PNSD Comisión clínica de alcohol 2007 ³⁰ ; EDADES***; EMCDDA REITOX 2012; OMS 1996	MSSSI – ENSE Estudio factores riesgo crónicas 2001-2011 ¹⁹	OECD 2013****; Canadá, 2011 ⁴⁴	Estados Unidos CDC/ BRFSS 2012 1 UBE = 14g	Australia 2009 ²⁴	Reino Unido**** 2011 ²⁵ 1 UBE = 8g
Hombres	> 40g CMD (280g / semana)	≥ 50cc CMD (= ≥40g CMD = 280g/semana= 28 UBE/sem)	> 40g CMD	> 30g CMD = (>210g/ semana) = (> 3 UBE /d o 18/sem)	>2 UBE/día o 14 /semana = 28g/d = 196g/semana	> 2 UBE/d (>20g CMD = >140g/ semana)	3-4 UBE/d (=24-32g CMD)
Mujeres	> 20g CMD (140g / semana)	≥ 30cc CMD (= ≥24g CMD =168g/semana= 17 UBE/sem)	> 30g CMD	> 20g CMD = (>140g/ semana) = (>2 UBE /d o 12/sem)	>1 UBE /día o 7/ semana = 14g/d = 98 g/semana	>2 UBE /d (> 20g CMD = >140g/ semana)	2-3 UBE/d (=14-24g CMD)
Ratio H:M	2,00**	1,67	1,33	1,50	1,33	1	1,50

* A efectos de comparabilidad es conveniente expresar la cuantía en gramos de alcohol puro de consumo medio diario (CMD) o semanal. No obstante, a menudo las recomendaciones se emiten en unidades de bebida estándar (UBE), que tienen el inconveniente de tener distinta equivalencia en alcohol según el país. Por ejemplo en Japón la UBE alcanza casi 20g, en EEUU son 14g, en Canadá y en Italia 12g, mientras que en Reino Unido se estima en 8g. La equivalencia más extendida en Europa es 10g de alcohol puro. También es la que se utiliza más en España. En esta tabla aparece en primer lugar la unidad en la que se efectúa la recomendación y, entre paréntesis la equivalencia. Salvo que se indique otra cosa en la cabecera de la tabla, la equivalencia utilizada es 1 UBE=10g.

** Estonia, Polonia, Suiza, Eslovaquia, Alemania, Islandia, Finlandia, Hong-Kong y Eslovenia también usan umbrales con ratio H:M = 2.

*** En EDADES 2011 se utilizaron nuevas equivalencias para las bebidas alcohólicas (criterios IOM), lo que produce distintas estimaciones de riesgo aún con el mismo umbral.

**** En el caso del Reino Unido y de OCDE, la cantidad semanal no equivaldría a la diaria x7, ya que recomiendan algún día a la semana libre de alcohol.

Tabla 2. Consumo intensivo episódico en el último año. Umbral de riesgo en distintos estudios* (en gramos de alcohol puro y en unidades de bebida estándar UBE) **

	MSSSI ENSE 2011/12	MSSSI DGSP 2008 ⁸ y DGSP/ SEMFyC 2013 ³¹	MSSSI- PNSD EMCDDA REITOX 2012	MSSSI-PNSD Comisión clínica de alcohol 2007 ³⁰	UE/OMS/Eurostat 2011 ²² ; EHIS/EES ECHI 2012 ⁴³	OMS GISAH Heavy episodic drinkers OMS ; EU Action Plan 2012-2020 ⁶	Estados Unidos CDC/BRFSS 2012 1 UBE = 14g	Australia 2009 ²⁴
Hombres	6+ UBE (= >60g)	6+ UBE (= >60g)	5+ UBE (= >50g)	5+ UBE (= >50g)	>60g (= 6 UBE)	>60g (= 6 UBE)	5+ UBE (= >70g)	>4 UBE (= >40g)
Mujeres	5+ UBE (= >50g)	4+ UBE (= >40g)	4+ UBE (= >40g)	5+ UBE (= >50g)	>60g (= 6 UBE)	>60g (= 6 UBE)	4+ UBE (= >56g)	>4 UBE (= >40g)
Ratio H:M	1,2	1,5	1,25	1	1	1	1,25	1
Frecuencia	≥ Mensual	No definido	≥ Mensual	No definido	≥ Mensual	≥ Semanal	≥ Mensual	

* Distintos estudios utilizan distintos denominadores. El más extendido es la población encuestada de 15 y más años, pero algunos autores usan como base los bebedores semanales.

** En el caso del consumo intensivo episódico de riesgo las recomendaciones y los puntos de corte se expresan generalmente en UBE, que tienen el inconveniente de tener distinta equivalencia en alcohol según el país. Salvo que se indique otra cosa, en la tabla 1 UBE=10g.

La serie ENSE

La Encuesta Nacional de Salud ha preguntado sobre el consumo de bebidas alcohólicas desde su inicio en 1987. Se preguntaba por la frecuencia de consumo en los últimos 12 meses y por la cantidad consumida de distintos tipos de bebidas alcohólicas, lo que permitía estimar, combinando esta información, los gramos de alcohol ingeridos a partir de la equivalencia entre los gramos que contiene cada tipo de bebida y la cantidad de vasos o copas consumidas. En 1995 se introdujo además la edad de inicio y la distribución del consumo de los tipos de bebida según días laborables o festivos. En 2011 se incluyó el consumo intensivo episódico, que ya se exploraba en la Encuesta Europea de Salud en 2009, al igual que la cantidad y tipo de bebida consumida cada día de la semana. Las categorías de bebida, las frecuencias y la formulación se modificaron desde 2003, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados de la serie completa, que se puede consultar en el portal estadístico del MSSSI <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/ArbolNodos.aspx>.

En 2011 se preguntó por primera vez sobre el consumo de alcohol a los jóvenes de 15 años de edad, que quedaron incluidos en la población estudiada, a diferencia de las ediciones anteriores, que estudiaban a la población de 16 y más años.

En la ENSE 2011/12 el cuestionario cubría los siguientes aspectos:

- Personas que consumen bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, en el último año y en las últimas 2 semanas.
- Frecuencia de consumo en los últimos 12 meses (a los que han bebido alguna vez en ese período).
- Cantidad consumida de los distintos tipos de alcohol cada día de la semana en una semana tipo (a los que han bebido más de una vez al mes en los últimos 12 meses).
- Edad de inicio del consumo regular de bebidas alcohólicas (a los que han tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión).
- Frecuencia de consumo intensivo episódico en el último año (a los que han tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión).

La información sobre el consumo de bebidas alcohólicas se recoge en el cuestionario de adultos, administrado por el entrevistador, igual que el resto de las preguntas. Únicamente en la EES 2009 se ofreció la alternativa autoadministrada, junto con el tabaco, el consumo de cannabis y los ingresos, para permitir una mayor privacidad.

El método utilizado por la ENSE para convertir las 'copas' o 'vasos' de las distintas categorías de bebidas alcohólicas en gramos de alcohol se ha mantenido prácticamente inalterado. Para simplificar el registro del consumo se utiliza la unidad de bebida estándar (UBE), que permite un cálculo aproximado. Aunque la dispersión territorial de volúmenes y de graduación es considerable, se asume que una UBE (equivalente a 1 cerveza o 1 vaso de vino o media copa de destilados) contiene unos 10g de alcohol puro³³.

Definiciones ENSE 2011/12

Prevalencia de bebedoresⁱⁱ

Porcentaje de la población de 15 y más años que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

PREGUNTA «Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha tomado Vd. en estas últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?» Si la respuesta es 'No' se pregunta «¿Ha tomado Vd. en los últimos doce meses alguna bebida alcohólica?» Si la respuesta es 'No' se pregunta «¿Ha tomado Vd. en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?»».

También en función de la frecuencia de consumo de bebidas con alcohol se distinguen otros indicadores que se pueden obtener de la ENSE, como son los **bebedores ocasionales** (personas de 15 y más años que consumen bebidas alcohólicas con una frecuencia aproximada inferior a un día a la semana) o los **bebedores habituales** (personas de 15 y más años que consumen bebidas alcohólicas con una frecuencia de al menos un día a la semana) y los **bebedores diarios** (personas de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas diariamente).

PREGUNTA «Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas?» Todos los días, De 3 a 6 veces a la semana, De 1 a 2 veces a la semana, De 2 a 3 veces al mes, Una vez al mes o menos.

Edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas

Promedio en años de edad de comienzo del consumo regular de bebidas alcohólicas.

PREGUNTA «¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas?», recogándose la edad en años. No se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo/a.

Consumo medio diario de alcohol puro

PREGUNTA Las personas que han consumido bebidas alcohólicas más de una vez al mes pasan a cumplimentar una matriz de frecuencia / cantidad (número de copas) para distintas categorías de bebidas, en cada día de una semana tipo de los últimos 12 meses. En las cabeceras de fila están los días de la semana y en las cabeceras de columna están las categorías de bebida.

La variable derivada 'consumo medio diario' (CMD) de alcohol (en gramos de alcohol puro) se obtiene reconvirtiendo los valores de la tabla a gramos de alcohol puro y calculando el promedio diario.

La frecuencia de consumo y la cantidad consumida de los distintos tipos de bebidas alcohólicas permite estimar los gramos de alcohol ingeridos a partir de la equivalencia utilizada entre los gramos que

ⁱⁱ Es el complementario de la **prevalencia de abstinencia** en el conjunto de la población de 15 y más años, utilizado por OMS, que incluye:

- Abstemio o nunca bebedor – Persona de 15 y más años que nunca ha bebido alcohol.
- Ex bebedor - Persona de 15 y más años que no ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses pero sí que lo hizo anteriormente.

contiene cada tipo de bebida y la cantidad de vasos o copas consumidas. Las equivalencias utilizadas en gramos de alcohol puro son las siguientes:

Cerveza con alcohol	10g
Vino o cava	10g
Aperitivos con alcohol (vermut, fino, jerez)	20g
Licores, anís, pacharán	20g
Whisky, coñac, combinados...	20g
Bebidas locales (sidra, carajillo...)	10g

Se presenta la media y la desviación estándar para el consumo semanal, entresemana y de fin de semana.

Frecuencia/cantidad de consumo según el tipo de bebida alcohólica

Las categorías de bebida se agrupan en: Cervezas con alcohol / Vino, cava / Vermuts, fino, jerez / Licores, anís, pacharán / Whisky, coñac, combinados, ron ginebra, vodka, orujo, cubatas y otras bebidas destiladas solas o combinadas / Bebidas 'locales', sidra, carajillo. La cantidad se mide en número de copas que declara haber bebido.

Consumo de bebidas alcohólicas en cantidad de riesgo para la salud (riesgo crónico)

Es la proporción de individuos que declara un consumo medio diario de alcohol puro por encima de una determinada cantidad, específica por sexo. Se analiza con dos denominadores:

- **En bebedores habituales** – Porcentaje de individuos con un consumo medio diario de alcohol puro por encima de 40g en hombres o de 20g en mujeres. La base es la población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas con una frecuencia de al menos un día a la semana.
- **Poblacional** - Porcentaje de individuos que declara un consumo medio diario de alcohol puro por encima de 40g en hombres o de 20g en mujeres. La base es la población de 15 y más años.

En el caso del consumo de riesgo crónico poblacional, se comparan además en el *Apéndice* los resultados de la ENSE2011/12 con cuatro umbrales de riesgo diferentes.

Consumo intensivo episódico de alcohol (binge drinking)

Porcentaje de personas de 15 y más años que han consumido alcohol de forma intensiva (6 o más unidades de bebida estándar –UBE– para hombres y 5 o más UBE para mujeres) en los últimos 12 meses, y distribución según la frecuencia con que lo ha hecho (nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi).

PREGUNTA «Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 o más bebidas estándar (5 en el caso de las mujeres) en una misma ocasión?» Nunca, Menos de una vez al mes, Mensualmente, Semanalmente, A diario o casi a diario. Al mismo tiempo se le muestra al entrevistado una tarjeta gráfica con la equivalencia entre las bebidas alcohólicas más comunes y las denominadas bebidas estándar.

Esta pregunta permite estimar el consumo de alto riesgo para problemas agudos, establecido en un consumo > 60g de alcohol puro para hombres y > 50g para mujeres, equiparado convencionalmente a 6 y 5 UBE respectivamente, en una sola ocasión. En España, el contenido de alcohol puro en una unidad de bebida estándar (UBE) se ha definido en 10g (equivalente a 12,5 ml). El consumo se produce en una ocasión, es decir, en una secuencia de bebidas sin que la alcoholemia haya descendido a cero entre una y otra. En la encuesta se define como un intervalo aproximado de 4-6 horas. Esta cuantía de etanol produce alteraciones psicomotrices que suponen un aumento significativo del riesgo de un incidente problemático agudo.

Variables de clasificación

Las variables investigadas están clasificadas por:

- Sexo y grupo de edad
- Sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia del hogar
- Sexo, país de nacimiento y grupo de edad
- Sexo y comunidad autónoma
- Sexo, grupo de edad y nivel de estudios
- Sexo y relación con la actividad económica actual

Clase social ocupacional

Para la clase social se utiliza la clasificación propuesta en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)³⁴, adaptada para la ENSE. Es una agrupación de ocupaciones, actuales o anteriores, codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11).

Las 6 clases sociales de la ENSE 2011/12 se corresponden con las 6 utilizadas en la serie histórica ENSE, y son las siguientes:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

En los gráficos que ilustran las variables del estudio por clase social ocupacional no se muestran los datos de la categoría no consta (3,3% de la población).

Nivel de estudios

El nivel de estudios máximo alcanzado se recoge en el cuestionario en 8 categorías, que en las tablas se han agrupado en tres o en cinco.

<i>Categorías agrupadas en 3</i>	<i>Categorías agrupadas en 5</i>	<i>Categorías originales</i>
Primarios o sin estudios	No sabe leer o escribir o estudios primarios incompletos	No sabe leer o escribir Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta)
	Estudios primarios completos	Fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria (Educación Primaria completa)
Secundarios	Estudios secundarios de 1ª etapa	Educación Secundaria de 1ª etapa (ESO, EGB, Bachillerato elemental...)
	Estudios secundarios de 2ª etapa o enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	Estudios de Bachillerato
		Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes
Universitarios	Universitarios	Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
		Estudios universitarios o equivalentes

El nivel de estudios y la clase social ocupacional basada en la persona de referencia del hogar son las variables utilizadas en este informe como aproximación a la posición socioeconómica del individuoⁱⁱⁱ. El nivel de estudios presenta limitaciones específicas. Un mismo nivel tiene distinto significado según la cohorte de nacimiento y también según el sexo. Adicionalmente, los más jóvenes no han finalizado sus estudios. Para realizar las comparaciones pertinentes es necesario ajustar por edad, puesto que en los grupos de menor nivel de estudios la proporción de individuos de edad avanzada es mayor, con consecuencias obvias para la salud.

Al inicio de cada uno de los siguientes apartados de este informe figura el enlace correspondiente a las tablas estadísticas completas de la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12, disponibles en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>. Se pueden consultar y descargar tanto en valores absolutos como relativos. No se publican estimaciones basadas en menos de 20 observaciones muestrales.

ⁱⁱⁱ Con el fin de mejorar la estimación de las variables de ingresos del hogar, la información recogida en la ENSE está contrastándose con fuentes administrativas. A la fecha de realización de este informe aún no está disponible el resultado, por lo que no se ha realizado el análisis desagregado por ingresos, que se incorporará a los ficheros de microdatos en 2014.

RESULTADOS

1. Consumo de alcohol en el último año

[Tablas 3.073 a 3.078]

El 65,6% de la población de 15 y más años residente en España refirió haber tomado bebidas alcohólicas en el año anterior. Del 34,4% que no había bebido (prevalencia de abstinencia), el 22,2% no lo había hecho nunca, mientras que el 12,2% había tomado alcohol anteriormente pero ya no lo hacía.

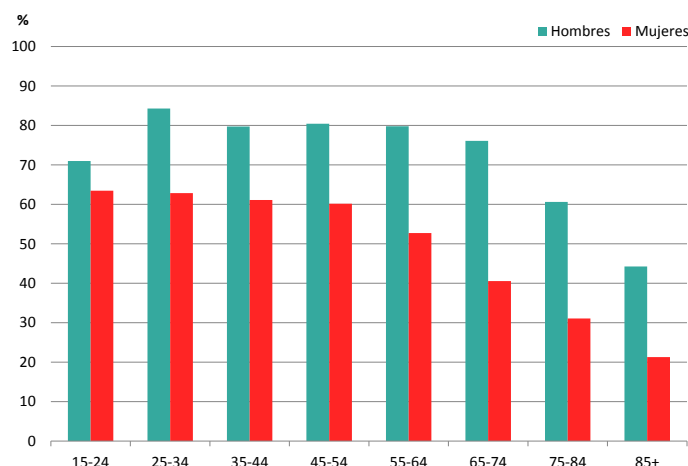


Figura 2 – Porcentaje de la población adulta (15 y más años) que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población es mayor en hombres (77,5%) que en mujeres (54,3%). El diferencial por sexo se observa en todos los grupos de edad (figura 2 y tabla 3), pero es menor entre los más jóvenes. En el grupo de 15-24 años la diferencia es de 7 puntos porcentuales, mientras que entre 25 y 54 años está en torno a los 20 puntos, y sigue aumentando con la edad.

Tabla 3 - Porcentaje de la población adulta (15 y más años) que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

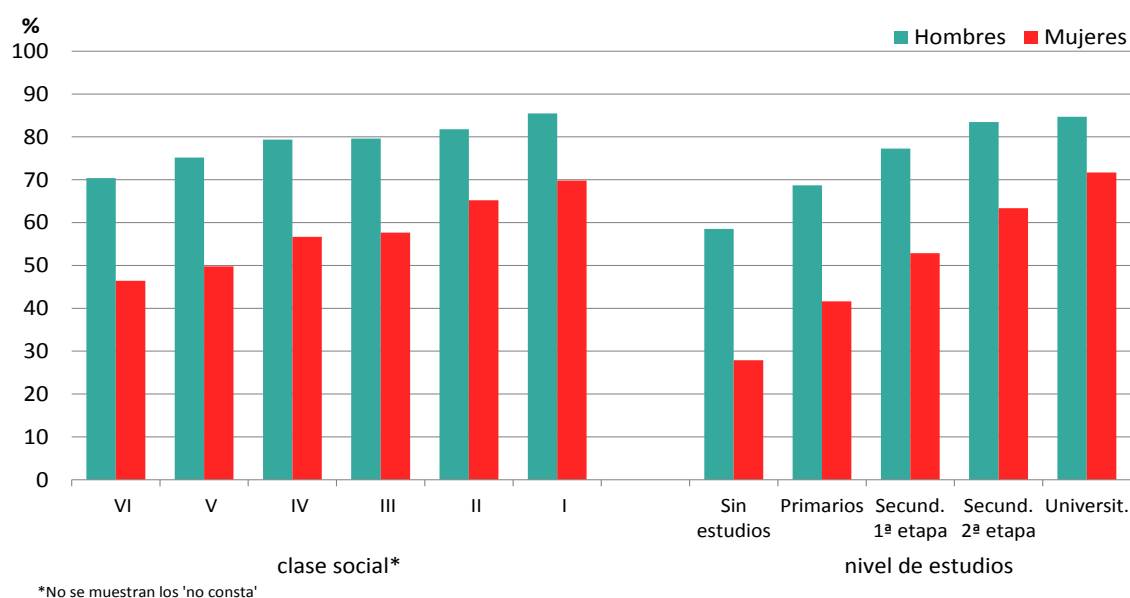
	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Ambos sexos	65,6	67,3	73,7	70,6	70,2	65,9	57,1	43,13	29,3
Hombres	77,5	71,0	84,3	79,7	80,4	79,8	76,1	60,6	44,3
Mujeres	54,3	63,5	62,9	61,1	60,2	52,7	40,6	31,1	21,3

Por grupo de edad la prevalencia de consumo de alcohol (en los últimos 12 meses) alcanza pronto niveles elevados. En el grupo de 15 a 24 años ya bebe el 67,3%. Entre 25 y 54 años se estabiliza en torno

a 8 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres, e inicia una bajada escalonada a partir de los 55 años. A los 75-84 bebe el 43,1%. En hombres desciende más tarde, sobre todo a partir de los 75 años. En mujeres en cambio el descenso se inicia antes, a partir de los 55, y partiendo ya de niveles muy inferiores. La prevalencia de mujeres que beben decrece a grandes pasos a partir de esa edad.

Las diferencias de género en la prevalencia de bebedores están relacionadas con los gradientes educativos y ocupacionales. Hay un gradiente social manifiesto (figura 3): la prevalencia de consumo es mayor en las clases sociales ocupacionales altas. El 78,1% de la población de clase I consumió bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, proporción que cae escalonadamente hasta la clase VI, en la que solo el 56,9% consumió alcohol en el último año. Este gradiente se da tanto en hombres (bebe el 85,5% de la clase I vs 70,4% de la clase VI) como en mujeres, pero más marcado en estas últimas (bebe el 69,8% de la clase I, vs el 46,4% de la clase VI). La razón de prevalencias entre la clase social más alta y la más baja fue de 1,2 en hombres, mientras que en mujeres alcanzó el 1,5.

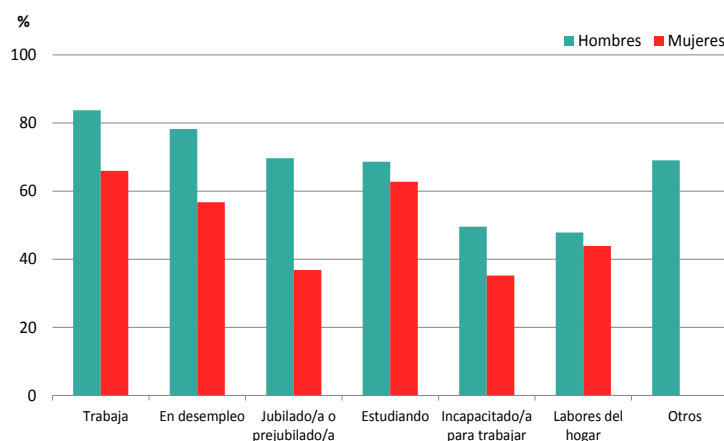
Figura 3 – Porcentaje de la población adulta (15 y más años) que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses según sexo y clase social y según sexo y nivel de estudios. ENSE 2011/12 MSSSI/INE



Por nivel de estudios los resultados muestran este mismo gradiente, pero más acentuado que por ocupación. Es mucho más frecuente haber bebido en el último año en los niveles de formación más altos, el 77,8% entre los universitarios frente al 40,6% de los que no habían completado los estudios primarios. Se da en hombres y en mujeres, pero es también más marcado en estas. El 71,7% de las mujeres universitarias había bebido alcohol en el último año, frente al 27,9% de las mujeres sin estudios, alcanzando la razón de prevalencias un 2,6. Las prevalencias más bajas se encuentran en la población de menor nivel de estudios en todos los grupos de edad en ambos sexos (figura 3).

Las personas nacidas fuera de España beben algo menos (61,3%) que las población autóctona (66,3%). La diferencia se da a expensas de los hombres (78,9% vs 68,7%), mientras que en mujeres no se aprecia (54,2% vs 54,6%).

Figura 4 – Porcentaje de la población adulta (15 y más años) que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses según sexo y relación con la actividad económica actual. ENSE 2011/12



Según la relación con la actividad económica actual, (figura 4) la población que está trabajando es la que declara mayor prevalencia de consumo en el último año (75,7%), seguidos de los desempleados (68,8%). Por sexo destaca que en mujeres, el segundo lugar lo ocupan las estudiantes (62,7%), grupo en el que las diferencia entre hombres y mujeres es menor. Los estudiantes sólo ocupan el cuarto lugar en hombres (68,7%), por detrás de los jubilados (69,7%).

Hay notables diferencias entre comunidades autónomas en la distribución territorial del consumo de alcohol. El porcentaje de la población de 15 y más años que consumió bebidas alcohólicas en el último año está por debajo del 50% en Ceuta y Melilla, y alcanzó valores máximos en Cantabria y Aragón, en torno al 80% (figura 5), frente a una media nacional del 65,6%.

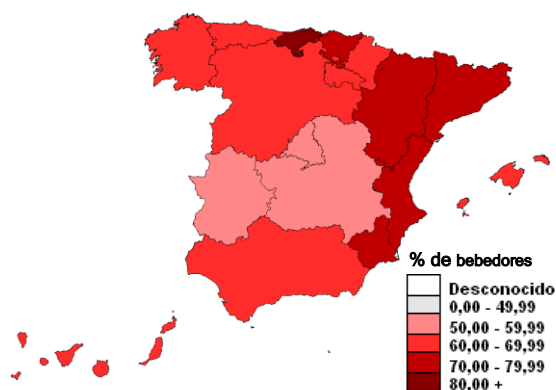


Figura 5 - Consumo de bebidas alcohólicas en el último año por comunidad autónoma. Población adulta (15 y más años). España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

Frecuencia con que se bebe

[Tabla 3.079]

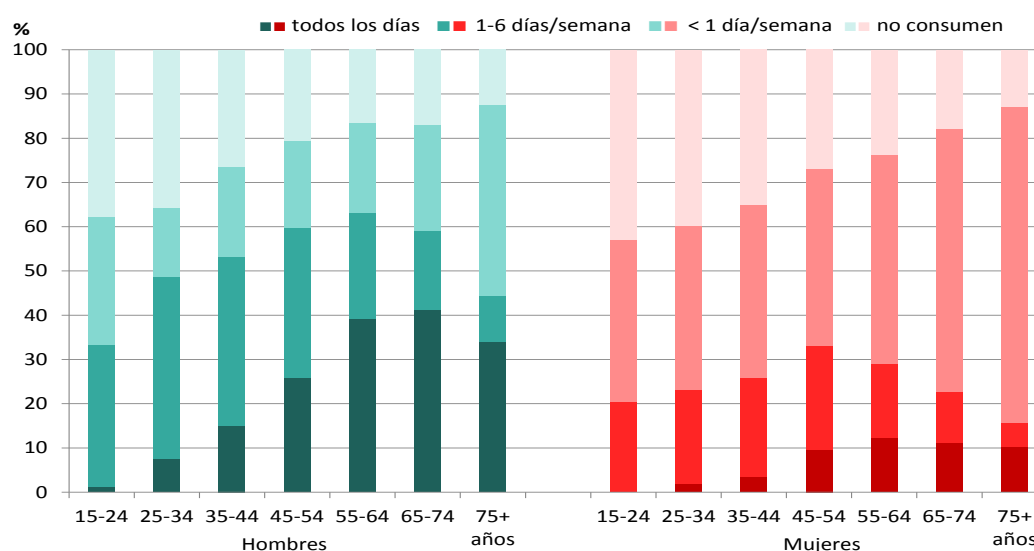
En España, el 13,8% de la población de 15 y más años bebe alcohol diariamente, y el 38,3% bebe habitualmente (al menos una vez a la semana). El 18,9% lo hace solo ocasionalmente, una vez al mes o menos, y el 34,4% no ha bebido en los últimos 12 meses (tabla 4).

Tabla 4 - Frecuencia de consumo de alcohol último año. Población 15 y más años. España, ENSE2011/12, MSSSI/INE

	Todos los días	De 3 a 6 veces a la semana	De 1 a 2 veces a la semana	De 2 a 3 veces al mes	Una vez al mes o menos	Nunca
Ambos sexos	13,8	5,2	19,4	8,4	18,9	34,4
Hombres	21,2	7,3	23,9	9,0	16,1	22,6
Mujeres	6,7	3,2	15,1	7,8	21,5	45,7

Las mujeres que beben lo hacen con menor frecuencia que los hombres. El 21,2% de los hombres bebe a diario, frente al 6,7% de las mujeres. La razón de prevalencias está por encima de 3 y se da en todos los grupos de edad (tabla 4 y figura 6). El consumo habitual (al menos una vez a la semana) es el doble en hombres (52,4%) que en mujeres (25,0%).

Figura 6 - Porcentaje de la población adulta (15 y más años) que consume bebidas alcohólicas según la frecuencia con que lo hace, sexo y grupo de edad. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



2. Edad de inicio

[Tablas 3.084 a 3.087]

La edad media de inicio en el consumo regular de bebidas alcohólicas es de 17,8 años (DS=4,2) entre los que han bebido alguna vez, 17,1 años en hombres (DS=3,2) y más tardía en mujeres, 18,8 años (DS=5,1).

Los más jóvenes declaran haber comenzado a beber más precozmente que los mayores, y desaparece la diferencia por sexo. En el grupo de 15 a 24 años la media es de 16 años en chicos (DS=1,7) y 16,1 en chicas (DS=5,1).

El inicio es algo más precoz en las personas nacidas en España (17,8 años de media, DS=4,2) que en quienes han nacido fuera (18,5 años de media, DS=4,3). Esta diferencia es menor en hombres que en mujeres, y menor entre los más jóvenes.

3. Consumo medio diario

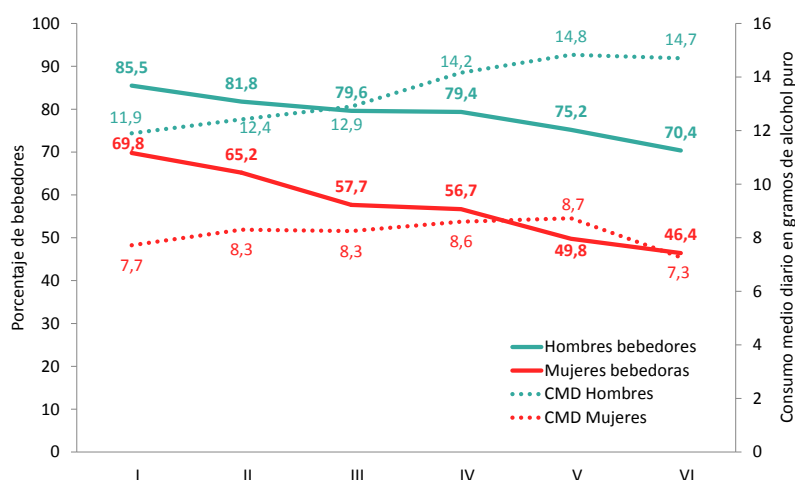
[Tablas 3.081 a 3.083]

El consumo medio diario (CMD) en la población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas más de una vez al mes es de 11,8g de alcohol puro (DS=11,3)^{iv}. Se mantiene relativamente estable en los distintos tramos de edad, oscilando entre 10 y 14g, con un suave aumento hasta el grupo de 65 a 74 años, a partir del cual empieza a reducirse.

Los hombres tienen un CMD muy superior al de las mujeres. En hombres es de 13,8g (DS=12,7). Por edad oscila entre 12 y 17g, y alcanza los niveles más altos en el grupo de 55 a 74 años, que tiene un CMD por encima de 16g. En mujeres en cambio el CMD es 8,2g (DS=6,9), con un rango entre 7,2 y 9,3g. El diferencial por sexo se incrementa con la edad, disminuyendo más rápidamente en mujeres la cantidad de alcohol consumida.

Junto con el indicador de prevalencia de bebedores, el consumo medio diario en población de 15 y más años dibuja un patrón característico por clase social (figura 7). El consumo de alcohol está más extendido entre las clases altas que en las bajas (78,1% en clase I vs 56,9% en clase VI), siendo este gradiente algo más marcado en mujeres. Pero son los bebedores de clases bajas quienes beben en cantidad mayor (por encima de 12g/día en las clases IV, V y VI, vs 10,3g/día en la clase I), a expensas de los hombres.

Figura 7 – Población adulta (15 y más años) bebedora y consumo medio diario de alcohol por sexo y clase social. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



^{iv} Las elevadas DS del consumo medio diario se deben a la existencia de algunos valores superiores extremos, sobre todo en hombres. Los percentiles 25, 50 y 75 son 4,3, 10 y 14,3 respectivamente para el total; en hombres son 5,7, 10 y 18,6, mientras que en mujeres son 2,9, 5,7 y 10 respectivamente.

Si se analiza por CCAA el consumo medio diario en gramos de alcohol puro entre la población adulta (15 y más años) que consume bebidas alcohólicas (figura 8), destacan los valores elevados de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Asturias y País Vasco. En mínimos están Cantabria, Murcia y Cataluña, frente a los 11,8g de media (DS = 11,3) en España.

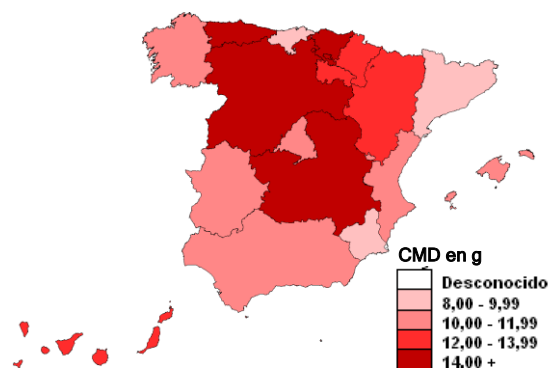


Figura 8 - Consumo medio diario (autodeclarado) por persona en gramos de alcohol puro según la comunidad autónoma. Población adulta (15 y más años) que consume bebidas alcohólicas. España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

El consumo de fin de semana

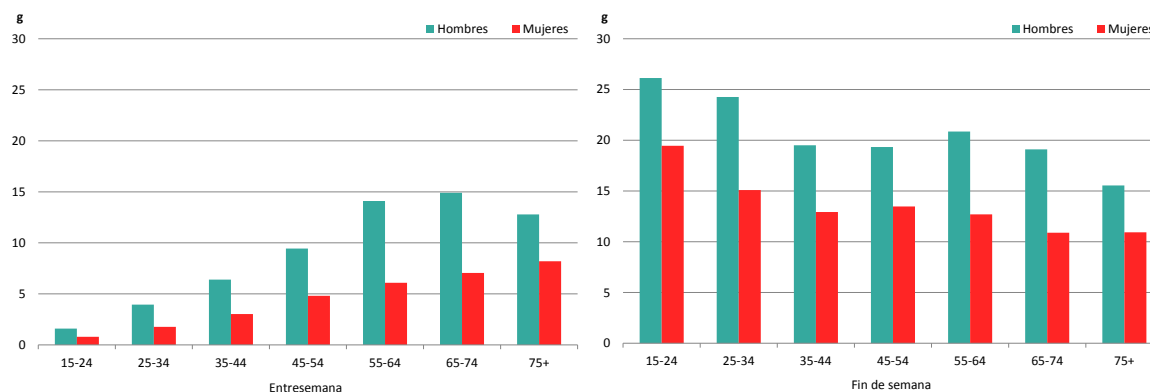
[Tabla 3.080]

Tanto la proporción de la población que consume alcohol como la cantidad de alcohol puro que consume son más elevadas durante los fines de semana que durante los días laborables, especialmente en mujeres.

El CMD de etanol alcanza durante los fines de semana los 18,4g (DS= 15,8), frente a los 6,9g de media de los días laborables (DS = 11,2). La diferencia relativa es más marcada en mujeres (13,9g en fin de semana vs 4,0g entresemana) que en hombres (20,9g los fines de semana vs 8,5g los laborables).

Existen diferencias importantes por edad en el patrón de consumo a lo largo de la semana (figuras 9 y 10). A todas las edades se bebe más los fines de semana, pero los jóvenes concentran la bebida casi exclusivamente en esos días. El máximo lo declara el grupo de 15-24 años, que alcanza los 23,4g alcohol puro de CMD en los fines de semana, 26,1g en hombres y 19,5g en mujeres, frente a 1,3g entresemana, 1,6g en hombres y 0,8g en mujeres. En los grupos de población de mayor edad, sobre todo a partir de los 55 años, el consumo está distribuido de manera más homogénea a lo largo de toda la semana.

Figuras 9 y 10 – Consumo medio diario (CMD) de alcohol (gramos de alcohol puro) entresemana y durante el fin de semana y según sexo y edad. Población adulta (15 y más años) que consume bebidas alcohólicas habitualmente. ENSE 2011/12. MSSSI/INE



El patrón por clase social, -a menor nivel social, mayor cantidad-, se mantiene tanto entresemana (5,4g en clase I vs 7,2g en clase VI) como en fin de semana (16,9g en clase I vs 18,5g en clase VI). Por sexo, este gradiente se da únicamente en hombres, sin que aparezcan patrones definidos en mujeres.

El whisky, los combinados, el brandy y demás aguardientes se beben sobre todo en fin de semana (92,4%), al igual que los aperitivos con alcohol (84,9%) y los licores dulces (80,5%). El hábito de consumo para destilados y licores es muy diferente según sea día laborable o fin de semana. En cambio el vino se bebe de forma más homogénea a lo largo de toda la semana (43,4% en fin de semana, y 53% indistintamente en fin de semana o entresemana), de manera semejante a la cerveza (58,2% en fin de semana y 38,6% indistintamente).

4. Tipos de alcohol más consumidos

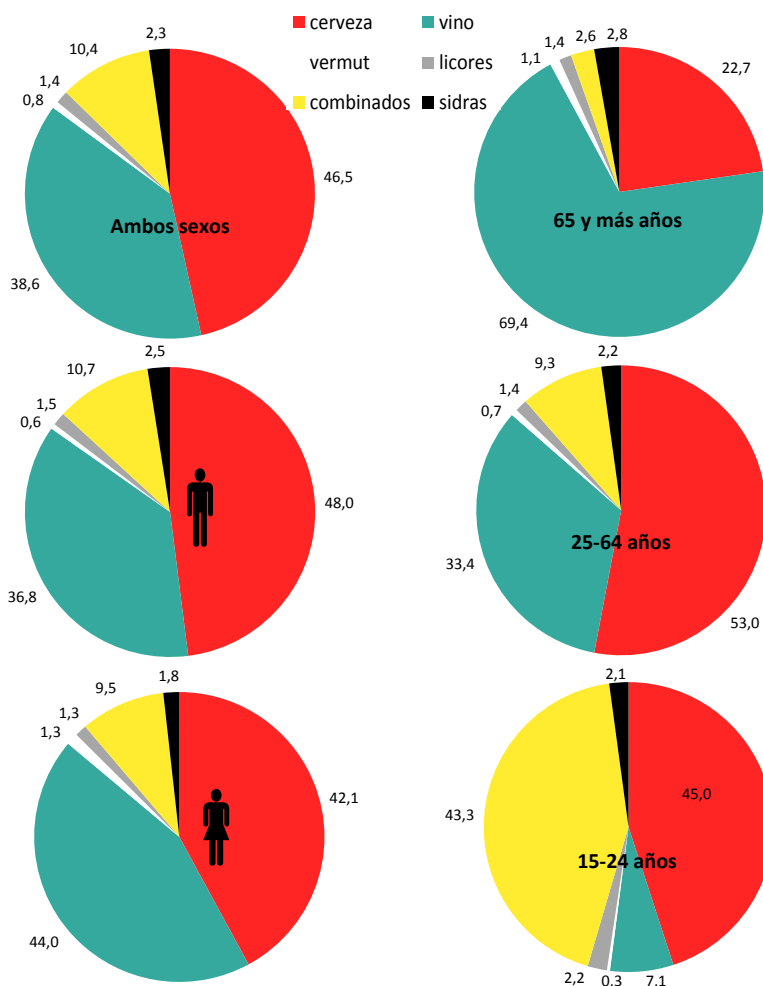
[Tabla 3.080]

La cerveza es la bebida más consumida (en número de copas) por la población de 15 y más años (46,5% de todas las copas declaradas), seguida del vino (38,6%), los whiskies y combinados (10,4%), las bebidas locales (2,3%), los licores (1,4%) y los aperitivos (0,8%) (figura 9). El orden es semejante para ambos sexos, aunque en mujeres el vino se consume algo más que la cerveza y también es algo mayor la proporción de aperitivos que en los hombres.

Mientras que en el consumo global las diferencias según sexo son poco llamativas, los patrones de consumo son completamente diferentes al analizar según la edad (figura 11). El número de copas que beben los jóvenes de 15 a 24 años se reparte en cantidad similar entre cervezas (45%) y combinados (43,3%), y solamente un 7% de las copas son de vino, que ocupa a gran distancia el tercer lugar. En el

grupo de 25 a 64 años la bebida más consumida con diferencia es la cerveza (53%), seguida del vino (33,4%) y del whisky/combinados (9,3%). En cambio, en el grupo de 65 y más años destaca el consumo de vino (69,4%), seguido a gran distancia de la cerveza (22,7%), y el resto de las bebidas alcohólicas está por debajo del 3%.

Figura 11 – Distribución del consumo (en copas) por tipo de bebida y grupo de edad. Población adulta (15 y más años) que consume bebidas alcohólicas habitualmente. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



5. Consumo de riesgo

Riesgo crónico

[Tablas 3.170 a 3.174]

Se analiza a continuación el consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud, situando el umbral de riesgo como venía haciéndose en la serie ENSE (40g de promedio diario para hombres y 20g para mujeres). Debido a que estos límites están en discusión, en el *Apéndice* se comparan los resultados obtenidos en la ENSE2011/12 utilizando otros puntos de corte de uso extendido.

Tal como muestra la tabla 5, únicamente una minoría de la población de 15 y más años declara beber por encima de los umbrales de riesgo (1,7%). Si la estimación se hace entre las personas que beben habitualmente (bebedores al menos un día por semana), el porcentaje es de un 4,3%. En la población general es mayor la proporción de hombres bebedores de riesgo (2%) que de mujeres (1,3%), mientras que en la población de bebedores habituales es más elevada la proporción de mujeres bebedoras de riesgo (5,2%) que la de hombres (3,9%), pero siendo menos las mujeres que beben de forma habitual.

Tabla 5 – Consumo de alcohol de riesgo para la salud por sexo. Porcentaje de bebedores de riesgo entre los bebedores habituales y en población adulta (15 y más años). ENSE 2011/12, MSSSI/INE

Base	Bebedores habituales	Población adulta (15+)	Valor absoluto poblacional
	% bebedores de riesgo	% bebedores de riesgo	
Total	4,3	1,7	645145
Hombres	3,9	2,0	380705
Mujeres	5,2	1,3	264440

En términos poblacionales, 645 145 personas mayores de 15 años consumen alcohol en cantidad de riesgo para la salud. De ellas el 59% son hombres.

El consumo de riesgo es mayor en hombres que en mujeres en todas las edades excepto en las más jóvenes. La figura 12 muestra la prevalencia de bebedores de riesgo en la población de 15 y más años según sexo y edad. El porcentaje de hombres es superior al de mujeres en todos los grupos de edad salvo entre 15 y 24 años, pero sobre todo en los de mayor edad. En los hombres asciende suavemente desde los más jóvenes (1,1%) hasta el grupo de 45 a 54 años, y despunta en el grupo de 55 a 74 años, que alcanza los mayores niveles (4,3%), para descender a partir de esa edad. Las mujeres son menos y más jóvenes. Destaca el grupo de 15-24 años: el 2,4% declara un consumo de bebidas alcohólicas por encima del umbral de riesgo, más del doble que los hombres (1,1%). A partir de esa edad en mujeres se mantiene siempre por debajo del 2%.

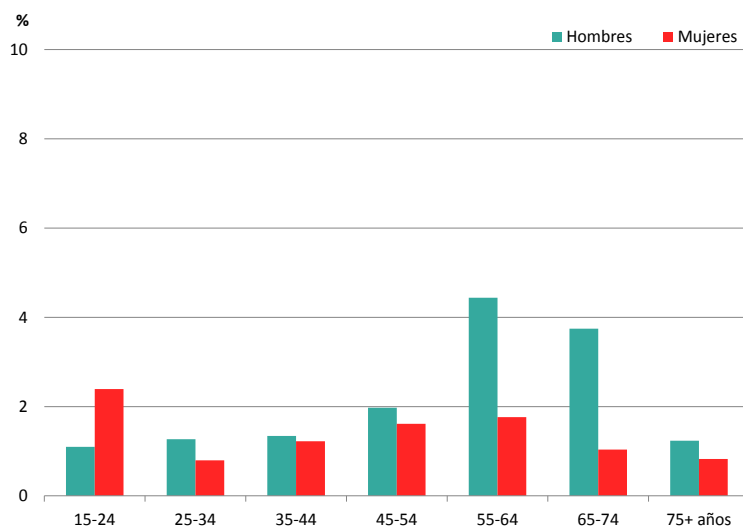


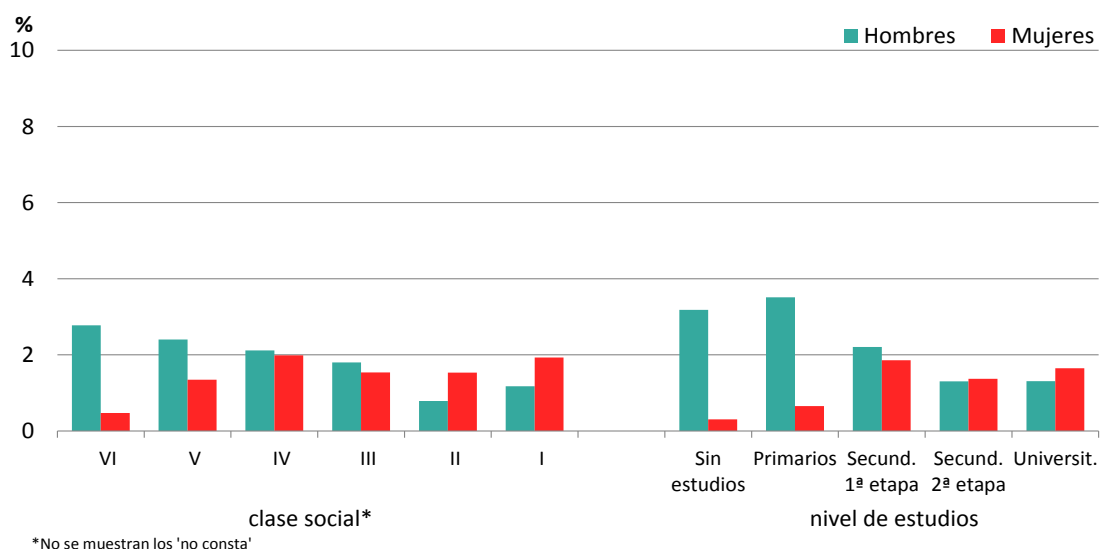
Figura 12 – Porcentaje de bebedores de riesgo según sexo y grupo de edad. Población adulta (15 y más años). ENSE 2011/12, MSSSI/INE.

En el consumo de alcohol parece haber una polarización de los que beben en cantidad de riesgo para la salud

en ambos extremos del espectro social, los hombres en los niveles más bajos –tanto de clase social como de nivel educativo-, y las mujeres de estrato socioeconómico más alto (figura 13). En hombres se observa un gradiente imperfecto por clase social ocupacional, con un máximo de bebedores de riesgo en la clase VI (2,8%) y un descenso progresivo hacia las clases sociales altas (1,2% en clase I y 0,8% en clase II). En mujeres el consumo de riesgo se da con menor frecuencia que en ningún otro grupo en la clase social más baja (0,5%).

Algo más claramente se aprecian los gradientes sociales opuestos entre hombres y mujeres al clasificarlos por nivel de estudios (figura 13). En hombres, la proporción de bebedores de riesgo para la salud muestra un gradiente inverso con el nivel de estudios. El porcentaje de hombres consumidores de alcohol en cantidad de riesgo para la salud fue 3,2% en aquellos con estudios primarios o inferiores, y 1,3% en universitarios. En mujeres el consumo de riesgo es menor en los niveles más bajos, con estudios primarios o primarios incompletos, por debajo del 1%, sin que el gradiente sea perfecto en ninguno de los sexos.

Figura 13- Porcentaje de bebedores de riesgo según sexo y clase social y según sexo y nivel de estudios. Población adulta (15 y más años). ENSE 2011/12 MSSSI/INE.

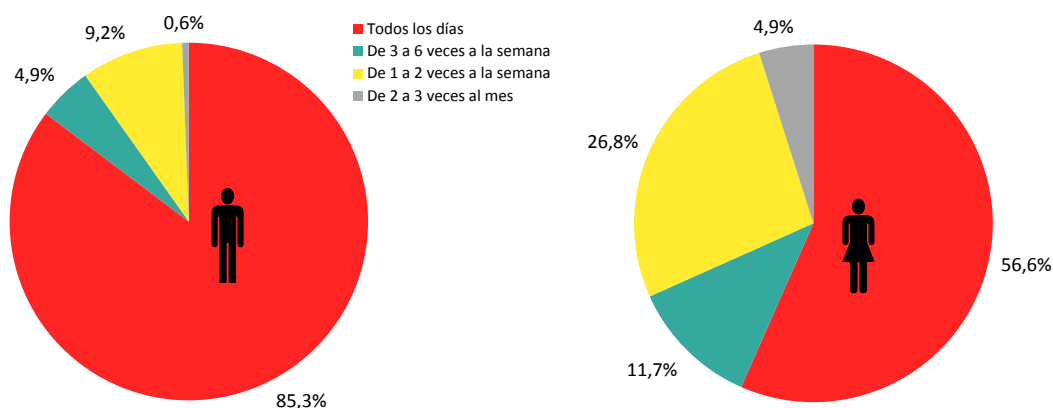


Según la relación con la actividad económica, el consumo de riesgo es mayor entre las personas jubiladas o prejubiladas (2,2%) y entre los desempleados (2,1%) que en otras situaciones. En hombres es mayor el peso de los jubilados (3,3%), mientras que en mujeres el consumo de alcohol de riesgo es más frecuente en desempleadas (1,9%) y estudiantes (1,9%). No obstante, para realizar las comparaciones pertinentes es necesario ajustar por edad.

Frecuencia de consumo de alcohol en los bebedores de riesgo

Si se analiza la frecuencia con que consumen alcohol los bebedores de riesgo se observan notables diferencias según el sexo. En las mujeres el consumo de riesgo se concentra en los fines de semana y en los hombres en el consumo tradicional diario. El 85,3% de los hombres cuyo consumo medio diario de alcohol supone un riesgo para su salud bebe a diario, mientras que este porcentaje sólo llega al 56,6% en mujeres. En cambio, de las mujeres bebedoras de riesgo, el 26,8% concentra la bebida en los fines de semana, frente al 9,2% de los hombres (figura 14).

Figura 14 – Frecuencia de consumo de los bebedores de riesgo por sexo. Población de 15 y más años. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



Consumo intensivo

[Tablas 3.088 a 3.092]

Frecuencia de consumo intensivo de alcohol

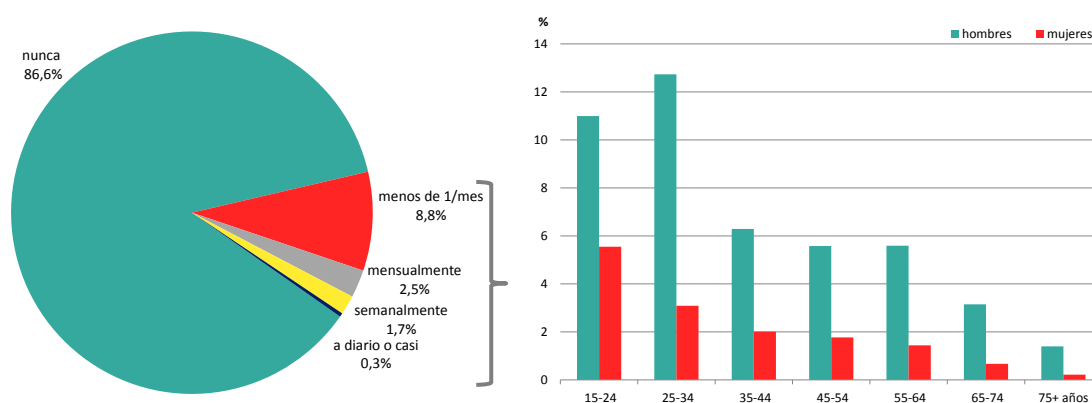
El 13,4% de la población de 15 y más años se expuso a los riesgos del consumo intensivo en el último año, 19,8% de los hombres y 7,3% de las mujeres (tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en el último año (%). Población de 15 y más años. ENSE 2011/12, MSSSI/INE

	Total	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
Ambos sexos	100,0	86,6	8,8	2,5	1,7	0,3
Hombres	100,0	80,3	12,6	3,9	2,7	0,5
Mujeres	100,0	92,7	5,2	1,1	0,8	0,2

En la figura 15 se muestra la frecuencia con que la población de 15 y más años consume alcohol de forma intensiva, así como la distribución por sexo y grupo de edad de los que han consumido de manera intensiva al menos una vez en el último mes. El 4,5% de la población de 15 y más años consumió alcohol de manera intensiva al menos una vez al mes. Este tipo de consumo es más frecuente en los más jóvenes, alcanzando el 8% entre los 15 y los 34 años, para luego descender a la mitad entre los 35 y los 64 años. Solo a partir de los 65 años está por debajo del 2%.

Figura 15 – Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en la población adulta (15 y más años) y consumo intensivo al menos una vez al mes por sexo y edad. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



Existen importantes diferencias por sexo en la prevalencia de consumo intensivo de riesgo, aunque hay una aproximación en los grupos más jóvenes. La frecuencia de consumo intensivo en el último mes es mayor en hombres (7,1%) que en mujeres (2,1%), y lo es en todos los grupos de edad. Uno de cada diez hombres de 15-34 años declaró haber bebido alcohol de forma intensiva al menos mensualmente y casi uno de cada 20 lo hizo todas las semanas. La razón de prevalencias entre hombres y mujeres es 3,4.

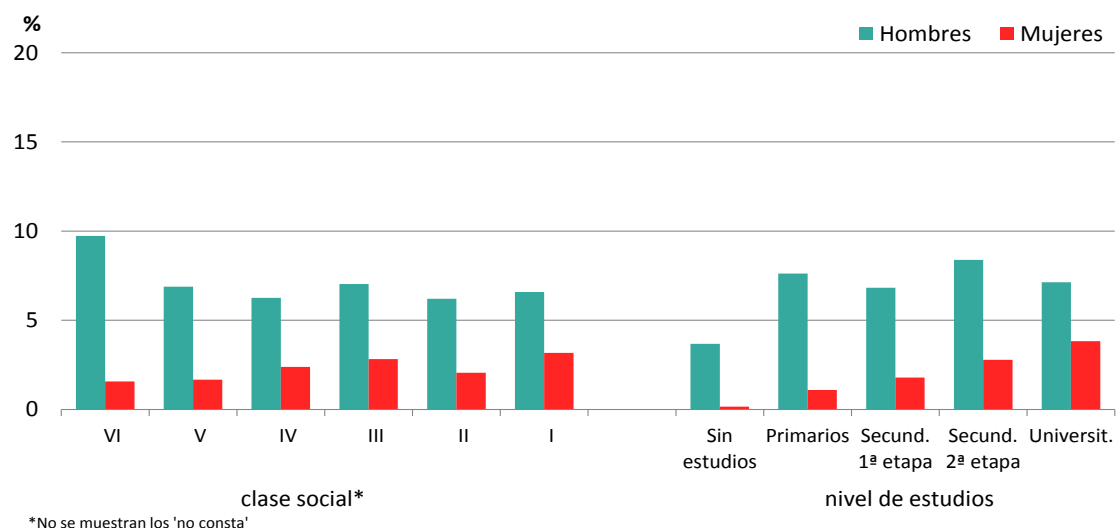
En los más jóvenes, de 15 a 24 años, a pesar de ser el grupo de edad con menor diferencial por sexo, los hombres beben de forma intensiva al menos una vez al mes con doble frecuencia que las mujeres (11% vs 5,6%). La mayor diferencia se da en el grupo de 25 a 34 años, en el que casi alcanza los 10 puntos porcentuales. En las mujeres, el grupo de edad que consume alcohol de manera intensiva con mayor frecuencia es el de 15 a 24 años, bajando bruscamente la frecuencia de este patrón de consumo a partir de esa edad (tabla 7). Tres de cada cuatro jóvenes de 15 a 24 años nunca ha consumido alcohol de manera intensiva (71,1% de los hombres y 82,2% de las mujeres).

Tabla 7. Consumo intensivo de alcohol en el último mes (%) según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. ENSE2011/12, MSSSI/INE

	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Ambos sexos	4,5	8,3	8,0	4,2	3,7	3,5	1,8	0,7
Hombres	7,1	11,0	12,7	6,3	5,6	5,6	3,2	1,4
Mujeres	2,1	5,6	3,1	2,0	1,8	1,4	0,7	0,2

Como para el consumo de riesgo crónico parece apreciarse una ligera polarización del consumo intensivo por clase social, más frecuente en las clases altas en mujeres y en las bajas en hombres (figura 16). Se observa que el 3,2% de las mujeres de clase I consume alcohol de manera intensiva, frente al 1,6% de la clase VI. En el caso de los hombres son los de clase VI los de mayor frecuencia de consumo intensivo (6,6% en la clase I vs 9,7% en la clase VI). Estos gradientes se sostienen, algo difuminados, al aumentar la frecuencia con que se consume alcohol de manera intensiva, tanto en hombres como en mujeres.

Figura 16 – Porcentaje de la población adulta (15 y más años) que consume alcohol de manera intensiva al menos una vez al mes por sexo y clase social y por sexo y nivel educativo. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



Por nivel de estudios (figura 16) el consumo intensivo es menor en la población con nivel de instrucción más bajo, -que es también la de edad más avanzada-. El gradiente en mujeres sube escalonadamente desde el 0,2% en las que no tienen estudios o sólo la primaria incompleta hasta el 3,8% en universitarias. En hombres el perfil es más irregular.

Por país de nacimiento, no hay diferencias destacables en el consumo intensivo de alcohol, algo superior en hombres nacidos en España (7,2%) que en quienes han nacido fuera (6,5%), y semejante en mujeres.

Destacan Extremadura, Aragón y Castilla y León por la elevada frecuencia con que se declaró consumo intensivo episódico de alcohol, principalmente a expensas de los hombres. En las tres comunidades autónomas más de un 8% de la población adulta (15 y más años) consumió alcohol de manera intensiva al menos una vez en el último mes, frente al 4,5% del total nacional (figura 17). En el extremo más favorable están Baleares y la Comunidad Valenciana. La diferencia absoluta entre la comunidad autónoma con mayor –Extremadura- y con menor prevalencia de consumo intensivo –Baleares– fue de más del 8%.

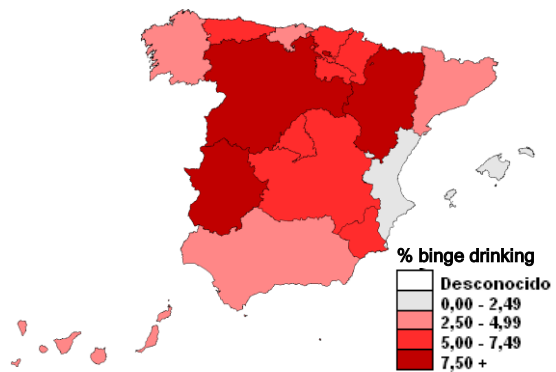


Figura 17 - Consumo intensivo episódico de bebidas alcohólicas (*binge drinking*) en el último mes por comunidad autónoma. Población adulta (15 y más años). España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

TENDENCIAS

En la tabla 8 se recoge la evolución de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en distintos periodos de referencia y de la edad media de inicio al consumo regular.

La edad media de inicio era en España de 18,9 años en 2006 y de 17,8 en 2011. Este ligero adelanto se ha producido principalmente a expensas de las mujeres, que pasan de 20,2 a 18,8. Son sobre todo las mujeres de 65 y más años quienes adelantaron el inicio del consumo en el periodo de estudio, pasando desde los 24,5 años a los 17,6.

La población adulta (15 y más años) que ha consumido alcohol alguna vez en la vida se ha incrementado entre 2003 – 2011, pasando del 61,2% al 77,8%. El incremento se produce en ambos sexos pero es mayor en mujeres, que pasan de 48% al 69% en este mismo periodo.

La evolución de la prevalencia de bebedores en los últimos 12 meses muestra tendencia a la estabilización, después de un incremento al inicio del período estudiado (figura 18). En población total pasa del 56,1% al 65,6%. El incremento se observa entre 2003 y 2006, produciéndose a partir de entonces una estabilización e incluso un tenue descenso. La evolución es la misma para ambos sexos.

Disminuye notablemente la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana, también denominada consumo habitual. En 2006 el 48,6% de la población adulta era bebedora habitual, y esta proporción se ha reducido al 38,3% en 2011. La disminución se ha producido en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

Para la prevalencia de consumo diario de alcohol no se dispone de datos de todos los años analizados. Entre 2009 y 2011 no parecen haberse producido cambios destacables. Se mantienen las grandes diferencias por sexo, 20% en hombres vs 6,2% en mujeres en 2009 y 21,2% vs 6,7% en 2011.

Figura 18 – Prevalencia de bebedores (último año) en población adulta (15 y más años). España 2003-2011/12. ENSE y EES, MSSSI/INE.

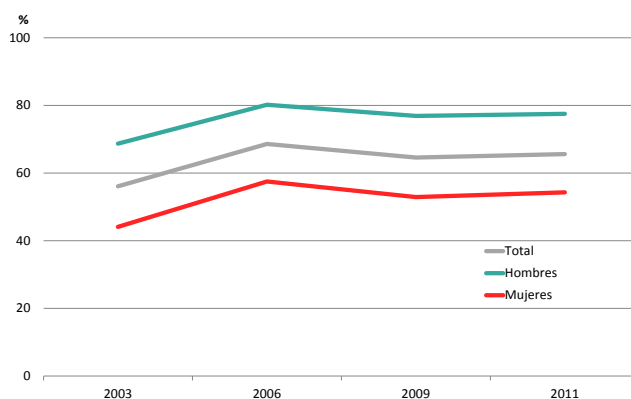


Tabla 8 – Tendencias en el consumo de alcohol en población adulta, según grupo de edad y sexo. España 2003-2011. ENSE y EES, MSSSI/INE

AÑO ENCUESTA	(1)	ENSE 2003				ENSE 2006				EES 2009				ENSE 2011			
Grupo de edad		T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+
Número de encuestados (2)		23713	3335	1572	4665	29478	2168	19475	7835	22188	1637	14525	6026	21007	1656	13455	5896
Edad media al inicio de consumo de alcohol (años)	T H M	--	--	--	--	18,9 18,0 20,2	16,6 16,5 16,8	18,9 18,0 20,1	21,2 19,1 24,5	--	--	--	--	17,8 17,1 18,8	16,1 16,0 16,1	17,8 17,2 17,1	19,2 17,6 17,6
Porcentajes (3)																	
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida	T H M	61,2 75,1 48,0	53,0 59,2 46,5	65,7 78,0 53,3	51,9 77,1 33,3	74,4 84,2 65,0	75,4 79,1 71,6	77,9 85,8 69,8	61,5 81,5 46,6	--	--	--	--	77,8 87,0 69,0	72,8 75,3 70,3	81,4 88,9 74,0	68,4 87,8 53,9
Prevalencia de consumo de alcohol últimos 12 meses	T H M	56,1 68,7 44,1	51,9 58,2 45,2	61,3 72,9 49,8	41,5 61,2 26,9	68,6 80,2 57,5	72,6 77,3 67,8	72,5 82,4 62,4	52,4 73,1 36,9	64,6 76,9 52,9	70,4 75,1 65,7	68,6 79,7 57,5	45,5 65,5 30,0	65,6 77,5 54,3	67,3 71,0 63,5	70,4 81,1 59,6	48,4 67,4 74,5
Prevalencia de consumo semanal de alcohol - consumo habitual (4)	T H M	--	--	--	--	48,4 64,8 32,6	43,8 53,6 33,5	51,5 67,3 35,5	40,2 63,1 23,3	42,0 56,2 28,4	41,2 48,6 33,5	44,7 58,5 30,7	32,4 51,4 17,8	38,3 52,4 25,0	27,1 33,4 20,6	41,7 55,6 27,7	33,5 52,7 19,0
Prevalencia de consumo diario de alcohol	T H M	--	--	--	--	--	--	--	--	13,0 20,0 6,2	1,3 1,6 0,9	12,7 19,6 5,7	21,8 35,6 11,1	13,8 21,2 6,7	0,7 1,3 0,2	13,4 20,3 6,4	22,3 37,9 10,6
Bebedores de riesgo (crónico) (5)	T H M	--	--	--	--	4,7 6,8 2,7	3,0 3,4 2,5	5,4 7,6 3,1	3,4 6,1 1,5	3,2 4,0 2,5	4,5 2,4 6,6	3,5 4,7 2,3	1,5 2,4 0,8	1,7 2,0 1,3	1,7 1,1 2,4	1,7 2,1 1,3	1,6 2,6 0,9
Prevalencia de consumo intensivo ocasional (6) últimos 12 meses	T H M	--	--	--	--	--	--	--	--	10,0 15,4 4,7	19,3 25,1 13,3	10,6 16,6 4,6	1,5 3,0 0,4	13,4 19,8 7,3	23,5 29,0 17,8	14,8 21,8 7,7	3,0 5,6 1,0
Prevalencia de consumo intensivo ocasional mensual	T H M	--	--	--	--	--	--	--	--	3,8 5,9 1,8	8,5 10,9 6,0	3,8 6,1 1,6	0,6 1,2 0,2	4,6 7,1 2,1	8,3 11,0 5,6	4,9 7,7 2,0	1,3 2,4 0,4
Prevalencia de consumo intensivo ocasional semanal	T H M	--	--	--	--	--	--	--	--	2,1 3,2 1,0	4,7 5,5 3,8	2,1 3,4 0,8	0,4 0,9 0,1	2,1 3,2 1,0	3,9 4,8 3,0	2,1 3,3 1,0	0,8 1,1 0,2
Bebedores de riesgo (agudo o crónico) (7)	T H M	--	--	--	--	--	--	--	--	5,5 8,0 2,5	10,4 12,2 8,6	5,6 8,4 3,2	1,8 3,0 0,9	5,5 8,2 3,0	8,8 11,2 6,3	5,8 8,6 3,0	2,6 4,4 1,3

(1) SEXO T = ambos sexos; H = hombres; M = mujeres.

(2) Tamaño muestral.

(3) Los porcentajes están ponderados.

(4) En 2009 se consideran bebedores habituales también a los que refieren consumir 2-4 veces al mes.

(5) Bebedores de riesgo, definido como la población de 16 y más años (de 15 y más en la ENSE 2011/12) con un consumo medio diario de 40 g o más de alcohol puro en hombres y de 20 g

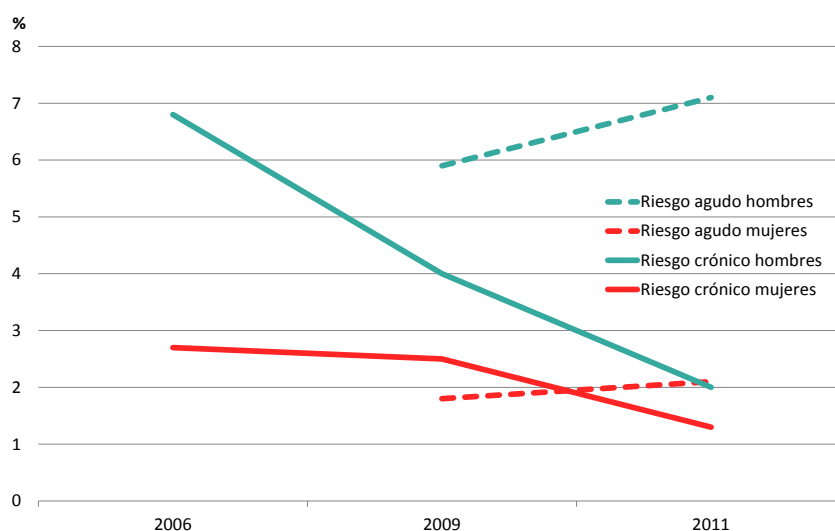
(6) Episodio de consumo intensivo, consumo intensivo episódico u ocasional al menos una vez al mes. Definido para la ENSE como el consumo de 60 o más gramos de alcohol puro (6 UBE), en varones, y de 50 o más gramos (5 UBE), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4 – 6 h) y para la EES de 60 o más gramos de alcohol puro (6 UBE), igual para ambos sexos.

(7) Bebedores de riesgo global, ya sea agudo (consumo intensivo ocasional mensual) o crónico.

La proporción de bebedores de riesgo en la población ha disminuido en España en el periodo 2006 – 2011/12 (figura 19). Mientras que en 2006 el 4,7% de la población adulta consumía alcohol en cantidad de riesgo para la salud, en 2009 la proporción era de 3,2% y en 2011 de 1,7%. Este decremento se produce principalmente a expensas de los hombres, que pasan de 6,8% a 2%, pero también se da en mujeres, disminuyendo de 2,7% a 1,3%. En hombres, el importante descenso en el porcentaje de bebedores de riesgo en términos absolutos se produce en los menores de 65 años, desplazándose la prevalencia a edades más avanzadas. Mientras que en 2006 y 2009 el mayor porcentaje de hombres bebedores de riesgo se encontraba entre los 25 y los 64 años, en 2011 está entre los de 65 y más años.

Como otros países mediterráneos, España se caracterizaba por un consumo de alcohol *per capita* elevado, siendo el vino la bebida más extendida, tomada generalmente a diario y mayoritariamente por los hombres. Los resultados de la ENSE 2011/12 confirman la pervivencia, -aunque decreciente-, de este perfil típicamente masculino, más frecuente en niveles socioeconómicos bajos, que se ha desplazado hacia edades más avanzadas.

Figura 19 - Prevalencia de consumo de riesgo crónico y de consumo intensivo de riesgo agudo en adultos por sexo. España 2006-2011/12. ENSE y EES, MSSSI/INE



Los jóvenes beben de forma diferente. Los datos de la ENSE 2011/12 confirman que consumen cantidades elevadas de alcohol, -generalmente destilados y/o cerveza-, concentrado en los fines de semana. Este patrón era característico de los países del norte de Europa, pero hoy en España el promedio de alcohol que se consume el fin de semana es casi 20 veces mayor que entre semana en los bebedores más jóvenes.

El consumo intensivo episódico o consumo ocasional de riesgo se empezó a recoger en 2009 en la EES, incorporándose a la ENSE en 2011/12. Aunque la serie disponible aún sea corta, tanto el consumo intensivo al menos en una ocasión en los últimos 12 meses, que pasa del 10% al 13,4% entre 2009 y 2011, como en el último mes han aumentado, pasando este último del 3,8% al 4,6% en el mismo periodo (figura 19). El 8% de 15-34 años ha bebido de forma intensiva en el último mes. El aumento se observa en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Los hombres beben de manera intensiva el doble que las mujeres, 11% vs. 5,6%, con mayor frecuencia, en mayor cantidad y durante más años. El

menor diferencial por sexo se da en el grupo de 15-24 años. En cuanto al consumo intensivo al menos una vez a la semana, no se observan diferencias definidas entre 2009 y 2011.

Si se considera a los consumidores de alcohol en cantidad de riesgo para la salud en su conjunto, ya sea por ser bebedores de riesgo crónico o bien por consumo intensivo ocasional, en 2011 sería un 5,5% de la población de 15 y más años, el 8,2% de los hombres y el 3% de las mujeres. Estos porcentajes no han variado apenas desde 2009.

DISCUSIÓN

El consumo medio estimado de alcohol en España ha disminuido de forma constante en las últimas décadas, y esta tendencia se observa –aunque atenuada–, en los indicadores derivados de la ENSE, al igual que en la encuesta EDADES o en las fuentes agregadas, como los impuestos especiales de la Agencia Tributaria o el panel alimentario del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente.

En España la población abstemia es mayor que en la mayoría de los países europeos^{14,35}. Los resultados de la ENSE 2011/12 muestran que un 34,4% de la población adulta (15 y más años) no ha tomado bebidas alcohólicas en el último año, 22,6% de los hombres y 45,7% de las mujeres. Estas cifras están por debajo de la media mundial, pero algo por encima de la europea. Según la OMS¹, el 58,2% de la población mundial no tomó alcohol en el último año (48,7% de los hombres y 67,5% de las mujeres), mientras que, en la región europea habría un 31,2% de abstemios (23,5% de los hombres y 38,1% de las mujeres). En Inglaterra por ejemplo, según la encuesta de salud de 2011, el 13% de los hombres y 19% de las mujeres no son bebedores³⁶. En la Encuesta Europea de Salud (2008), solo dos países –Hungria y Malta– de los 15 participantes declararon mayor porcentaje de abstemios que España³⁷.

Según los datos de la ENSE, desde 2006 en España el porcentaje de la población adulta (15 y más años) que bebe alcohol muestra tendencia a estabilizarse. Estos resultados son coherentes con la evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas que muestra EDADES, que no observa cambios significativos en los últimos 10 años³⁸.

Además de la cantidad de alcohol consumida, el tipo de bebida alcohólica parece estar relacionado con el riesgo de producir efectos negativos sobre la salud, siendo mayores las consecuencias a mayor graduación³⁹. Los resultados de la ENSE 2011/12 confirman los datos de fuentes agregadas sobre el cambio de los tipos de alcohol preferidos y la posición predominante que ocupa actualmente la cerveza, seguida del vino. Además, la ENSE 2011/12 señala cambios por sexo y edad. Mientras en los más jóvenes el número de copas se reparte casi totalmente entre la cerveza (45%) y los combinados (43,3%), entre los mayores, siete de cada diez copas son de vino. Esta distribución por tipo de bebida es la misma que se ha observado en EDADES. En conjunto parece estar produciéndose en Europa una convergencia en la cuantía y hábitos de consumo de alcohol¹⁷.

La proporción de personas que consume alcohol en cantidad de riesgo para la salud, o bebedores de riesgo, ha disminuido en España, pasando de 4,1% de la población adulta en 2003 a 1,7% en 2011. Este descenso también se refleja en los resultados de EDADES^{18,38}.

Los resultados de la ENSE 2011/12 muestran que el consumo intensivo ocasional (al menos una vez al mes) presenta una prevalencia de 4,6% en la población de 15 y más años, con tendencia al aumento con respecto a EES 2009, y con una razón de prevalencia hombre/mujer descendente en los grupos más jóvenes. Según la Encuesta Nacional sobre Actividad Económica ENAE 2011/12, el 5,4% de la población de 15 a 64 años consumía alcohol de manera intensiva al menos una vez al mes, 8,2% de los hombres y 2,6% de las mujeres. Los datos de EDADES muestran asimismo un incremento desde 2007, año en que se recoge por primera vez este indicador, pero con valores mucho más elevados. En 2011/12 esta última encuesta observa una prevalencia en los últimos 30 días de 15,2% (20,7% en hombres y 9,5% en

mujeres), en población de 15-64 años. En este mismo grupo de edad, sólo el 5,4% de los entrevistados en la ENSE 2011/12 declaró haber bebido de forma intensiva al menos una vez al mes (8,2% de los hombres y 2,6% de las mujeres). Esta diferencia puede deberse al distinto umbral establecido para el riesgo agudo, más bajo en EDADES (tabla 2), y quizás a la distinta manera en que se preguntaron los periodos de referencia. No obstante, no parece suficiente para justificar su magnitud, máxime teniendo en cuenta que generalmente se acepta que las encuestas de salud general como la ENSE recogen valores más altos de consumo de alcohol que las encuestas específicas de drogas, debido a que es menos probable que las estimaciones de consumo se vean sesgadas por la falta de respuesta²⁶. Finalmente, comparando estos resultados con los de otros países europeos, la Encuesta Europea de Salud (en torno a 2008) muestra las prevalencias más elevada de consumo intensivo ocasional en Bélgica y en la República Checa, ambas por encima del 15%, y las más bajas en Bulgaria, España, Grecia y Chipre, por debajo del 5% en población adulta³⁷.

El consumo de alcohol es muy diferente en hombres y en mujeres. Cualquiera que sea el país y el indicador con que se mida, los hombres beben con más frecuencia y en mayor cantidad que las mujeres. La ENSE 2011/12 muestra una prevalencia de consumo diario tres veces mayor en hombres en todos los grupos de edad. Según se va espaciando la frecuencia con la que se declara haber bebido alcohol se van aproximando las prevalencias entre hombres y mujeres. Estas diferencias se producen en numerosos estudios y en todos los países, pero son menores en los países de mayor desarrollo y con mayor igualdad de género⁴⁰.

La edad desempeña junto con el sexo un papel esencial en las características del consumo. En la ENSE 2011/12 destaca la prevalencia de consumo de alcohol de riesgo en mujeres jóvenes. Hasta esta edición, en todos los indicadores, frecuencias temporales y grupos de edad observados, los hombres presentaban mayores prevalencias de consumo de alcohol y de consumo de riesgo que las mujeres. En la ENSE 2011/12 se observa por primera vez una prevalencia de consumo de alcohol de riesgo superior en mujeres (2,4%) que en hombres (1,1%), en el grupo de edad de 15 a 24 años. Si bien es cierto que la razón hombre / mujer del umbral de riesgo convencionalmente utilizado en la ENSE es muy elevada (2/1), es la misma que se venía utilizando. La comparación con otras encuestas está limitada por los distintos umbrales definidos para cada una de ellas (tabla 1 y *Apéndice*), pero en EDADES 2011/12 también se observa gran similitud en el tramo de edad entre 15 y 24 años entre hombres (4,2%) y mujeres (4,4%). En el Reino Unido también se ha observado recientemente en este grupo de edad un porcentaje mayor de mujeres (21%) que de hombres (19%) que consume alcohol por encima de los límites recomendados³⁶, y ello a pesar de usar umbrales más próximos entre sexos que la ENSE.

Existen numerosos estudios que muestran la asociación entre las condiciones socioeconómicas y los patrones de consumo de alcohol. Esta asociación varía según el indicador elegido mida frecuencia (a mayor nivel educativo mayor frecuencia) o cantidad (a mayor nivel educativo menor cantidad de alcohol)^{40,17} y, sobre todo, según el sexo. En los resultados de la ENSE se observan estos mismos patrones. En cuanto al consumo intensivo de riesgo, las mujeres de mayor nivel educativo tienen también mayor probabilidad de exponerse que las de bajo nivel educativo, como sucede en la mayoría de los países. Generalmente se acepta que las mujeres con mayor nivel de instrucción se sitúan en la vanguardia de la asimilación de estilos de vida antes reservados a los hombres. Esta distribución no se da en hombres, en quienes la mayor frecuencia de consumo intensivo se produce en la clase social más desfavorecida.

LISTADO DE TABLAS

Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tabla 3.073.- según sexo y grupo de edad.

Tabla 3.074.- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.

Tabla 3.075.- según sexo, país de nacimiento y grupo de edad.

Tabla 3.076.- según sexo y comunidad autónoma.

Tabla 3.077.- según sexo, grupo de edad y nivel de estudios.

Tabla 3.078.- según sexo y relación con la actividad económica actual.

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tabla 3.079.- según sexo y grupo de edad.

Distribución semanal del consumo de bebidas alcohólicas

Población de 15 y más años que consume cada tipo de bebida más de una vez al mes

Tabla 3.080.- según tipo de bebida por sexo.

Consumo medio diario de alcohol (Media y desviación típica)

Población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas más de una vez al mes

Tabla 3.081.- según sexo y grupo de edad

Tabla 3.082.- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

Tabla 3.083.- según sexo y comunidad autónoma

Edad media de inicio del consumo de bebidas alcohólicas de manera regular (Media y desviación típica)

Población de 15 y más años que consume o ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión

Tabla 3.084.- según sexo y grupo de edad

Tabla 3.085.- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

Tabla 3.086.- según sexo, país de nacimiento y grupo de edad

Tabla 3.087.- según sexo y comunidad autónoma

Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tabla 3.088.- según sexo y grupo de edad.

Tabla 3.089.- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.

Tabla 3.090.- según sexo y país de nacimiento.

Tabla 3.091.- según sexo y comunidad autónoma.

Tabla 3.092.- según sexo y nivel de estudios.

Consumo de alcohol de riesgo para la salud

Población de 15 y más años

Tabla 3.170.- según sexo y grupo de edad

Tabla 3.171.- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

Tabla 3.172.- según sexo y comunidad autónoma

Tabla 3.173.- según sexo y nivel de estudios

Tabla 3.174.- según sexo y relación con la actividad económica actual

Estimación del consumo de alcohol de riesgo con distintos umbrales

A partir de los datos de la ENSE 2011/12, se estima la proporción de la población adulta (15 y más años) que bebe alcohol en cantidad de riesgo para su salud con distintos puntos de corte para el riesgo, con el fin de permitir la comparación con otros estudios españoles y de describir las diferencias entre los patrones obtenidos con los distintos umbrales.

Los cuatro puntos de corte analizados son de uso extendido por organizaciones nacionales e internacionales para fines de investigación comparativa o para recomendaciones de consumo seguro de alcohol. Todos ellos están basados en metaanálisis de estudios epidemiológicos de la relación entre el volumen y/o el patrón de consumo con los daños relacionados con el alcohol en términos de mortalidad o morbilidad, pero difieren finalmente en el umbral porque las curvas de riesgo relativo no justifican la elección de un punto de corte en particular²⁴. Son los siguientes:

1. *Consumo medio diario por encima de 40g en hombres y de 20g en mujeres (40/20)*³². Es un umbral de uso extendido en España, utilizado en las ediciones anteriores de la ENSE. Cuando el consumo de riesgo para la salud era el indicador de elección para la comparación internacional, este era el umbral recomendado por diversos autores y sociedades científicas, utilizado durante años por la OMS/OPS, por la Conferencia de prevención de los problemas derivados del alcohol en España, los *European Core Health Indicators (ECHI)* y los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud^{8,41,42,43}.
2. *Consumo medio diario por encima de 40g en hombres y de 24g en mujeres (40/24)*. Importantes series de ámbito nacional, como la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, entre otras, han utilizado este punto de corte.
3. *Consumo medio diario por encima de 40g en hombres y de 30g en mujeres (40/30)*. Otro punto de corte para el consumo de riesgo crónico utilizado en algunos estudios⁶ ha sido explorado ya con datos de la ENSE 2001-2011/12, y se puede consultar en el informe *Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12*¹⁹.
4. *Consumo medio semanal por encima de 210g en hombres y de 140g en mujeres (30/20)*. Es el umbral elegido por Canadá⁴⁴ y por OECD, que lo justifica por ser los límites que más se aproximan a los utilizados en mayor número de países. Tiene en cuenta el consumo semanal en lugar del diario^{14,45}, pero a efectos de este análisis se ha equiparado a un CMD por encima de 30g en hombres y de 20g en mujeres.

Tres de los umbrales estudiados sitúan el corte para hombres en 40g de CMD, y el cuarto en 30g CMD. Para mujeres, dos sitúan el corte en 20g, uno en 24g y otro en 30g de CMD. Consecuentemente difiere la razón hombre/mujer de los distintos umbrales. Los resultados se muestran en la tabla 9 y en las figuras 22, 23 y 24.

Con el umbral de OCDE (30/20) se obtienen los mayores totales absolutos poblacionales (tabla 9): casi un 3% de la población, -más de un millón de personas-, consumiría alcohol en España en cantidad de riesgo para la salud, de las cuales el 24% serían mujeres. Con este punto de corte, un 4,5% de los hombres está en la categoría de bebedores de riesgo, más del doble que con el corte en 40g/d, en el que coinciden MSSSI/ENSE, MSSSI/EDADES y MSSSI/FR. En el caso de las mujeres, coinciden los

umbrales utilizados por OCDE y por MSSSI/ENSE, obteniéndose con ellos la mayor proporción de mujeres consumidoras de riesgo.

Tabla 9 - Población de 15 y más años que consume alcohol en cantidad de riesgo para su salud según sexo, grupo de edad, clase social, nivel educativo y distintos puntos de corte. Valores poblacionales y porcentaje. ENSE 2011/12, MSSSI/INE

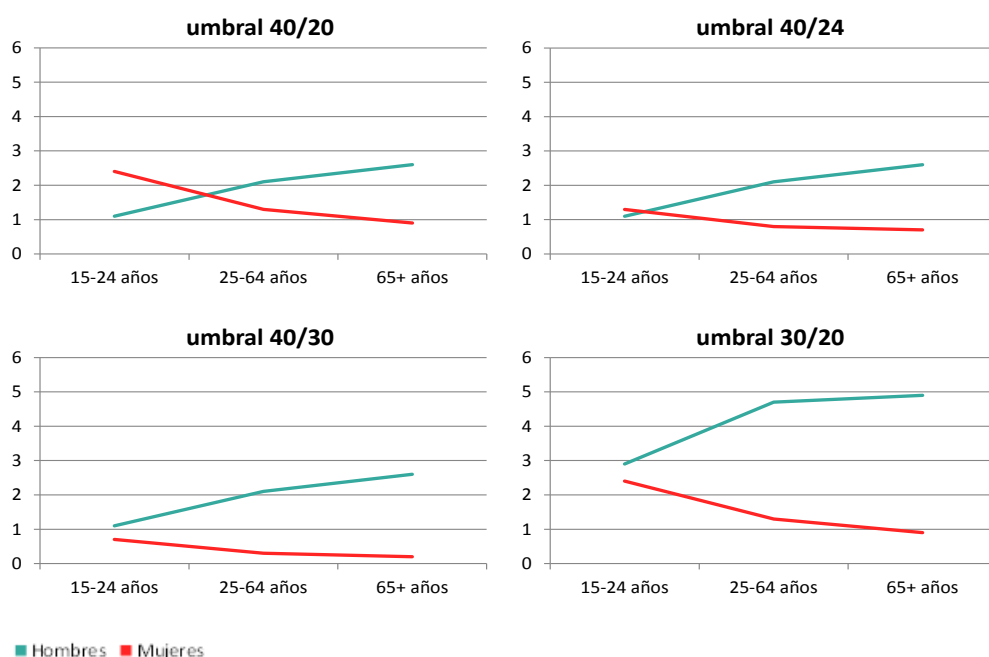
Criterios usados en	MSSSI/ENSE	MSSSI/EADES	MSSSI/FR	OCDE
Umbral por sexo (en g de consumo medio diario)	>40g en hombres >20g en mujeres	>40g en hombres >24g en mujeres	>40g en hombres >30g en mujeres	>30g en hombres >20g en mujeres
Razón H:M	2	1,7	1,3	1,5
Total poblacional	645 145	547 987	439 066	1 100 572
Hombres poblacional	380 705	380 705	380 705	836 132
Mujeres poblacional	264 440	167 282	58 360	264 440
Total	1,7%	1,4%	1,1%	2,9%
Hombres	2,0%	2,0%	2,0%	4,5%
Mujeres	1,3%	0,9%	0,3%	1,3%
Por grupo de edad				
15-24 años	1,7%	1,2%	0,9%	2,6%
25-64 años	1,7%	1,5%	1,2%	3,0%
65+ años	1,6%	1,5%	1,2%	2,6%
Hombres				
15-24 años	1,1%	1,1%	1,1%	2,9%
25-64 años	2,1%	2,1%	2,1%	4,7%
65+ años	2,6%	2,6%	2,6%	4,9%
Mujeres				
15-24 años	2,4%	1,3%	0,7%	2,4%
25-64 años	1,3%	0,8%	0,3%	1,3%
65+ años	0,9%	0,7%	0,2%	0,9 %
Por clase social				
Clases I y II	1,4%	1,1%	0,8%	2,7%
Clases III y IV	1,8%	1,5%	1,1%	3,0%
Clases V y VI	1,8%	1,5%	1,3%	3,0%
Hombres				
Clases I y II	1,0%	1,0%	1,0%	3,7%
Clases III y IV	2,0%	2,0%	2,0%	4,2%
Clases V y VI	2,5%	2,5%	2,5%	5,0%
Mujeres				
Clases I y II	1,8%	1,2%	0,5%	1,8%
Clases III y IV	1,7%	1,1%	0,3%	1,7%
Clases V y VI	1,0%	0,7%	0,3%	1,0%
Por nivel de estudios				
Estudios primarios	1,7%	1,6%	1,5%	2,9%
E. secundarios	1,7%	1,5%	1,1%	3,0%
E. universitarios	1,5%	1,1%	0,9%	2,4%
Hombres				
Estudios primarios	3,4%	3,4%	3,4%	6,1%
E. secundarios	1,8%	1,8%	1,8%	4,3%
E. universitarios	1,3%	1,3%	1,3%	3,3%
Mujeres				
Estudios primarios	0,5%	0,2%	0,0%	0,5%
E. secundarios	1,6%	1,1%	0,3%	1,6%
E. universitarios	1,6%	1,0%	0,5%	1,6%

La mayor razón hombre/mujer es la de la ENSE (40/20). Consecuentemente, las diferencias entre hombres y mujeres en el porcentaje de bebedores de riesgo son menores que con los otros modelos, lo

que contrasta con la distribución por sexo generalmente aceptada, que se observa en las variables directas de consumo de alcohol y se refleja en la morbilidad y mortalidad. Recientes análisis de riesgo absoluto del consumo de alcohol muestran que con niveles de consumo inferiores a 30g de etanol diarios no parece haber riesgo ni para hombres ni para mujeres, y tampoco indican que, a pesar de las diferencias en masa muscular y volumen corporal, el umbral de riesgo deba ser específico por sexo²⁴, y no únicamente para el riesgo agudo, sino también para el riesgo crónico.

Por grupo de edad (tabla 9 y figura 20), solo al desagregar por sexo se observan los gradientes inversos en hombres y en mujeres con todos los puntos de corte utilizados. En hombres, el consumo aumenta con la edad, alcanzando los valores más altos en el grupo de 65 y más años. En mujeres, la mayor prevalencia de consumo de riesgo se da entre las jóvenes.

Figura 20 – Consumo de alcohol de riesgo para la salud por sexo y grupo de edad con distintos puntos de corte para el riesgo. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



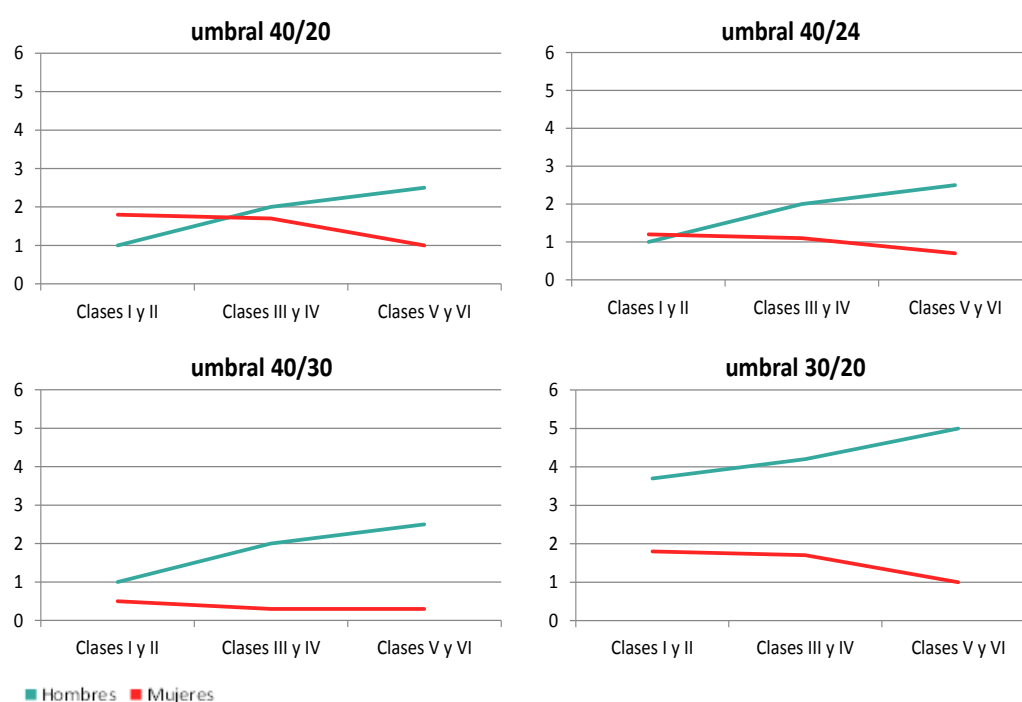
Se observa con los cuatro umbrales (figura 20) que el predominio masculino desaparece o incluso se invierte en los más jóvenes. En los modelos 40/20 y 40/24 las mujeres llegan a superar a los varones en el grupo más joven. En especial los resultados de la MSSSI/ENSE son muy sensibles al creciente número de mujeres jóvenes que consume alcohol en cantidad de riesgo para la salud. No obstante, otros indicadores de la ENSE no concuerdan con este predominio de las mujeres en el consumo de riesgo crónico. El consumo medio diario de los bebedores de riesgo de 15-24 años es de 49,1g de etanol en hombres vs 26,8g en mujeres, y la prevalencia del consumo intensivo ocasional en este mismo grupo de edad es de 10,7% en hombres vs 5,6% en mujeres, lo que quizá sugiere una razón hombre/mujer demasiado elevada en estos modelos.

Con el umbral propuesto por OCDE (30/20) se acentúan las diferencias por edad en ambos sexos y el predominio masculino. Al situar más bajo el umbral para los hombres se observa un salto en el porcentaje de bebedores de riesgo en los grupos de edad a partir de los 25 años. Esto indicaría que los bebedores de 25 y más años estarían bebiendo mayoritariamente entre 30 y 40g de alcohol puro de

CMD. Finalmente, por grupo de edad los resultados del modelo 40/30 son muy bajos, menores que cualquier otro, al estar los umbrales situados junto a los más altos tanto en hombres como en mujeres. El tamaño muestral limita las desagregaciones con este modelo que, no obstante dibuja el mismo perfil.

Por clase social (tabla 9 y figura 21), en los resultados globales los patrones muestran perfiles semejantes con los cuatro modelos, aunque con distintas magnitudes. Al igual que por grupo de edad, estos resultados globales enmascaran grandes diferencias por sexo. En hombres se aprecia el gradiente social, siendo las clases bajas las de mayor riesgo. Las mujeres en cambio apuntan gradientes inversos, siendo las clases más altas las que consumen alcohol en cantidad de riesgo para la salud con mayor frecuencia, y esto ocurre con todos los umbrales.

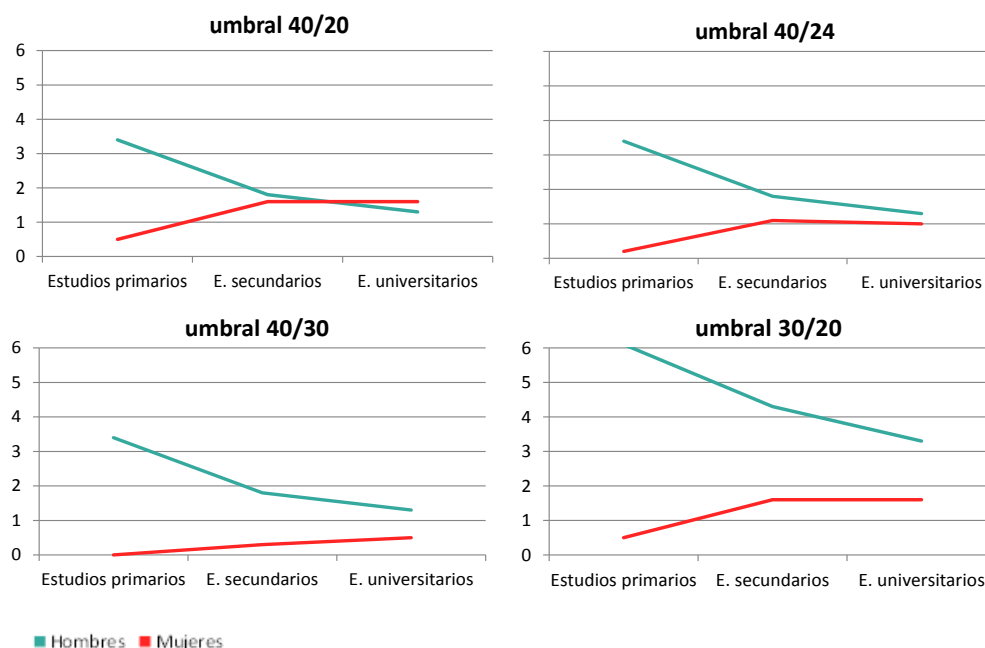
Figura 21 – Consumo de alcohol de riesgo para la salud por sexo y clase social con distintos puntos de corte para el riesgo. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



Al desagregar por sexo aparecen diferencias según el modelo utilizado. Con dos de los umbrales (40/20 y 40/24) la proporción de bebedoras de riesgo en las clases altas llega a ser mayor que la de hombres, lo cual parece indicar también aquí que el punto de corte se halla situado demasiado bajo para éstas. La curva de mujeres presenta mayor pendiente con los puntos de corte de 30/20 y 40/20.

Por nivel de estudios (tabla 9 y figura 22) se observan las mismas distribuciones que por clase social, pero con mayor inclinación del gradiente: las mujeres con estudios universitarios tienen mayor riesgo, mientras que son los hombres con sólo estudios primarios o incompletos los que componen el mayor grupo de bebedores de riesgo. El punto de corte 30/20 es el que genera gradientes de mayor desnivel. Es necesario tener en cuenta que la mayoría de las personas con sólo estudios primarios está en los grupos de mayor edad y los jóvenes entre 15 y 24 se concentran en el grupo de estudios secundarios y, en menor medida, universitarios. Todos los umbrales utilizados muestran las diferencias.

Figura 22 – Consumo de alcohol de riesgo para la salud por sexo y nivel de estudios con distintos puntos de corte para el riesgo. ENSE 2011/12, MSSSI/INE



La desagregación por clase social y por nivel de estudios no aporta otras diferencias a las observadas por edad. Los modelos con umbral más bajo para las mujeres y razón hombre/mujer más alta (40/20 y 40/24) podrían estar sobreestimando tanto la población de bebedores de riesgo como el peso relativo de las mujeres.

REFERENCIAS

- ¹ World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2011. World Health Organization. Geneva 2011.
- ² Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003; 98:1209-28.
- ³ Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med* 2004; 38:613-19.
- ⁴ Sridhar D. Regulate alcohol for global health. *Nature* 2012; 16:302.
- ⁵ The Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization. Geneva 2010.
- ⁶ European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020, World Health Organization. Copenhagen 2012.
- ⁷ Commission of the European Communities. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. COM(2006) 625 final. Bruselas, 24.10.2006.
- ⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2008.
- ⁹ Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. Alcohol. En: WHO [ed]. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization; 2004.
- ¹⁰ Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. Institute of Alcohol Studies, UK 2006.
- ¹¹ Rehm J, Mathers C, Patra J, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-2233.
- ¹² Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso. Impacto socioeconómico. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1998.
- ¹³ Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España 1999-2004. Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid. Valladolid 2006.
- ¹⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- ¹⁵ Gual A, Anderson P. En Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA. The AMPHORA project, 2012. http://amphoraproject.net/view.php?id_cont=45.
- ¹⁶ Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:544-550.
- ¹⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development. Harmful use of alcohol: trends and policy conclusions. DELSA/HEA(2013)2. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Health Committee. OECD, Paris, 2013.
- ¹⁸ EDADES 2011/12. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013.
- ¹⁹ Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2013. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspana__2001_2011_12.pdf
- ²⁰ Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011; 106 (Suppl. 1), 4–10.
- ²¹ Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004; 59:113-27.
- ²² Committee on Alcohol Data, Indicators and Definitions. Alcohol-Related Indicators. European Commission Health and Consumers Directorate-General, 2010.
- ²³ Bloomfield K, Stockwell T, Gmel G, Rehn N. International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research and Health* 2003; 27(1):95-109.
- ²⁴ Room R, Rehm J. Clear criteria based on absolute risk: Reforming the basis of guidelines on low-risk drinking. *Drug and Alcohol Review* 2012; 31:135-140.
- ²⁵ Boniface S, Fuller E. Drinking diary. En: Health Survey for England 2011. Vol 1 Health, social care and lifestyles. National Health Service. The Health and Social Care Information Centre 2012:207-52.

-
- ²⁶ Ely M, Hardy R, Longford NT, Wadsworth MEJ. Methods of estimating individual levels of alcohol consumption in the general population. UK Alcohol Education and Research Council (AERC) Final Report 2001.
- ²⁷ Gender, Alcohol and Culture: An International Study (GENACIS). World Health Organization, European Commission, US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, German Federal Ministry of Health, Pan American Health Organization, Swiss national funds. <http://www.genacis.org/>
- ²⁸ Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles (SMART). European research project. <http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/>
- ²⁹ Alcohol Public Health Research Alliance (AMPHORA). European research project. <http://www.amphoraproject.net/>
- ³⁰ Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007.
- ³¹ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria. Madrid 2013 (en prensa).
- ³² English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MG, Hulse GK, Codde JP, Bower CI, Corti B, De Klerk N, Knuiman MW, Kurinczuk JJ, Lewin GF, Ryan GA. The quantification of drug-caused morbidity and mortality in Australia. Commonwealth Department of Human Services and Health. Canberra, 1995.
- ³³ Rodríguez-Martos Dauer A, Gual Solé A, Llopis Llácer JJ. La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)* 1999;112:446-50.
- ³⁴ A. Domingo-Salvany et al. Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013;27(3):263-272.
- ³⁵ Eurobarómetro 2009. European Commission. http://ec.europa.eu/public_opinion/index_es.htm
- ³⁶ Ng Fat L, Fuller E. Drinking patterns. En: Health Survey for England 2011. Vol 1 Health, social care and lifestyles. National Health Service. The Health and Social Care Information Centre 2012:207-52.
- ³⁷ Eurostat Public health database http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database.
- ³⁸ Barrio G, Sarasa A, Sordo L, Bartroli M, Molist G, de la Fuente L. Descenso del consumo de alcohol total y de riesgo en una encuesta poblacional española. XXX Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Santander 2012.
- ³⁹ Ramstedt M. Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction* 2001;96 (7):945-54.
- ⁴⁰ Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and Alcoholism* 2006; 41(suppl.1):i26-i36.
- ⁴¹ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. OPS, 2000.
- ⁴² Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Soz-Präventivmed* 2002; 47:48-58.
- ⁴³ European Core Health Indicators (ECHI). <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/>
- ⁴⁴ Butt P, Beirness D, Cesa F, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low-risk drinking. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 2011.
- ⁴⁵ Furtwängler N, de Visser R. Lack of international consensus in low-risk drinking guidelines. *Drug and Alcohol Review* 2013; 32:11-18.