



RESPUESTA DEL GOBIERNO

(184) PREGUNTA ESCRITA CONGRESO

184/33166

26/04/2018

86914

AUTOR/A: CAMPUZANO I CANADÉS, Carles (GMX)

RESPUESTA:

En relación con la pregunta de referencia, se informa que aunque no se concretan los estudios internacionales en materia de salud y consumo de alcohol sobre los que se realiza la valoración, se entiende hecha la referencia al empeoramiento en la posición relativa sobre consumo de alcohol de España del último estudio de carga mundial de enfermedad, el Global Burden of Disease Study, en el que se estiman diferentes indicadores relacionados con la salud en 188 países y, en cada indicador, se otorga una puntuación a cada país. La puntuación tiene un rango de 0 (la peor) a 100 (la mejor).

En los informes de los años 2015 y 2016 se observó una notable disminución en la puntuación asignada a numerosos países en dos indicadores: consumo de alcohol y consumo de tabaco. En el caso del consumo de alcohol, se observa una importante disminución de la puntuación en 2016 con respecto a 2015 en Italia, España, Francia, Portugal y, en menor medida, en EEUU, Canadá, Países Bajos, Australia y Austria.

Dado que no es plausible una disminución importante en la puntuación de estos fenómenos de un año a otro, la única explicación posible es un cambio en la metodología utilizada por los autores del citado informe para las estimaciones de 2016 con respecto a las realizadas en 2015.

En efecto, una vez consultada la metodología de esos trabajos se observa que en el año 2015 se utilizó para la estimación del consumo de alcohol el consumo individual de alcohol, donde se incluía el patrón de consumo basado en lo que en inglés se denomina “binge drinking”, es decir, consumo excesivo episódico. En cambio, en el año 2016 no se incluyó ese patrón de consumo y se añadió el consumo per cápita de alcohol.

La puntuación más alta en 2015 se observaba en los países en los que el patrón de consumo de alcohol no estaba basado en el “binge drinking”. En Europa, los países que mostraban la mejor puntuación eran los países del sur, que son los países en los que ese patrón era infrecuente en ese momento. Por esa misma razón, en esos países en los que el patrón de consumo de alcohol no estaba basado en el “binge drinking” disminuyó (empeoró) la puntuación en el indicador de consumo de alcohol en 2016, ya que se excluyó del cálculo ese



indicador y se incorporó el consumo per cápita de alcohol. La conclusión que puede extraerse es que tal cambio en la metodología limita la comparación de las estimaciones del año 2016 con respecto a 2015.

En España el patrón de consumo de tipo “binge drinking” no es generalizado y, en la mayor parte de grupos de edad se realiza un patrón de consumo caracterizado por pequeñas cantidades diarias asociadas a la comida. Sin embargo, los datos de las encuestas de salud y específicas de drogas muestran que en los grupos de edad de 15 a 34 (incluyendo menores de edad), el patrón de “binge drinking” se importa de manera progresiva, por lo que éste es uno de los motivos por los que es tan importante continuar con el avance de las estrategias y legislaciones relativas a la prevención del consumo de alcohol en menores y jóvenes, aspecto prioritario de la política del Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Madrid, 24 de julio de 2018

