



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y SALUD DECLARACIÓN DE POSTURA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Eduard Baladia¹, Manuel Moñino¹, Martina Miserachs¹, Emilia Pena Rossler¹, Giuseppe Russolillo¹

¹Academia Española de Nutrición y Dietética.

e-mail de contacto: e.baladia@academianutricion.org

Con la colaboración del Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas.

Fecha de última actualización: 17/03/2025



Contenido

Declaración de Postura, 3

Introducción y justificación, 5

Consideraciones que justifican la postura, 8

1. No hay un nivel de consumo de alcohol libre de riesgos, 8
2. El patrón de consumo también influye en el riesgo de enfermedades, 9
3. Ni la cerveza ni el vino tienen un efecto protector sobre la salud, 10
4. Políticas preventivas de salud pública sobre el consumo de alcohol, 12
5. Papel de la dietista-nutricionista en la evaluación del consumo de alcohol, 13

Infografías para la ciudadanía y pacientes, 15

Referencias, 19

Reconocimiento

Este informe actualiza una Declaración de Postura elaborada por el Grupo de Revisión Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas adoptada en febrero de 2010: Basulto J, Manera M, Baladia E, Comas MT. Alcohol con moderación y salud. Febrero de 2010. [Monografía en Internet]. [Citado 29 de 02 de 2024]. Disponible en: <http://fedn.es/docs/grep/docs/alcohol.pdf>

Los autores/as de la Declaración de Postura de 2010 no han participado en la actualización y no tienen por qué estar de acuerdo con lo que este informe desarrolla.

Revisión

Documento revisado por el Comité Científico de la Academia Española de Nutrición y Dietética, constituido en 2024 por: Alicia Bustos; Francisco Celdrán; María Colomer; Cristina Julián Almárcegui; M^a Cruz Martínez; Manuel Moñino; Alma Palau; Mar Ruperto; Giuseppe Russolillo; Alicia Salido; Alba M. Santaliestra Pasías; Mercedes Soto; Eva Trescastro; Claudia Urdangarín Fernández. Documento sujeto a revisión mediante exposición del Cuerpo de Académicos de la Academia Española de Nutrición y Dietética en febrero de 2024 y a exposición pública del 19 de marzo al 19 de abril de 2024.



DECLARACIÓN DE POSTURA

La Academia Española de Nutrición y Dietética, después de una evaluación exhaustiva, que no existe un nivel de consumo de alcohol libre de riesgos y, en consecuencia, no se debe promover el consumo de alcohol o de ninguna bebida alcohólica en la población por motivos de salud. La única forma de evitar los efectos perjudiciales sobre la salud es no consumir alcohol.

Actualmente, los límites de consumo de bajo riesgo se sitúan en 20 g de alcohol/día (2 Unidades de Bebida Estándar o UBE) para hombres y 10 g/día (1 UBE) para mujeres. Este consumo también asocia riesgos para la salud, aunque por encima de esos límites conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con no beber o beber dentro de los límites de bajo riesgo. Además de la cantidad de alcohol consumida, el patrón de consumo alimentario también influye en el riesgo de enfermedades. En cualquier caso, merece la pena señalar que el alcohol es la sustancia que ocasiona más problemas sociosanitarios en España.

El consumo intensivo de alcohol o *Binge drinking*, definido como el consumo de 60 g o más de alcohol (6 UBE) en hombres y de 40 g o más (4 UBE) en mujeres (concentrado en una sesión de consumo, habitualmente 4-6 horas), aumenta el riesgo de enfermedades, tiene consecuencias negativas para la sociedad, para la economía e incrementa la presión asistencial. No existe una frecuencia de consumo intensivo de alcohol de bajo riesgo, por lo que debe evitarse completamente y, si se toman bebidas alcohólicas, cuanto menos mejor.

En los últimos años, se ha promocionado el consumo de bebidas fermentadas de baja graduación como el vino o la cerveza alegando posibles efectos beneficiosos sobre la salud. Tanto la cerveza como el vino, al igual que cualquier bebida que contenga alcohol, no tienen un efecto protector diferenciado del que pueda obtenerse mediante una mejora del estilo de vida y de la alimentación. Se recomienda evitar el consumo de bebidas alcohólicas específicas como elemento de mejora de la salud, como el aporte de nutrientes o sustancias bioactivas y por su contribución a la hidratación, ya que no está justificado con la evidencia científica actual. Fomentar el consumo moderado de alcohol y reforzar una cultura que normalice el consumo de alcohol, presenta más riesgos que beneficios.

La Academia reconoce la relevancia que las bebidas fermentadas no destiladas de baja graduación como el vino, la cerveza, el cava, la sidra, etc., tienen en España, no solo por la posición del país como productor, sino por su arraigo cultural, social y gastronómico, así como por su contribución al paisaje, la biodiversidad y la resiliencia del sector primario. Sin embargo, a pesar de la relevancia multidimensional mencionada, no puede usarse como argumento que su consumo se asocie a mejoras para la salud o a la reducción del riesgo de enfermedades. A este respecto, cabe destacar

1. UBE: Unidades de Bebida Estándar

que en la Unión Europea está prohibido hacer declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en bebidas alcohólicas con graduación superior a 1.2%.

En general, las políticas públicas orientadas a reducir el consumo de alcohol plantean beneficios claros para la sociedad. La Academia Española de Nutrición y Dietética, a través de este documento de postura, con una clara carga de evidencia científica y por el bien de la salud pública, insta:

- Al Gobierno de España, a la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados² y a los organismos oficiales competentes, potenciar el diálogo de políticas informadas para evaluar la eficacia de las previstas e implementadas hasta el momento (1), reforzando especialmente aquellas dirigidas a reducir la disponibilidad y acceso a las bebidas alcohólicas, incrementar los precios del alcohol y establecer precios mínimos por unidad, limitar la exposición de los jóvenes a la publicidad del alcohol, apoyar proyectos normativos de etiquetado nutricional obligatorio y de advertencias del riesgo asociado a su consumo, así como establecer límites más restrictivos en la conducción de vehículos.
- A las empresas de bebidas alcohólicas que abandonen los discursos que normalicen el consumo de alcohol, en especial los referentes a los posibles beneficios sobre la salud derivados de su consumo de bajo riesgo, y sustituirlos por los de su relevancia y notoriedad gastronómica, económica, social, cultural o ambiental.
- A las sociedades científicas y entidades de profesionales de la salud ser embajadores/as para la difusión del mensaje: “no existe un nivel de consumo seguro de alcohol, y no consumirlo es la única forma de evitar sus efectos dañinos sobre la salud, sin menoscabar su valor simbólico, gastronómico y cultural en la alimentación y sociabilización, así como su tradición milenaria en la gastronomía y cultura de España”.
- A la población y a la sociedad, concienciarse de la importancia del mensaje y aceptar que, lejos de coartar sus libertades, las políticas y recomendaciones actúan para proteger la salud individual y colectiva. La decisión última de beber o no, la toma cada individuo, pero debería poder hacerlo de manera informada y en un entorno donde la opción más saludable sea la más fácil, accesible y asequible.

Las dietistas-nutricionistas deben evaluar de forma rutinaria el consumo de alcohol en sus pacientes/clientes, usando el test AUDIT-C de 3 ítems y tener claros los mensajes clave que deben ofrecer en relación al consumo de alcohol.

En esta declaración de postura se ofrecen argumentos, evidencias y herramientas para un asesoramiento adecuado sobre el consumo de bajo riesgo de alcohol.

2. <https://oficinac.es/es>



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol provoca cada año cerca de 3 millones de muertes en el mundo, lo que representa un 5,3% de la mortalidad global (2). El alcohol es responsable, de 800.000 muertes en la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de cerca de 195.000 muertes al año en la Unión Europea. El consumo de alcohol es causante directo de lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y musculoesqueléticas, trastornos reproductivos, daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer (3).

El efecto del alcohol sobre la morbilidad y mortalidad es equiparable al efecto del tabaco (4). El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial (HTA), por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso (5), y es la sustancia que más problemas sociosanitarios ocasiona en nuestro país (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), calculándose los gastos sociales en 1% del producto interior bruto (6). En España, el consumo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad (7), y responsable de 1 de cada 4 muertes en hombres de entre 20 y 24 años de edad (8).

Según los datos de la encuesta EDADES 2024 (7), el 76,5% de la población española mayor de 15 años consumió alcohol en el último año, mientras que el 63,5% lo hizo en el último mes y el 10,5% a diario. Sin embargo, estas cifras son superiores entre jóvenes de 15 y 18 años, (ESTUDES 2023), pues el 76,1% de las chicas y el 71,2% de los chicos, consumieron alcohol en el último año, y el 58,7% y el 54,5%, respectivamente, lo hicieron en el último mes (9). En cuanto a los patrones de consumo, el 45,7% de los consumidores de alcohol presentaron un consumo de bajo riesgo, el 27,9% presentó un consumo perjudicial y el 3,2% un consumo dependiente (7). Debido a la complejidad para estimar la prevalencia de consumo de alcohol, es posible que los datos de bajo riesgo en España estén sesgados debido a varios factores, como el sesgo de voluntariado, pues las encuestas son de participación voluntaria, y el sesgo de autoevaluación, que puede infraestimar el consumo real.

Los hombres tienen un riesgo del 20% de padecer trastornos por consumo de alcohol a lo largo de la vida, mientras que en mujeres es del 8-10% (10). Según la OMS, el consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades (2), mientras que en el estudio "El alcohol en Europa: una perspectiva de salud pública" el riesgo de enfermedad aumenta de forma geométrica a la dosis de alcohol (3).

El consumo de alcohol aumenta la producción de grasa corporal (11) y se asocia a sobrepeso, obesidad y aumento del perímetro abdominal (12-18). También se asocia a expulsiones escolares, laborales y a problemas interpersonales tales como separaciones o divorcios (10). Además, provoca muerte y discapacidad a edades relativamente tempranas, pues cerca del 13,5% de las muertes en personas de 20 a 39 años, son atribuibles al alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de al-

cohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos (2).

Según los últimos datos (19), las tasas medias anuales de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol son:

- El 15% de las muertes en accidentes laborales
- El 25% de las muertes por suicidio
- El 40% de las muertes de accidentes de tráfico
- El 42% de las muertes por pancreatitis aguda
- El 46% de las muertes por homicidio.
- El 50% de los tumores del tracto digestivo superior (labio, cavidad oral, faringe y laringe)
- El 60% de los casos de pancreatitis crónica
- El 70% de las muertes por cirrosis hepática

Más allá de las consecuencias para la salud, el consumo nocivo de alcohol ocasiona importantes pérdidas sociales y económicas derivadas de las muertes prematuras y los años de vida perdidos en salud, y su impacto en los sistemas de salud, costes sociales y desigualdades asociadas al consumo de alcohol (2). Se estima que en 2018 las pérdidas totales de productividad en la UE por las 23.000 muertes por cáncer atribuible al consumo de alcohol alcanzaron los 4.580 millones de euros, lo que supone 0,027 % del Producto Interior Bruto (PIB) europeo (20).

Aunque existe evidencia científica robusta que asocia el consumo excesivo de alcohol es dañino para la salud, aún existe la errónea percepción entre la población de que “el consumo moderado de alcohol”, no sólo no es dañino, sino que podría tener un efecto protector en la enfermedad cardiovascular (ECV), particularmente en la cardiopatía isquémica. En un estudio publicado en 2017 realizado en Francia, Italia y España, entre el 68% y 76% de los encuestados estuvo de acuerdo con que un consumo moderado de vino tenía efecto positivo en la prevención de ECV(21). El 46% de los encuestados españoles también estuvo de acuerdo en la posibilidad de que el vino pueda prevenir el cáncer y entre el 64% y el 70% de los encuestados no estuvo de acuerdo con la afirmación “Un consumo moderado de vino puede provocar algunas enfermedades” (21). La percepción de que cierta cantidad y tipo de alcohol puede ser promotor de la salud es una controversia posiblemente debida a la discusión científica sobre sus efectos y los intereses económicos que rodean a la industria del alcohol, que solo en la UE supone unos 9.000 millones de euros al año, y que solo en 2001, 15 países de la UE recaudaron hasta 25.000 millones de euros en impuestos especiales (3).

Tal y como subraya el documento de “Posicionamiento sobre el alcohol del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria”, el consumo de alcohol, aunque sea a bajas dosis, aumenta de forma clara el riesgo de enfermedad hipertensiva (22) y de fibrilación auricular en hombres (23).

Para otras ECV, la relación es más compleja, y en casi todas ellas, un alto consumo se relaciona con un aumento del riesgo, mientras que existe la controversia sobre el efecto de un consumo por debajo de 30 g/día.

La discusión científica radica en si existe o no una asociación verdadera de “curva en J” entre el nivel de consumo de alcohol y ciertas enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica. Asumir la existencia de una asociación en “curva de J”, es asumir que aquellas personas que consumen una baja cantidad de alcohol tienen menor riesgo incluso en comparación a las que no toman alcohol (abstinencia), aspecto sobre el que existe una importante controversia científica en este momento con los estudios observacionales realizados (24,25) (26,27). Es importante recordar, sin embargo, que existen otras patologías cardiovasculares (hipertensión arterial o arritmias como la fibrilación auricular) con las que existe un incremento de riesgo claro a dosis bajas.

Entre otras, algunas de las razones por las que existe controversia se debe ciertos errores en medición (clasificación de bebedores) y factores confusores, entre los que destacan (26–31):

- (a) clasificación como abstemios de exbebedores y de personas que no beben por razones de enfermedad, y en consecuencia categoría de referencia errónea
- (b) mal ajuste de factores de confusión como la actividad física, edad y sexo, nivel socioeconómico, soporte social y personalidad, patrón de consumo de bebidas alcohólicas o el patrón dietético.

Una revisión de la literatura publicada en 2022 en la que se priorizó la inclusión de estudios observacionales en los que se emplearon técnicas para mejorar la relación causa-efecto (32), llegó a la conclusión de que son aún muy pocos los estudios que aplican estas técnicas para llegar a conclusiones firmes que pudieran contribuir a resolver la controversia. No obstante, son muchas las entidades que sugieren un efecto negativo del alcohol (cualquier nivel y tipo) sobre el riesgo de enfermedad, apuntando hacia políticas que promuevan la abstinencia o la disminución global del consumo de alcohol (33–35). No es recomendable, tal y como señala la Asociación Americana del Corazón, beber vino o cualquier otra clase de bebida alcohólica para obtener beneficios en la salud cardiovascular (36).

Un consenso publicado por la *World Cancer Research Fund* y el *American Institute for Cancer Research* en 2018 (37) indica que la evidencia científica no muestra un nivel claro de consumo de bebidas alcohólicas por debajo del cual no se produzca un incremento en el riesgo de cáncer. Esto significa que, basándonos tan sólo en las evidencias relativas al cáncer, incluso pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas deben ser evitadas. En la UE, se estima que el consumo de alcohol es la causa del 17 % de los siete tipos de cáncer relacionados con el alcohol. El consumo de alcohol leve a moderado (menos de 20 g de alcohol puro por día) se asoció con el 13,3 % de estos casos, lo que equivale a casi 23 000 nuevos casos de cáncer en 2017 (38). La OMS indica que no hay un nivel de consumo de alcohol libre de riesgos (2,39). Los efectos perjudiciales del alcohol no sólo dependen de la cantidad consumida, sino también de la edad, del peso o del sexo del individuo, así como la rapidez de la ingesta, y de su combinación con otras drogas, con bebidas energéticas, o con fármacos, los cuales podrían acelerar la intoxicación (36,40).

El riesgo de “abuso de alcohol” en la población es del 15% aproximadamente y el de “dependencia” del 10%, ahora englobados en el “trastorno por uso de alcohol”. Apro-

ximadamente el 20% de las personas con dependencia del alcohol eran capaces de beber con moderación sin problemas en el año previo (10). Los jóvenes, y los bebedores de bajo nivel socioeconómico presentan un mayor riesgo de desarrollar dependencia del alcohol (3). El 5,5% de la población adulta puede considerarse “bebedor de riesgo”. El 25% de los varones que acuden a los servicios de atención primaria presentan un “consumo abusivo de alcohol” (36).

En 2020 se publicó un informe del Ministerio de Sanidad (40) en el que se reevaluó y actualizó el conocimiento sobre los riesgos relacionados con los niveles de consumo, patrones de consumo y tipos de bebidas alcohólicas, que incluye una batería de recomendaciones para la toma de decisiones políticas.

Este documento de postura de la Academia Española de Nutrición y Dietética tiene como objetivo ayudar al colectivo de profesionales de la salud, y en especial, al de dietistas-nutricionistas a interpretar y a aplicar las principales recomendaciones sobre el consumo de alcohol y salud.



CONSIDERACIONES QUE JUSTIFICAN LA POSTURA

1. No hay un nivel de consumo de alcohol libre de riesgos

En el marco de la "Acción Conjunta Europea para reducir los daños relacionados con el alcohol" (*Reducing Alcohol Related Harm*, RARHA) (41), se puede constatar que muchos países han adoptado el concepto de consumo de “bajo riesgo” en lugar del tradicionalmente utilizado: “consumo moderado de alcohol” (40,42). Este cambio está alineado con lo expresado por algunos autores hace ya algunas décadas: no sólo no está bien definido en qué consiste exactamente “beber con moderación” (43), si no que puede existir una gran subjetividad personal a la hora de interpretar dicho concepto (44), y en consecuencia, producir serios perjuicios en la salud poblacional (36).

Utilizar el concepto de “consumo de bajo riesgo de alcohol en lugar de “consumo moderado” (45) permite informar a la población sobre los niveles y patrones de consumo que conllevan menores riesgos para la salud, destacando que no existe un nivel seguro y que cuanto menor sea el consumo, menor será el riesgo (40). Así, el concepto “consumo de bajo riesgo” ofrece ventajas claras frente a otras recomendaciones, convirtiéndose en una herramienta de Salud Pública (41).

El Ministerio de Sanidad publicó en 2020 los datos de mortalidad atribuible a diferentes niveles de consumo de alcohol (46), remarcando que en personas bebedoras con un consumo de alto riesgo la tasa de mortalidad atribuible al consumo de alcohol es de 27,5, y que en las de consumo de riesgo medio y bajo, sigue siendo aun del 6,9.

Asimismo, en 2020, el Ministerio de Sanidad, realizó una extensa revisión crítica de la literatura para actualizar los límites de consumo de alcohol que deben considerarse como “bajo riesgo” (40). En esta actualización, se puede constatar que al pasar del concepto de “consumo moderado” (nivel de consumo de riesgo medio) a “consumo de bajo riesgo” se ha modificado el nivel de ingesta de alcohol que representa un riesgo

para la salud, para alinearse con otros países de la Unión Europea y con la evidencia disponible. Mientras el límite de consumo moderado de alcohol se estableció en hasta 40 g/día de alcohol puro en hombres y hasta 20 g/día para mujeres (47), el de consumo de bajo riesgo se estableció en la mitad, es decir, 20 g/día para hombres y 10 g/día para las mujeres (40), mucho más en línea con las actuales recomendaciones de los países de la Unión Europea (48).

En relación con la determinación del nivel de consumo de alcohol sugerido como "bajo riesgo", es crucial señalar que la tolerancia individual puede influir de manera significativa en dicho nivel. Este puede variar en función de la eficiencia del metabolismo del etanol a través de la enzima alcohol deshidrogenasa, así como de la condición de salud específica de cada individuo. En consecuencia, a nivel individual, es necesario evaluar si el límite considerado de manera general para la población constituye o no un nivel de ingesta de bajo riesgo para cada persona en particular (49).

Según el informe del Ministerio de Sanidad, es importante que prevalezcan los siguientes mensajes claros en relación al consumo de alcohol y sus niveles de consumo:

- No existe un nivel de consumo seguro de alcohol.
- No consumirlo es la única forma de evitar sus efectos nocivos.
- Los límites del consumo de bajo riesgo de alcohol se sitúan en 20 g/día (2 Unidades de Bebida Estándar o UBE³) para hombres y 10 g/día (1 UBE) para mujeres, y debe destacarse que consumir por debajo de estos límites también implica un riesgo.
- Consumir alcohol por encima de los límites establecidos, conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con no beber o beber a un nivel más bajo.
- Si se consume, se recomienda reducirlo al menos por debajo de los límites de bajo riesgo.
- Algunas de las guías internacionales recomiendan días libres de alcohol durante la semana.
- En definitiva, si se consume alcohol, cuanto menos mejor.

2. El patrón de consumo también influye en el riesgo de enfermedades.

El riesgo del consumo de alcohol depende no sólo de la cantidad consumida, sino también de otros factores, y entre ellos, la frecuencia de consumo y el contexto en el que se produce, por ejemplo en grupos sociales o en soledad, acompañado de comida o no, el tipo de alimentos con el que se acompaña y la cantidad en relación con el tiempo dedicado a su consumo (49), es decir, del patrón de consumo.

El consumo intensivo de alcohol o *binge drinking*, se define como el consumo de 60 g o más de alcohol puro (6 UBE) en hombres y de 40 g o más (4 UBE) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo, habitualmente 4-6 horas, durante la que se

3. 1 UBE: Unidades de Bebida Estándar = 10 g de alcohol = 1 vaso de vino (100 cc), 1 caña de cerveza (200 cc), 1/2 copa de bebidas destiladas (25 cc), 1/2 vermut (50 cc). CALCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CONCEPTO DE UNIDAD DE BEBIDA ESTANDAR, adaptado de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/alcohol_consumo_responsable/es_def/adjuntos/CALCULO%20DEL%20CONSUMO%20DE%20ALCOHOL%20Y%20CONCEPTO%20DE%20UNIDAD%20DE%20BEBIDA%20ESTANDAR.pdf

mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/l) (40). En España el 16,0% de la población de más de 15 años reportó haber consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días (EDADES 2024) pero lo preocupante es que en edades entre 14-18 años, este porcentaje alcanza el 28,2% (ESTUDES2023).

Las evidencias sugieren que los episodios de consumo intensivo de alcohol aumentan el riesgo de enfermedades, tiene consecuencias negativas para la sociedad como aumento de accidentes, peleas, agresiones, violencia de género, vandalismo; para la economía como daños en la propiedad, presupuesto familiar gastado, absentismo laboral, disminución de la productividad laboral; e incrementa la presión asistencial, entre otros (40).

Es por estos motivos que se hace imprescindible que las intervenciones para disminuir o evitar los episodios de consumo intensivo de alcohol deban contemplarse en el paquete de intervenciones a implementar de forma universal para reducir los daños producidos por el alcohol (50). Un único día de consumo intensivo de alcohol a la semana aumenta considerablemente el riesgo atribuible al consumo de alcohol, no puede considerarse como un patrón de consumo de alcohol de bajo riesgo. Los efectos asociados al consumo intensivo de alcohol en adolescentes se asocian a estrés, ansiedad, los acontecimientos traumáticos y depresión (51). A este respecto, cabe mencionar que el porcentaje de personas del grupo de consumo de nivel medio que presentaron una ingesta media de fin de semana superior a moderada, fue del 58,5% en las que consumían exclusivamente el fin de semana y del 48,2% en la que no eran consumidoras exclusivas de fin de semana ($p = 0,278$) (49).

Según el informe del Ministerio de Sanidad (40), es importante que prevalezcan los siguientes mensajes claros en relación al patrón de consumo de alcohol:

- No existe una frecuencia de consumo intensivo de alcohol de bajo riesgo.
- Los episodios de consumo intensivo de alcohol son nocivos, con consecuencias tanto en la salud de las personas que consumen, como para su entorno.
- Deben evitarse completamente los episodios de consumo intensivo de alcohol.

3. Ni la cerveza ni el vino tienen un efecto protector sobre la salud

En los últimos años, se ha promocionado el consumo de vino o de cerveza en la población alegando posibles efectos beneficiosos sobre la salud. Tanto la cerveza como el vino, al igual que cualquier bebida que contenga alcohol, no tienen un efecto protector diferenciado del que pueda obtenerse mediante una mejora del estilo de vida y de alimentación.

En un estudio publicado en 2017 realizado en Francia, Italia y España, entre el 68% y 76% de los encuestados declaró que el consumo moderado de vino tenía un rol positivo en la prevención de ECV (21). El 46% de los encuestados españoles afirmaron que el vino puede prevenir el cáncer, mientras que entre el 64% y el 70% de los encuestados no estaba de acuerdo con la afirmación “Un consumo moderado de vino puede provocar algunas enfermedades” (21). En la UE, el consumo de alcohol leve a moderado (menos de 20 g de alcohol puro por día) se asoció con el 13,3 % de los 17 tipos de cáncer atribuibles al alcohol, lo que equivale a casi 23 000 nuevos casos de cáncer en 2017(38).

Estos datos sugieren que debe realizarse una amplia campaña de concienciación para alfabetizar a la población en alimentación y salud para una mejor toma de decisiones.

Una revisión publicada en 2020 en la Revista Española de Salud Pública (52), en la que se evaluó si los diferentes tipos de bebidas alcohólicas tenían impactos diferentes en la salud y en la que se incluyeron 26 revisiones sistemáticas, concluyó que la evidencia revisada no permite establecer que el consumo de vino, cerveza o licores, tenga un efecto diferenciador sobre enfermedades cardiometabólicas, oncológicas o neurodegenerativas. En todo caso, los autores concluyeron que los resultados de las evaluaciones son heterogéneos, que existen grandes diferencias metodológicas en los estudios en relación a la estimación del consumo de bebidas, clasificación de bebedores, control de variables de confusión y análisis estadístico, lo que dificulta el análisis comparativo de publicaciones y sesga las conclusiones de los autores de diversas investigaciones al respecto.

Según el informe del Ministerio de Sanidad (40):

- La evidencia científica no demuestra que el consumo de vino y de cerveza tenga un efecto protector en la reducción del riesgo cardiometabólico o de cualquier otra enfermedad que supere a los posibles daños.
- Se debe evitar recomendar el consumo de bebidas alcohólicas específicas, como el vino o la cerveza, atribuyéndoles beneficios para la salud.
- La modificación del estilo de vida es una estrategia que puede ofrecer todos los beneficios erróneamente atribuidos al consumo de bajo riesgo de algunas bebidas alcohólicas, como el vino o la cerveza. Es importante que la población entienda que cuidar su alimentación y realizar actividad física, son modificaciones del estilo de vida mucho más eficaces y seguros que el consumo de bajo riesgo de vino o cerveza.

La Academia reconoce la relevancia que las bebidas fermentadas no destiladas y de baja graduación como el vino, la cerveza, el cava, la sidra, etc., tienen en España, tanto en el plano económico como en el cultural, social y gastronómico, así como en el mantenimiento de paisajes, la biodiversidad y la resiliencia del sector primario. El vino, en particular, es una bebida de tradición milenaria, llena de simbología alimentaria (ideológica y/o religiosa) y que tiene un papel relevante en la sociabilización y en el intercambio cultural (46-51). Sin embargo, estos aspectos no pueden contribuir a fomentar y perpetuar una cultura que normalice el consumo de alcohol por los efectos dañinos en la salud de la población y los elevados costes asociados para los sistemas de salud y de protección social.

El vino y la cerveza forman parte de la soberanía alimentaria en España, y cuentan con un arraigo gastronómico y cultural, que se remontan en el tiempo y cuya preservación, implica la propia protección de la identidad e idiosincrasia de un país. Sin embargo, a pesar de su relevancia en los planos social, económico, cultural o ambiental, no puede usarse como argumento que su consumo de vino, cava, cerveza, sidra, etc., se asocie a mejoras para la salud o a la reducción del riesgo de enfermedades. A este respecto, cabe destacar que en la Unión Europea está prohibido hacer declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en bebidas alcohólicas con graduación superior a 1.2%.

4. Políticas preventivas de salud pública sobre el consumo de alcohol

La salud pública promueve la salud y previene la aparición de enfermedades en la sociedad. De acuerdo con los principios de la Declaración de Yakarta (53), entre los cuales se indica como objetivo promover la responsabilidad social para la salud. Por tanto, existe la responsabilidad social gubernamental, a través de actos legislativos y políticas que protejan (54), la responsabilidad social corporativa, a través de acciones emprendidas desde las empresas (55) y la responsabilidad individual.

Un estudio mostró que llevar a cabo una campaña promocionando los beneficios del consumo moderado de alcohol aumentaba el consumo per cápita de alcohol. Así, fomentar el consumo moderado de alcohol puede conducir a un incremento del número de personas con alcoholismo en la población. Tal y como indica la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, “en ningún caso, los profesionales sanitarios deben enfatizar públicamente las posibles ventajas del consumo moderado, porque es un mensaje equívoco, ambiguo y peligroso” (19). Los riesgos de promover el consumo moderado de alcohol superan con creces los hipotéticos beneficios (36,56,57).

De forma interesante en la Declaración de Estocolmo de 2001, conocida como Carta Europea sobre el Alcohol (58), se contempla que las personas que no quieren beber alcohol o que no pueden hacerlo por motivos de salud o de otro tipo, tienen derecho a ser protegidas frente a las presiones para consumir alcohol y a recibir apoyo en su decisión de no hacerlo. Además, también incluye el deber de disminuir los efectos dañinos del alcohol y proteger a la sociedad y a los jóvenes de dichos daños.

En general, las políticas públicas orientadas a reducir el consumo de alcohol plantean beneficios para la sociedad (47). A este respecto, en un análisis comparativo de 30 países en el que se comparó el índice de Políticas de Alcohol (59), reveló que España tiene aún un largo recorrido para mejorar sus políticas que afectan a: (a) la disponibilidad de alcohol, (b) a los precios del alcohol, (c) a los límites para la conducción de vehículos a motor.

En el reciente libro de políticas de la OMS para reducir el daño ocasionado por el alcohol, tiene como objetivo dotar a los tomadores de decisiones de una comprensión profunda de estas políticas y proporciona argumentos para afrontar el discurso de la industria del alcohol que las cuestiona. La evidencia científica respalda las políticas de precios e impuestos sobre el alcohol, controles de disponibilidad, restricciones de comercialización, requisitos de etiquetado, intervenciones para la conducción bajo los efectos del alcohol y productos sin alcohol o con bajo contenido de alcohol (38,60).

Según el informe del Ministerio de Sanidad de 2020, es importante entender que el consumir alcohol no es solo una decisión individual, sino que está influenciada por los determinantes sociales de la salud. Por tanto, es necesario desarrollar políticas públicas coherentes e intersectoriales, que favorezcan entornos donde las decisiones más saludables sean las más sencillas de tomar (40). El mismo documento del Ministerio de Sanidad sugiere ofrecer información basada en la evidencia para que los individuos puedan tomar una decisión informada.

Los autores de la presente declaración de postura, en base a la revisión realizada, insta:

- Al gobierno y a los organismos competentes: se solicita a las organizaciones gubernamentales como la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C)⁴ potenciar el diálogo de políticas informadas para evaluar la eficacia de las previstas e implementadas hasta el momento (1), reforzando especialmente aquellas políticas dirigidas a reducir la disponibilidad y acceso a las bebidas alcohólicas, incrementar los precios del alcohol y establecer precios mínimos por unidad, limitar la exposición de los jóvenes a la publicidad del alcohol, apoyar proyectos normativos de etiquetado obligatorio nutricional y de advertencias del riesgo asociado a su consumo, así como establecer límites más restrictivos en la conducción de vehículos. Hay algunas guías a nivel europeo sobre políticas que han mostrado funcionar (38,61).
- A las empresas de bebidas alcohólicas: abandonar los discursos que normalicen el consumo de alcohol, en especial los referentes a los posibles beneficios derivados del consumo de bajo riesgo de alcohol, y sustituirlos por los de su relevancia y notoriedad gastronómica, económica, cultural o ambiental.
- A las sociedades científicas y entidades profesionales y en especial a los profesionales de la salud: ser embajadores/as para la diseminación del mensaje: “no existe un nivel de consumo seguro de alcohol, y no consumirlo es la única forma de evitar sus efectos dañinos”.
- A los individuos y a la sociedad: concienciarse de la importancia del mensaje y aceptar que, lejos de coartar sus libertades, las políticas y recomendaciones de salud actúan para proteger la salud individual y colectiva. La decisión última de beber o no, la toma cada individuo, pero debería hacerlo de manera informada y en un entorno donde la opción más saludable sea la más fácil, accesible y asequible.

5. Papel de la dietista-nutricionista en la evaluación del consumo de alcohol

Para reducir el daño que produce el alcohol hace falta también un esfuerzo por parte de los profesionales sanitarios. El dietista-nutricionista en la valoración y/o seguimiento del individuo sano/enfermo debería considerar el consumo de alcohol en el contexto de la valoración del estado nutricional como parte del Proceso de Atención Nutricional. Se recomienda incorporar en la entrevista una pregunta neutra que permita establecer si el individuo sano/enfermo consume alcohol, “¿Consume usted alcohol?”. En caso de respuesta afirmativa, se recomienda usar el test AUDIT-C de 3 ítems para detectar consumos de riesgo (62,63).

Esta herramienta, diseñada por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos, permite, con tan sólo 3 preguntas, detectar de forma efectiva conductas de consumo de alcohol:

- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?,
- ¿Cuántas unidades de bebidas alcohólicas toma en un día normal cuando bebe?
- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más unidades de bebidas alcohólicas en una ocasión?

4. <https://oficinac.es/es>

Ante una puntuación en este test de 4 o más puntos en hombres o de 3 o más puntos en mujeres (63), se recomienda evaluarse en más profundidad el nivel de ingesta de alcohol, enfatizar en la reducción del consumo o la abstinencia temporal, y valorar derivación para determinar si existen signos de daño (incluidos parámetros bioquímicos) y síntomas de dependencia (5,64,65). En caso de no superar la puntuación indicada, evaluar el nivel de ingesta de alcohol, ofrecer información adecuada sobre los límites de consumo de bajo riesgo de alcohol, y prevenir consumos más elevados (5,64,65).

Entre las recomendaciones individualizadas que deben expresarse a los pacientes/clientes, deben priorizarse:

No tome NADA de alcohol en estas situaciones:

- Si es menor de 18 años. En este grupo es especialmente relevante evitar los episodios de consumo intensivo de alcohol y dar alternativas de ocio saludable.
- Si está embarazada o plantea estarlo.
- Durante la lactancia.
- Al conducir cualquier vehículo, manejar herramientas o maquinarias.
- Si toma medicamentos u otras sustancias que interactúan con el alcohol.
- Al participar en deportes y otras actividades físicas potencialmente peligrosas.
- Trabajando o al tener que tomar decisiones importantes.

Si sufre una enfermedad física grave, enfermedad mental o alcoholismo. Es importante que los pacientes/clientes sepan que:

- No deben animar a otras personas a que beban alcohol.
- No existe un nivel de consumo seguro de alcohol.
- No consumirlo es lo único que evita sus efectos perjudiciales.
- Una bebida estándar de alcohol corresponde a 1/3 de cerveza o sidra (350 ml – 5% de alcohol), 1 vaso de vino (150 ml – 12% de alcohol), 1/2 copa de bebida destilada tipo ron o brandy (45 ml – 40% de alcohol).
- En mujeres, el consumo de bajo riesgo se sitúa entre 0 y 1 bebida estándar durante las comidas, sin exceder las 5 bebidas a la semana, es decir, dejando 2 días libres de alcohol.
- En hombres, el consumo de bajo riesgo se sitúa entre 0 y 2 bebidas estándar durante las comidas, sin exceder las 10 bebidas a la semana, es decir, dejando 2 días libres de alcohol.
- Cualquier frecuencia de consumo intensivo de alcohol (6 o más bebidas estándar en hombres; o 4 o más bebidas estándar en mujeres) en una sola ocasión de consumo (entre 4 o 6 horas), aunque sea sólo un día a la semana, confiere un gran riesgo para su salud.
- Ningún tipo de bebida alcohólica (incluyendo el vino o la cerveza) ha mostrado tener un efecto protector diferenciado de ninguna enfermedad. La modificación del estilo de vida que incluya actividad física y una alimentación saludable, es una forma efectiva y segura de mejorar su salud y prevenir enfermedades.



INFOGRAFÍAS PARA LA CIUDADANÍA Y PACIENTES

A continuación, presentamos una serie de infografías elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el propósito de proporcionar información a la población sobre el consumo de alcohol de bajo riesgo. Estas infografías incluyen pautas claras sobre los límites recomendados para un consumo de alcohol seguro, así como consejos concisos para reducir el consumo de alcohol en caso necesario. Además, se abordan las posibles consecuencias para la salud y el bienestar del consumo excesivo de alcohol. Es importante destacar que se hacen distinciones entre los niveles de consumo de riesgo para hombres y mujeres, teniendo en cuenta las diferencias biológicas y sus implicaciones. Estas infografías son una valiosa herramienta educativa para promover la toma de decisiones informadas y el cuidado de la salud en relación con el consumo de alcohol.



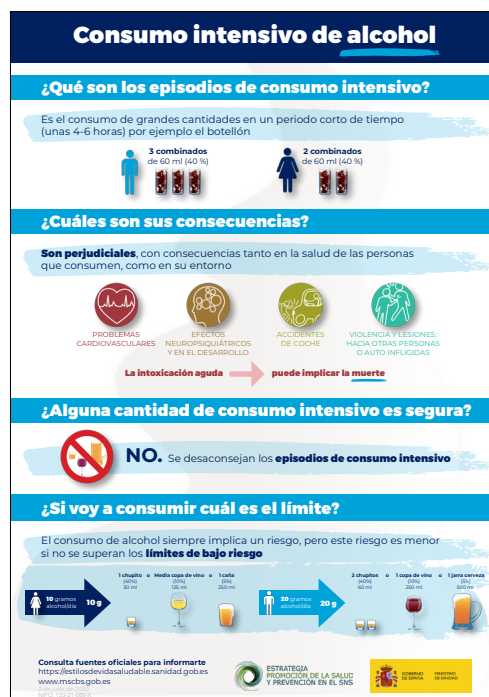
Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



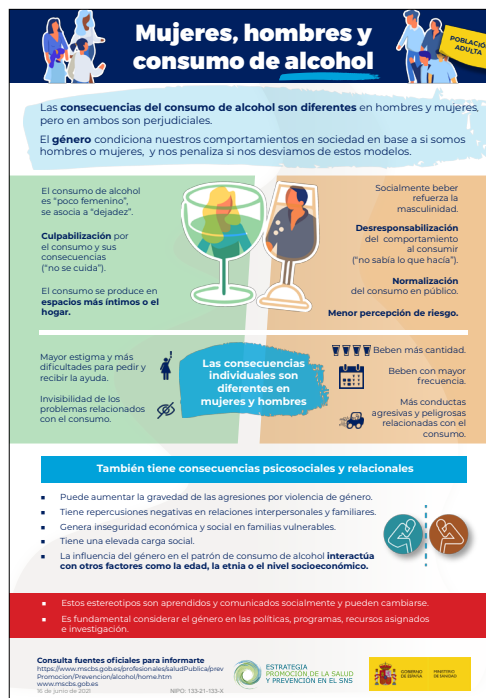
Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).

← Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).



Descargar infografía [aquí](#).

Referencias

1. LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 13 de abril de 2021 Lineasactuacion_PreencionConsumoAlcohol.pdf (sanidad.gob.es) Ministerio de Sanidad - Áreas - Prevención del consumo de alcohol. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/Lineasactuacion_Preencion-ConsumoAlcohol.pdf.
2. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
3. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe A public health perspective: A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies. United Kingdom: Directorate C - Public Health & Risk Assessment C2 - Health Information; 2006. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf.
4. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 27 de junio de 2009;373(9682):2223-33.
5. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JJ, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022. *Aten Primaria*. octubre de 2022;54(Suppl 1):102442.
6. Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. [Population-based studies on alcohol-related harm in Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. agosto de 2014;88(4):493-513.
7. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2024 Gobierno de España. Ministerio de Sanidad [consultado Sept 2025]. Informe 2024. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_Ejecutivo_EDADES_es.pdf.
8. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf.
9. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Resumen_ejecutivo.pdf [Consulta: 29 de febrero de 2024].
10. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet*. 7 de febrero de 2009;373(9662):492-501.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. MSC, 2007. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/memo2007.pdf> [Consulta: 04 de septiembre de 2023].
12. Traversy G, Chaput JP. Alcohol Consumption and Obesity: An Update. *Curr Obes Rep*. marzo de 2015;4(1):122-30.
13. Sayón-Orea C, Martínez-González MÁ, Bes-Rastrollo M. Alcohol consumption and body weight: a systematic review. *Nutrition reviews*. 26 de julio de 2011;69(8):419-31.
14. French MT, Norton EC, Fang H, Maclean JC. Alcohol consumption and body weight. *Health Econ*. julio de 2010;19(7):814-32.
15. Schütze M, Schulz M, Steffen A, Bergmann MM, Kroke A, Lissner L, et al. Beer consumption and the «beer belly»: scientific basis or common belief? *Eur J Clin Nutr*. septiembre de 2009;63(9):1143-9.
16. Sung KC, Kim SH, Reaven GM. Relationship among alcohol, body weight, and cardiovascular risk factors in 27,030 Korean men. *Diabetes Care*. octubre de 2007;30(10):2690-4.
17. Suter PM. Is alcohol consumption a risk factor for weight gain and obesity? *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2005;42(3):197-227.
18. Tolstrup JS, Halkjaer J, Heitmann BL, Tjønneland AM, Overvad K, Sørensen TIA, et al. Alcohol drinking frequency in relation to subsequent changes in waist circumference. *Am J Clin Nutr*. abril de 2008;87(4):957-63.
19. Aubà JA. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Alcohol. Barcelona: semFYC; 2000.
20. Rumgay H, Ortega-Ortega M, Sharp L, Lunet N, Soerjomataram I. The cost of premature death from cancer

attributable to alcohol: Productivity losses in Europe in 2018. *Cancer Epidemiol.* junio de 2023;84:102365.

21. Vecchio R, Decordi G, Grésillon L, Gugenberger C, Mahéo M, Jourjon F. European consumers' perception of moderate wine consumption on health. *Wine Economics and Policy.* 1 de junio de 2017;6(1):14-22.
22. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Men and Women: A Systematic Review and Meta Analysis. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 25 de septiembre de 2012;14(11):792-8.
23. Yang L, Chen H, Shu T, Pan M, Huang W. Risk of incident atrial fibrillation with low-to-moderate alcohol consumption is associated with gender, region, alcohol category: a systematic review and meta-analysis. *Europace.* 3 de mayo de 2022;24(5):729-46.
24. de GG, Costanzo S. Alcohol and Health. *Journal of the American College of Cardiology.* 22 de agosto de 2017;70(8):923-5.
25. Tsai MK, Gao W, Wen CP. The relationship between alcohol consumption and health: J-shaped or less is more? *BMC Medicine.* 3 de julio de 2023;21(1):228.
26. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do «Moderate» Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs.* marzo de 2016;77(2):185-98.
27. Andréasson S. Alcohol and J-Shaped Curves. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 1998;22(S7):359S-64S.
28. Shaper AG, Wannamethee SG. The J-shaped curve and changes in drinking habit. *Novartis Found Symp.* 1998;216:173-88; discussion 188-192.
29. Mayer-Davis E, Leidy H, Mattes R, Naimi T, Novotny R, Schneeman B, et al. Alcohol Consumption and All-Cause Mortality: A Systematic Review [Internet]. Alexandria (VA): USDA Nutrition Evidence Systematic Review; 2020 [citado 5 de septiembre de 2023]. (USDA Nutrition Evidence Systematic Reviews). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579065/>
30. Zeisser C, Stockwell TR, Chikritzhs T. Methodological biases in estimating the relationship between alcohol consumption and breast cancer: the role of drinker misclassification errors in meta-analytic results. *Alcohol Clin Exp Res.* agosto de 2014;38(8):2297-306.
31. Ortola R, García-Esquinas E, López-García E, León-Muñoz LM, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Alcohol consumption and all-cause mortality in older adults in Spain: an analysis accounting for the main methodological issues. *Addiction.* enero de 2019;114(1):59-68.
32. Visontay R, Sunderland M, Slade T, Wilson J, Mewton L. Are there non-linear relationships between alcohol consumption and long-term health? Protocol for a systematic review of observational studies employing approaches to improve causal inference. *BMJ Open.* 23 de marzo de 2021;11(3):e043985.
33. Room R, Graham K, Rehm J, Jernigan D, Monteiro M. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *Eur Addict Res.* octubre de 2003;9(4):165-75.
34. World Health Organization (WHO). Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
35. World Health Organization (WHO). Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010–2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
36. Basulto J, Manera M, Baladía E, Comas MT. Alcohol con moderación y salud. Febrero de 2010. [Monografía en Internet]. [Citado 04 de 09 de 2023]. Disponible en: <http://fedn.es/docs/grep/docs/alcohol.pdf>.
37. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Alcoholic drinks and the risk of cancer. Continuous Update Project. WCRF, 2018. Disponible en: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Alcoholic-Drinks.pdf>.
38. World Health Organization. Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
39. Manthey J, Shield K, Rehm J. Alcohol and health. *The Lancet.* 19 de noviembre de 2022;400(10365):1764-5.
40. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
41. Broholm K, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, Jones L, Martire S, Mongan D, Montonen M, Mäkelä P, Rossi L, Sarrazin D, Scafato E, Schumacher J, Steffens R. Good practice principles for low risk drinking guidelines. National Institute for Health and Welfare (THL); October 2016. Disponible en: <https://www.drugsandalcohol.ie/26568/>.

42. Shield KD, Gmel G, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, et al. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*. septiembre de 2017;112(9):1535-44.
43. Dufour MC. What is moderate drinking? Defining «drinks» and drinking levels. *Alcohol Res Health*. 1999;23(1):5-14.
44. Masters JA. Moderate alcohol consumption and unappreciated risk for alcohol-related harm among ethnically diverse, urban-dwelling elders. *Geriatr Nurs*. 2003;24(3):155-61.
45. World Health Organization. (1994) . Lexicon of alcohol and drug terms. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>.
46. Donat M, Sordo L, Belza MJ, Barrio G. MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL ALCOHOL EN ESPAÑA 2001-2017: METODOLOGÍA Y RESULTADOS. Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf.
47. 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. Sanidad; 2007. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>.
48. European Commission (EC). National low-risk drinking recommendations (or drinking guidelines) and standard units [webpage]. Health Promotion and Disease Prevention Knowledge Gateway. KNOWLEDGE FOR POLICY. [Mayo de 2022]. Disponible en: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/national-low-risk-drinking-recommendations-drinking-guidelines_en.
49. Vicente-Castro I, Redondo-Useros N, Díaz-Prieto LE, Gómez-Martínez S, Marcos A, Nova E. Association between Moderate Alcohol Consumption and Subjective Quality of Life in Spanish Young Adults. *Nutrients*. 1 de febrero de 2023;15(3):750.
50. Botwright S, Sutawong J, Kingkaew P, Anothaisintawee T, Dabak SV, Suwanpanich C, et al. Which interventions for alcohol use should be included in a universal healthcare benefit package? An umbrella review of targeted interventions to address harmful drinking and dependence. *BMC Public Health*. 23 de febrero de 2023;23(1):382.
51. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*. 3 de agosto de 2017;32(8):976-1017.
52. Galán Labaca I, Segura-García L, Álvarez FJ, Bosque-Prous M. [Differential health effects of alcoholic beverages: an umbrella review of observational studies.]. *Rev Esp Salud Publica*. 13 de noviembre de 2020;94:e202011147.
53. Petersen PE. World Health Organization, Organisation Mondiale de la Sante. Aplicación de resoluciones y decisiones: Promoción de la salud. 51 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. A51/INF.DOC./2; 1998. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA51/said2.pdf. *Commun Dent Oral Epidemiol*. diciembre de 2003;31(6):471-471.
54. World Health Organization (WHO). Governance for health in the 21st century. WHO. Geneva, 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326429/9789289002745-eng.pdf>.
55. European Foundation for the improvement of living and working conditions. Towards a sustainable corporate social responsibility. Ireland, 2003. Disponible en: https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec_trabajo/autonomos/economia-soc/RespoSocEmpresas/documentos_rse/Towardsasustainablecorporatesocialresponsibility.pdf.
56. O'Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp double-edged sword. *J Am Coll Cardiol*. 11 de septiembre de 2007;50(11):1009-14.
57. Emberson JR, Bennett DA. Effect of alcohol on risk of coronary heart disease and stroke: causality, bias, or a bit of both? *Vasc Health Risk Manag*. 2006;2(3):239-49.
58. Ministerio de Sanidad y Consumo. Declaración de Estocolmo. Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre los Jóvenes y le Alcohol. Madrid, 2001. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/internacional/oms/docs/Decla_estocolmo.pdf.
59. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. Hay P, editor. *PLoS Med*. 24 de abril de 2007;4(4):e151.
60. WHO-EU Evidence into Action Alcohol Project (EVID-ACTION) <https://www.who.int/europe/activities/partnering-with-the-eu-to-reduce-harms-from-alcohol>.