
Políticas para reducir el daño que causa el tabaco

JOAN R. VILLALBÍ

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Agència de Salut Pública de Barcelona

Enviar correspondencia a: Joan R Villalbí. Agència de Salut Pública de Barcelona. Plaza Lesseps 1. 08023 Barcelona. E-mail: jrvillela@aspb.es

RESUMEN

Aunque las autoridades sanitarias españolas reconocen la importancia del problema del tabaquismo en sus declaraciones de principio, no la traducen en políticas efectivas para cambiar las dimensiones del problema, ni en recursos para informar o ayudar a los afectados. En este manuscrito se pretende ayudar a formalizar un análisis estratégico de la prevención del tabaquismo en nuestro país, actualizando una perspectiva integral que tenga en cuenta el contexto internacional. A partir de una revisión de la situación y de sus causas, se plantean los problemas prioritarios para mejorar la prevención del tabaquismo, proponiendo unas estrategias de actuación y acciones clave para el futuro. Se propone ir más allá de los servicios sanitarios para abordar los determinantes del tabaquismo. Se destacan las políticas fiscal, de regulación del producto, de regulación de su promoción, y de ampliación de los espacios sin humo.

Palabras clave: *tabaquismo, política, prevención, determinantes.*

SUMMARY

Even though health authorities in Spain recognize the relevance of smoking as a health problem in principle, this does not translate into effective policies to change the dimensions of the problem nor in resources needed to inform or help those involved. This manuscript provides the frame for a strategic analysis of smoking prevention in Spain, from a comprehensive perspective in international context. After reviewing the current situation and its causes, the main issues are defined, as well as strategies and key actions for the future, going beyond health care services to deal with the determinants of smoking. Fiscal policy, product regulation, advertisement ban and expanding smoke free areas are highlighted.

Key words: *smoking, policy, prevention, determinants.*

INTRODUCCIÓN

El coste sanitario del tabaco en España¹ es elevado, y se traduce en muertes, enfermedades e invalidez prematuras y evitables, y sufrimiento innecesario. Además, tiene unos costes económicos formidables, consumiendo recursos que de otro modo podrían dedicarse a otros fines. El rendimien-

to comparado de la prevención del tabaquismo en nuestro medio es muy elevado: conseguir que un paciente de 20 años deje de fumar alarga su esperanza de vida tres veces más que controlar su hipertensión, y casi diez veces más que controlar su colesterol². Por todo ello, el control del tabaquismo debe ser una prioridad sanitaria absoluta³.

Aunque las autoridades sanitarias reconocen la importancia del problema en sus declaraciones de principio, no la traducen en políticas efectivas para reducir su magnitud, ni en recursos para informar a la población o ayudar a los afectados. Las causas de esta situación son diversas. En este manuscrito se pretende ayudar a formalizar un análisis estratégico de la prevención del tabaquismo en España, actualizando una perspectiva integral que tenga en cuenta el contexto internacional. A partir de una revisión de la situación, se plantean los problemas prioritarios para mejorar la prevención del tabaquismo, proponiendo unas estrategias de actuación y acciones clave para el futuro. Este análisis se deriva de la aproximación estratégica desarrollada por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) con el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (en el que participa la misma SESPAS)⁴.

LA EPIDEMIA

Una perspectiva global

Los problemas de salud relacionados con el tabaco pasan a primer plano cuando la industrialización de su manufactura lleva al consumo masivo de cigarrillos. Pese a que la evolución del tabaquismo tiene un patrón propio en cada sociedad, la observación desde una óptica internacional permite proponer un esquema conceptual útil. Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica, Alan López ha propuesto cuatro fases en la epidemia tabáquica⁵. En la inicial, o fase I se registra una prevalencia inferior al 15% en los varones, y muy inferior en las mujeres. El consumo anual por adulto es inferior a los 500 cigarrillos. Los datos de mortalidad no permiten apreciar las muertes atribuibles al tabaco. Esta fase puede durar una o dos décadas.

En la fase II, la prevalencia puede alcanzar en los varones cifras del orden del 50-80%, y apenas hay ex fumadores. No se aprecia gradiente por clase social, estando el hábito

de fumar generalizado entre todas las capas sociales. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente, con un retraso de una o dos décadas respecto a los varones. El consumo anual por adulto alcanza los 1000-3000 cigarrillos (2000-4000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco. Se registran los primeros y tímidos intentos de prevención. Esta fase puede durar 2-3 décadas.

En la fase III se inicia un descenso en la prevalencia entre los varones hasta el 40%, y los exfumadores son un segmento importante y creciente de la población masculina. Se aprecia un claro gradiente social en los varones, que más tarde se extenderá a las mujeres. Entre las mujeres se da una larga estabilización del hábito, sin alcanzar los niveles que tuvo en los varones. Esta larga meseta termina con un proceso de declive también en las mujeres. El consumo anual por adulto es sin embargo el mayor en esta fase, de 3000 a 4000 cigarrillos. En esta fase, la mortalidad asociada al tabaco llega a ser un 25-30% del total en los varones, y un 5% en las mujeres. Durante ella se desarrollan programas de control, cada vez más integrados y coordinados. Su duración puede estimarse en tres décadas.

En la fase IV, la prevalencia por sexos tiende a igualarse: en los varones baja al 35%, mientras que en las mujeres llega al 30%. La mortalidad atribuible al tabaquismo, reflejando el consumo de la etapa anterior, alcanza las mayores cifras y sigue subiendo, llegando al 30-35% en los varones y al 20-25% en las mujeres. Se aprecia un fuerte gradiente por clases en el consumo de tabaco, al haberlo abandonado masivamente los segmentos de mayor nivel económico y de instrucción. Avanzar en la generalización de ambientes sin humo es el tema emergente para la prevención en esta fase.

Nuestra situación

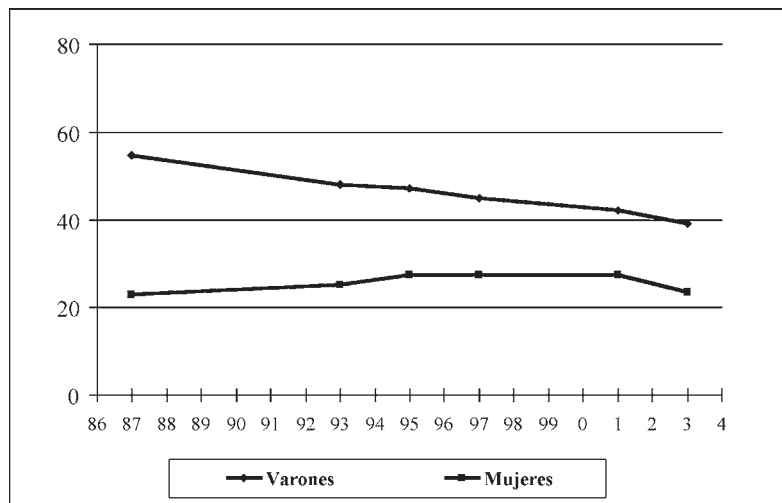
Es probable que estemos ahora entre las fases III y IV descritas anteriormente. Sin embargo, nuestro proceso ha tenido algu-

nas peculiaridades económicas, políticas y culturales. Por un lado, condicionantes económicos llevaron a enlentecer el proceso en la fase II: durante años, España tuvo una prevalencia alta con un consumo medio bajo, debido a que una gran parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza. Sólo en los años sesenta el consumo de tabaco por fumador se eleva de forma clara. Por otra parte, la existencia del monopolio dificultó la regulación. La privatización de Tabacalera es reciente, y antes consideraciones ajenas a la salud pesaron de forma muy directa en la política del gobierno. Durante la dictadura el descubrimiento de los efectos del tabaco sobre la salud no tuvo ningún efecto práctico en España, al contrario de lo que sucedió en los países democráticos de su entorno, donde los poderes públicos se vieron impelidos a regularlo. Precisamente, la recuperación tardía de la democracia ha tenido otro efecto importante: durante años, las exigencias sociales en sanidad se dirigían a mejorar los dispositivos asistenciales de financiación pública, cuya situación al final

de la dictadura estaba muy alejada de las necesidades y preferencias de la población. Finalmente, la existencia de una elevada prevalencia del tabaquismo en profesiones clave ha sido un obstáculo para avanzar. Los médicos fumadores no suelen abordar el tabaquismo de sus pacientes. Además, sus corporaciones profesionales no han tenido un rol destacado, ni han estimulado la intervención de la administración: sólo recientemente la Organización Médica Colegial se ha implicado en su prevención⁶.

Pese a estas circunstancias, la evolución de la epidemia tabáquica en los últimos años muestra algunas tendencias esperanzadoras, aunque otros aspectos deben mejorar. Se aprecia una clara disminución entre los varones a lo largo de los últimos años, y recientemente parece emerger un principio de declive en las mujeres (figura 1). La cohorte española del estudio longitudinal MONICA muestra claras reducciones de la prevalencia en los varones⁷. Se registra una probable disminución de la incidencia

Figura 1. Evolución de la prevalencia del tabaquismo en España, 1987-2003.



Fuente: elaboración propia a partir de la referencia 22 y los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2001 y del avance de resultados de 2003 facilitados gentilmente por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

respecto a años anteriores⁸. Los programas de prevención sistemáticos con adolescentes alcanzan poca cobertura, pero a veces han mostrado un cierto impacto positivo, probablemente asociado al rigor con que se aplican⁹. Aparece un gradiente social, de manera muy evidente desde los años ochenta en los varones, y de forma más incipiente en las mujeres¹⁰. Los exfumadores alcanzan un peso social visible, y además se producen muchas cesaciones relativamente precoces. Por otra parte, en algunas profesiones clave, como los médicos, la disminución del tabaquismo es intensa.

Se aprecian iniciativas muy positivas. La realidad autonómica dificulta una regulación homogénea, pero en cambio favorece innovaciones en algunas comunidades autónomas, que en general han tendido a inspirar a otras (prohibición de la venta a menores, espacios sin humo, restricción de la promoción...) o bien han suscitado legislación del mismo gobierno central. Por otra parte, la regulación de diversos aspectos del mercado interno desde la Unión Europea ha llevado a la adopción en España de políticas de valor preventivo en el campo fiscal, de la publicidad, o de las advertencias a los consumidores. El movimiento de prevención ha iniciado un desarrollo más coordinado, plasmado en los últimos años en la creación del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, que ha logrado una cierta visibilidad mediática¹¹. La tabla 1 resume programas y políticas de prevención.

Pero también hay algunas tendencias preocupantes. Entre ellas, destaca la respuesta estratégica de la industria dirigida a impedir la regulación de la promoción del tabaco y de espacios sin humo, desvelada en los medios de comunicación¹². También el crecimiento de los puntos de venta, mediante la extensión de máquinas automáticas y la implicación de nuevos establecimientos (quioscos, gasolineras...). Asimismo, el incremento sin precedentes del contrabando organizado ha sido una característica de la última década, alcanzando cuotas de mercado cercanas al 20%, hasta que progresos recientes parecen

haber cambiado el panorama¹³. Las regulaciones sobre espacios sin humo han puesto de manifiesto los problemas que plantea su cumplimiento efectivo, y cómo a menudo la normativa existente no tiene quien vele por ella: una organización de consumidores documentó recientemente niveles muy variables de cumplimiento, aunque se hayan documentado progresos¹⁴ ¹⁵. La ofensiva de la industria por establecer canales de promoción basados en la publicidad indirecta y el patrocinio ha evidenciado los límites de una normativa simplista.

PROBLEMAS PRIORITARIOS

Los problemas prioritarios son dos. Por un lado, proteger a los jóvenes (particularmente hoy a las mujeres) y ayudarles a no empezar a fumar. Por otro, ayudar a los fumadores que lo desean a abandonar el consumo. En realidad, ambos están relacionados: si hay menos adultos fumadores, es más fácil que los adolescentes se mantengan sin fumar.

Proteger a los adolescentes

La protección de los adolescentes es un objetivo prioritario, y suscita el mayor consenso social. Sin embargo, es el más difícil, pues lleva a enfrentarse directamente con los esfuerzos de promoción de la industria tabaquera, que necesita reclutar nuevos adictos para sustituir a los que fallecen o abandonan el hábito. Una política efectiva de protección de los jóvenes pasa por la regulación estricta de la publicidad y la promoción promovidas por la industria tabaquera. También comporta revisar la regulación de la venta a menores, que en algunas Comunidades Autónomas está prohibida hasta los 18 años y en otras sólo hasta los 16. Esto plantea la cuestión de la venta ilegal a menores, directamente o mediante máquinas expendedoras que violan las normas vigentes, y de como impedirlo. Se ha documentado la frecuente venta doblemente ilegal de cigarrillos sueltos a

Tabla 1. Cronología y situación de los principales programas y políticas de prevención del tabaquismo en España.

| Programas y actividades | Ámbito y cronología | Situación |
|---|---|---|
| Regulación de la publicidad. | Desde 1985 en algunas CCAA en vallas en la vía pública y medios de comunicación institucionales ³⁶ . Prohibición en la televisión gracias a la Ley General de Publicidad de 1988, que transpone una Directiva Europea. | Sin regulación efectiva de radio, prensa, vallas en vía pública, publicidad indirecta y patrocinio. Radio y prensa serán cubiertas mediante la trasposición de una nueva Directiva Europea del año 2002. |
| Regulación del consumo en lugares públicos. | Desarrollada desde 1985 en algunas CCAA, reforzada por el Decreto Ley 192/1988. | Está documentado un cumplimiento errático ⁴ , aunque es mayor si hay iniciativas concretas de apoyo, y probablemente sea creciente. |
| Programas educativos de prevención en las escuelas. | Implantados nominalmente desde finales de los ochenta. | Desarrollados sistemáticamente en la práctica sólo en pocos casos y por iniciativa municipal o autonómica. |
| Intervenciones desde la atención primaria y el sistema sanitario. | Impulsadas desde 1987 por administraciones locales (como programas piloto ¹⁸ ¹⁹) o asociaciones profesionales (PAPPS de la SEMFYC). | Ampliadas de forma mucho más amplia por algunos Servicios Autonómicos de Salud y el Insalud, de forma paralela a la disminución de la prevalencia entre los médicos y la extensión de la reforma de la atención primaria de salud ³⁷ . |
| Unidades especializadas de tratamiento. | Vinculadas a iniciativas de hospitales y universidades. Son fuente de impulso a la formación y de nuevas iniciativas, como las líneas telefónicas de cesación ³⁸ . | Aunque no cubren a toda la población, han ido creciendo en número e implantación territorial. |
| Programas comunitarios de cesación. | Iniciados de forma local en 1988, vinculados a iniciativas OMS (Día mundial sin fumar) ³⁹ . | Continuados de forma periódica a mayor escala y con mayor cobertura poblacional (Día mundial, Quit & Win...) ²⁴ . |
| Incremento de la fiscalidad sobre el tabaco. | Directiva Europea de 1992, actualizada en 2001. | Se tradujo en un mayor incremento de precios, especialmente entre 1992-97 ⁴⁰ . |

adolescentes en el entorno de las escuelas secundarias¹⁶. Muchos entornos en que los adolescentes estudian y pasan el tiempo no son espacios sin humo. En la medida en que

disminuye el número de adultos fumadores y se amplían los espacios sin humo, cambia la percepción social del tabaquismo por los menores.

Facilitar dejar de fumar

Facilitar dejar de fumar a la amplia mayoría de fumadores que lo desea es la otra cuestión prioritaria. Este objetivo choca con el hecho de que la adicción a la nicotina es muy intensa. Por otra parte, en nuestra población de fumadores, son muchos los que están en la fase denominada de precontemplación. La existencia de espacios sin humo en el entorno personal y laboral contribuye a progresar en el proceso hacia la cesación, de acuerdo con el modelo transteórico del cambio¹⁷. Los profesionales sanitarios pueden jugar un papel clave. Identificar a los pacientes fumadores y proporcionarles consejo mínimo debería ser parte de la atención rutinaria, ya que produce efectos modestos pero visibles: del orden de un 5% de los pacientes aconsejados dejan de fumar al cabo del año¹⁸, y cuando se ha hecho un esfuerzo sistemático y organizado se puede alcanzar un 18% en tres años¹⁹. Sin embargo, muchos médicos no tienen tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo. Una revisión reciente del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) documentó que muchos centros de salud son activos en este campo, pero que la proporción de pacientes en que consta la intervención es menor que para otros factores de riesgo²⁰; este mismo estudio mostró que el 7,6% de los fumadores aconsejados dejaron de fumar, un resultado del programa que es favorable al compararse con el 5% esperable según los estudios iniciales¹⁸.

Hay que ser consciente de que la respuesta a las intervenciones no es homogénea entre los fumadores: a los de clase baja, y a los que fuman más (cuya adicción es mayor) les cuesta más dejar de fumar. El tratamiento farmacológico y otras opciones especializadas pueden ayudar a este grupo de pacientes, que tienen mayor riesgo. Aunque los que precisan apoyo más intenso son una fracción relativamente pequeña del total de fumadores, los beneficios potenciales derivados de ayudarlos son mayores, ya que su riesgo es muy superior. En los últimos años hemos

progresado: hace veinte años, los fumadores decían en las encuestas que nadie les aconsejaba dejar de fumar, mientras que ahora más de la mitad dice que su médico se lo ha pedido²¹. Pero queda mucho por hacer y sabemos que muchos profesionales no tomarán un rol activo: los que fuman no suelen hacerlo, y lo son el 32% de los médicos²². De modo que ayudarles a dejar de fumar es una cuestión importante si queremos un sistema sanitario más sensible a las necesidades de sus pacientes fumadores²³. Tanto las autoridades sanitarias como las corporaciones profesionales pueden jugar un papel muy relevante en este campo.

ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

Frente a esta problemática, podemos definir tres modelos de respuesta. La más pasiva es confiar en el proceso secular de cambio, interpretando las fases descritas como un proceso ineluctable y predeterminado: a veces nos parece que algunos responsables en las administraciones públicas de nuestro país se posicionan así. Una variante de mayor corrección política es mantener algunas acciones de sensibilización pública, información y educación, aunque con recursos que difícilmente alcanzarán una mínima parte del presupuesto de que dispone la industria para promoción y publicidad.

Actuar desde los servicios sanitarios

Otra forma de responder es desarrollando programas desde los servicios sanitarios orientados a la cesación y a la prevención. Es una respuesta que políticamente no suscita controversias, y que se centra en un problema ciertamente importante desde una perspectiva biomédica: suscitar abandonos precoces en los fumadores, antes de que los efectos adversos del fumar se manifiesten. En esta línea hay que destacar las acciones orientadas a generalizar la intervención de

los profesionales sanitarios ante sus pacientes fumadores. Juegan también un papel la disponibilidad de terapias farmacológicas de apoyo, la existencia de recursos especializados como las unidades de tabaquismo, y otros dispositivos de ayuda a la cesación, como las líneas telefónicas o los métodos de apoyo por correo o internet. El problema evidentemente es que para afrontar el flujo de nuevos fumadores que las acciones de promoción de la industria generan, habría que movilizar un volumen de recursos considerable, que nuestro sistema sanitario está lejos de haber dedicado a este problema. En España, alguna de estas líneas se ha ido impulsando desde los servicios reformados de atención primaria de salud (programas de intervención mínima en el PAPPS, planes de salud de diversas Comunidades Autónomas, contrato-programa del Insalud, y programa 'corta por lo sano'). Las unidades especializadas de tabaquismo vinculadas a hospitales o a la Universidad o en los centros de atención a las adicciones en algunas comunidades autónomas se han extendido, aunque sin una cobertura integral del país. Las terapias farmacológicas de apoyo no son cubiertas por el Sistema Nacional de Salud (salvo en Navarra y en proyectos piloto de alcance reducido); los productos de tratamiento farmacológico (bupropion y terapia sustitutiva de nicotina) facturan una cifra superior a los 6 millones anuales de euros. No se dispone de líneas telefónicas de apoyo a la cesación salvo experiencias locales de cobertura horaria y territorial limitada: nada comparable a la experiencia del Reino Unido. Además de la progresiva extensión de los programas esporádicos del tipo 'día mundial sin tabaco' o 'quit and win' (cada vez mas integrados), destaca la experiencia de apoyo por correo alcanzada por el programa de ayuda a dejar de fumar en Galicia^{24 25}.

Actuar de manera más integral

La otra forma de respuesta, que permite un planteo preventivo más integral, se basa en el desarrollo de políticas públicas dirigidas

a los determinantes del tabaquismo para alcanzar niveles de prevención elevados. Esto implica abordar aspectos fiscales, de regulación de la venta, de la publicidad y la promoción del tabaco, de regulación del contenido de los productos tabáquicos, de información al consumidor, y de protección general al público mediante el impulso de políticas dirigidas a generalizar espacios sin humo. Estas políticas en España sólo se han desarrollado de forma parcial, a menudo siguiendo el impulso de iniciativas internacionales: la transposición de directivas europeas ha jugado un papel importante en los últimos años. Además, su aplicación efectiva es parcial. Parece evidente que para progresar el movimiento de prevención debe concentrar sus esfuerzos en este planteamiento. Esto requiere introducir la problemática relacionada con el tabaco y su control en el debate político global, impulsar la adopción de políticas preventivas claras, y velar posteriormente por su aplicación efectiva por los poderes públicos. En este sentido, hacer visible el consenso social es una prioridad absoluta para el movimiento de prevención. Se trata de hacer explícita la demanda social de regulación, y también de desvelar las estrategias de la industria dirigidas a crear oposición a los objetivos de la regulación y suscitar falsas controversias¹².

Este tipo de respuesta parece especialmente relevante a la luz de la experiencia de diversos programas de prevención primaria basados en programas educativos en el marco escolar. Su evaluación revela la necesidad de desarrollar estrategias más allá de las aulas, que se proyecten también al conjunto del medio escolar y al marco comunitario²⁶. Si metaanálisis recientes han destacado la mayor efectividad de los programas que trabajan sobre variables cognitivas (como las influencias sociales, la autoeficacia y las habilidades de rechazo), para el futuro se imponen aproximaciones más integrales²⁷. Algunos proyectos que incluyen intervenciones comunitarias en Asturias o en Barcelona muestran nuevos caminos, que pueden integrar acciones educativas en

las aulas con la promoción de espacios sin humo en el centro y de la cesación entre educadores, acciones con las familias de los escolares, y actuaciones sobre los espacios de ocio de los adolescentes^{28 29 30}. En realidad, hay que contemplar el conjunto de las políticas públicas relacionadas con el tabaco de manera integral (tabla 2). El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo acordado por el Ministerio con las consejerías de salud de las comunidades autónomas en enero de 2003 parecía orientado en esta dirección, pero un año después su desarrollo no se ha hecho efectivo³¹.

ACCIONES CLAVE SOBRE LOS DETERMINANTES

Política fiscal

La política fiscal se basa en una directiva europea actualizada en varias ocasiones que deja cierto margen a los gobiernos. Parece necesario elevar el precio del tabaco mediante una política fiscal más orientada a la salud. Se debería modificar la carga impositiva de manera que su impacto sobre el precio final de venta al público fuera mayor. Esto es posible si se pasa de una estructura de impuestos fijados en un porcentaje del precio (como el impuesto sobre el valor añadido y el grueso del impuesto especial sobre el tabaco) a una estructura basada en importes lineales elevados como en Gran Bretaña o Irlanda. De otro modo resulta que la industria mantiene un abanico de productos en los que siempre hay opciones que, teniendo una carga de impuestos superior al 70% del precio, siguen siendo muy asequibles. Por otra parte, los productos de tabaco en picadura o similares deberían tener cargas fiscales comparables a las de los cigarrillos.

Regular la publicidad y otras formas de promoción

La publicidad está hoy sólo parcialmente regulada en España, que es el país de la

Unión Europea más permisivo con la promoción del tabaco. La frustración de la rigurosa propuesta de Directiva Europea de 1998 y la aprobación de la actual Directiva en 2002 que deja fuera los medios no transfronterizos vuelve a poner sobre la mesa del gobierno central la necesidad de desarrollar una normativa propia, que proteja a los adolescentes de todas las formas de presión al consumo que realiza la industria, y que ha de tener un alto nivel de exigencia, similar al conseguido en Francia. Las formas de promoción basadas en el regalo de muestras de cigarrillos, o el canje de paquetes en fiestas de promoción pueden y deben ser prohibidas. Debe conseguirse que la única forma de acceso al tabaco sea su compra por un adulto a un establecimiento con licencia en los términos legalmente previstos.

Regular el contenido de los cigarrillos

No es aceptable la existencia de ingredientes secretos en los cigarrillos. El conocimiento que tenemos hoy de cómo Philip Morris usó el amoníaco para potenciar los efectos adictivos de la nicotina muestra lo que hay detrás de los 'secretos industriales'. La industria debe revelar los contenidos a las autoridades. Por otra parte, aunque los intentos seguidos hasta hoy han sido poco útiles, el objetivo de regular los cigarrillos para obtener un producto menos peligroso parece atractivo³². Quizás debería buscarse una fórmula que permitiera controlar la razón entre alquitrán y nicotina de los cigarrillos, aunque ya sabemos que no basta con los contenidos reflejados hoy en las cajetillas. Idealmente se debería buscar un cigarrillo que cubriera la necesidad de nicotina de un fumador adicto, minimizando al tiempo su exposición al alquitrán y otros componentes nocivos.

Espacios sin humo

La demostración de los efectos de la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco (ACHT) sobre la salud obliga a regular

Tabla 2. Diversos aspectos de las políticas públicas relacionadas con el tabaco en España.

• Regulación de la manufactura, distribución y venta

Mercado muy regulado: el monopolio se abolió formalmente tras la adhesión a la Unión Europea, salvo para la distribución detallista basada en unos 16.000 estancos, que son concesiones administrativas. El Comisionado del Gobierno para el Mercado de Tabaco actúa como agente regulador muy sensible a las preferencias de la industria.

La red de estancos es el eje de la distribución minorista, existiendo puntos de venta con recargo que se surten en los estancos y se han expandido notablemente. Se permiten las máquinas de venta automática de tabaco, con regulaciones para evitar su uso por menores (que no suelen cumplirse).

Está prohibida la venta a menores de 16 años en unas CCAA y a menores de 18 en otras (en la práctica no se cumple de forma efectiva).

Está prohibida la venta de cigarrillos sin precinto y advertencias sanitarias (en la práctica la venta de cigarrillos sueltos es habitual en el entorno escolar, principalmente en quioscos y bares).

No está regulado el número de cigarrillos por paquete. Han aparecido marcas que ofrecen paquetes de 10 cigarrillos, más asequibles para los adolescentes que experimentan con el tabaco.

• Regulación del producto

Contenidos máximos de nicotina y alquitrán fijados por directiva europea (no reflejan lo que absorbe realmente el fumador). No hay regulación de aditivos

Información al consumidor basada en advertencia sanitaria por directiva europea cuya transposición entró en vigor en septiembre 2003.

• Política fiscal y de precios

Política fiscal basada en una directiva europea, que resulta en una carga fiscal elevada para los cigarrillos, y menor para otras labores del tabaco. Al basarse en una imposición proporcional al precio, persiste una amplia oferta de tabaco barato, al ofrecer las industrias un abanico creciente de marcas de bajo coste.

La represión del contrabando ha progresado en los últimos años, haciendo disminuir su cuota de mercado del 20 al 5% (en el mercado, el tabaco de contrabando actúa como marca más barata).

• Regulación de la publicidad y la promoción

En general la industria no tiene límites a sus actividades de promoción, salvo la prohibición de la publicidad en revistas infantiles, y en TV por directiva europea. Hay intentos de publicidad indirecta (Ducados Music, gafas For Sun, prendas Winston American Campus...), y indicios de product placement en series televisivas. No hay regulación en prensa y radio, salvo en medios institucionales. Fuerte presión publicitaria en radiofórmulas. Patrocinio de actividades deportivas y musicales habitual. Marketing basado en distribución de muestras en fiestas, conciertos y discotecas habitual (aunque prohibido en algunas CCAA).

Prohibición de vallas en la vía pública en algunas CCAA, habitualmente sorteada mediante publicidad indirecta de otros productos con la misma marca

• Regulación de espacios sin humo

Regulación relativa a recintos donde plantea peligro grave de incendio o explosión (cines, teatros, grandes almacenes, gasolineras...), en medios de transporte público, y en servicios públicos cerrados (centros educativos, sanitarios, bibliotecas, estaciones, aeropuertos...). Grado de cumplimiento relativamente bajo, aunque creciente. Mejor cumplimiento en medios de transporte, gasolineras y centros sanitarios.

• Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS)

El tratamiento de la adicción a la nicotina está excluido de las prestaciones del SNS. Pese a la retórica sobre el consejo médico para dejar de fumar, el SNS no ofrece tratamiento especializado (salvo unidades aisladas), ni cubre la prescripción farmacéutica de eficacia demostrada (terapia sustitutiva de la nicotina, bupropion) salvo en Navarra.

El tratamiento de las enfermedades debidas al tabaco está cubierto por el SNS, salvo el tratamiento rehabilitador tras la atención aguda (la rehabilitación de la voz de los laringectomizados no está cubierta).

• Política de comunicación e imagen del poder ejecutivo

Relaciones de destacados miembros del ejecutivo con la industria y sus organizaciones pantalla (entrevistas reflejadas en la prensa del corazón, recepción de premios, visibilidad de miembros del Consejo de Ministros fumando en los medios de comunicación).

Relación del ejecutivo con el movimiento de prevención limitada al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ausencia de campañas publicitarias sistemáticas de información al público sobre el tabaquismo o la importancia de dejar de fumar, limitadas a acciones puntuales, genéricas y/o de bajo presupuesto.

Fuente: referencia 10.

esta exposición³³. El ACHT se considera ya por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) como carcinógeno³⁴, y según recientes valoraciones es uno de los agentes causantes de cáncer laboral al que está expuesta una mayor proporción de la población ocupada³⁵. La extensión de los sistemas de aire acondicionado agrava la exposición, pues el grueso del humo de tabaco se comporta como vapor, y la mayoría de los dispositivos de aire acondicionado se limitan a enfriarlo, haciéndolo menos visible sin eliminarlo: su capacidad de extracción suele ser baja. Las normativas sobre espacios sin humo suscitan amplio consenso social, aunque una minoría pequeña pero militante se resiste a respetarlas. Esto significa que las normas adoptadas han de poder aplicarse con rigor, de otro modo son contraproducentes. En nuestro país, las normativas existentes se incumplen ampliamente⁴, y la exposición al ACHT es muy amplia. El creciente gradiente social en el tabaquismo obliga a ofrecer ayuda para dejar de fumar a quién lo desea al aplicar regulaciones en empresas o centros de trabajo, que debería ser consensuadas aunque claras. En determinados espacios públicos cerrados, se pueden plantear diferencias entre usuarios y trabajadores. Hay que especificar quién es responsable del cumplimiento (el titular del local, centro o espacio), quién puede inspeccionar su cumplimiento (de oficio o a petición de parte), y prever circuitos claros, ágiles y factibles en caso de sanción. Las limitaciones a fumar en espacios públicos cerrados y centros de trabajo pueden suscitar tensiones iniciales, pero también desencadenan numerosas cesaciones: la industria se opone drásticamente a estas regulaciones. En el momento actual, se cree prioritario hacer cumplir las regulaciones ya existentes en los recintos donde está prohibido fumar, concentrando los esfuerzos en los sectores prioritarios, que son los que concentran a niños, ancianos, y enfermos: guarderías y escuelas, recintos deportivos cerrados, centros de ocio y entidades infantiles y juveniles, centros sanitarios, estaciones y transporte, administraciones públicas, centros tercera edad. Se puede plantear su

extensión posteriormente, especialmente revisando las normas en lugares de trabajo, que actualmente son ambiguas y poco explícitas.

Otros aspectos

Otros aspectos destacables son la regulación de la venta a menores y la información al consumidor. Aunque tenga poco impacto preventivo, prohibir la venta de un producto adictivo a los menores de edad legal es una exigencia ética. También lo es controlar la venta de cigarrillos por unidades, que suele hacerse en quioscos en el entorno de los centros educativos y que está tipificada como ilegal. Es deseable regular el uso de máquinas automáticas, prohibiendo su situación donde no puedan ser supervisadas en todo momento por los responsables del establecimiento (vía pública, lavabos...). Hay que hacer operativa la prohibición de la venta de tabaco en los recintos educativos (que incluyen los de enseñanza secundaria y superior) y deportivos. Por lo que respecta a la información al consumidor, recientemente se ha desarrollado la directiva europea sobre productos de tabaco con lo que por primera vez las advertencias sanitarias son visibles y específicas. Hay elementos que sugieren que esto contribuye al proceso de abandono del tabaco por fumadores maduros.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Actualmente en España, las fuerzas implicadas más activamente en la lucha para la prevención del tabaquismo proceden de algunos sectores de las profesiones sanitarias. Es previsible que los retos del futuro planteen la conveniencia de una aproximación al movimiento consumerista, que cuenta con una larga trayectoria velando por la protección de los consumidores, en vigilar el cumplimiento efectivo de normas reguladoras, y que además cuenta con asesores legales experimentados. Por otra parte,

debemos prestar atención al proceso legislativo y a sus actores clave, en España y en la Unión Europea, para poder avanzar en los procesos de regulación en pro de la salud. Las administraciones públicas son actores estratégicos para el progreso. Además de la implicación activa de las autoridades sanitarias, se precisa una perspectiva más intersectorial de los poderes ejecutivos en pro de la prevención. Esto tiene traducciones a nivel local, autonómico y de toda España. La escena europea es una área de creciente importancia para la regulación, que exige una presencia organizada y coordinada. Para el movimiento de prevención del tabaquismo, sólo hay un adversario: la industria tabaquera, en la medida en que se opone a la regulación preventiva. Hay cambios sociales en el tabaquismo, que se reflejan en el perfil actual de los fumadores, en la creciente proporción de fumadores que desean dejar de fumar y en la creciente visibilidad social de unos exfumadores cada vez más jóvenes: han de reflejarse en los procesos de prevención y control de este problema sanitario.

REFERENCIAS

- (1) Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González-Enríquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-4.
- (2) Grover SA, Gray-Donald K, Joseph L, Abrahamowicz M, Coupal L. Life expectancy following dietary modification or smoking cessation. Estimating the benefits of a prudent lifestyle. *Arch Intern Med.* 1994; 154:1697-704.
- (3) Becoña-Iglesias E (Coord). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998.
- (4) Ariza C, Villalbí JR (Eds). El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000.
- (5) Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.
- (6) Pardell H (Coord) Manejo del fumador en la clínica. Madrid/Barcelona: Organización Médica Colegial y Ars Médica, 2001.
- (7) Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolomen H et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 355: 675-687.
- (8) Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. *Am J Public Health* 2000; 90:1459-62.
- (9) de Vries H, Mudde A, Kremers S, Wetzels J, Uiters E, Ariza C, Vitoria PD, Fielder A, Holm K, Janssen K, Lehtuvuori R, Candel M. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): short-term effects. *Health Educ Res* 2003;18:649-63.
- (10) Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona 2000-01. *Rev Clin Esp* 2004 (en prensa).
- (11) Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. Medicina, comunicación y sociedad. Informe Quiral 1999. Barcelona: Rubes Editorial, 2000; 121.
- (12) Escolà C. Philip Morris creó un lobby en España. *El País* 1360, Domingo 23 de enero del 2000; págs 30-31.
- (13) Joosens L, Raw M. How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ* 2000; 321: 947-950.
- (14) <http://revista.consumer.es/web/es/20030201/pdf/temaportada.pdf>.
- (15) Serra C, Bonfill X, Cabezas C, Ormaza J, Elías J, López MV. Efectividad de una intervención para reducir el consumo de tabaco en lugares públicos. *Gac Sanit* 2002; 16 (Supl 1): 82.
- (16) Anónimo. Informe: punts de venda de tabac. Barcelona: Unió de Consumidors de Catalunya, 1999.
- (17) Prochaska JO, DiClemente CC: Stages and process of self-change of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5.
- (18) Nebot M, Cabezas C, Oller M. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 57-61.

- (19) Martín-Cantera C, Córdoba-García R, Jané-Julio C, Nebot-Adell M, Galan-Herrea S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
- (20) Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadan M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract* 1996; 13: 144-151.
- (21) Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbí JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 359-64.
- (22) Gil E, González J, Villar F. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999; 182-191.
- (23) Pardell H, Saltó E, Canela J, Salleras L. Smoking cessation rates after three months treatment with nicotine patch among health professionals in Catalonia, Spain. *Int J Smoking Cessation* 1993; 2: 35-37.
- (24) Moragues L, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa 'quit and win') para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13:456-461.
- (25) Becoña E, Vázquez FL, Míguez MC. The smoking cessation program of the University of Santiago de Compostela 1984-96. En: *Smoke-free Europe*. Helsinki: Finnish Centre for Health Education, 1996; 117.
- (26) Vartiainen E, Korhonen H, Koskela K, Puska P. Twenty year smoking trends in a community based cardiovascular disease prevention programme. Results from the North Karelia project. *Eur J Public Health* 1998; 8: 154-159.
- (27) Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83: 872-880.
- (28) López ML, Comas A, Herrero P, Pereiro S, Fernández M, Thomas H et al. Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 303-318.
- (29) Ariza C, Nebot M, Jané M, Tomás Z, De Vries H. El proyecto ESFA en Barcelona: un programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. *Prev Tab* 2001; 3: 70-77.
- (30) De Vries H, Ariza C, Bakker M, Hohn K, Mudde AN, Lettornosi R et al. European smoking prevention framework approach. Las Palmas: European Conference on Tobacco or Health CD-ROM, 1999.
- (31) <http://www.msc.es/proteccionSalud/adolescenciaJuven/prevenir/Pdf/plantabaquismo.pdf>.
- (32) Ramström L, Villalbí JR. Los cigarrillos light no disminuyen los riesgos del fumador. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 108.
- (33) Banegas JR, González-Enríquez J, López V, Pardell H, Salvador T et al. Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco: revisión actualizada y posibilidades de actuación. *SEMERGEN* 1999; 25: 702-711.
- (34) <http://monographs.iaarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html>.
- (35) Kauppinen T, Toikkanen J, Pedersen D, Young R, Ahrens W, Boffetta P et al. Occupational exposure to carcinogens in the European Union. *Occup Environ Med* 2000; 57:10-8.
- (36) Salleras L, Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL. Setze anys de lluita contra el tabac a Catalunya. Barcelona: Publicacions del Departament de Sanitat i Seguretat Social i Fundació Catalana de Pneumologia, 1999.
- (37) Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 468-474.
- (38) Marín D, González-Quintana J, García-Baena A. Alternatives actuals per a la deshabitació del tabaquisme. *Ann Med (Barc)* 1999; 82: 122-124.
- (39) Villalbí JR, Ballestín M, Surós C. Un programa comunitario de estímulo a la cesación tabáquica. *Rev San Hig Pub* 1992; 66: 103-8.
- (40) Villalbí JR, Montes A, López-Nicolás A. Evolución del índice de precios al consumo del tabaco y las bebidas alcohólicas: España, 1992-2001. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 359-361.
- (41) Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit* 2001; 15: 265-72.

