

El problema del alcohol en el Reino Unido y lo que hace (y no hace) el gobierno al respecto

Britain's alcohol problem and what the UK government is (and is not) doing about it

NICK HEATHER

Emeritus Professor of Alcohol & Other Drug Studies, Division of Psychology, Northumbria University, Newcastle upon Tyne, UK

Enviar correspondencia a:

Nick Heather PhD, Division of Psychology, Northumbria University, Newcastle upon Tyne, NE1 8ST, UK.
Phone: (0)191 227 4521; Fax: (0) 191 227 3190; email: nick.heather@unn.ac.uk

RESUMEN

El Reino Unido experimenta en la actualidad un serio problema con el alcohol, como demuestra el acusado incremento de los porcentajes de mortalidad por cirrosis hepática y la extensión de las enfermedades y los problemas relacionados con el alcohol entre la gente joven. El gobierno inglés tuvo dos grandes iniciativas en 2004 —cambios radicales en la legislación que regula la venta de bebidas alcohólicas y una *Estrategia para la reducción de los daños del alcohol en Inglaterra*—, que se describen y critican. Según creen la mayoría de los expertos británicos en el campo del alcohol y un significativo segmento de la opinión pública, estas medidas no conducirán a una reducción de los perjuicios relacionados con el alcohol. El gobierno de Gran Bretaña se preocupa más por apoyar la bonanza de la industria del alcohol que por introducir medidas efectivas para limitar los daños causados por sus productos. Sin embargo, se plantea en la conclusión que las reacciones a otra «gran oleada» de consumo de alcohol y problemas con el mismo tal vez obligarán al gobierno a revisar sus políticas sobre el alcohol

Palabras clave: *problemas relacionados con el alcohol, políticas del gobierno, Gran Bretaña, leyes que regulan el consumo de bebidas alcohólicas, grandes oleadas de consumo de alcohol.*

ABSTRACT

Britain is currently experiencing a serious alcohol problem, as shown particularly by a steep increase in rates of liver cirrhosis mortality and by widespread alcohol-related disorder and harm among young people. The UK government introduced two major initiatives in 2004 - radical changes to the licensing laws regulating the sale of alcoholic beverages and an *Alcohol Harm Reduction Strategy for England* – and these are described and criticised. In the opinion of most UK experts in the alcohol field and in a significant body of public opinion, neither of these developments is likely to lead to a reduction of alcohol-related harm. The UK government appears more concerned to support the welfare of the alcohol industry than to introduce effective measures to limit the damage caused by its products. However, it is speculated in conclusion that reactions to another “long wave” of alcohol consumption and problems may force the government to revise its alcohol policies.

Key words: *alcohol-related problems, government policy, United Kingdom, licensing laws, long waves of alcohol consumption*

INTRODUCCIÓN: EL PROBLEMA DEL ALCOHOL EN GRAN BRETAÑA

El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del norte está sufriendo un serio problema con el alcohol. Históricamente el Reino Unido muestra un nivel de consumo *per capita* relativamente moderado en comparación con otros países de Europa occidental. Sin embargo, recientemente el consumo en la mayo-

INTRODUCTION: BRITAIN'S ALCOHOL PROBLEM

The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland is currently experiencing a serious alcohol problem. Historically, the UK has shown a relatively moderate *per capita* level of consumption compared with other western European countries. In more recent times, however, con-

ría de estos países se ha estabilizado o caído, mientras que en el Reino Unido ha continuado subiendo. Un *Informe analítico provisional*, encargado por el gobierno como preparación para su reciente estrategia sobre el alcohol (véase más adelante), concluía diciendo: «Si continúa la presente tendencia, el Reino Unido se acercará a los puestos más altos de la tabla de consumo en los próximos diez años (Prime Minister's Strategy Unit, 2003). Esta tendencia ha continuado durante los tres años transcurridos desde la publicación del informe. El beber compulsivo (binge drinking de los ingleses) -definido como el consumo de 8+ unidades de alcohol en una única ocasión para los hombres y 6+ para las mujeres, 1 unidad = 8 grs. de etanol- representa en la actualidad el 40% de las situaciones de consumo de bebidas entre los hombres y el 22% entre las mujeres, lo que significa una frecuencia de beber compulsivo sustancialmente más elevada que la de la mayoría de los países europeos (Prime Minister's Strategy Unit, 2003).

El incremento de los problemas relacionados con el alcohol en Gran Bretaña se ve de forma más descarnada en los porcentajes de mortalidad por cirrosis hepática que, además de ser un indicador de un grave perjuicio en sí, sirven como marcador fiable del nivel de problemas relacionados con el alcohol en una población desde un punto de vista más general (Academy of Medical Sciences, 2004). Leon y McCambridge (2006) han demostrado recientemente que el Reino Unido registra la mayor elevación de los porcentajes de mortalidad por cirrosis hepática en Europa occidental (véase también Room, 2006). Entre 1987 y 2001 en Inglaterra y Gales los porcentajes entre los hombres crecieron unos dos tercios, mientras que en Escocia superaron el doble. En mujeres los porcentajes se elevaron casi en la mitad en Inglaterra, Gales y Escocia. Esto contrasta con las tendencias de la mayoría de los países europeos, sobre todo los del sur de Europa, donde los porcentajes de mortalidad por cirrosis hepática han descendido en el mismo período. Aunque no hay una explicación clara y completa para el incremento en el Reino Unido, el creciente consumo general es sin duda un factor contributivo fundamental. Igualmente, el cambio en las preferencias de bebidas, de la cerveza a presentaciones más fuertes de alcohol en vinos y licores, también ha contribuido al incremento del (véase Leon y McCambridge, 2006).

Otro aspecto de la situación de Gran Bretaña que preocupa especialmente es la embriaguez pública, los desórdenes y la violencia y las lesiones relacionadas con el alcohol entre la gente joven. El informe de 1999 de la *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs ESPAD* (Hibell, Andersson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi y Morgan, 2000) mostraba que los adolescentes británicos son de los más bebedores de Europa, sólo igualados por los de Dinamarca e Irlanda. Los adolescentes británicos son más propensos a beber, emborracharse y experimen-

sumption in most of these countries has stabilised or fallen, while in the UK it has continued to rise. An *Interim Analytical Report*, ordered by the government in preparation for its recent alcohol strategy (see below), concluded that: "If present trends continue, the UK would rise near the top of the consumption league table within the next 10 years (Prime Minister's Strategy Unit, 2003, p.18). These trends *have* continued in the three years since the publication of the report. "Binge drinking" (defined as drinking 8+ units of alcohol on a single occasion for men and 6+ units for women, 1 unit = 8 g ethanol) now represents 40% of all drinking occasions among men and 22% among women – a frequency of binge drinking substantially higher than most other European countries (Prime Minister's Strategy Unit, 2003, p. 21).

The increase in alcohol-related harm in the UK is shown most starkly in rates of liver cirrhosis mortality which, as well as being an indicator of a serious form of harm in themselves, serve as a reliable marker for the level alcohol-related problems in a population more generally (Academy of Medical Sciences, 2004). Leon and McCambridge (2006) have recently shown that the UK has recorded the steepest rise in rates of liver cirrhosis mortality in western Europe (see also Room, 2006). Between 1987 to 2001 rates in England and Wales in men rose by over two-thirds while in Scotland they more than doubled. In women, rates increased by almost a half in England and Wales and in Scotland. This stands in contrast to trends in most other European countries, particularly those of southern Europe, where rates of liver cirrhosis mortality have declined over the same period. While a complete explanation for the increase in the UK is unclear, increased overall consumption is almost certainly a major contributory factor. At the same time, a change in beverage preferences from beer to stronger forms of alcohol in wines and spirits may also have contributed to the increased risk (Leon & McCambridge, 2006).

Another aspect of the UK situation that is causing special concern is public drunkenness, rowdiness and alcohol-related violence and injury among young people. The 1999 report of the *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Hibell, Andersson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi and Morgan, 2000) showed that British teenagers are among the heaviest drinkers in Europe, equalled only by those in Denmark and Ireland. British teenagers report that they are more likely to drink, get drunk and experience alcohol-related problems than their counterparts in almost all other European coun-

tar problemas con el alcohol que sus semejantes de la mayoría de los países europeos. Más de un tercio de jóvenes británicos de entre quince y dieciséis años declararon que se habían emborrachado a la edad de trece años o antes, en contraste con el porcentaje de uno de cada diez entre los adolescentes franceses o italianos. Los porcentajes de consumo y problemas con el alcohol entre las mujeres jóvenes resultan especialmente alarmantes. El estudio más reciente ESPAD, de 2003, revelaba un hallazgo sin precedentes: las adolescentes británicas habían superado a los chicos en frecuencia de episodios de beber compulsivo (Hibell, Andersson, Bjarnason, Ahlström, Balakireva, Kokkevi y Morgan, 2004; Plant, Miller y Plant, 2005). Es más, el incremento de diagnósticos de cirrosis hepática entre mujeres jóvenes fue tan alarmante que el Oficial médico jefe del Reino Unido, la autoridad médica superior del país, dedicó su informe anual sobre el estado de la salud pública a este problema en 2001 (Donaldson, 2001).

Los centros de las ciudades y de las poblaciones de tamaño grande y medio de Gran Bretaña se han convertido en «zonas no deseables» para muchos adultos en las noches de los viernes y los sábados, debido a la embriaguez de la gente joven que ocupa las calles ante un gran cantidad de «super pubs», discotecas y night-clubs (Por ejemplo, la relativamente pequeña ciudad de Nottingham tenía en el último recuento trescientos cincuenta y seis locales con permiso de venta de bebidas alcohólicas en poco más de dos kilómetros cuadrados de su zona centro). Frecuentes artículos de los medios de comunicación y documentales de televisión demuestran la enorme presión que estos lugares ejercen sobre la policía, los servicios médicos de accidentes y de urgencias y otros recursos locales. El origen de esta situación se encuentra en el éxodo de la industria y el comercio de los centros de las ciudades a ubicaciones en las afueras, dejando un vacío que los políticos locales se apresuraron a llenar con la «economía nocturna» de la industria del consumo y del ocio (Hobbs, Hadfield, Lister y Winlow, 2003). Esto ha transformado radicalmente la forma en que se consume alcohol en Gran Bretaña, según muchos para peor.

A la luz de esas tendencias y niveles de problemas con el alcohol, sería razonable esperar que el gobierno británico emprendiese acciones para reducir los perjuicios del alcohol en Gran Bretaña. De hecho, el gobierno introdujo dos iniciativas de gran alcance en marzo de 2004: cambios radicales en las leyes que regulan la venta de bebidas alcohólicas y una *Estrategia para la reducción de los riesgos del alcohol en Inglaterra*, aunque según la mayoría de los expertos en la materia y gran parte de la opinión pública, no es probable que mejoren la situación. Analizaremos ambas iniciativas por separado.

tries. More than a third of British 15- and 16-year olds reported that they had been drunk at age 13 or earlier, compared for example to only one in ten French or Italian teenagers. Rates of alcohol consumption and problems among young women are especially alarming. The most recent ESPAD survey in 2003 revealed the unprecedented finding that British girls have now overtaken boys in the frequency of binge-drinking episodes (Hibell, Andersson, Bjarnason, Ahlström, Balakireva, Kokkevi, Morgan, 2004; Plant, Miller & Plant, 2005). Indeed, so alarming has the increase in diagnoses of liver cirrhosis among young women become that the UK Chief Medical Officer, the most senior medical authority in the country, was moved to devote his annual report on the state of public health to this problem in 2001 (Donaldson, 2001).

The centres of cities, large or even medium-sized towns throughout the UK have become “no-go areas” for many adults late on Friday or Saturday nights owing to drunken disorder among young people spilling out on to the streets from a multitude of “super-pubs”, disco bars and night-clubs. (As but one example, the relatively small city of Nottingham had at the latest count 356 licensed alcohol retail premises in just one square mile of the city centre.) Frequent media articles and TV documentaries demonstrate the enormous strain this places on the police, accident and emergency medical services and other local resources. This situation was originally caused by the exodus of industry and commerce from town centres to out-of-town locations, leaving a vacuum that local politicians were keen to fill by the “night-time economy” of the consumption and leisure industry (Hobbs, Hadfield, Lister, Winlow, 2003). This development has radically transformed the way alcohol is consumed in modern Britain, many would say considerably for the worse.

In the light of these trends and current levels of alcohol-related problems, it would be reasonable to expect that the British government would take action to reduce alcohol-related harm in the UK. In fact, the government introduced two major initiatives in March, 2004 – radical changes to the licensing laws regulating the sale of alcoholic beverages and an *Alcohol Harm Reduction Strategy for England* – although in the opinion of most experts in the field and among a large body of public opinion too, neither is likely to improve the situation. We will consider each of these in turn.

«REFORMA» DE LAS LEYES QUE REGULAN LA VENTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

A la vista de la relación entre las reducciones del daño causado por el alcohol con las restricciones de días y horas para la venta de alcohol y con las limitaciones de puntos de venta del mismo (Babor, Caetano, Casswell, Edwards, Giesbrecht, Graham, et al., 2003), podría pensarse que el gobierno de Gran Bretaña emprendería el recorte de los horarios de apertura de las tabernas y otros puntos de venta de alcohol y limitaría o, al menos, estabilizaría su densidad. En realidad, ha ocurrido lo contrario; el gobierno ha introducido legislación que *amplía* los horarios de apertura y no ha hecho nada para limitar el creciente número de puestos de venta. La nueva ley, que entró en vigor en noviembre de 2005 y se aplica sólo en Inglaterra, ha abolido los horarios de cierre de ámbito nacional para pubs y clubes que existieron en diferentes formas desde la primera guerra mundial y ha facilitado que cualquier minorista pueda solicitar un permiso para vender bebidas alcohólicas las veinticuatro horas del día. En los primeros meses de vigor de la nueva ley no muchos puntos de venta han aplicado los permisos de veinticuatro horas, pero sí han ampliado el horario de apertura unas horas por las noches, sobre todo los fines de semana, además de proporcionar actuaciones en directo.

Tal vez más inquietante que la ampliación de los propios horarios de apertura sea la «orientación» del gobierno sobre las consideraciones que han de tenerse en cuenta a la hora de valorar las solicitudes de ampliación del horario de venta. Al sustituir el antiguo sistema de control de permisos de venta de alcohol por los jueces, se ha introducido un nuevo sistema de control a cargo de comités de permisos constituidos por políticos locales, pero Room (2004) ha descrito en detalle la forma en que las instrucciones del gobierno han limitado seriamente el poder de estos comités para responder a los intereses locales. Por ejemplo, «(la concesión de una licencia) no está sujeta a condiciones relacionadas únicamente con la salud de los clientes...» (UK Ministry of Culture, Media & Sport, 2004); según el gobierno, la salud pública se contempla en otra legislación y no es relevante para la ley sobre la venta de bebidas alcohólicas. A mayor abundamiento, «(las condiciones relativas a las molestias públicas causadas por la conducta antisocial de los clientes cuando no están bajo control del concesionario de los permisos... no se justifican... Más allá de los límites de los locales, son materias de responsabilidad personal de los individuos sometidos a la ley» (p. 95) (La apelación a la «responsabilidad personal» en la última frase es un estribillo familiar del gobierno de Blair; los problemas de la sociedad, como los crecientes trastornos y enfermedades producidas por el alcohol, son meros problemas causados por un número relativamente pequeño de individuos, como los que beben

LICENSING LAW "REFORM"

In view of the evidence linking reductions in alcohol-related harm to restrictions on hours and days for the sale of alcohol and to limitations on the density of alcohol outlets (Babor, Caetano, Casswell, Edwards, Giesbrecht, Graham, et al., 2003), it might be thought that the UK government would take action to curtail hours of opening of public houses and other alcohol outlets and limit or at least stabilise their density. In fact, quite the opposite has happened; the government has introduced legislation that *extends* opening hours and has done nothing to limit the ever-increasing number of alcohol outlets. The new Act, which came into force in November 2005 and applies only to England, abolished the nation-wide closing hours for pubs and clubs that had existed in different forms since World War I and allowed any alcohol retailer to apply for a license permitting drinking around the clock. In the first few months of the new law, not many outlets have applied for 24-hour licenses but many have been granted permission to extend opening by a few hours at night, especially at weekends, together with the provision of live entertainment.

Perhaps more disturbing than the extension of open hours themselves is the "guidance" issued by the government on the considerations that should be taken into account in the assessment of applications for extended hours of sale. Replacing the ancient system of control of alcohol licensing by magistrates, a new system of control by licensing committees made up of local politicians has been introduced but Room (2004) has described in detail how the government's instructions have severely limited the power of these committees to respond to local interests. For example, "conditions may not be attached (to the granting of a license) which relate solely to the health of customers ..." (UK Ministry of Culture, Media & Sport, 2004, p.65); public health, the government says, is dealt with in other legislation and is not relevant to the law on the sale of alcoholic beverages. Furthermore, "conditions relating to public nuisance caused by the antisocial behaviour of customers once they are beyond the control of the license holder ... cannot be justified ... Beyond the vicinity of the premises, these are matters for personal responsibility of individuals under the law" (p.95). (The appeal to "personal responsibility" in the last sentence is a familiar refrain of the Blair government; problems in society, such as increasing alcohol-related disorder and disease, are merely problems caused by a relatively few individuals, such as individual excessive

en exceso o los que no gestionan correctamente las tabernas; se trata tan sólo de unas cuantas «manzanas podridas en la cesta»; no son materia de responsabilidad colectiva de la sociedad ni cosas en las que el gobierno pueda o deba interferir). Sin embargo, la consecuencia inmediata de esta instrucción es que ha impedido a las autoridades locales tener capacidad para reducir los excesos de la economía nocturna. Room (2004) proporciona otros ejemplos de la forma en que la nueva legislación sobre la venta de bebidas alcohólicas tiene el efecto de «desactivar el interés público» con respecto a los perjuicios causados por el alcohol.

¿Por qué el gobierno británico ha promulgado esta legislación o elaborado la orientación sobre la regulación de los permisos de venta de bebidas alcohólicas? La respuesta se halla en la reciente transferencia del control global de los permisos de venta de alcohol del *Home Office*, el departamento del gobierno con responsabilidad sobre cuestiones de interior, al *Departamento de Cultura, Medios de Comunicación y Deporte*, en el que los permisos de venta de alcohol se contemplan dentro de la sección de turismo. Y así, el gobierno cree que las antiguas restricciones de los horarios de apertura constituían una molestia para los turistas que acudían al Reino Unido y los disuadían de visitar el país, un asunto claramente más importante a su modo de ver que la salud y el bienestar de los residentes del país. Al parecer el gobierno piensa que la abolición de los horarios de cierre transformará el consumo nocturno de alcohol en Gran Bretaña en una «cultura del café de estilo continental», en la que desaparecerá mágicamente el beber compulsivo. Sin embargo, mientras las borracheras de la gente joven en los centros de las ciudades son un nuevo fenómeno, el beber compulsivo (o sea, consumir alcohol para conseguir estar intoxicado) es una tradición británica profundamente arraigada que data de varios siglos atrás, como ocurre en muchas otras sociedades del norte de Europa. Si bien es cierto que la ampliación de los horarios de consumo de alcohol «civilizará» los hábitos bebedores de los británicos, probablemente se tardarán varias generaciones. Mientras tanto, se producirá una continuación y tal vez un agravamiento de los niveles de consumo de alcohol, embriaguez pública y perjuicios causados por la bebida.

Como era de esperar, el gobierno ha aclamado los efectos de la nueva ley considerándolos un gran éxito y señalando que las predicciones de que la reforma de la ley de venta de bebidas alcohólicas conduciría a un aumento de la delincuencia no se han confirmado. Al margen de que sea algo prematura, esta consideración refleja más bien cambios en el registro de delitos violentos por parte de una policía sobrecargada más que los efectos reales de los cambios. Igualmente, contradice la experiencia de otros países: Islandia (Ragnardottir, Kjartansdottir y Davidsdottir, 2002),

drinkers or individual badly-managed public houses – merely a few “bad apples in the barrel”; they are not matters for collective responsibility in society or things government could or should interfere with.) The immediate consequence of this instruction, however, is to prevent local authorities from having any power to reduce the excesses of the night-time economy. Room (2004) provides several other examples of how the new licensing legislation has the effect of “disabling the public interest” with respect to alcohol-related harm.

Why did the British government enact this legislation or issue this guidance on licensing regulation? The clue is given in the recent transfer of overall control of licensing matters from the *Home Office*, the government department with prime responsibility for internal affairs, to the *Department of Culture, Media and Sport* where alcohol licensing is dealt with by its tourism section. Thus the government believes that the old restrictions on opening times were a nuisance to tourists to the UK and a disincentive to their visiting the country, an issue clearly more important in their view than the health and welfare of the country’s permanent residents. Moreover, the government appears seriously to believe that abolishing closing times will somehow transform UK drinking overnight into a “continental-style café culture” in which binge drinking will magically disappear. However, while widespread drunken behaviour by young people in town centres is a genuinely new phenomenon, “binge drinking” (i.e., drinking in order to become intoxicated) is a deeply-ingrained British tradition going back many centuries, as it is in many other northern European societies; even if it is true that extended drinking hours will have the effect of “civilising” British drinking habits, this is likely to take several generations to occur. Meanwhile the nation can expect a continuation and probably a further aggravation of record levels of drinking, public intoxication and alcohol-related damage.

As might be expected, the government has hailed the effects of the new Act as a great success, claiming for example that predictions that licensing reform would lead to an upsurge in crime have not been borne out. Apart from being somewhat premature, this judgement may well reflect changes in the recording of violent offences by an over-stretched police rather than any real effects of the changes. It also contradicts the experience of other countries – Iceland (Ragnardottir, Kjartansdottir & Davidsdottir, 2002), Australia (Chikritzhs & Stockwell, 2002), Ireland (Plant & Plant, 2005; 2006) – in which an

Australia (Chikritzhs y Stockwell, 2002), Irlanda (Plant y Plant, 2005; Plant, 2006), en los cuales la extensión de los horarios de consumo de alcohol condujo a un incremento documentado de la violencia producida por el alcohol. En cualquier caso, como señala Room (2004), el gobierno no ha establecido ningún sistema adecuado de evaluación para controlar los efectos de la nueva legislación de forma científicamente respetable.

LA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS PRODUCIDOS POR EL ALCOHOL EN INGLATERRA (AHRSE EN INGLÉS)

El UK Department of Health (1998) afirmó que estaba preparando una nueva estrategia nacional sobre el alcohol y, al año siguiente, que esperaba hacerla pública a principios del 2000 (Department of Health, 1999). Ante la considerable frustración de los que trabajaban en el campo del alcohol en Reino Unido, la estrategia no se publicó hasta 2004 y fue obra del *Cabinet Office* (UK Cabinet Office, 2004), no del Departamento de Salud. Frente a esta demora, las otras zonas del Reino Unido (Escocia, Irlanda del norte y Gales) ya habían publicado sus propias estrategias en 2004, de forma que la nueva estrategia sólo se aplicó en Inglaterra. En el prólogo del documento el primer ministro, Tony Blair, promete que el gobierno aceptará las conclusiones y las pondrá en práctica.

Un compendio de datos relevantes que precedían al propio documento de estrategia, conocidos como *Informe analítico provisional* (Prime Minister's Strategy Unit, 2003), recibió buena acogida entre el campo que trabaja con el alcohol y animó a creer que la estrategia intentaría seriamente tratar los perjuicios causados por el alcohol en Inglaterra. Desgraciadamente, estas esperanzas no se cumplieron. Se da por supuesto que, entre la publicación del Informe analítico provisional y la finalización de la AHRSE, la contribución de varios departamentos del gobierno con intereses en el tema del alcohol (incluyendo sobre todo *Hacienda* y el *Departamento de Cultura, Medios de Comunicación y Deporte*), ha atenuado el documento de estrategia eliminando cualquier cosa que pudiese afectar a la industria del alcohol.

La clave de la posición del gobierno en la AHRSE es el rechazo de la «teoría de la población total» en la prevención de los problemas con el alcohol (Bruun, Edwards, Lumio et al., 1975; Edwards et al., 1994; Academy of Medical Sciences, 2004), que afirma que, si se desean reducir los perjuicios causados por el alcohol en una población determinada, el consumo medio de la población total debe reducirse. La alternativa es la «reducción del daño» que, en su uso del término, restringe las políticas a limitar o reducir el perjuicio entre aquellos que ya lo sufren o se hallan en riesgo de sufrirlo. La AHRSE se alinea inequívocamente a favor de la última:

extension to drinking hours led to a well-documented increase in alcohol-related violence. In any case, as Room (2004) points out, no proper system of evaluation has been established by the government to monitor the effects of the new legislation in a scientifically respectable manner.

THE ALCOHOL HARM REDUCTION STRATEGY FOR ENGLAND (AHRSE)

The UK Department of Health (1998) stated that it was preparing a new national strategy on alcohol and, in the following year, that it expected to publish it early in 2000 (Department of Health, 1999). To the considerable frustration of those working in the alcohol field in the UK, the strategy was not published until 2004 and then by the *Cabinet Office* (UK Cabinet Office, 2004), not the Department of Health. Owing to the delay, the other parts of the UK (Scotland, Northern Ireland and Wales) had already published their own strategies by 2004, so the new strategy applied only to England. In a Foreword to the strategy document, the Prime Minister, Tony Blair himself, promises that its conclusions are accepted by government and will be implemented.

A compendium of relevant data that preceded the strategy document itself, known as the *Interim Analytical Report* (Prime Minister's Strategy Unit, 2003), was welcomed by the alcohol field and encouraged people to believe that the strategy would make a serious attempt to tackle alcohol-related harm in England. These hopes were sadly disappointed. The usual conjecture is that, in between the publication of the Interim Analytical Report and the finalisation of the AHRSE, the input of various government departments with an interest in alcohol – including importantly the *Treasury* and the *Department of Culture, Media and Sport* – had watered down the strategy document to ensure that anything offensive to the alcohol industry was removed.

The key to the government position in the AHRSE is its rejection of the “whole population theory” of alcohol problems prevention (Bruun, Edwards, Lumio et al., 1975; Edwards et al., 1994; Academy of Medical Sciences, 2004) which states that, if one wishes to reduce alcohol-related harm in any given population, the average consumption of the population as a whole must be reduced. The alternative view is the “harm reduction” approach which, in this use of the term, restricts policies to limiting or reducing harm among those who have already incurred harm or are at risk of doing so. The AHRSE comes down unequivocally in favour of the latter:

(La estrategia) reconoce que el consumo de alcohol da lugar a beneficios y costes y, por tanto, no pretende eliminar el consumo de alcohol en la población total. Se centra, en cambio, en la prevención, reducción y tratamiento de los perjuicios causados por el abuso del alcohol (p. 21).

La consecuencia general de esta opción es, como señala Room (2004), que la mayoría de las medidas propuestas en la AHRSE para prevenir los problemas del alcohol (educación en las escuelas, códigos publicitarios voluntarios, programas para conductores) han tenido poco o ningún apoyo, mientras que las medidas que la investigación ha demostrado que eran efectivas (incremento de impuestos, restricciones de la disponibilidad, pruebas aleatorias de alcoholemia según Babor et al., 2003), se ignoran. La AHRSE admite que «existe una clara asociación entre precio, disponibilidad y consumo» (p. 23), pero también afirma que «hay menos pruebas fundadas del impacto causado por la introducción de políticas específicas en un contexto social y político concreto» (p. 23). El análisis del gobierno ha demostrado que los inductores del consumo son mucho más complejos que el precio y la disponibilidad; las pruebas constatan que utilizar el precio como clave produce efectos colaterales indeseados y que la mayoría de los que beben lo hacen con sensatez casi siempre. En cualquier caso, «el sistema cuenta con medidas para controlar el precio y la disponibilidad» (p. 23). Room (2004) demuestra claramente lo pobres, confusas e irrelevantes que resultan estas excusas para no introducir medidas preventivas efectivas.

Existen fundamentos sólidos para creer que la introducción de medidas en el total de la población resultaría impopular y atentaría contra los deseos del gobierno de retener el poder en las siguientes elecciones. Y así, la AHRSE entiende que «las políticas han de ser públicamente aceptables para triunfar» (p. 23). Tal vez haya algo de verdad en esto; las medidas resultarían políticamente viables si el verdadero alcance de los perjuicios del alcohol y la necesidad de medidas sobre la población global para reducir estos perjuicios se presentaran de forma clara y consistente ante el público general.

Pero, naturalmente, hay otra razón para que el gobierno evite las medidas sobre el total de la población: el poder e influencia de la industria del alcohol que se opone tenazmente a cualquier medida que reduzca sus beneficios. El lugar central que ocupa la industria en la estrategia de la prevención de los problemas del alcohol queda claro:

«... Creemos que una medida más efectiva (para controlar el precio y la disponibilidad) sería proporcionar a la industria más oportunidades de trabajar en sociedad con el gobierno para reducir los perjuicios causados por el alcohol» (p. 18).

It (the strategy) recognises that there are both benefits and costs to alcohol use and, therefore, does not aim to cut alcohol consumption by the whole population. Instead it focuses on the prevention, minimisation and management of the harms caused by alcohol misuse (p.21).

The general consequence of this option is that, as Room (2004) points out, the majority of measures proposed in the AHRSE for preventing alcohol problems (school education, voluntary advertising codes, designated driver programmes) have little or no evidence to support them, while those measures that research has shown to be effective (increased taxation, restrictions on availability, random breath testing: Babor et al., 2003) are ignored. The AHRSE accepts that “there is a clear association between price, availability and consumption” (p.23) but also asserts that “there is less sound evidence for the impact of introducing specific policies in a particular social and political context” (p.23). This is because the government’s analysis has shown that the drivers of consumption are much more complex than merely price and availability, that the evidence suggests that using price as a key lever risks major unintended side-effects, and that the majority of those who drink do so sensibly the majority of the time. In any event, “measures to control price and availability are already built into the system” (p.23). Room (2004) neatly demonstrates how lame, confused and irrelevant these excuses for not introducing effective preventive measures truly are.

There are obvious grounds for supposing that the introduction of whole population measures would be unpopular with the general public and thus inimical to the government’s desire to retain power at the next election. Thus the AHRSE opines that “policies need to be publicly acceptable if they are to succeed” (p.23). While there may be some truth in this, if the true extent of alcohol-related harm and the need for whole population measures to reduce this harm were clearly and consistently presented to the general public, it should be possible to make these measures politically feasible.

But there is, of course, another reason why the government eschews whole population measures – the power and influence of the alcohol industry which is, of course, fiercely opposed to measures that might conceivably reduce its profits. The central place that the industry occupies in the strategy regarding the prevention of alcohol problems is clearly stated:

“... we believe that a more effective measure (to controls on price and availability) would be to provide the industry with further opportunities to work in partnership with the Government to reduce alcohol-related harm” (p.18).

Los ejemplos que se ofrecen de dichas medidas preventivas, que en lo que atañe a la industria sería puramente voluntarias, son «propagar mensajes que defiendan el consumo responsable y procurar que la distribución de los establecimientos produzca el mínimo daño» (p. 18), «colaborar con la policía para eliminar a los alborotadores» y «proporcionar transporte a los clientes» (p. 19). Aunque estas medidas se pusieran en práctica, resulta difícil creer que pudieran tener efectos perceptibles sobre los perjuicios causados por el alcohol. En la educación e información sobre el alcohol ofrecida al público general juega un papel clave el *Grupo de Portman*, una organización «de aspecto social» creada por la industria del alcohol como ejercicio de relaciones públicas y, según algunos, como medio de influir en las políticas del gobierno infiltrándose en los pasillos del poder (Anderson, 2004).

El único consuelo que encuentran en el documento de estrategia los que trabajan para reducir los problemas del alcohol en Inglaterra se halla en el capítulo 5 sobre *Identificación y tratamiento*. El gobierno promete diseñar un *Modelo de asistencia para el abuso del alcohol*, proporcionando un marco muy necesario para la puesta en práctica de servicios de tratamiento del alcohol. Sin embargo, aunque los trabajos de este documento debían empezar a principios de 2004, aún no han comenzado dos años después. La estrategia también reconoce el importante papel que juegan las revisiones médicas y la intervención breve en entornos generalistas. A falta de medidas de control del alcohol, la ejecución de intervenciones breves es la mejor forma de crear un impacto significativo en la salud pública en lo que atañe al alcohol (Heather, 2001). El documento de la estrategia promete que, con efecto inmediato, «el Departamento de Salud pondrá especial énfasis en la identificación temprana de los problemas del alcohol mediante la comunicación con médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud» (p. 38). Esto resulta muy interesante, pero no sabemos cuánto se ha avanzado en ese terreno. Otra promesa es que «el Departamento de Salud establecerá cierto número de planes piloto... para comprobar el mejor uso de una variedad de revisiones proyectadas y de intervenciones breves en entornos de salud primaria y secundaria...» (p. 38). Esto estaba previsto para principios de 2005 pero, a la hora de escribir este artículo, aún no se habían asignado fondos a la investigación. No obstante, estas medidas resultarán efectivas, suponiendo que el gobierno acabe por desarrollarlas.

Por desgracia, a pesar de las alentadoras palabras del gobierno sobre tratamiento e intervenciones breves, no se han ofrecido nuevos recursos para mejorar los servicios de tratamiento ni se han establecido los incentivos fiscales necesarios para que los trabajadores generalistas lleven a cabo intervenciones breves. Los servicios de tratamiento del alcohol tendrán que

The examples given of such preventive measures, which are in any case purely voluntary as far as the industry is concerned, are “disseminating messages which strongly encourage responsible consumption and ensuring that establishments’ layouts are designed to minimise harm” (p.18), “working with the police to exclude trouble-makers” and “helping provide transport home for its clients” (p.19). Even in the event that these measures were seriously implemented, it is difficult to imagine that they would have a noticeable effect on alcohol-related harm. Other than that, a key role in educating and communicating about alcohol to the general public is given to the *Portman Group* – a “social aspects” organisation funded by the alcohol industry as a public relations exercise and, some would say, as a means of influencing government policies by infiltrating the corridors of power (Anderson, 2004).

The only solace that might be derived from the strategy document for those working to reduce alcohol problems in England comes in Chapter 5 on *Identification and Treatment*. Here the government promises to draw up a *Models of Care for Alcohol Misuse* to provide a much-needed framework for the commissioning and provision of alcohol treatment services. However, although work on this document was scheduled to begin early in 2004, it has yet to appear two years later. The strategy also recognises the important role that screening and brief intervention in generalist settings can play; in the absence of alcohol control measures, widespread implementation of brief interventions may be the best bet for making some kind of significant impact on alcohol-related public health (Heather, 2001). The strategy document promises that, with immediate effect, “the Department of Health will strengthen the emphasis on the importance of early identification of alcohol problems through communications with doctors, nurses and other health care professionals” (p.38). This is very much to be welcomed but it unclear how much progress on this front has yet been made. Another promise is that “the Department of Health will set up a number of pilot schemes ... to test how best to use a variety of models of targeted screening and brief intervention in primary and secondary healthcare settings ...” (p.38). Again, this was scheduled for early in 2005 but, at the time of writing, this research has not yet been funded. Nevertheless, assuming the government does eventually carry its promises through, these initiatives will be helpful.

Unfortunately, despite the government’s encouraging words on treatment and brief interventions, no new resources are provided to improve treatment services and the financial incentives needed to encourage generalist workers to implement brief

luchar con presupuestos ajustadísimos y con un personal infrapagado y muchas veces desmoralizado; los médicos y enfermeras no verán motivos para sobrecargar sus apretados horarios con intervenciones breves en el campo del alcohol. Irónicamente, una valoración de necesidades efectuada como parte de la AHRSE (Drummond C, Oyesfeso A, Phillips T, et al., 2005) ha encontrado un gran hueco entre la disponibilidad de tratamiento de los problemas del alcohol en Inglaterra y la necesidad de tratamiento entre los que sufren trastornos por consumo de alcohol. Todo ello en agudo contraste con la situación de las drogas ilegales, donde el presupuesto para servicios es abundante y se obtiene con facilidad. Seguramente el gobierno cree que la publicidad favorable sobre su capacidad para hacer «la guerra contra las drogas» le granjeará votos, mientras que responder al daño mucho mayor causado por el alcohol no interesa al electorado. Sin embargo, tal vez se equivoque en este punto.

¿GRAN BRETAÑA EN LA CRESTA DE UNA OLA DE ALCOHOL?

Skog (1986) se ha referido a las «largas oleadas» de consumo de alcohol y problemas relacionados con el mismo. Según esta idea en períodos amplios dentro de una sociedad determinada el consumo de alcohol se incrementa gradualmente hasta que llega a un punto en que el daño causado a la población en general resulta obvio y da lugar a la formación de grupos de protesta, la creciente atención de los medios de comunicación, expresiones de preocupación por parte de los líderes que forman la opinión y así sucesivamente, hasta llegar a las presiones sobre los políticos para que hagan algo. En Gran Bretaña la primera oleada registrada fue la llamada «epidemia de la ginebra» de mediados del siglo XVIII, cuando hubo que promulgar varias leyes para frenar los efectos destructivos sobre los nuevos pobres de las ciudades de la ginebra barata importada de los Países Bajos (Coffey, 1966; Warner, 2004). El siguiente pico de ebriedad extendida se produjo hacia finales del siglo XIX, cuando la «cuestión de la bebida» se convirtió en un tema político crucial del que dependía el destino de los gobiernos británicos (Harrison, 1970) y condujo al primer intento de restringir la venta de alcohol en el Reino Unido. Tras un punto bajo en la primera parte del siglo XX, el consumo de alcohol en Gran Bretaña ha alcanzado de nuevo un nivel en el que las consecuencias perjudiciales sobre la sociedad británica resultan evidentes en la vida diaria y en el que la opinión pública urgirá a los políticos a que adopten medidas correctivas y efectivas para reducir dichas consecuencias.

interventions are not addressed. Alcohol treatment services will still have to struggle along on shoe-string budgets with under-paid and often demoralised staff and medical practitioners and nurses will see little reason to add to their already overburdened schedules by taking on alcohol brief interventions. Ironically, a needs assessment commissioned as part of the AHRSE (Drummond, Oyesfeso, Phillips, et al., 2005) has shown a huge gap between the availability of treatment for alcohol problems in England and the need for treatment among those with alcohol use disorders. All this is in sharp contrast to the situation with respect to illicit drugs, where funding for services is plentiful and fairly easily obtained. The government presumably believes that favourable publicity on its ability to wage the “war on drugs” is likely to be a vote-winner while responding to the much greater level of harm caused by alcohol is of no interest to the electorate. In this, however, they may turn out to be wrong.

BRITAIN ON THE CREST OF AN ALCOHOL WAVE?

Skog (1986) has referred to “long waves” of alcohol consumption and problems. This is the idea that, over extended periods of time in a given society, alcohol consumption gradually increases until it reaches a point where the harm it is causing to the population at large becomes obvious, leading to the formation of protest groups, increased media attention, expressions of concern by influential opinion-formers and so forth, eventually resulting in pressure on politicians to do something about it. In Britain, the first well-recorded wave was the so-called “gin epidemic” of the mid-18th Century when several legislative attempts were needed to curb the destructive effects of cheap gin imported from the Netherlands on the new urban poor (Coffey, 1966; Warner, 2004). The next peak in widespread intemperance occurred towards the end of the 19th century when “the drink question” became a crucial political issue on which the fate of British governments depended (Harrison, 1970) and led to the first attempt to restrict the sale of alcohol in the UK. The suggestion is that, following a low-point in the earlier part of the 20th Century, alcohol consumption in Britain has again reached a level where its damaging consequences on British society are increasingly self-evident in daily life and where public opinion will compel politicians to take corrective measures that are genuinely effective in reducing it.

Si este análisis es correcto, la indiferencia ante los problemas relacionados con el alcohol y el bienestar de los ciudadanos británicos demostrada por el actual gobierno del Reino Unido, especialmente ante el bienestar de los ciudadanos jóvenes, y su connivencia con el ansia de beneficios de la industria del alcohol, se basan en políticas que muy pronto tendrá que revisar.

If this analysis is correct, the indifference to the alcohol-related health and welfare of British citizens shown by the present UK government, particularly the welfare of younger citizens, and its connivance with the alcohol industry's greed for profits, are founded on policies that it will be forced some time soon to revise.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Martin Plant sus comentarios y sugerencias al primer borrador de este artículo, aunque la responsabilidad de su contenido es sólo mía.

ACKNOWLEDGEMENT

I am grateful to Martin Plant for comments and suggestions on an earlier draft of this editorial, although the responsibility for its contents is wholly mine.

REFERENCIAS / REFERENCES

- Academy of Medical Sciences. *Calling Time: the Nation's Drinking as a Major Health Issue*. London: Academy of Medical Sciences; 2004.
- Anderson, P. The beverage alcohol industry's social aspects organisations: a public health warning. *Globe* 2004; 3: 5-30.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Grunewald P, Hill L, Holder HD *Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Bruun K, Edwards G, Lumio M, et al. *Alcohol Control Policies in the Public Health Perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies; 1975.
- Chikritzhs T, Stockwell T. The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; 63: 591-599.
- Coffey TG. Beer Street: Gin Lane; some views of 18th century drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1966; 27: 669-692.
- Donaldson L. *On the State of Public Health: the Annual Report of the Chief Medical Officer of the Department of Health 2001*. London: Department of Health; 2001.
- Drummond C, Oyesefeso A, Phillips T, et al. *Alcohol Needs Assessment Research Project (ANARP)*. London: Department of Health; 2005.
- Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, Godfrey C, Holder HD, Lemmens PHMM. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Harrison B. *Drink and the Victorians*. London: Faber; 1970.
- Heather N. Brief interventions. In: Heather N, Peters T, Stockwell T. (eds), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Chichester: John Wiley, 2001:605-626..
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A and Morgan M. *The 1999 ESPAD Report (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs): Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2000.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. *The 2003 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2004.
- Hobbs D, Hadfield P, Lister S, Winlow S. *Bouncers: Violence and Governance in the Night-time Economy*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Leon D, McCambridge J. Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950-2002: an analysis of routine data. *Lancet* 2006; 367: 52-56.
- Plant MA, Miller P, Plant ML. Trends in drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom (1995-2003). *Journal of Substance Use* 10: 331-339; 2005.
- Plant EJ, Plant MA. A leap in the dark? Lessons for the United Kingdom from past extensions of bar opening hours (Commentary). *International Journal of Drug Policy* 16: 363-368; 2005.
- Plant MA, Plant ML. *Binge Britain: Alcohol and the National Response*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Prime Minister's Strategy Unit. *Interim Analytical Report; 2003*. http://www.number10.gov.uk/files/pdf/SU%20interim_report2.pdf.
- Ragnarsdottir T, Kjartansdottir A, Davidsdottir S. Effect of extended alcohol serving hours in Reykjavik, Iceland. In: Room R, ed. *The Effects of Nordic Alcohol Policies*. NAD Publication 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol & Drug Research, 2002: 145-154.

- Room R. Disabling the public interest: alcohol strategies and policies for England. *Addiction* 2004; 99: 1083-1089.
- Room R. British livers and British alcohol policy. *Lancet* 2006; 367: 10-11.
- Skog O-J. Long waves of alcohol consumption: a social network perspective on cultural change. *Social Networks* 1986; 8: 1-32.
- UK Cabinet Office. *Alcohol Harm Reduction Strategy for England*. London: Prime Minister's Strategy Unit; 2004.
- UK Department of Health. *Our Healthier Nation: A Contract for Health*. London: Her Majesty's Stationery Office; 1998.
- UK Department of Health. *Saving Lives: Our Healthier Nation*. London: Her Majesty's Stationery Office; 1999.
- UK Ministry of Culture, Media & Sport. *Draft Guidance Issued Under Section 182 of the Licensing Act 2003*. London: Secretary of State for Culture, Media & Sport http://www.culture.gov.uk/alcohol_and_entertainment/licensing_act_2003/default.htm.
- Warner J. *Craze: Gin and Debauchery in the Age of Reason*. London: Profile Books; 2004.

