

CAPÍTULO 7

EL TABACO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Joan R. Villalbí

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

1. Introducción

El tabaco sigue teniendo en nuestro país (1) un coste elevado en muertes, enfermedades e invalidez prematuras y evitables, y en sufrimiento innecesario. Además, tiene unos costes económicos muy elevados, consumiendo recursos que de otro modo podrían dedicarse a otras finalidades. Por otra parte, el rendimiento comparado de la prevención del tabaquismo en nuestro medio es muy elevado: conseguir que un paciente de 20 años deje de fumar tiene un rendimiento en esperanza de vida tres veces superior al de controlar su hipertensión, y casi diez veces superior al de controlar su colesterol (2). Por todo ello, el control del tabaquismo es una de nuestras mayores prioridades sanitarias (3).

En este capítulo 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 y la situación en España. 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 SESPAS y el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (en el que participa la misma SESPAS) en una reciente publicación conjunta (4).

2. Una perspectiva global

Los problemas de salud relacionados con el tabaco pasan a primer plano cuando la industrialización de la manufactura de tabaco lleva a la fabricación y 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 registrar algunos patrones que permiten proponer un esquema conceptual útil. Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica se han identificado cuatro fases en la epidemia tabáquica (5). 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 mortali-

dad 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 y el hábito de fumar está 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 1.000-3.000 cigarrillos (2.000-4.000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco. Apenas 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 ex fumadores 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 éstas 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 3.000 a 4.000 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: llega 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. Lograr avanzar en la generalización de ambientes sin humo es el tema emergente para los esfuerzos de prevención.

3. La situación de la epidemia en España

Es probable que estemos ahora entre las fases III y IV descritas anteriormente. Sin embargo, nuestro proceso ha tenido algunas peculiaridades que conviene señalar, económicas, políticas y culturales (6). Por un lado, condicionantes económicos llevaron a enlentecer el proceso durante la fase II: durante años, España tuvo una prevalencia alta con un consumo medio relativamente bajo, debido a que una gran parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza. No es

hasta los años sesenta que el consumo de tabaco por fumador se eleva de forma clara. Por otra parte, la existencia del monopolio ha dificultado la regulación. La privatización de Tabacalera es muy reciente y, hasta entonces, han pesado de forma directa en la política del gobierno consideraciones ajenas a la salud. Esto se agravó aún más 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, la exigencia social se dirigía 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. En este contexto, las primeras iniciativas de los responsables sanitarios dirigidas a intervenir sobre el tabaco fueron criticadas como inapropiadas y tendentes a desviar la atención de otros aspectos en que su desempeño era percibido como insuficiente.

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 y los maestros que fuman no pueden ejercer un rol ejemplar. Además, en estas circunstancias las corporaciones que agrupan a estos profesionales no han tenido un rol preventivo destacado ni han estimulado la intervención de la administración.

Sin embargo, y pese a estas circunstancias, la evolución de la epidemia tabáquica en los últimos años muestra algunas tendencias globales esperanzadoras, aunque otros aspectos deben mejorar. Se aprecia una clara disminución entre los varones y un cierto incremento (o quizás tan sólo estancamiento) en las mujeres. La cohorte española del estudio longitudinal MONICA muestra claras reducciones de la prevalencia en los varones (7). Se registra una probable disminución de la incidencia respecto a años anteriores (8).

En comunidades donde se han producido de forma sistemática programas de prevención se aprecia una clara disminución en la experimentación de los adolescentes con el tabaco (9). Aparece un gradiente social de manera muy evidente desde los años ochenta en los varones, y de forma más incipiente en las mujeres. 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 mucho más intensa.

Paralelamente se han producido algunas iniciativas muy positivas. La realidad autonómica dificulta una regulación homogénea, pero en cambio ha favorecido la adopción de 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 general 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 diversas políticas de valor preventivo en el campo fiscal, de la publicidad en televisión o de las advertencias a los consumidores. Por otra parte, 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 mediática (10). En la Tabla 1 se resumen los principales programas y políticas de prevención del tabaquismo que se han desarrollado.

Al mismo tiempo se aprecian algunas tendencias preocupantes que hay que tener en cuenta. 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 recientemente en los medios de comunicación (11). Otro aspecto que hay que destacar es el gran incremento en los puntos de venta, mediante la extensión de máquinas automáticas y la implicación de nuevos establecimientos en la venta (quioscos de prensa y de chucherías, gasolineras...). Asimismo, el incremento sin precedentes del contrabando organizado ha sido una característica de la última década, que ha alcanzado cuotas de mercado cercanas al 20% hasta que los progresos recientes parecen haber cambiado el panorama (12).

La entrada en vigor de diversas regulaciones ha puesto de manifiesto los problemas que plantea su cumplimiento efectivo y cómo a menudo la normativa existente no tiene quién vele por su cumplimiento: una organización de consumidores documentó recientemente niveles muy variables del mismo (13). La ofensiva de la industria por establecer canales de promoción basados en la publicidad indirecta y el patrocinio, más resistentes a la regulación, ha puesto en evidencia los límites de una normativa simplista.

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 (30). 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
Regulación del consumo en lugares públicos	Desarrollada desde 1985 en algunas CCAA, reforzada por el Decreto Ley 192/1988	Está documentado un cumplimiento errático (13), aunque es mayor si hay iniciativas concretas de apoyo, y probablemente sea creciente
Programas educativos de prevención en las escuelas	Implantados formalmente desde finales de los ochenta	Desarrollados sistemáticamente en la práctica sólo por iniciativa municipal o autonómica (9)
Intervenciones desde la atención primaria y el sistema sanitario	Impulsadas desde 1987 por administraciones locales, como programas piloto (15, 16) 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 (31)
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 (32)	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 (33)	Continuados de forma periódica a mayor escala y con mayor cobertura poblacional (21)
Incremento de la fiscalidad sobre el tabaco	Directiva Europea desde 1992	Se tradujo en un mayor incremento de precios, especialmente entre 1992-97

4. 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 dejar de fumar. En realidad ambos están relacionados, pues los progresos respecto a este segundo problema hacen más fácil afrontar el primero.

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. Por tanto, una política efectiva de protección de los jóvenes pasa por la regulación estricta de la publicidad y la promoción por la industria tabaquera.

También lleva a revisar la regulación de la venta a menores, que hoy en España en algunas CCAA está prohibida hasta los 18 años y en otras sólo hasta los 16 años. Esto, además, plantea la cuestión de la venta ilegal a menores, directamente o mediante máquinas expendedoras que violan las normas vigentes, y de cómo impedirlo. Se ha documentado la frecuente venta doblemente ilegal de cigarrillos sueltos a adolescentes en el entorno de las escuelas secundarias (14). 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.

La otra cuestión prioritaria es facilitar dejar de fumar a la amplia mayoría de fumadores que lo desea. 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, en que necesitan un detonante para iniciar un intento de cesación. La existencia de espacios sin humo en el entorno personal y laboral contribuye al proceso. Además, 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 año (15), y cuando se ha hecho un esfuerzo sistemático y organizado se puede alcanzar un 18% en tres años (16). Sin embargo muchos médicos no tienen tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo.

Además, en los masificados consultorios no reformados, regidos por el modelo tradicional del extinto Instituto Nacional de Previsión que siguen cubriendo un volu-

men no despreciable de la población urbana, no se interviene sobre el tabaco (ni sobre otros factores de riesgo). 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 constan indicios de intervención es menor que para otros factores de riesgo (17); 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% que se podría esperar según los estudios iniciales (15).

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 un grupo seleccionado de estos pacientes, que tienen mayor riesgo. Aunque los que precisan ayuda más intensa 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 diez, los fumadores decían en las encuestas que nadie les aconsejaba dejar de fumar, mientras que ahora la mitad nos dice que su médico se lo ha pedido (18). Pero nos queda mucho por hacer y sabemos que muchos profesionales no tomarán un rol activo: los médicos fumadores no suelen hacerlo, y tenemos todavía un 32% de médicos fumadores (19). De modo que ayudar a los médicos a dejar de fumar es una cuestión importante, si queremos un sistema sanitario más sensible a las necesidades de sus pacientes fumadores (20). Tanto las autoridades sanitarias como las corporaciones profesionales pueden jugar un papel muy relevante en este campo.

5. 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 esta posición 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.

Otra forma de responder es desarrollando programas desde los servicios sanitarios, básicamente orientados a la cesación y a la prevención. Es una respuesta que polí-

ticamente 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 se han ido desarrollando algunas de estas líneas, especialmente 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 se han ido extendiendo de forma errática, vinculadas a hospitales o a la universidad, aunque sin una cobertura integral del país.

El Sistema Nacional de Salud no cubre las terapias farmacológicas de apoyo, salvo mediante esquemas piloto, como en algunas comarcas de Cataluña o en Navarra; los productos de tratamiento farmacológico (bupropion y terapia sustitutiva de nicotina) facturan una cifra ya superior a los 1.000 millones anuales. No se dispone de líneas telefónicas de apoyo a la cesación salvo experiencias locales de cobertura horaria y territorial muy 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 (21, 22).

La otra forma de respuesta que permite un planteo preventivo más integral es la que 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 relativamente errática y 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 la agenda política 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 controversias (11).

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 que no se restrinjan al interior de las aulas, sino que se proyecten también al conjunto del medio escolar y al marco comunitario (23). Si meta-análisis 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 integrales (24).

Algunos proyectos que incluyen intervenciones comunitarias, como el proyecto OCTOPUS en Asturias o el proyecto ESFA en Madrid y 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 (25, 26). En realidad, hay que contemplar el conjunto de las políticas públicas relacionadas con el tabaco de manera integral (Cuadro 1).

Cuadro 1

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 15.000 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 y existen 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 sin 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 (dimensiones ínfimas, tipo de letra y combinación de colores no regulados).

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, ya que las industrias ofrecen 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...), e 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, salvo 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 alguna unidad aislada), ni cubre la prescripción farmacéutica de eficacia demostrada (terapia sustitutiva de la nicotina, bupropion).

El tratamiento de las enfermedades debidas al tabaco está cubierto por el SNS, salvo el tratamiento rehabilitador tras la atención aguda (por ejemplo, la rehabilitación de la voz de los

laringectomizados no está cubierta).

Política de comunicación e imagen del poder ejecutivo

Relaciones 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 reducida a niveles de Dirección o Subdirección General en los Ministerios de Sanidad y Hacienda.

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

Fuente: Referencia (34).

6. Acciones clave

6.1. Reorientar la política fiscal

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 IVA y el actual impuesto especial sobre el tabaco) a una estructura basada en importes lineales elevados. De otro modo resulta que la industria mantiene un abanico de productos en los que siempre hay opciones que, teniendo una carga de impuestos cercana 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.

6.2. Regular la publicidad y otras formas de promoción

La publicidad está hoy parcialmente regulada en España, que es el país de la Unión Europea más permisivo con la promoción del tabaco. La frustración de la propuesta de Directiva Europea de 1998 vuelve a poner sobre la mesa del Gobierno Central la necesidad de desarrollar una normativa propia que proteja a los adolescentes de la presión al consumo que realiza la industria y que ha de tener un alto nivel de exigencia, como el 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 térmi-

nos legalmente previstos.

6.3. 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 puede haber detrás de los 'secretos industriales'. La industria debe estar obligada a 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 atractivo (27). 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 mismo tiempo, su exposición al alquitrán y otros componentes nocivos.

6.4. Regular los espacios sin humo

La demostración de los efectos de la exposición al Aire Contaminado por el Humo del Tabaco (AHT) sobre la salud obliga a regular esta exposición (28). El AHT se considera ya por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) como carcinógeno, y según recientes valoraciones es uno de los agentes causantes de cáncer laboral al que está expuesta una mayor proporción de la población ocupada (29). La extensión de 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 casi siempre (13) y la exposición al AHT es muy amplia.

El creciente gradiente social en el tabaquismo obliga a ofrecer ayuda para dejar de fumar a quien lo desea al aplicar regulaciones en empresas o centros de trabajo, regulaciones que deberían ser consensuadas y 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, cen-

tro 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 propone como 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 para la tercera edad. Se puede plantear su extensión posteriormente, especialmente revisando las normas en lugares de trabajo, que son actualmente ambiguas y poco explícitas.

Otros aspectos 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 del entorno de los centros educativos y que está tipificada como ilegal al carecer éstos de advertencia sanitaria. 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...).

Parece oportuno hacer cumplir 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, tal como está previsto en la reciente directiva europea sobre productos de tabaco, las advertencias sanitarias deberían ampliarse, imprimirse en letras negras gruesas sobre fondo blanco, y ocupar más del 30% de la superficie de las cajetillas de tabaco.

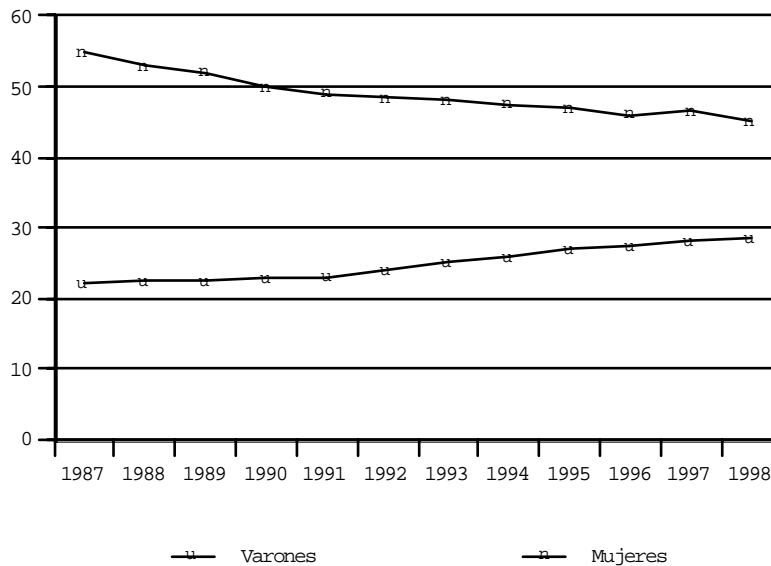
7. Perspectivas de futuro

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 de consumidores, 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 en el ámbito local, autonómico y de toda España. La escena europea es un 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.

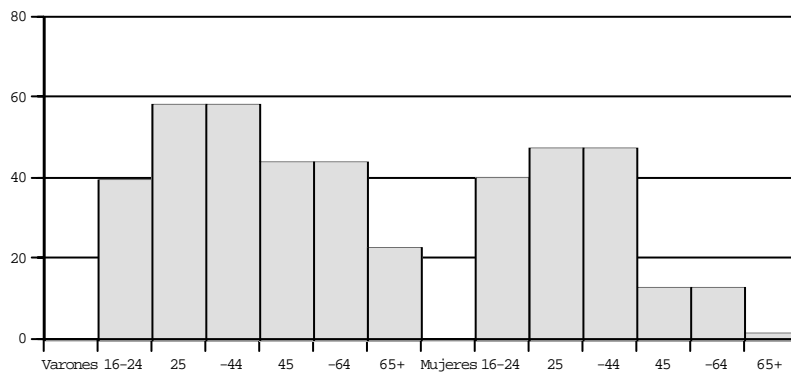
Hay cambios sociales en el tabaquismo que se reflejan en el perfil actual de los fumadores, en la creciente proporción de fumadores que desean dejar de fumar y



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.

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia (19).

Gráfico 1
Evolución de la prevalencia del tabaquismo en España, 1987-97



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENS'97, proporcionados gentilmente por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 2
Prevalencia del tabaquismo por grupos de edad y sexo
en población mayor de 15 años.
España, 1997

Cuadro 2
Prioridades definidas por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, 2000

- Política fiscal que lleve a precios más disuasorios
- Regulación rigurosa de la promoción y la publicidad
- Ampliación efectiva de los espacios sin humo
- Expansión de las iniciativas comunitarias de prevención
- Ayuda para los fumadores que quieren dejar de fumar
- Desarrollo de las acciones de información al público
- Consolidación de una red para la prevención

Bibliografía

1. González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Banegas-Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.

2. Taylor WC, Pass TM, Shepard DS, Komaroff AL. Cholesterol reduction and life expectancy. A model incorporating multiple risk factors. *Ann Intern Med* 1987; 106: 605-14.
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. López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.
6. Villalbí JR. Tabaquismo. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo JM. *La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995*; Barcelona: SG Editores; 1995: 83-89.
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. *Am J Public Health* (en prensa).
9. Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-362.
10. Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. Medicina, comunicación y sociedad. *Informe Quiral 1999*. Barcelona: Rubes Editorial; 2000: 121.
11. Escolà C. Philip Morris creó un lobby en España. *El País* 1360, domingo 23 de enero del 2000: 30-31.
12. Joosens L, Raw M. How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ* 2000; 321: 947-950.
13. www.consumer-revista.com/jun98/portada_01.html.
14. Anónimo. Informe. *Punts de venda de tabac*. Barcelona: Unió de Consumidors de Catalunya; 1999.
15. 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.
16. Martín-Cantera C, Córdoba-García R, Jané-Julio C, Nebot-Adell M, Galán-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.
17. Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadán M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract* 1996; 13: 144-151.
18. 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.
19. Gil E, González J, Villar F. *Informe sobre la salud de los españoles: 1998*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999: 182-191.
20. Pardell H, Saltó E, Canela J, Salleras L. Smoking cessation rates after three months treat-

- ment with nicotine patch among health professionals in Catalonia, Spain. *Int J Smoking Cessation* 1993; 2: 35-37.
21. Moragues L, Nebot M, Ballestín M, Salto E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa 'quit and win') para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13: 456-461.
 22. 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.
 23. Vartianen 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.
 24. Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83: 872-880.
 25. 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.
 26. 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.
 27. Ramström L, Villalbí JR. Los cigarrillos *light* no disminuyen los riesgos del fumador. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 108.
 28. 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.
 29. 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.
 30. 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.
 31. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferrán M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 468-474.
 32. Marín D, González-Quintana J, García-Baena A. Alternatives actuals per a la deshabituació del tabaquisme. *Ann Med (Barc)* 1999; 82: 122-124.
 33. Villalbí JR, Ballestín M, Surós C. Un programa comunitario de estímulo a la cesación tabáquica. *Rev San Hig Pub* 1992; 66: 103-8.
 34. Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit* 2001; 15: 265-72.