

ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO EN LA PROVINCIA DE CADIZ

II PARTE

ESTIMACION DE LOS COSTES SOCIALES POR ALCOHOLISMO EN LA PROVINCIA DE CADIZ

JOSE M. MARTIN FARFAN

Profesor Salud Pública Escuela Universitaria de Enfermería

JOSE MIRA GUTIERREZ

Director del Departamento

Director Escuela Universitaria de Enfermería

Departamento de Microbiología e Higiene

Facultad de Medicina

Universidad de Cádiz

6. ESTIMACION DE LOS COSTES SOCIALES POR ALCOHOLISMO

6.1. Introducción

En una sociedad en la que la economía constituye la principal preocupación a todos los niveles, el alcoholismo como "generador" de pérdidas no puede quedar exento de una estimación.

Desde los primeros estudios se puso en evidencia el gasto que conlleva esta enfermedad, pues repercute en la seguridad del tráfico rodado, la asistencia sanitaria, las pérdidas de productividad, los gastos sociales, los daños materiales y otros costes de difícil cuantificación, pero que también han sido evaluados.

El progreso económico es afectado por el alcohol, estableciéndose una correlación negativa entre ambos parámetros. Revisándose países en vías de desarrollo, se ha puesto en evidencia el gran impacto que tiene el alcohol sobre el "despegue" nacional, la nutrición y salud. La vulnerabilidad de los jóvenes y la delincuencia de origen alcohólico están presentes en estos países, a pesar de que

en muchos de ellos está prohibida la promoción y anuncio de bebidas (11) (42).

En 1975 se evaluó en EE.UU. un coste social de causa alcohólica superior a los 15 billones de dólares, de los que 10 billones serían debidos a la pérdida de productividad en el trabajo, 2 billones en los servicios de bienestar y salud y 3 en concepto de daños a la propiedad, dispensa médica y pago de pérdidas (27), existiendo pruebas para afirmar que, en la actualidad, el coste anual será de 42 billones de dólares.

6.2. Coste por asistencia sanitaria

El alcohólico utiliza con mayor frecuencia los servicios sanitarios, debido al superior riesgo a padecer infecciones, pancreatitis, cirrosis, gripes, etc. No siempre se diagnostica la etiología alcohólica responsable de muchas de estas enfermedades, y encuestas epidemiológicas en distintos medios lo han puesto de manifiesto (12) (52). La mayor accidentabilidad en el tráfico rodado y laboral incrementan los gastos ocasionados, ya que su hospitalización y rehabilitación suele durar más tiempo que en los no alcohólicos.

6.2.1. Costes por ingreso en hospitales generales

Anteriormente quedaron ya matizados los aspectos que condicionan los ingresos en estos hospitales y su evaluación.

6.2.2. Costes por ingresos en hospitales psiquiátricos

En un considerable número de casos, el final de la carrera alcohólica suele ser el hospital psiquiátrico, al que llega el enfermo por manifestar social o psiquiátricamente su enfermedad (conductas antisociales, degradación de la ética, desajustes familiares graves, peligrosidad, etc.), con un grado elevado de impregnación alcohólica (8).

La situación en que se encuentran estos hospitales no suele ser muy halagüeña, con escasa dotación personal a todos los niveles (cuidadores, asistentes sociales, psicólogos, médicos generales, psiquiatras, etc.). Con todo, el tratamiento mínimo que se ofrece en los psiquiátricos es razonablemente eficaz (35), pudiendo serlo más si existiesen unidades locales o comarcales de "seguimiento" post alta hospitalaria, que evitase recaídas.

Se calcula que el 4'5 % de las camas psiquiátricas están continuamente ocupadas por enfermos alcohólicos y así, en 1975, se evaluó en 180 millones de pesetas anuales los gastos ocasionados por la permanencia en hospitales psiquiátricos de estos enfermos (47).

6.2.3. Costes por asistencia en ambulatorios psiquiátricos

En España se calculó que unos 300.000 alcohólicos demandan asistencia de estos ambulatorios dependientes de la Seguridad Social. A ellos habría que añadirles las consultas privadas, de difícil estimación y otros dispensarios al efecto. En EE.UU. se ha observado que el alcoholismo supone el motivo del 23 % del total de las consultas psiquiátricas.

En la provincia de Cádiz se dispone de los siguientes centros que dispensan asistencia a este nivel:

- Dispensario antialcohólico de la Cruz Roja - Cádiz. Cuenta entre sus actividades con una consulta en régimen ambulatorio, con un promedio de 6-7 enfermos/consulta y actividades de grupo, con proyección de diapositivas editadas por P.A.N.A.P. en 1972.
- Centro de salud mental dependiente de la Dirección Provincial de la Salud de Cádiz, donde el volumen de enfermos alcohólicos vistos sobre el total es del 10 %.
- Policlínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Cádiz, donde se estima que el alcoholismo causa el 60 % de las consultas interdepartamentales y el 20 % de las ambulatorias.
- Hospital Psiquiátrico Provincial, descrito anteriormente.
- Ambulatorios psiquiátricos de Cádiz, Jerez y Algeciras, dependientes de la Diputación Provincial. Su principal actividad es la de control post alta de los enfermos ingresados en el hospital psiquiátrico.
- Ambulatorio psiquiátrico de Villamartín, también dependiente de la Diputación Provincial, que aún no ha sido inaugurado, por lo que esta zona queda excluida de asistencia especializada (31).

6.2.4. Costes por asistencia en ambulatorios generales

En las sobrecargadas consultas en ambulatorios, es muy probable que el alcoholismo pase inadvertido en un considerable número de casos, por lo que el posible registro no recogería la extensión real del problema. El sujeto alcohólico realiza un promedio de 3-4 visitas más al año al médico que los no alcohólicos, estimándose esta asistencia extra en EE.UU. en 8 billones de dólares en 1971.

En una reciente encuesta epidemiológica realizada en nuestro medio, se demostró que la utilización de los servicios médicos era superior en los bebedores habituales máximos que en los bebedores excesivos y en éstos, a su vez, que los habituales mínimos (52).

6.2.5. Costes generales por asistencia sanitaria

La inexistencia de cálculos detallados en este sentido lleva a que toda aproximación deba ser precautoria y preveyendo lo resbaladizo del tema. No por ello debe renunciarse a una estimación económica, quizás burda e insatisfactoria, pero que acotará de alguna manera estos costes alcohólicos.

Por ello, conviene dejar constancia de que para la confección de este apartado se ha recurrido a bibliografía extranjera y a extrapolaciones que pueden ser susceptibles de modificación a partir de un estudio más detenido, puesto que se van a contabilizar costes que es posible que continuasen, aunque desapareciera la enfermedad alcohólica.

En este sentido, y siguiendo la bibliografía que indica que el tratamiento del alcoholismo absorbería el 20 % del presupuesto de atención de la salud en EE. UU., país que va por detrás de España en cuanto a consumo alcohol per cápita (30), y el 40 % del total del presupuesto asignado a asistencia sanitaria en Francia.

Aceptando, como señalan algunos trabajos, que el alcoholismo afectaría del 5-7 % de la población, y que son más susceptibles a padecer accidentes, infecciones, cirrosis, pancreatitis, etc., que, como se ha demostrado recientemente, el enfermo etílico utiliza los servicios de salud con más frecuencia que el resto de la población (52), y el postulado propuesto por BERRY y BOLAND (1977) (35), del que se concluye que el 17 % de la práctica de un médico se dedica a la asistencia de enfermos alcohólicos, no es excesivo, sino más bien cauteloso, extrapolar que la atención a este tipo de enfermos absorba el 10 % de los distintos presupuestos destinados a atención sanitaria.

Aceptando los presupuestos teóricos antes señalados se obtiene para los distintos organismos que dispensan asistencia un total de pesetas anuales de 1.351.988.432'—, quedando sin estimación económica la asistencia prestada a cargo de ayuntamientos a través de casas de socorro, etc.

6.3. Costes por accidentes de tráfico

La importancia de los efectos del etanol sobre el conductor está a menudo subestimada, de modo que mientras en los trabajos especializados se le supone el causante del 35-50 % de los accidentes (9), a nivel oficial sólo figura como responsable de 4'6 % del total. Sentada esta premisa de infravaloración, se puede encarar el estudio de los costes generados por el alcohol en el tráfico rodado de nuestra provincia.

Para el año 1977, los 8 accidentes de tráfico causados por conductores bajo efecto del alcohol, con un total de 24 personas im-

plicadas en ellos (conductores, pasajeros y peatones), a los que se les supone, siguiendo a SANTO-DOMINGO CARRASCO (47), una estancia media hospitalaria de 6 días, arrojaría un total de 1.152.000 pesetas. En el año 1978, en los 10 accidentes causados por conductores bajo los efectos del alcohol, con un total de 22 personas implicadas, el presupuesto total en concepto de hospitalización sería de 1.188.000 pesetas. Estas cifras darían una media anual de 1.170.000 pesetas, que quedan incluidas en el total de asistencia sanitaria ya calculada, y que representarían únicamente la hospitalización de aquellos accidentes en los que la ingesta alcohólica era evidente, cantidad a la que debería añadirse otros costes en concepto de tratamientos ulteriores, seguros, pérdidas de producción, etc., que quedan sin registro.

La cantidad señalada anteriormente está en consonancia con los datos oficiales. Si, como parece demostrado, el porcentaje fuese del 35-50 %, deberíamos multiplicar el total obtenido por 7 ó 10, respectivamente.

6.4. Costes por pérdida de producción

La profusión de programas rehabilitadores del alcoholismo ha nacido al calibrar las empresas los costes que en concepto de pérdidas de producción por bajas, absentismo y accidentes producían los etílicos.

La evaluación económica de la afectación en este sector en EE.UU. ha pasado de 7'5 billones de dólares en 1970 (14), a 39'7 billones de dólares corrientes en 1978 (30), incremento debido a una mejor calibración de los costes, aumento del alcoholismo e inflación, ya que se contabilizan dólares en uso.

En España en 1975, los 150.000 accidentes laborales achacables al alcohol significaron 300 millones de pesetas tan sólo en concepto de hospitalización, a los que habría que añadir gastos por rehabilitación o revisiones, pérdidas de producción por baja, seguros, etc. Existirían otros costes indirectos debidos a la sustitución del sujeto afecto por otro menos cualificado en una cadena de producción, perjudicando ostensiblemente el resultado final de la "cadena".

Como ya se indicó anteriormente, para evaluar los costes por este concepto se contactó con los Servicios Médicos de Empresa, de modo que los 6 servicios que reconocen tener trabajadores afectados por problemas con la bebida suman unos gastos económicos en concepto de pérdidas de productividad de 3.047.201 pesetas, con una pérdida económica media por empresa de 507.867 pesetas.

Asimismo, habría que calibrar otras pérdidas de producción debidas al desempleo, que es registrado en el 25 % de los alcohólicos.

6.5. Costes por muerte precoz

Se ha demostrado en diversos estudios que los alcohólicos tienen, a cualquier edad, mayor probabilidad de morir que los no alcohólicos, alrededor de 2'5 veces, lo que expresado de otro modo, supone una media de 12 años menos de vida, lo que le ha valido el calificativo de proceso autodestructivo (16). Los orígenes de estas muertes son delirium tremens, cirrosis hepática (algo más de la mitad de ellas son de esta etiología), accidentes de carretera (entre 1/3 y la mitad de ellos) y de trabajo y suicidios (1/4 de ellos) (10) (27).

Para poder medir los costes de esta pérdida de productividad, que se ve truncada por la muerte precoz alcohólica, hemos de aplicar sobre los salarios actuales un coeficiente revalorizador que sea capaz de actualizar "a futuro" esta pérdida de potenciales ganancias. Se ha estimado que los costes en concepto de pérdidas de producción debidas a la muerte prematura se pueden evaluar en 1/4 del coste total del alcoholismo en la sociedad (35), de modo que a los gastos generados por el alcoholismo, habría que añadir, a su vez, 1/4 de sí mismo en concepto de pérdidas de productividad futuras debidas a la muerte precoz de estos enfermos.

6.6. Costes por delincuencia

Estudios sobre transgresiones de la ley y el alcohol ponen de manifiesto una correlación positiva clara entre la embriaguez y los crímenes, no estando aún claro el papel del alcohólico crónico sin ebriedad en los mismos.

Estadísticas llevadas a cabo en el Departamento de Medicina Legal de Harvard indican que un 50 % de los homicidas habían consumido bebidas alcohólicas (27) (49), trabajos que han sido confirmados en Polonia y Austria (35).

Las investigaciones llevadas a cabo en crímenes con violencia, demuestran que en el 80 % de ellos en el momento de la detención del autor se observan signos evidentes de alcoholismo agudo, sobre todo en los delitos relacionados con raptos y sexo, convergiendo en estos últimos alcohol y personalidad psicopática. En un análisis llevado a cabo por la O.M.S. se evidenciaba la estrecha relación entre consumo de alcohol y delincuencia. En 2 de los 33 países estudiados, el 1-2 % de la población había sido detenida por embriaguez o escándalo. El alcohol fue la causa de encarcelamiento en un 0'7 a 64 % de los casos entre los reclusos, en función de la nación estudiada. Un país de los considerados, notificó que el 95 % de los reincidentes habían abusado del alcohol. En contraste con estas cifras, la O.M.S. señala cómo el personal de la policía y sanidad no recibe ningún tipo de enseñanza ni formación en este sentido (40).

Se ha observado por Winkler (1954), Rojas (1958) y Soler (1970) la escasez de delitos por alcoholismo crónico en comparación con la delincuencia de otros enfermos psíquicos (48) (49), encontrándose la presencia de una personalidad antisocial en un 10 % de los varones y un 4 % de las mujeres con una conducta delictiva, que llevan a la actuación judicial.

6.7. Costes humanos

Los costes humanos son los más difíciles de calibrar, ya que se prestan fácilmente a la especulación y teorización, pero independientemente de ello, existe una serie de hechos probados.

El individuo alcohólico genera unos primeros gastos derivados de los problemas de salud, tales como mayor susceptibilidad a infecciones, cirrosis, pancreatitis, trastornos psíquicos, etc., mayor probabilidad de sufrir accidentes de carretera, laborales y domésticos, mortalidad precoz y un grave riesgo de suicidios, ya reseñados.

Al consumo alcohólico habría que atribuir las angustias y la tensión que surgen en la vida de relación con la familia y los compañeros, más frecuentes en estos enfermos que en el resto de la población. La disarmonía familiar y las separaciones ocasionadas siempre son nefastas para toda la familia, pero en especial para los hijos (39), constituyendo el alcohol el principal motivo de separación en EE.UU.

6.8. Costes sociales

"Los análisis económicos pueden aportar datos que faciliten una asignación de los recursos basada en criterios de eficacia y rentabilidad." O.M.S. (1978) (41).

Independientemente de las pérdidas de producción debidas a la disminución en el rendimiento en el trabajo, de las bajas y su consiguiente prestación sanitaria, el sujeto alcohólico, cuando está en situación de incapacidad laboral transitoria genera unos gastos con cargo a los presupuestos del Estado. El alcoholismo puede llevar al sujeto a una invalidez provisional primero, que en un considerable número de casos pasarán a invalidez permanente en cualquiera de sus grados.

6.8.1. Costes por I.L.T. e invalidez provisional por accidentes de trabajo

El alcohol interviene al menos en el 5-30 % de los accidentes laborales (N. LERY y cols., 1976). Como en nuestro medio no existen cifras al respecto, vamos a ser cautos e imputar sólo el 7'5 % de

ellos al alcohol, obteniendo una estimación mínima, a partir de la cual se encontrará el verdadero coste. A los 80.047.469 pesetas invertidos en 1978 en concepto de I.L.T. e invalidez provisional por A.T. (34), el alcohol, según nuestro porcentaje, habría supuesto, como mínimo la cantidad aproximada de 6.000.000 pesetas.

6.8.2. Costes por I.L.T. e invalidez provisional por enfermedad común y accidente no laboral

Ya se ha descrito anteriormente el mayor riesgo de los alcohólicos a padecer enfermedades, con la consiguiente I.L.T. e invalidez provisional, por lo que hacer responsable al alcohol del 5 % del desembolso total no puede parecer excesivo. Aplicando este porcentaje sobre el total estimativo invertido en estos conceptos, da una cifra de 115.940.000 pesetas, cantidad cautelosa a partir de la cual se encontraría el verdadero coste del alcoholismo por este concepto.

6.8.3. Costes por invalidez permanente

El consumo anormal de alcohol puede conducir a la invalidez permanente, ya por un deterioro orgánico y/o psíquico, ya por acciden-
tapilidad.

LE GO encuentra en la S.N.C.F. que el 10 % de las invalideces que se conceden tienen una etiología alcohólica. Nosotros, al faltar cifras reales en este sentido, vamos a calibrarlo por bajo en sólo el 10 %, de modo que de 1.607.101.826 pesetas que se pagaron por este concepto en la provincia de Cádiz en el año 1978 (34), el alcohol sería responsable de un mínimo estimativo de 160.700.000 pesetas.

6.9. Estudio global de los costes

La aproximación tímida y cautelosa que, ante la falta de procedimientos concretos, nos hemos visto obligados a confeccionar, con-
figura una cifra fiable, mínima, por encima de la cual pensamos se situarían los costes reales productivos por el consumo anormal de alcohol.

Concepto	Total
Asistencia sanitaria	1.351.988.432
I.L.T. e I.P. por accidentes de trabajo	6.003.560
I.L.T. e I.P. por enf. común o accid. no laboral	115.939.983
Invalidez permanente	160.700.000
Pérdida de producción registrada	3.047.201

Pérdidas de producción por desempleo, daños materiales, seguros y otros	No estimado
Total	1.631.675.616
Muerte precoz	407.918.904
TOTAL	2.039.594.520

Los costes globales del alcoholismo en la provincia de Cádiz superan ampliamente los dos mil millones de pesetas al año, lo que desde una óptica puramente económica obliga a una reconsideración de los planteamientos actuales y justifican la rentabilidad de una inversión inicial en medidas preventivas.

Desde una perspectiva humana, médica e higiénica, más importante para nosotros, unos programas preventivos estarían justificados con el fin de evitar las complicaciones orgánicas y psíquicas que pueden llevar al enfermo alcohólico a la incapacidad e incluso a la muerte, dada la extensión del problema y habersele señalado por SANTO-DOMINGO CARRASCO (35) como la posible tercera causa de mortalidad en nuestro país.

RESUMEN

En el presente trabajo, dividido en dos partes por su extensión, se analizan distintos aspectos epidemiológicos del alcoholismo registrado en la provincia de Cádiz, encontrándose en el Hospital Psiquiátrico: 1) La presentación cada vez más precoz de cuadros graves. 2) Proporcionalmente mayor número de ingresos de solteros que de casados (aproximadamente 4/1). 3) Ingresos proporcionalmente superiores de comunidades rurales de condiciones climáticas y laborales duras y de estructura social eminentemente agrícola y ganadera, que el análisis de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática corrobora en cuanto a distribución geográfica. Se ha confirmado que la media de estancias en los hospitales generales de los enfermos alcohólicos es superior a la media total. El alcoholismo desde la perspectiva laboral está generalmente soslayado hasta que la afectación es más que evidente. Se constata el incremento en las tasas de mortalidad por cirrosis hepática a partir de la década de los 60, coincidente con el "despegue económico" y que los índices de la provincia de Cádiz, para ambos sexos, supera la media nacional. En una evaluación quizás burda pero cautelosa, se estiman los costes globales generados por el alcoholismo en algo más de dos mil millones de pesetas anuales para la provincia.

FE DE ERRATAS

Las cifras de morbilidad referidas en la parte primera de este artículo, en las tablas correspondientes, van referidas en uno por diez mil ‰ y no en uno por mil ‰ como por error se puso.

BIBLIOGRAFIA

1. Br. Med. J. (1978): What causes road accidents? *Br. Med. J.*, 6.147, 1272-1274.
2. BACON, S. D. (1957): "Social settings conducive to alcoholism. A sociological approach to a medical problem", *J.A.M.A.*, 164, 2, 177-181.
3. BLEUER, E. (1971): "Tratado de Psiquiatría", *Espasa y Calpe*, 313-352.
4. "B.O.E.", núm. 294, 26 septiembre (1934): Código de la Circulación, *Ed. Everest*, 37 (1972).
5. "B.O.E.", Orden de Presidencia de Gobierno, 17 enero 1974, *Gaceta*, 26-I-74.
6. BURGOS REY, V. (1974): "Epidemiología del alcoholismo en Sevilla", *Psiqu. Social, col. luso-esp.* 55-67.
7. CENTERWALL, B. S.; CRIQUI, M. H. (1978): "Prevention of the wernicke-korsakoff syndrome. A cost-benefit analysis", *New E. J. Med.*, 300, 6, 320-321.
8. CLONIGER, C. R. (1978): "The antisocial personality", *Hosp. Practice*, 13, 8, 97-106.
9. COMISION NACIONAL DE SEGURIDAD DE LA CIRCULACION VIAL (1979): *Programa Nacional de Seguridad Vial. Plan para el año 1980*, 14-15.
10. Br. Med. P. (1979): "Action on alcohol", *Br. Med. J.*, 6.160, 361-362.
11. EDWARDS, G. (1979): "Drinking problems: Putting the third world on the map", *Lancet*, 8.139, 402-404.
12. ESTEVEZ BRAVO, J., y cols. (1972): "Diagnóstico, evolución y tratamiento del alcoholismo en la empresa", *XI Asamblea C. S. I. S.*
13. EY, H., y cols. (1978): *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Toray Masson.
14. FEELEY, D. R. (1975): "Necer on wednesday", *J. A. M. A.*, 233, 1, 33.
15. FERNANDEZ CEREZO, M. (1981): "Revisión de pacientes alcohólicos ingresados en el Hospital Clínico de Valencia durante 1978", *Drogalcohol*, VI, 4, 177-197.
16. FINK, D. J. (1975): "Alcoholism a disease?", *Annual of Int. Med.*, 82, 2, 1, 116.
17. FREYXA, J.; BACH, L. GASULL, M. A. (1978): "La enfermedad alcohólica", Barcelona, *Fargraf*, 97-109, 285-296.
18. FRIEDMAN, G. D. (1975): *Principios de epidemiología para profesionales y técnicos de las ciencias de la salud*, Ed. Panamericana.
19. GALNARES YSER, A.; BLANCO PICABIA, A.; MARTIN DE AGAR, R. (1979): "Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población laboral de Sevilla", *Rev. Med. y Seg. del Trabajo*, 27, 106, 48-63.
20. GODARD, J. (1974): "Enciclopedia de medicina, higiene y seguridad del trabajo", *Ed. Of. Int. Trab.*, 109-112.
21. I. N. E. (1951 a 1976): *Anuario estadístico español*, Madrid.
22. I. N. E. (1950 a 1970): *Población de hecho al 31 de diciembre*, Madrid.
23. I. N. E. (1977 a 1978): *Encuesta sobre población activa*, cuatrimestral, Madrid.
24. I. N. E. (1978-1979): *Relación de la población de derecho de los municipios de la provincia de Cádiz al 31-12-77/78*. Delegación Provincial.
25. KLATSKIN, G. (1961): "Alcohol and it relation to liver damage", *Gastroenterology*, 41, 5, 443-451.
26. LAUREL, H. (1977): "Effects of small doses of alcohol on driver performance in emergency traffic situations". *Accident Analysis and prevention*, 9, 3, 191-201.
27. LEVENS, E. (1976): "The cost-benefit and cost-effectiveness of occupational alcoholism programs", *Professional Safety*, 21, 11.
28. LIEBER, C. S. (1978): "Apublic health strategy against alcoholism and its complications", *Am. J. Med.*, 65, 5, 722-725.
29. LOPEZ IBOR ALIÑO, J. J. (1978): "Prevención del alcoholismo y toxicomanías", *Folia Neuripsiq.*, 13, 1, 29-41.

30. LUCE, B. R.; SCHWEITZER, S. O. (1978): "Smoking and alcohol abuse: A comparison of their economic consequences", *New Eng. J. Med.*, 298, 10, 569-571.
31. MARTIN FARFAN, J. M. (1980): *Aportaciones al estudio médico preventivo y social del alcoholismo en la provincia de Cádiz*, tesis de licenciatura, Cádiz, 523 pp.
32. MERRY, J. (1978): "An alcoholism service", *Brit. Med. J.*, 6.106, 161-162.
33. MILLER, B. F.; BRUT, J. J. (1973): *Salud individual y colectiva. El hombre y la sociedad actual*, Ed. Interamericana, México, 120-131.
34. MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (1979): *Memoria 1978*.
35. MORRIS, A. (1980): "Los costes del alcoholismo y los beneficios de la prevención del tratamiento", *Rev. El Médico*, 8, 21-32.
36. O. M. S. (1973): "19.º Informe Comité Expertos de la O. M. S. en farmacodependencias", *Ser. Inf. Tecn. OMS*, 526.
37. O. M. S. (1974): "20.º Informe Comité Expertos de la O. M. S. en farmacodependencias", *Ser. Inf. Tecn. OMS*, 551.
38. O. M. S. (1975): "El alcohol, un peligro creciente", *Crónica OMS*, 29, 108-111.
39. O. M. S. (1976): "Índices estadísticos de la salud de la familia", *Ser. Inf. Tec. OMS*, 587.
40. O. M. S. (1976): "Aspectos médicos del delito y la delincuencia", *Crónica OMS*, 30, 155-163.
41. O. M. S. (1978): "La financiación de los servicios de salud", *Ser. Inf. Tec. OMS*, 625.
42. O. M. S. (1979): "Prevención y tratamiento de la farmacodependencia, examen de la situación en las regiones del Mediterráneo oriental y Asia sudoriental", *Crónica OMS*, 33, 387-391.
43. PITT-RIVERS, J. A. (1971): *Los hombres de la Sierra*, Ed. Grijalbo, col. Dimen, Hisp., 2.
44. PLUVINAJE, R. (1975): "La desintoxicación alcohólica en Francia", *La Rev. Med.*, 16, 1/2, 45-52.
45. RODRIGUEZ MARTOS, A. (1976): "Aprendizaje de la ingesta alcohólica en la infancia", *Rev. JANO Med. y Hum.*, 246, 25-27.
46. ROF CARBALLO, J. (1972): *Biología y Psicoanálisis*, Desclée Brouwer, Bilbao, 557-558.
47. SANTO DOMINGO CARRASCO, J. (1975): "Memorias del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes", *Rev. San. Hig. Pub.*, año XLIX, 5/6, 409-573.
48. SOLER VIÑOLO, M.; LLORCA RAMON, G.; RUIZ VALERO, R.; LINARES VON-SCHMITTERLOW, C. (1976): "Estudios sobre el alcoholismo en Granada y provincia", *Folia Neurops.*, 11, 3/4, 245 ss.
49. VERDEJO VIVAS, G. (1973): "La alcoholemia, plaga social y su influencia en los accidentes de tráfico", *Rev. San. Hig. Pub.*, año XLVII, 5, 369-486.
50. WEILL, J.; MURAT, J.; LAMY, J. GOT, C. (1979): "Les conducteurs a alcoolémie élevée sont-ils des buveurs chroniques ou aigus?", *La Nouv. Pres. Med.*, 8, 22, 1852.
51. ZAFRA MEZCUA, J. A. (1981): *Análisis epidemiológico y sociológico del alcoholismo en el medio universitario de Cádiz*, Public. Univ. Sevilla, Serie Medicina, núm. 34.
52. ZAFRA MEZCUA, J. A.; MARTIN FARFAN, J. A. (1981): "Estudio del consumo de alcohol y del alcoholismo en la provincia de Cádiz", *Anal. R. Acad. Med. y Cir. de Cádiz*, XVII, 1, 53-134.
53. JARMAN, C. M., KELLET, J. M. (1979): "Alcoholism in the general hospital", *Br. Med. J.*, 6.188, 469-472.