

---

---

# Condicionantes del consumo de tabaco en España

TERESA SALVADOR-LLIVINA

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud

Enviar correspondencia a: Teresa Salvador-Llivina. C. Mingo y Velasco, 5-B. 28224 Pozuelo de Alarcón – Madrid. TSL@telefonica.net

---

---

## RESUMEN

El incremento del tabaquismo en España ha estado directamente relacionado con las tácticas de expansión de mercado desarrolladas por la industria tabacalera nacional y multinacional durante el S.XX. En este artículo se analizan los factores que históricamente han contribuido a la expansión de la epidemia, así como al mantenimiento de altos niveles de consumo de tabaco en nuestro país. Se revisa también el grado de desarrollo alcanzado en la aplicación de estrategias de control (legislativas, económicas, educativas y sanitarias), cuya eficacia ha sido probada en diversos contextos socio-culturales a lo largo del último medio siglo. Finalmente se señalan los principales retos a los que España deberá hacer frente para poder alcanzar los objetivos marcados por el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Palabras clave:** *Tabaquismo. Condicionantes del consumo de tabaco. Política preventiva. España.*

---

## ABSTRACT

The increase of tobacco consumption in Spain during the XX Century was directly related to the strategies developed by the tobacco industry to expand its market. This article reviews the main factors contributing to the expansion of the smoking epidemic, as well as the maintenance of high prevalence rates in the Spanish population. It also reviews the degree of development achieved by control strategies (legislation, taxation, education and treatment). Finally it points out the challenges to be faced in Spain in order to achieve the objectives of the recently approved National Plan for Smoking Control and Prevention 2003-2007.

**Key words:** *Smoking. Tobacco marked strategies. Smoking control policy. Spain.*

## INTRODUCCIÓN

**A**ctualmente se cumplen 50 años de la edición de los primeros informes difundidos en el mundo sobre el impacto del uso del tabaco en la salud humana. Desde entonces, nuevos estudios

experimentales y observacionales han ido precisando mejor los efectos del tabaco. Más de 25 millones de personas-año de observación de fumadores, ex-fumadores y nunca fumadores han proporcionado una sólida evidencia sobre la magnitud de los riesgos asociados al consumo de tabaco, así

como a la exposición al Aire Contaminado por Humo de Tabaco (ACHT). Grandes estudios prospectivos realizados en EE.UU. de América, Canadá, Reino Unido -cohorte de médicos-, Japón, y Suecia, muestran de forma consistente el riesgo derivado del consumo, la relación dosis-respuesta, el papel relevante de la edad de inicio y la duración de la exposición, así como la disminución del riesgo tras lograr y consolidar la abstinencia (Comité de Expertos de la OMS, 1974 y 1979; US Department of Health and Human Services, 1988; US Department of Health and Human Services, 1989; Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 1998; National Cancer Institute, 1999; IARC, 2002; Blum, Solberg y Wolinsky, 2004). Sabemos además que el tabaquismo continúa siendo, a comienzos del S.XXI, la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prevenible en nuestro país (González Enríquez, *et al.*, 1997; Banegas Banegas *et al.*, 2001).

A pesar de su magnitud, la dimensión epidémica del tabaquismo se puede controlar y prevenir. Está siendo controlada en muchos países que llegaron a alcanzar niveles de prevalencia muy superiores a los máximos alcanzados entre la población española, y en nuestro país disponemos ya de estudios que, por primera vez, señalan una esperanzadora tendencia a la reducción, tanto en prevalencia<sup>1</sup>, como en morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo. Por una parte, los datos preliminares de la Encuesta Nacional de Salud del 2003, indican que por primera vez en España se empieza a observar un descenso significativo de la prevalencia del tabaquismo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). Otros estudios señalan el inicio de un descenso en la mortalidad por cáncer de pulmón (Fernández *et al.*, 2001; Regidor *et al.*, 2002). Si estas tendencias se consolidan, podremos considerar que las actuaciones de prevención y control desarrolladas en nuestro país durante los últimos

años empiezan a obtener los primeros resultados positivos.

Cuando se analiza la prevalencia del tabaquismo en España entre 1945 y 2001 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989, 1992, 1995, 1997, 1999, y 2002; Fernández *et al.*, 2003), se observa que su evolución no se corresponde con la esperada, desde que en 1984 España suscribió los objetivos de Salud definidos por la OMS para el año 2000. Entre los objetivos suscritos, el número 16 contemplaba elevar hasta el 80% el segmento de población no fumadora. (Organización Mundial de la Salud, 1986; Salvador Llivina, 1990; World Health Organization, 1999). Las dificultades existentes para alcanzar este objetivo indican que, cuando las estrategias necesarias para controlar un problema sanitario chocan con ciertos intereses económicos, su aplicación es compleja y se halla condicionada por diversos factores que mediatizan tanto la toma de decisiones políticas como la percepción social del problema.

Al igual que ha sucedido en todos los países del mundo (World Bank, 1999; Organización Panamericana de la Salud, 2002), el incremento del tabaquismo en España estuvo íntimamente relacionado con las tácticas de expansión de mercado desarrolladas por la industria tabacalera nacional y multinacional. En este artículo se analizan los factores que históricamente han contribuido a la expansión y mantenimiento del tabaquismo como problema epidémico en España. Se revisa también el grado de desarrollo alcanzado en la aplicación de estrategias de control (legislativas, económicas, educativas y sanitarias), cuya eficacia ha sido probada en diversos contextos socio-culturales a lo largo del último medio siglo (World Bank, 1999; World Health Organization, 1999; World Health Organization Regional Office for Europe, 2002 [a]). Finalmente se señalan los principales retos a los que nuestro país deberá hacer frente para poder alcanzar los

---

<sup>1</sup> Aunque con importantes diferencias de género y clase social.

objetivos marcados por el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007.

## **TABACO Y POLÍTICA ESPAÑOLA: MARCO DE PARTIDA**

Para entender las importantes resistencias que debe afrontar la política de prevención del tabaquismo es preciso analizar el marco político y económico que históricamente caracterizó la producción y comercialización del tabaco en nuestro medio. En España, la industria del tabaco ha gozado durante siglos, de una situación privilegiada. No hay que olvidar que España fue el país europeo que, tras el descubrimiento del Nuevo Mundo, introdujo el tabaco en Europa. Con epicentro en Sevilla, a partir del S. XVI se desarrolló una pujante actividad económica alrededor del proceso y comercialización de las labores de tabaco. Por aquel entonces y durante varios siglos, el consumo se mantuvo como una actividad minoritaria por parte de grupos sociales privilegiados. Dicha situación cambió drásticamente a finales del S. XIX, debido a una serie de modificaciones clave en los procesos de cultivo, elaboración, producción y comercialización del tabaco, arropados por la situación de monopolio de la industria tabaquera. (López Linage y Hernández Andreu, 1990). A comienzos del S. XX, el inicio de la producción masiva de cigarrillos manufacturados y el drástico abaratamiento de precios a ella asociados, hicieron accesible el tabaco al gran público. Con ello, la venta de tabaco se convertía en un negocio altamente rentable para los productores, que en nuestro país, significaba un negocio –inicialmente- rentable para el Estado, dado el carácter de monopolio de Tabacalera. La participación de la industria del tabaco en las estructuras del Estado, en un momento en el que todavía

se desconocían los riesgos del tabaquismo, facilitó el despliegue de diversas estrategias encaminadas a la expansión del mercado y al mantenimiento de precios bajos, todo ello sostenido por argumentos de rentabilidad económica y de negación de las evidencias emergentes sobre el impacto del tabaquismo en la salud. También se instrumentalizó a los medios de comunicación social (MMCC) para promover una imagen social positiva del tabaco, de la industria tabacalera y del consumo en sí mismo.

### **La rentabilidad económica como argumento**

Desde que empezaron a difundirse los daños derivados del uso del tabaco para la salud humana, la industria tabacalera ha mantenido un fuerte pulso político en defensa de sus intereses, planteando un discurso centrado en los supuestos beneficios económicos que la producción y comercialización del tabaco aporta a la sociedad en general y al Estado en particular. A partir de la restauración de la democracia en España, cada vez que el Ministerio de Sanidad ha desarrollado el borrador de alguna propuesta legislativa sobre limitaciones al producto, a las vías de comercialización, a su consumo público, o a la promoción del tabaco, la industria tabacalera ha planteado una férrea oposición a estas propuestas, augurando severas pérdidas económicas para el país. Amparándose en el desconocimiento existente en España respecto a la relación coste-beneficio vinculada al consumo de tabaco<sup>2</sup>, los argumentos económicos reiteradamente esgrimidos por la industria han sido dos: el beneficio que reportan al Estado los impuestos sobre los productos de tabaco y el fomento del empleo que genera su producción y comercialización.

En relación al primer argumento, ha faltado un simple análisis histórico. Los bene-

---

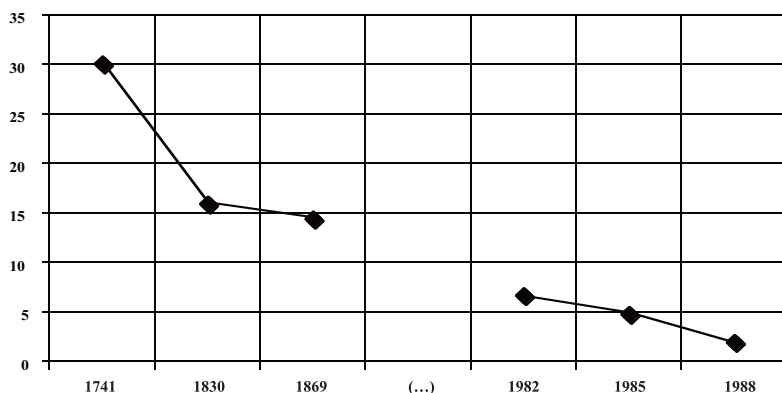
<sup>2</sup> El primer estudio sobre costes sanitarios y sociales derivados del tabaquismo no se publicó hasta 1981, y se circunscribía a Cataluña (Pardell Alenta, Salleras Sanmartí, Salvador Llivina, 1983 [a]).

ficios económicos aportados por las rentas del tabaco a los ingresos totales del estado en concepto de impuestos, fueron muy importantes entre los siglos XVIII y XIX. Pero su peso sobre el importe global de ingresos netos del Estado disminuyó paulatinamente a partir del inicio del S.XX. La participación porcentual de la renta del tabaco sobre los ingresos ordinarios totales del Estado llegó a alcanzar el 30,2% en 1741, bajando progresivamente hasta finales de ese siglo. A principios del s. XIX ya solo significaba el 8% de los ingresos totales, y aunque a mediados del segundo decenio experimentó un ascenso que en 1830 llegó hasta el 16%, reinició el descenso a lo largo de la siguiente década. Entre 1850 y 1869, la renta del tabaco supuso el 14,5% de los ingresos ordinarios del Estado. Las características de los años que van desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX (año 1940), es la del continuo aumento del tamaño del presupuesto del Estado y, lógicamente, del volumen de ingresos públicos por conceptos diversos, lo cual explica que la renta del tabaco perdiera porcentaje sobre el importe global de ingresos, independientemente de que la renta tabaquera siguiera un ritmo alcista en pesetas constantes. Desde 1945 hasta nuestros días, la participación porcentual de la renta del tabaco sobre la globali-

dad de ingresos públicos, experimenta una constante tendencia a la baja, llegando en 1980 a representar sólo el 1% del total de ingresos del erario público (Ver Figura 1). Las explicaciones de esta evolución radican en el incremento progresivo del tamaño del presupuesto del Estado, donde se produce un cambio estructural al alza, primeramente debido al aumento de la participación de la renta de aduanas desde 1961 -con la liberalización del sector exterior de la economía española-, y más recientemente, debido al incremento participativo del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF), desde 1979 (López Linage y Hernández Andreu, 1990).

El segundo argumento económico planteado por la industria, fue su pretendida contribución a la economía nacional mediante la creación de empleo. La falacia de este argumento ha quedado patente durante las dos últimas décadas. Según estimaciones de la propia industria tabaquera, en España el negocio del tabaco proporciona un total de entre 50 y 70 mil puestos de trabajo, considerando los empleos generados desde los sectores dedicados al cultivo, procesamiento, elaboración y comercialización de los productos de tabaco. Sin embargo, el peso del empleo ofertado por el sector tabaquero

**Figura 1. Contribución de los impuestos de tabaco a los ingresos totales del estado. España (1741-1988)**



Fuente: López Linage y Hernández Andreu, 1990.

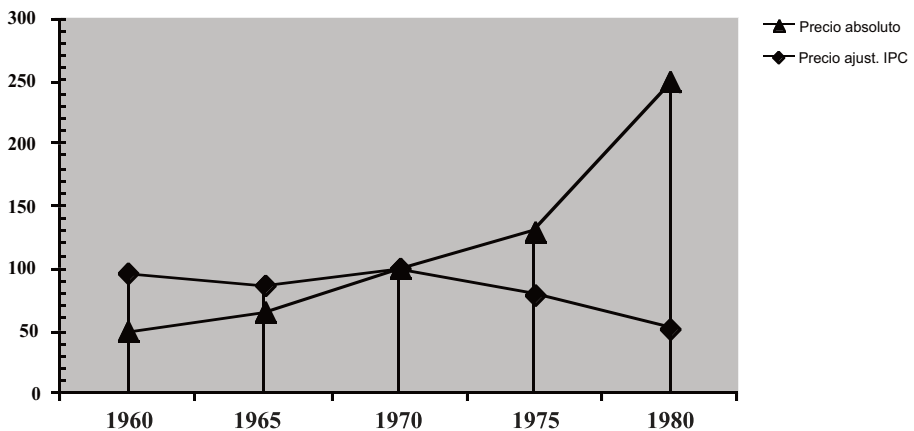
es cada día menor. Por un lado, la creciente automatización de los procesos de cultivo y elaboración de los productos de tabaco ha significado una constante reducción de los puestos de trabajo ofertados por el sector agrícola y una progresiva reducción de la plantilla de la industria tabacalera. Por otro lado, la creciente diversificación de los productos vendidos por los tradicionales expendedores de tabaco, hace que en la actualidad cada día sean menos los puestos de trabajo en el sector de la comercialización, que dependan exclusivamente del tabaco. La deseable reducción del consumo de tabaco, en este contexto, no solo no afectaría al mercado nacional de puestos de trabajo sino que, como muestran estudios económicos realizados en otros países, generaría nuevos puestos de trabajo en otros sectores, ya que el dinero gastado ahora en tabaco, se dedicaría a otros productos y servicios, como por ejemplo, bienes culturales y de ocio. En resumen, la vuelta a un consumo minoritario de tabaco, no solo aumentaría sensiblemente la esperanza de vida de la población española, sino que aumentaría la calidad de los años vividos, y desde luego, no parece creíble que fuera a significar ningún trauma para la economía española, ni tampoco para nuestro mercado laboral.

## Alta disponibilidad y bajo precio

A finales del S. XIX y durante la primera mitad del S. XX, aumentó masivamente la oferta de cigarrillos manufacturados. Este aumento era el resultado de tres factores principales: el incremento de las importaciones especialmente desde EEUU y el Reino Unido; los planes quinquenales del Ministerio de Agricultura para promover la transformación de cultivos tradicionales en cultivos de tabaco (Tobacco Reporter for the International Tobacco Industry, 1980), y la creciente automatización de los procesos de producción de cigarrillos.

Este aumento de la disponibilidad del producto abarató los precios, y como se verá más adelante, la demanda de cigarrillos es sensible al precio. Durante la segunda mitad del S. XX, y a diferencia de lo que sucedió en otros países de nuestro entorno, en España se propició un constante abaratamiento de los precios del tabaco. Como se observa en la Figura 2, en términos relativos (precios ajustados al IPC), un paquete de cigarrillos en 1980 valía casi la mitad de su precio en 1960 (Servicio de Estudios de Tabacalera, 1981). Estos años coinciden con el periodo de máxima expansión del consumo de tabaco en nuestro país.

Figura 2. Evolución índice de precios del tabaco en España (1960-1980)



Fuente: Servicio de Estudios de Tabacalera SA. Documento nº 1. Actualidad Tabaquera, 1981

A pesar de su integración en la UE, España no alcanzó hasta 1995 el nivel mínimo de imposición estipulado en las tres Directivas europeas de impuestos sobre los productos de tabaco aprobadas en 1992<sup>3</sup>, y de obligado cumplimiento a partir de Enero de 1993 (Salvador, 1996). Aún con los recientes aumentos de precio que se han ido produciendo en los últimos años y que han situado la carga fiscal del tabaco en unos niveles cercanos al 70% del valor del producto, España y Grecia, mantienen los precios más baratos de la Unión, situándose un 31% por debajo de la media Comunitaria en términos absolutos y un 15% tras ajustar el poder adquisitivo de las diferentes divisas (Montes y Villalbí, 2001).

Paralelamente, los cigarrillos manufacturados se convirtieron en uno de los productos más accesibles del mercado. Se propició la expansión de una excelente red de distribución, no tanto presencial como automática, que hizo posible la ubicación de decenas de miles de puntos de venta que facilitan, todavía hoy, la adquisición inmediata de tabaco en cualquier lugar y a cualquier hora del día o de la noche, superando con creces la accesibilidad de otros productos básicos como el pan u otros alimentos, los medicamentos, los productos de limpieza, los libros u otros artículos de ocio. El tabaco, y en especial los cigarrillos, se convirtieron en la sustancia adictiva más accesible para todos los ciudadanos, adultos, jóvenes o adolescentes.

### **Negación de la evidencia sobre el impacto sanitario**

Las evidencias científicas sobre la nocividad del tabaco, disponibles desde mediados del S.XX, así como la evidencia de la capacidad adictiva de la nicotina, a partir de estudios publicados ya a comienzos de los años 70, fueron sistemáticamente refutadas por la industria tabacalera hasta la década

de los años 90, cuando los litigios abiertos en EEUU por las víctimas del consumo de tabaco, obligaron a la industria a admitir parcialmente estas evidencias.

Actualmente la industria mantiene que las evidencias epidemiológicas no son suficientes para demostrar la nocividad del tabaco, y solo por motivos legales, acepta que existe un consenso médico global sobre la nocividad del tabaco para las personas que lo consumen. No admite en cambio las evidencias que señalan al Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT) como un serio riesgo para la salud humana. Para ello se ampara en resultados de estudios supuestamente independientes, financiados por multinacionales del tabaco, que intentan refutar o poner en duda la creciente evidencia científica sobre la nocividad del AHT para las personas que no fuman (IARC, 2002).

### **Apropiación de valores universales e instrumentalización mediática**

Los argumentos utilizados por la industria para mantener sus privilegios históricos, no han sido exclusivamente de carácter económico y científico, sino también de carácter ético. Sabiendo además, aprovechar a su favor, diversas circunstancias derivadas del contexto social y político. Desde comienzos de los años 50 hasta la recuperación democrática, para varias generaciones fumar fue un símbolo de progreso, de libertad y de acercamiento a estilos de vida alejados de nuestra realidad, es decir, democráticos, ricos y más avanzados. Esta lamentable coyuntura, fue rentabilizada con éxito por la industria. Un buen ejemplo de ello lo proporciona el proceso de incorporación de las mujeres españolas al consumo de tabaco. La España que surgió tras la Guerra Civil, vetó explícitamente la incorporación de la mujer al mercado laboral. El nuevo régimen político instaurado tras la contienda, dejó bien claro

<sup>3</sup> Directivas: 92/78/EEC; 92/79/EEC y 92/80/EEC.

que el papel de las mujeres en la sociedad era el de esposas y madres ejemplares, su participación en el trabajo asalariado se consideraba solo como un mal menor en caso de que la familia no pudiese mantenerse solo con el salario del marido. A partir de 1942, la nueva legislación laboral (El Fuero del Trabajo) declaraba: *"El Estado en especial prohibirá el trabajo nocturno de las mujeres, regulará el trabajo a domicilio y libertará a la mujer casada del taller y de la fábrica"*. Así, a partir de 1942, en todas las reglamentaciones de trabajo se dispuso que las trabajadoras al casarse, debían abandonar su puesto de trabajo. A las mujeres de esos años se les prohibió además alcanzar los puestos de abogado del estado, agente de cambio y bolsa, juez, etc. Finalmente, una discriminación salarial -dejada normalmente al arbitrio de los empresarios- situaba el salario de las mujeres con diferencias de hasta un 30% menos respecto al salario de los hombres, por igual cualificación profesional y tipo de trabajo (Centro Feminista de Estudios y Documentación, 1985).

Mientras tanto, y durante varias décadas, el cine acercó modelos de mujer que vivían una vida que a ellas se les negaba. Y, *casualmente*, las protagonistas de las más memorables películas de la época solían acompañar todos los actos de esa vida inaccesible, con un cigarrillo entre los dedos, algo que aquí en España era, todavía, cosa de hombres. Posteriormente, con el fenómeno turístico, nuevos modelos de consumo femenino entraron en nuestro país de la mano de las mujeres del centro y del norte de Europa. Ellas nos estaban diciendo a las mujeres españolas, que más allá de la frontera pirenaica existían otras formas de vida, más libres, más democráticas, que propiciaban la independencia social y económica de las mujeres. La asociación de imágenes fue poderosa y eficaz para promover el inicio del consumo masivo de tabaco -a partir de los años 60- entre las mujeres con mayor nivel cultural y económico. Durante las siguientes décadas, la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres se incrementó rápidamente en

todos los grupos socioeconómicos de edad inferior a 50 años, coincidiendo con un incremento masivo de la publicidad televisiva, especialmente dirigida a las mujeres, así como el incremento de la oferta de tabaco rubio y cigarrillos *"light"* (Shafey *et al.*, 2004). El lanzamiento de cigarrillos *"light"*, sirvió como estrategia para promover el consumo de cigarrillos presentados como *"saludables"*, y con ello captó y mantuvo a miles de clientes cada vez más sensibles a los riesgos del consumo de tabaco.

Sin embargo, el intento de asociación del uso del tabaco a valores de libertad, progreso, salud y bienestar, no se limitó al mundo femenino, si no que apuntó a toda la sociedad en general. Y en esta tarea de apropiación de valores y derechos universales, la industria contó con el apoyo de los medios de comunicación (MMCC), gracias al poder que sus importantes inversiones en publicidad le conferían en el seno de los grandes grupos mediáticos españoles.

En nuestro país, el interés mediático por el tema fue tardío. El espacio que los MMCC dedicaron al tabaco, las consecuencias de su uso, y las medidas para su control empezó a crecer a partir de mediados de los años 80, y solo recientemente ha llegado a ocupar importantes titulares de prensa y las cabeceras de informativos de televisión. Durante años, cualquier información o noticia relacionada con algún intento de regulación del tabaco fue presentada como una agresión a la libertad individual. La apelación a la tolerancia frente a la denominada *"guerra contra los fumadores"* duró casi dos décadas. En estos comentarios en defensa de la *"libertad"* y la *"tolerancia"*, no aparecía alusión alguna a la presión que reciben los niños y adolescentes para iniciar un consumo que crea dependencia y grandes dificultades para abandonarlo, y que deteriora seriamente la calidad y la esperanzada de vida de los consumidores. La industria invirtió grandes esfuerzos para intentar convertir noticias cada vez más adversas a sus intereses, en nuevas oportunidades para confundir a la opinión pública. Es precisa una enorme inversión de recursos

para conseguir vender lo invendible, para intentar presentarnos mediante estrategias directas, indirectas y subliminales, la imagen del tabaco asociada al reverso de la realidad. Un breve repaso a la mayoría de los mensajes o a comentarios emitidos a través de los MMCC durante las dos últimas décadas del S.XX, nos muestra los argumentos utilizados. Se intentó confundir la dependencia que genera el tabaco, con un símbolo de libertad; la primera causa evitable de enfermedad y mortalidad prematura, con el disfrute de una vida plena y saludable; las medidas para proteger el derecho de la infancia a crecer libre de las presiones al consumo de tabaco mediante la prohibición de la publicidad, con una grave amenaza a la economía; la lucha legítima por la igualdad de la mujer logró asociarse a un producto cuyo consumo no genera más que un nuevo tipo de sumisión y amenaza a la vida de las mujeres; la tolerancia y el apoyo que las medidas de control del tabaquismo contemplan -en lo referido a las personas que fuman- con una supuesta cruzada exterminadora contra los fumadores; el derecho a una información veraz y no sesgada por intereses ajenos a la población, con publicidad de cigarrillos "saludables"; la ignominiosa exportación del problema del tabaquismo a los países en vías de desarrollo, con una supuesta oportunidad para apoyar proyectos de cooperación al desarrollo; el interés económico de un sector industrial, con la voz de una supuesta mayoría de ciudadanos, supuestamente perseguidos y supuestamente contrarios a cualquier tipo de regulación en lo referente al tabaco. A la vez que se intentaba confundir valores, se omitían informaciones objetivas, como por ejemplo: la dimensión real del riesgo causado por el consumo de tabaco, comparado con otros riesgos menores pero que despiertan mayor alarma social; la identificación de los factores económicos condicionantes del aumento exponencial del consumo; el impacto del ACHT en la salud de las personas que no fuman; la posibilidad real para todos los fumadores de dejar de fumar, y las consecuencias positivas de la abstinencia; los costes sociales y económi-

cos impuestos a toda la sociedad, no por los fumadores, sino por la industria tabacalera; el hecho de que la mayoría de personas que fuman, están a favor del desarrollo de políticas que regulen la venta, la promoción y el consumo público de tabaco; la exportación de tabaco a los países en vías de desarrollo como un factor que agudiza las diferencias entre países ricos y pobres; la eficacia de las políticas de prevención, medible en términos de reducción de la mortalidad atribuible al tabaquismo, el aumento de la esperanza de vida, y el aumento de la calidad de los años vividos, en los países que empezaban a aplicarlas (Salvador Llivina, 2000).

Pero la estrategia de manipulación de la industria no se limitó a los MM.CC., incluyó la contratación de prestigiosos bufetes de abogados y empresas de relaciones públicas cuya mediación tenía como finalidad promover apoyos políticos, sindicales, de estrellas mediáticas, de los gremios de restauración, etc. (Soto-Mas, Villalbí, Granero *et al.*, 2003)

## **POLÍTICAS DE CONTROL: DE LOS COMIENZOS AL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO**

Los gobiernos tienen la responsabilidad de considerar prioritaria la protección de la salud de los ciudadanos, así como el mantenimiento de un medio-ambiente libre de agentes contaminantes. El derecho a la salud y al disfrute de ambientes limpios y libres de contaminación están contemplados en la Constitución Española. Con la restauración democrática, tanto el gobierno central como los gobiernos autonómicos, comenzaron a asumir esta responsabilidad, y en el tema que nos ocupa, iniciaron actuaciones que, aunque carentes de un enfoque global, se implantaban con la intención explícita de reducir la accesibilidad, la disponibilidad y la promoción de tabaco, y con ello se proponían reducir la prevalencia del tabaquismo, así como la mortalidad y morbilidad



derivadas del consumo de esta droga. Las medidas adoptadas durante las dos últimas décadas se centraron en el incremento de la fiscalidad, la restricción de la venta a menores, la regulación del consumo en algunos espacios públicos, y tímidas limitaciones a la publicidad de tabaco. (Pardell Alenta, Salleras Sanmartí y Salvador Llivina, 1983 [b]; Salleras *et al.*, 1999; Villalbí y Ariza, 2000; Banegas Banegas y Díez Gañán, 2002; Villalbí, 2002).

Como se verá a continuación, en materia de prevención y control del tabaquismo, quedan todavía importantes medidas por adoptar, y entre las emprendidas, no todas han alcanzado el mismo grado de desarrollo y su aplicación ha sido desigual en distintas CC.AA. En general, los avances alcanzados durante los últimos 20 años han sido lentos e insuficientes. Sin embargo, la aprobación, en Enero de 2003 del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Tabaquismo, 2003-2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002), por parte del Consejo Interterritorial de Salud<sup>4</sup>, constituye un ejercicio de responsabilidad por parte de las administraciones firmantes, así como el primer paso formal que marca la voluntad de estas administraciones para hacer frente, de forma global e integrada a los importantes obstáculos y a las múltiples inercias que dificultan la superación del problema del tabaquismo en nuestro país.

Por sus contenidos, el Plan Nacional para la Prevención y el Control del Tabaquismo (PNPyCT) constituye un instrumento que, debidamente aplicado, permitirá a las Administraciones incrementar y ordenar actuaciones de probada eficacia para retrasar la edad de inicio al consumo de tabaco y reducir la actual prevalencia. Entre las medidas contempladas en el Plan, destacan estrategias recomendadas por la OMS desde hace décadas (Comité de Expertos de la OMS, 1974; Comité de Expertos de

la OMS, 1979; Roemer, 1993; World Health Organization, 1999), medidas cuyos intentos de aplicación han generado hasta ahora una gran resistencia, por ejemplo: la prohibición de la publicidad directa, indirecta y patrocinio de tabaco; la exclusión, en el cálculo del IPC, del precio del tabaco con el fin de facilitar el incremento de los impuestos sobre los mismos y obstaculizar su consumo entre los jóvenes sin que ello repercuta en la inflación; la prohibición de la venta de cigarrillos sueltos; un mayor control de las máquinas automáticas de venta de tabaco; desarrollar procedimientos eficaces para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre limitaciones de venta y consumo de tabaco; campañas informativas y de sensibilización; la consideración de la dependencia al tabaco como una enfermedad crónica, y como tal susceptible de ser tratada y financiada en el marco de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; etc. El PNPYCT también contempla otras medidas cuyo desarrollo ya se ha iniciado en España aunque requieren mayor impulso en el futuro, como por ejemplo: la regulación y promoción de espacios libres de humo de tabaco; avances legales para el control del producto y su comercialización; programas educativos y de promoción de estilos de vida libres del uso del tabaco, sensibles a factores de edad, género y grupo social; programas de formación de mediadores; etc. Finalmente, el PNPYCT prevé el impulso de la investigación relevante para la prevención y el control del tabaquismo, por ejemplo: sobre causas del inicio del consumo, en adolescentes, según género; evaluación de eficacia; así como el desarrollo sistemas de información y monitorización que permitan la evaluación de las actuaciones emprendidas.

Algunas de las medidas pendientes se están empezando a poner en marcha en el marco del PNPYCT, aunque su desarrollo se halla todavía en fase inicial. El breve análisis

---

<sup>4</sup> Integrado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y los Departamentos de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas de nuestro país.

que sigue, resume hasta dónde hemos llegado y plantea los grandes retos a los que el PNPYCT tendrá que ir respondiendo. Retos cuya superación solo será posible mediante un notable esfuerzo de responsabilidad para la formalización de alianzas entre todas las administraciones que suscriben el PNPYCT, así como entre las administraciones y la sociedad civil en su conjunto, especialmente con algunos sectores clave como son: medios de comunicación, sindicatos, empresarios, profesionales de la salud, profesionales de la educación, asociaciones de consumidores, asociaciones de afectados por el tabaquismo, etc. Sólo mediante la difusión de una información no sesgada por intereses ajenos a la población, y mediante la apertura de procesos de diálogo y consenso social, se podrán contrarrestar eficazmente las fuertes inercias que históricamente han frenado el avance de la prevención y el control del tabaquismo en España.

## Desarrollo legislativo

Desde su aprobación en 1978, la Constitución Española garantiza, entre otros derechos, el derecho a la protección de la salud (Artículo 43), el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona (Artículo 45), el derecho a la defensa de los consumidores y usuarios (Artículo 51), así como el derecho a la libertad personal (Artículo 17). La Constitución señala además, la obligación de los poderes públicos de garantizar estos derechos constitucionales.

En este marco constitucional, en el ámbito del control del tabaquismo se ha ido desarrollando un marco legal regulador de distintos aspectos relativos a la comercialización, promoción y consumo de tabaco. Legislación que, a su vez, ha sido complementada por leyes autonómicas y ordenanzas municipales. Este proceso iniciado entre finales de la década de los años 70 y mediados de los 80, se intensificó con la entrada de España en la Unión Europea, y la consecuente necesidad

de transposición de las directivas europeas en materia de prevención y control del tabaquismo.

**Legislación de ámbito nacional.** Los textos regulativos más importantes aprobados en España hasta hoy son diversos. A continuación se resumen aquellos cuyo impacto sobre el uso de tabaco durante la segunda mitad del S. XX, ha podido ser mayor:

- **Real Decreto 1100/1978 de 12 de Mayo de 1978**, *por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del Estado.* Fija las primeras regulaciones, sin plantear la restricción de la publicidad de tabaco, ni medidas preventivas o protectoras de otra índole.
- **Real Decreto 1259/1979 de 4 de abril**, *sobre calificación de baja nicotina y alquitranes en las labores de cigarrillos de tabaco.* Introduce la posibilidad de comercializar cigarrillos “light”.
- **Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo**, *sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población.* Constituye el primer texto legislativo de importancia para la regulación del tabaquismo en España. Este Real Decreto, toma como punto de partida la declaración del tabaco como sustancia nociva para la salud, recogida en el Art. 25.2 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 28 de abril de 1986). De acuerdo con este reconocimiento, el Real Decreto establece las primeras medidas de protección frente al ACHT en espacios públicos, señalando que, en caso de conflicto, prevalecerá el derecho a la salud de los no fumadores frente a los fumadores. También introduce medidas para advertir sobre los riesgos del uso del tabaco; establece la obligación de insertar los contenidos de nicotina y alquitrán en el etiquetado del tabaco; prohíbe la venta en determinados lugares y regula la venta mediante máquinas expendedoras; prohíbe la venta a menores de 16 años; regula y limita el consumo en medios de transporte;

limita y prohíbe el consumo en algunos lugares de trabajo y centros públicos; y regula la obligatoriedad de señalización de las zonas para fumadores, sancionando su incumplimiento.

- **Ley 34/1988 de 11 de noviembre**, *General de Publicidad*. Supone una modificación del Real Decreto 709/82 de 5 de marzo, *que regula la publicidad y consumo de tabaco*, y modificado por Real Decreto 2072/1983 de 28 de julio. Suprime la publicidad encaminada a fomentar el consumo de tabaco de los medios de comunicación social dependientes de la Administración del Estado o de las CC.AA. y prohíbe la publicidad de tabaco en televisión, en orden a la protección de la salud y seguridad de las personas.
- **Real Decreto 510/1992 de 14 de mayo**, *por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco*. Regula los contenidos de alquitrán y nicotina, e indica que la medición de los mismos se hará según las normas ISO / 4387 e ISO / 3400, al igual que el control del etiquetado, y las advertencias. Establece además, limitaciones del consumo en aeronaves comerciales.
- **Real Decreto 1185/1994 de 3 de junio**, *sobre etiquetado de productos del tabaco distintos de los cigarrillos y por el que se prohíbe determinados tabacos de uso oral y se actualiza el régimen sancionador en materia de tabaco*. Regula el etiquetado y las advertencias de los productos de tabaco diferentes a los cigarrillos; y prohíbe los tabacos de uso oral con excepción de los productos para fumar o mascar.
- **Ley 13/1998 de 4 de mayo**, *de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria*. Liberaliza: el monopolio de fabricación, importación, comercialización y distribución al por mayor de las labores de tabaco manufacturado no comunitario; y el régimen jurídico de la fabricación de labores de tabaco. Regula el comercio al por menor mediante la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre. Y entre otras disposiciones, crea y

regula el funcionamiento del Organismo Autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos.

- **Real Decreto 486/1997 de 14 de Abril de 1997**, *por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo*. Establece las disposiciones mínimas que deben cumplir las empresas en materia de seguridad y salud, y entre ellas, señala que las condiciones ambientales de los lugares de trabajo no deben suponer un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores y que en los locales de trabajo cerrados deberá cumplirse, entre otras condiciones, “la renovación mínima del aire (...) será de 30 metros cúbicos de aire limpio por hora y trabajador, en el caso de trabajos sedentarios en ambientes no calurosos ni contaminados por humo de tabaco y de 50 metros cúbicos, en los casos restantes”.
- **Real Decreto 1199/1999 de 9 de julio**, *por el que se desarrolla la ley 13/1998 de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria y se regula el Estatuto Concesional de la Red de Expendeduría de Tabaco y Timbre*. Entre otros aspectos de regulación del mercado, define las facultades del Organismo Autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos en materia de inspección y control de la red minorista.
- **Real Decreto 1293/1999 de 23 de julio**, *modifica el Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población*. Desarrolla y amplía la prohibición de fumar en medios de transporte colectivo. Contempla la regulación en: todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano (incluidos funiculares y teleféricos); aviones comerciales; transportes ferroviarios y marítimos; transporte escolar y de personas enfermas.
- **Real Decreto 6/2000 de 23 de junio**, *de medidas urgentes de intensificación de la competencia en mercados de bie-*

nes y servicios. Contiene medidas liberalizadoras para aumentar la competencia del mercado de tabacos y, flexibilizar los requisitos exigidos a los distribuidores mayoristas.

– **Real Decreto 1079/2002 de 18 de octubre**, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco. Regula los contenidos máximos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono, así como su medición; el etiquetado, que debe especificar los contenidos en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono; y las advertencias sanitarias. Prohíbe el tabaco de uso oral, a excepción de los productos de fumar y mascar; así como la utilización de nombres, marcas, imágenes u otros signos que den la impresión que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros (por ejemplo, "light" o "mild").

– **Orden SCO/127/2004 de 22 de enero**, por la que se desarrollan los artículos 4 y 6 del Real decreto 1079/2002, de 18 de octubre. Define las obligaciones, en cuanto a contenido y etiquetaje de fabricantes, importadores y marquistas; define las características de los laboratorios autorizados para realizar la verificación de los productos de tabaco; crea el registro de laboratorios autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y señala deberá realizar la difusión pública de los resultados.

A pesar de que, en su mayoría, estas leyes constituyen progresos positivos, globalmente, la legislación española para el control del tabaquismo mantiene todavía varios puntos débiles. Los principales retos en este ámbito son: la regulación de la fiscalidad (incremento); la prohibición de la publicidad y las estrategias de promoción del tabaco; la regulación de la asistencia a fumadores para el tratamiento de la dependencia al tabaco (incluida la financiación de trata-

miento farmacológico indicado); así como la monitorización y el seguimiento de diversas previsiones legales, especialmente en lo referido a los ámbitos de publicidad, regalo y venta de cigarrillos sueltos a menores, y en lo que atañe al consumo en espacios públicos. Finalmente, entre las debilidades en materia legal, cabe señalar problemas en la disponibilidad de mecanismos y recursos de monitorización y control de la aplicación de la legislación referida al consumo de tabaco en lugares públicos cerrados (centros de las administraciones públicas, centros sanitarios, centros escolares, etc.), salvo en medios de transporte y gasolineras, incluso en los centros sanitarios existen todavía situaciones de incumplimiento que no están siendo seguidas adecuadamente y de acuerdo a lo establecido por la legislación vigente.

**Legislación de ámbito autonómico.** A parte de otras estrategias educativas, asistenciales y de sensibilización, emprendidas en muchas CC.AA., en el ámbito legal, casi todas los gobiernos de las Comunidades y Ciudades Autónomas que integran nuestro país, han desarrollado sus propias regulaciones sobre prevención y control del tabaquismo (ver Tabla 1). En su mayoría, se trata de medidas que refuerzan y, en algunos casos amplían, la legislación nacional.

## Protección de fumadores y no fumadores

La política de prevención y control del tabaquismo debe garantizar la protección de toda la población frente a la amenaza que plantea el tabaco, tanto para la salud de las personas que fuman como para las que no lo hacen. Por ello debe contemplar medidas de protección frente al Aire Contaminado por Humo de Tabaco (ACHT), y medidas de información a los consumidores.

**Protección de la población frente al ACHT: medidas de regulación del consumo.** En comparación con la mayoría de países europeos, España fue un país pionero en la aprobación de una legislación reguladora del aire contaminado por humo de

**Tabla 1. Marco legal autonómico sobre prevención y control del tabaquismo**

<i>Comunidad Autónoma</i>	<i>Regulación</i>
Andalucía	Ley 4/ 1997 de 9 de Julio. Ley 1/2001 de 3 de Mayo. / Decreto 167/2002 de 4 de Junio.
Aragón	Orden de 7 de Abril de 1995. / Ley 3/2001 de 4 de Abril 2001.
Baleares	El Plan sobre tabaquismo elaborado por la Consellería de Salut i Consum para el periodo 2003-2007, contempla la aplicación de la normativa nacional vigente.
Asturias	Ley 50/1990 de 19 de Diciembre de 1990.
Canarias	Ley 1/1998 de 8 de Enero de 1998.
Cantabria	Ley 5/1997 de 6 de Octubre de 1997.
Castilla-La Mancha	Ley 2/1995. Ley 15/2002 de 11 de Julio 2002.
Castilla y León	Decreto 85/1992 de 28 de Mayo de 1992. / Decreto 233/1994 de 27 de Octubre de 1994.
Cataluña	Orden del Departamento de Enseñanza de 19 de Enero de 1983. / Decreto 469/1983 de 27 de Octubre. / Orden de 20 de Marzo de 1984. / Ley 20/1985 de 25 de Julio de 1985. / Decreto 235/1991 de 28 de Octubre. / Ley 1/2002 de 11 de Marzo de 2002.
Ceuta	Aplicación de la normativa nacional vigente.
Extremadura	Ley 4/1997 de 10 de Abril de 1997.
Galicia	Orden de 26 de Abril de 1990. Decreto 113/1993 de 12 de Mayo de 1993. Decreto 75/2001 de 22 de Marzo de 2001.
Madrid	Ley 17/1997 de 4 de Julio de 1997. Ley 5/2002 de 27 de Junio de 2002.
Melilla	Ordenanza Reguladora de la publicidad s/f.
Murcia	Ley 6/1997 de 22 de Octubre de 1997.
Navarra	Ley Foral 2/1989 de 13 de Marzo de 1989. / Ley Foral 10/1991 de 16 de Marzo de 1991. / Ley Foral 20/1992 de 30 de Diciembre de 1992. Decreto Foral 296/1996 de 29 de Julio de 1996. / Ley Foral 26/2001 de 10 de Diciembre de 2001. Ley Foral 6/2003 de 14 de Febrero de 2003.
País Vasco	Ley 18/1998 de 25 de Junio de 1998.
La Rioja	Ley 4/2000 de 25 de Octubre de 2000. / Ley 5/2001 de 17 de Octubre de 2001.
C.Valenciana	Ley 3/1997 de 16 de Junio de 1997. Decreto 57/1998 de 28 de Abril de 1998. / Ley 4/2002 de 18 de Junio de 2002.

Fuente: Salvador Llivina, Imaz Iglesia, 2003.

tabaco (Granero Giner, 2002). El reglamento sobre espectáculos públicos aprobado por el gobierno republicano en 1935 incluía la prohibición de fumar en todos los espectáculos realizados en recintos cerrados<sup>5</sup>, obligando a las empresas promotoras a habilitar *“un salón o dependencia especial, cuyo aire se renueve (...) de manera que no pueda impurificar la atmósfera de la sala del espectáculo directa ni indirectamente”*. El puntual cumplimiento de esta legislación

trascendió el periodo de la República, manteniéndose hasta hoy. Sin embargo, entre esta primera regulación y la de 1988<sup>6</sup>, pocos progresos se alcanzaron en este terreno. La ley del 88 se ha visto reforzada, y en algunos casos ampliada, en la mayoría de CC.AA a lo largo de la última década. Sin embargo, las medidas para asegurar el cumplimiento de la legislación vigente, así como la disponibilidad de procedimientos sancionadores ágiles y eficaces, son en España todavía claramente

<sup>5</sup> Orden del Ministerio de la Gobernación, de 5 de Mayo de 1935, Capítulo IX, Artículo 92.

<sup>6</sup> Real Decreto 192/ 1988, ya citado en el apartado sobre legislación.

te insuficientes. Por ello, en lo relativo a la protección de la población del ACHT, un plan estratégico nacional debería incluir:

- La clasificación del ACHT como carcinógeno medioambiental, de acuerdo a la consideración de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la OMS (IARC). Esta medida contribuiría a hacer más visible la necesidad de respetar el derecho a la salud de toda la población, y en especial de los trabajadores que actualmente trabajan en ambientes contaminados por humo de tabaco.
- Medidas para asegurar el cumplimiento estricto de la legislación vigente en materia de venta y uso (regulaciones de consumo de tabaco estipuladas para las administraciones públicas, centros educativos, sanitarios, sociales, etc.).
- La ampliación y refuerzo progresivo de la legislación actual, hasta alcanzar los objetivos señalados por el PNPYCT, asegurando que todos los espacios cerrados de uso público se hallan libres del ACHT (incluyendo el medio laboral, público y privado). Esta medida debería ir acompañada de diversas acciones de apoyo que facilitan su implantación, por ejemplo: campañas informativas en MMCC que expliquen claramente los riesgos del ACHT; negociación con sindicatos y empresarios; oferta de programas asistenciales a los fumadores que quieren dejar de fumar; establecimiento de canales de participación de empleados para la asignación de espacios consensuados y bien delimitados en los que se pueda fumar, etc. (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003 [b]).
- La regulación progresiva del consumo en bares, restaurantes y otros establecimientos dedicados a la restauración, con el fin de proteger la salud de empresarios, trabajadores y clientes frente a los serios peligros de la exposición al ACHT.
- La revisión y fortalecimiento de los mecanismos de denuncia y sanción,

mediante el desarrollo de campañas de información y educación pública, y la facilitación y agilización de los procedimientos sancionadores.

- Un plan de difusión y sensibilización pública de las medidas previstas en el PNPYCT y de las razones por las que son necesarias.
- Un plan de monitorización periódica para evaluar los avances que se vayan produciendo.

Todas estas medidas contribuirían además a la superación a largo plazo de la "normalización" del uso del tabaco, que durante años se mantuvo en España.

**Información sobre el producto a los consumidores de tabaco.** Al igual que se exige para todos los productos de consumo humano, el tabaco debería comercializarse bajo normas de adecuado etiquetaje para la información de los consumidores. Se han dado ya diversos pasos hacia la consecución de este objetivo. En el marco de las medidas desarrolladas por la Unión Europea, se han ido aprobando diferentes Directivas comunitarias en esta materia: la Directiva 89/622/CEE, de 13 de noviembre de 1989, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de etiquetado de los productos del tabaco; la Directiva 90/239/CEE, de 17 de mayo de 1990, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros respecto al contenido máximo de alquitrán de los cigarrillos, y la Directiva 92/41/CEE, de 15 de mayo de 1992, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de etiquetado de los productos del tabaco; la Directiva 2001/37/CE, de 5 de Junio de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco. Estas normas europeas se encuentran recogidas en los ya descritos

Reales Decretos: 192/1988, de 4 de marzo; 510/1992, de 14 de mayo; 1185/1994, de 3 de junio; y 1079/2002, de 18 de octubre.

Este conjunto de regulaciones ha permitido la prohibición de utilizar los adjetivos "light", "ultra light" y "mild", o cualquier otro término que lleve al consumidor a conclusiones ambiguas o equívocas respecto a la nocividad del tabaco, o respecto a la posibilidad de que una determinada marca o labor sea menos perjudicial que el resto. A la vez, obliga a los fabricantes de tabaco a insertar las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco, dedicando un tercio de la superficie del paquete a la inserción de advertencias sobre los riesgos que conlleva el consumo de tabaco. Además de mantener estas medidas, se debería avanzar hacia:

- La introducción de un sistema de etiquetaje de todos los productos de tabaco que informara al consumidor de todos los ingredientes y aditivos de cada marca y labor, así como de las principales sustancias tóxicas derivadas de la combustión de cada marca o labor, explicando de forma clara para el público, su grado de toxicidad, su capacidad adictiva, y su poder carcinógeno.
- El progresivo aumento del espacio dedicado a las advertencias sanitarias, hasta llegar a la propuesta de la OMS: al menos un 50% del espacio disponible en la parte frontal y en el dorso del paquete de cigarrillos (Organización Mundial de la Salud, 2003).
- Introducción de cajetillas genéricas (mismo color de fondo para todas las marcas y tipos de cigarrillos), que impidan la asociación de las distintas marcas con diseños y colores que imprimen un valor estético y simbólico añadidos.

## **Control del producto y de su comercialización**

Estas medidas deben promover la reducción de los riesgos derivados de los componentes carcinógenos y demás sustancias

tóxicas contenidas en el tabaco. Las principales medidas de control del producto deben incluir la adopción de medidas reguladoras de la calidad de los productos de tabaco, de los procesos de producción y manufactura de labores, así como medidas de regulación y control de las concentraciones máximas permitidas de sustancias carcinógenas, nicotina y monóxido de carbono, así como de otros componentes añadidos. Aunque estas medidas están claramente marcadas por la legislación vigente, tanto de ámbito nacional como europeo, hasta ahora no se ha empezado a articular una legislación que permita el estricto control y monitorización del cumplimiento de la legislación vigente.

En el marco del desarrollo del PNPYCT, se ha publicado recientemente la Orden Ministerial SCO/127/2004, de 22 de enero, por la que se regulan las entidades verificadoras de los contenidos del tabaco para el desarrollo del Real Decreto 1079/2002 sobre control del contenido y etiquetado. Igualmente, se están definiendo los laboratorios de validación, y la base de datos que recogerá los análisis realizados por cada laboratorio. Se ha previsto además, un plan para la publicación semestral y la difusión pública de los contenidos de cada marca de tabaco.

Por otra parte, aunque en nuestro país está prohibida la venta de cigarrillos sin precinto y sin advertencias sanitarias, en la práctica la venta de cigarrillos sueltos es habitual en los entornos escolares, principalmente en kioscos de prensa y dulces, así como en bares y otros comercios de alimentación. Tampoco está regulado el número de cigarrillos por paquete, lo que ha permitido la reciente aparición de marcas que ofrecen paquetes de 10 unidades de cigarrillos, cuyo precio resulta más asequible para los niños y adolescentes. Todos estos aspectos requerirán una regulación específica a corto plazo.

## **Política fiscal y de precios**

Las políticas fiscales en España se han incrementado de forma rápida durante los

últimos años, debido a la necesidad de armonización en la UE. A pesar de ello, y dado que los impuestos del tabaco se basan en un tipo de imposición proporcional al precio, existe una amplia y creciente oferta de marcas de bajo coste. Además, España todavía mantiene, junto con Grecia, la fiscalidad más baja permitida en la UE, lo que hace que en nuestro país, los precios del tabaco -tanto en términos absolutos como relativos- sean los más bajos de la Unión (Joosens, Naett, y Howie, 1992; Villalbí y López, 2001).

Según un estudio reciente, el aumento de precios, aplicado en los últimos años en España parece tener mayor impacto en la reducción del consumo de la población ya fumadora que en la disminución de las tasas anuales de incorporación de fumadores jóvenes (López Nicolás, 2002), posiblemente por que los incrementos de precio aplicados hasta ahora parten -como ya se ha visto en el capítulo anterior- de un precio inicial muy bajo, tanto en valores absolutos como relativos. Sin embargo, aun a pesar de estas limitaciones, se ha podido observar que también en nuestro país, existe una relación inversa entre el precio y el consumo, y que el incremento del precio real puede tener un importante impacto en el control del tabaquismo (Fernández *et al.*, en prensa).

Por todo ello, el futuro de la política española de precios pasa por la necesidad de acercarlos, como mínimo a la media europea. A corto plazo se debería obtener un incremento medio del 15% en los precios, con una carga fiscal que eleve el precio de las marcas más baratas para disminuir el amplio abanico de precios, y garantizar que la presión fiscal crezca por encima de la inflación (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003 [c]). Además, dado que el tabaco no es un producto de primera necesidad, el incremento de los impuestos del tabaco debería ir acompañado de la exclusión del tabaco de la cesta que compone el Índice de Precios al Consumo (IPC), como se ha hecho en Francia y otros países. El objetivo de excluir al tabaco del cálculo del IPC tiene como finalidad facilitar estos cambios

para que éstos puedan hacerse con mayor autonomía (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003 [c]).

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que del desarrollo de una política de precios al alza afecta en mayor medida a los grupos sociales más vulnerables, es decir, a quienes resulta más difícil dejar de fumar: las personas más enfermas -que experimentan una mayor dependencia de nicotina- y con menores recursos económicos (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez, 1995; Regidor, 1996; Regidor *et al.*, 1996; Regidor *et al.*, 2001; Schiffiano *et al.*, 2003). Así, con tratarse de una medida necesaria, el aumento del precio del tabaco en los países ricos, ha tenido un efecto paradójico al contribuir a incrementar las desigualdades sociales expresadas en términos de salud de la población, ya que la mayor tasa de abandono del tabaquismo y la menor tasa de inicio al consumo de esta droga se ha producido en los grupos socio-económicos altos (Regidor *et al.*, 1995; Regidor *et al.*, 1996; Regidor, 1998; Cavelaars *et al.*, 2000; Regidor *et al.*, 2001). Mientras, para las personas con escasos recursos económicos, mas que el abandono del consumo, esta política ha fomentado el cambio a marcas comerciales más baratas y con mayor concentración de nicotina (Jarvis, 1998), con lo que estos grupos han conseguido mantener su dependencia reduciendo el número de cigarrillos fumados, y aun así, el gasto en tabaco ha llegado a suponer una parte importante de sus ingresos (Waldron, 1991).

Por tanto, considerando que las políticas basadas en el aumento del precio del tabaco mediante impuestos, no han conseguido el mismo éxito entre los distintos grupos socio-económicos, una política de precios al alza -imprescindible en nuestro país debe ir necesariamente acompañada, por razones de equidad, de una estrategia basada en la reducción del daño que ocasiona el tabaco, mediante la oferta de terapias eficaces para que los fumadores de mayor riesgo, especialmente aquellos pertenecientes a los grupos socio-económicos menos favorecidos, consigan dejar de fumar y consolidar la abs-



tinencia. Ésta es una medida contemplada también dentro del PNPYCT, cuyo desarrollo se analiza más adelante.

### Protección de la población frente a las presiones al consumo

Desde comienzos de los años 80, el Ministerio de Sanidad y Consumo contempló en su agenda de trabajo la necesidad de prohibir la publicidad de tabaco, redactando diversos borradores de ley en este sentido. Sin embargo, la primera y por ahora única prohibición a la publicidad directa de tabaco, no se plasmó hasta 1988, cuando quedó prohibida la publicidad en televisión<sup>7</sup>. Esta única limitación de ámbito nacional ha sido posteriormente ampliada por normativas autonómicas que añaden algunas restricciones complementarias relacionadas con los destinatarios de la publicidad o la utilización de ciertos medios y espacios para su emisión, por ejemplo: prohibición de la publicidad en mobiliario urbano y vallas callejeras, en general, o en entornos escolares (según la Comunidad Autónoma); envío o distribución a menores de edad de muestras gratuitas, carteles, u otros productos que supongan publicidad indirecta de tabaco; publicidad mediante mensajes, escritos o telefónicos, dirigidos a domicilios; publicidad en emisoras de radio de titularidad autonómica públi-

ca; etc. Con todo, las políticas que regulan la publicidad y el patrocinio son todavía parciales y su desarrollo ha sido difícil.

Por otro lado, y a pesar las restricciones existentes, las inversiones en publicidad directa de tabaco en España no solo no se han reducido sino que se han incrementado. La inversión pasó de 0,23 € reales *per capita* en 1982 a 1,77 € en 1988 (Shafey et al., 2004), concentrándose mayoritariamente en publicidad televisiva hasta su prohibición en este medio. Desde entonces, la inversión en publicidad directa continuó creciendo mediante inserciones (anuncios) en publicidad exterior (vallas callejeras y mobiliario urbano), radio, prensa diaria, suplementos dominicales, revistas, y cines (Shafey et al., en prensa). Un estudio reciente señala que entre 1995 y 2000, se observa que el peso relativo de la inversión publicitaria en tabaco sobre el conjunto de la inversión publicitaria en medios convencionales pasó de aproximadamente 50.000 millones de pesetas de 1995 a cerca de 70.000 millones en el año 2000 (Tabla 2). El incremento de la inversión publicitaria en el período señalado fue del 108,8% para el tabaco, frente al 31% que registró la inversión publicitaria general. Siendo el incremento medio anual de la inversión del 21,8% en los tabacos, frente al 6,2% observado en la inversión publicitaria general (Sánchez, 2003).

**Tabla 2. Evolución de la inversión publicitaria global y de tabaco. España 1995-2000 (en millones de pesetas)**

AÑOS	TABACO	TOTAL MERCADO PUBLICITARIO
1995	5.744.380	1.287.480.067
1996	5.572.132	1.329.879.895
1997	7.330.475	1.466.841.765
1998	10.138.758	1.536.722.460
1999	10.699.742	1.572.113.646
2000	11.993.726	1.687.103.545
<b>Evolución 1995-2000</b>	<b>+ 108,8%</b>	<b>+31%</b>

Fuente: Sánchez, 2003.

<sup>7</sup> Mediante la ya citada Ley 34/1988, de 11 de noviembre.

El mismo estudio señala que la evolución seguida por las inversiones en actuaciones preventivas de las Comunidades y Ciudades Autónomas entre 1995 y 2000, pasó de 2.316 millones de pesetas en 1995 a 4.693 millones en 2000, con un incremento del 102,6% en dicho período. No obstante, si se compara la evolución de las asignaciones presupuestarias destinadas al desarrollo de programas de prevención con las inversiones realizadas en publicidad directa de alcohol y tabaco en ese mismo período, se observa que este importantísimo esfuerzo financiero de las Administraciones Autonómicas no ha servido ni mucho menos para acortar las enormes diferencias entre las inversiones para prevenir el uso de drogas y las realizadas para estimular el consumo de drogas legales (Sánchez, 2003).

Por otro lado, y aunque en nuestro país no se hagan públicas las inversiones en publicidad indirecta y patrocinio, ha continuado creciendo el número y volumen de actividades deportivas o musicales de interés para adolescentes y jóvenes patrocinadas por marcas de tabaco (Equipo Fortuna, Estopa Ducados Tour, Gran Premio Marlboro, etc.). Así mismo, las radio-fórmulas, emisoras de máxima audiencia adolescente, emiten constantemente publicidad de tabaco (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003 [a]).

Existe suficiente evidencia internacional como para sostener que una política global que prohíba todo tipo de publicidad directa e indirecta, así como el patrocinio de tabaco, contribuye a la reducción significativa de la prevalencia del tabaquismo en torno al 7% anual (World Bank, 1999). Estas restricciones contribuyen además a que la conducta de fumar deje de verse asociada a valores sociales positivos y deseables, especialmente para los niños, adolescentes y jóvenes. La carencia de una ley que prohíba la publicidad y el patrocinio mantiene una insostenible

presión al consumo sobre los principales grupos destinatarios: los sectores más vulnerables de nuestra sociedad (la infancia, la adolescencia, las mujeres y los grupos socio-económicos menos favorecidos). El principal argumento manejado para el mantenimiento de esta situación es el económico, augurando que la prohibición de las estrategias de promoción acarrearían devastadoras consecuencias para la industria tabacalera, para las empresas publicitarias y para los grupos mediáticos, consecuencias que, por cierto, no se han producido hasta la fecha en ninguno de los países de nuestro entorno que disponen de tal legislación (Francia, Bélgica, Italia, Portugal, Noruega, Suecia, etc.).

En Noviembre de 1993, el Parlamento Español solicitó al Gobierno la aprobación de una legislación que contemplase la prohibición total de la publicidad directa e indirecta de los productos de tabaco. Esta nueva iniciativa tampoco prosperó. Por otro lado, España se abstuvo, en Diciembre de 1997, en la votación de la primera Directiva europea que se planteaba la seria restricción de la publicidad y el patrocinio en la UE. Afortunadamente, la postura del Ministerio de Sanidad y Consumo cambió en el Consejo de Ministros de Salud de la UE celebrado en Diciembre de 2002, gracias a este voto favorable de España, se pudo aprobar, por mayoría simple, la nueva Directiva<sup>8</sup>. Los Estados miembros deberán aplicar esta directiva a más tardar el 31 de julio 2005. Según la nueva Directiva, quedará prohibida la publicidad del tabaco en prensa y otras publicaciones impresas, con la única excepción de las destinadas exclusivamente a los profesionales del comercio de tabaco y las editadas e impresas en terceros países. Se prohíbe la publicidad del tabaco en Internet y en la radio y, además, los programas de radio no podrán patrocinarse por empresas cuya actividad principal sea la fabricación de productos de tabaco. Igualmente, se prohíbe el patrocinio de acontecimientos en los que

---

<sup>8</sup> Directiva 2003/33/EC.

participen o se celebren en varios Estados miembros o tengan alcance transfronterizo. También se prohíbe la distribución gratuita de productos de tabaco en estos acontecimientos. Además, en el texto aprobado se aclara que los Estados miembros podrán ir más allá en cuestiones no incluidas en el ámbito de la directiva, prohibiendo por ejemplo la publicidad indirecta o el patrocinio de actividades sin repercusión transfronteriza. Es una cláusula de salvaguarda de legislación nacional -más rigurosa- existente ya en muchos estados miembros. No se incluye la prohibición de publicidad en carteles, objetos de uso en restaurantes o la publicidad en cines. Tampoco incluye la regulación de la publicidad indirecta. La propuesta tiene como objeto aproximar las legislaciones nacionales en la publicidad y promoción de los productos de tabaco en la prensa y otras publicaciones impresas, la radiodifusión, los servicios de la sociedad de la información y el patrocinio relacionado con el tabaco, incluida la distribución gratuita de muestras.

Como se puede observar, la Directiva europea deja al criterio de cada país de la UE la incorporación de otras regulaciones más exigentes no incluidas en el texto aprobado. Por ello, y siguiendo las ya clásicas recomendaciones que la OMS, ahora recogidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (Roemer, 1993; World Health Organization, 1999, World Health Organization Regional Office for Europe, 2002, Organización Mundial de la Salud, 2003), es preciso señalar que una política preventiva eficaz debe ir más allá de los mínimos exigidos por la UE, y garantizar la protección de la población -especialmente de niños, adolescentes y jóvenes- de las actuales presiones. En este ámbito, los retos son múltiples:

- La trasposición y entrada en vigor inmediata de la Directiva europea 2003/ 33/ EC.
- La articulación de procedimientos sancionadores claros, ágiles y eficaces.
- La adopción de medidas complementarias para prohibir la publicidad exterior (carteles en mobiliario urbano, vallas

callejeras, etc.), en objetos de uso en restaurantes, y la publicidad directa e indirecta en salas de cine o de otros tipos de espectáculos.

- La prohibición de todo tipo de publicidad indirecta y todas las formas de patrocinio, o promoción encubierta de los productos y marcas de tabaco.

### ***Veto a las ofertas “preventivas” de la industria tabacalera.***

A medida que la legislación europea y las legislaciones nacionales han ido restringiendo la publicidad directa e indirecta de tabaco, las multinacionales del tabaco han intensificado sus esfuerzos para conseguir que en Europa, y por consiguiente en España, instituciones públicas de ámbito nacional, autonómico o local, acepten financiación para lo que la industria denomina “campañas educativas de prevención” dirigidas a niños y adolescentes. Esta estrategia de promoción propuesta por la industria encierra, dos trampas simultáneas: un intento de lavar su imagen como una industria que desea lo mejor para los jóvenes, y una promoción descarada del tabaco dirigida directamente a grupos de edad a los que la legislación vigente no permite dirigir anuncios directos o indirectos de tabaco.

Para sobrevivir, las multinacionales del tabaco, necesitan que diariamente miles de jóvenes en Europa, y por consiguiente en España, se inicien en el consumo de esta droga. Según estimaciones del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), para sustituir a las personas que dejan de fumar y a las que mueren prematuramente por causa del consumo de tabaco, en España, la industria necesita reclutar más de 175.000 nuevos clientes al año para asegurar sus actuales beneficios (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003 [a]), esto significa 480 nuevos clientes cada día, que -como indican los datos de consumo- se reclutan entre niños y adolescentes.

Las compañías tabacaleras conocen perfectamente el valor disuasorio que tienen -entre la población juvenil- medidas como

el incremento de impuestos y la supresión de la publicidad directa e indirecta. Por ello, invierten grandes esfuerzos en intentar retrasar al máximo el avance de ambas en nuestro país y también en la UE. En los documentos internos de las multinacionales del tabaco, hechos públicos por orden judicial a partir de las demandas ciudadanas iniciadas contra la industria en EEUU, es patente la intención de las compañías cuando, en todo el mundo, deciden patrocinar programas “preventivos” para niños y adolescentes. En estos documentos, ya históricos, se aprecia que la industria tabacalera empezó a pensar en la conveniencia de iniciar estas campañas, esencialmente para: poder incrementar su influencia política, es decir incrementar sus lazos con los distintos gobiernos crecientemente preocupados por el impacto del tabaquismo en la población; promover entre la opinión pública de cada país la idea de que la única causa del inicio al consumo de tabaco entre los adolescentes es la presión grupal entre iguales; promover la idea de que fumar es un acto de libertad adulta, a partir de una posición suficientemente informada; ganarse a la opinión pública de cada país, pretendiendo mostrar una doble preocupación, por la protección de los niños y por la libertad de los mayores; permitir a la industria financiar proyectos que actúan como instrumentos de relaciones públicas, tanto para los gobiernos beneficiarios como para la propia industria; desorientar a algunos sectores críticos, porque en principio, es difícil no estar de acuerdo con iniciativas etiquetadas como protectoras de la infancia; promover la idea de que la industria ha iniciado una época nueva de colaboración y responsabilidad con la sociedad; y por último, y más grave, estas campañas no disminuyen el tabaquismo de los menores, jamás se han publicado evaluaciones que confirmen un impacto preventivo de estas campañas, y existen indicios suficientes que apuntan todo lo contrario (Landman, Ling y Glantz, 2002).

Con estas estrategias, la industria tabacalera está en realidad promoviendo sus intereses de una forma que ninguna sociedad democrática como la nuestra, comprometida en garantizar los derechos constitucionales de la infancia y la adolescencia, debiera tolerar.

### **Medidas informativas y programas de formación y educación pública**

La evidencia sugiere que campañas informativas intensas y mantenidas en el tiempo constituyen instrumentos eficaces para incrementar la aceptación pública de las medidas políticas de prevención y control del tabaquismo, como son el incremento de los impuestos, el control de la exposición al ACHT, etc. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2002 [a]).

Recientemente, expertos internacionales convocados por la Comisión Europea<sup>9</sup>, concluyeron –entre otros puntos– que las campañas dirigidas a los jóvenes deben: formar parte de una estrategia global de prevención y control del tabaquismo; dirigirse a jóvenes, pero también a adultos, con mensajes adecuados a cada grupo; contribuir a incrementar el conocimiento sobre los riesgos de uso del tabaco y a cambiar actitudes y conductas, promoviendo estilos de vida libres del uso del tabaco; deben ser culturalmente sensibles a cada grupo destinatario; estar suficientemente dotadas, y para ello puede requerirse el patrocinio de empresas privadas, con excepción de aquellas vinculadas al negocio del tabaco. Para cumplir con estos requisitos, los expertos consideran necesaria una inversión mantenida en salud pública, y en investigación social y de marketing. En relación con los mensajes a transmitir, la Conferencia de Roma recomienda centrarlos en: exponer las tácticas de promoción utilizadas por la industria del tabaco, como una forma de promover una actitud crítica de los jóvenes,

---

<sup>9</sup> Conferencia europea celebrada en Roma (13-15 de Noviembre de 2003), bajo el lema: “*Tobacco, Youth Prevention and Communication*”.

que les permita rechazar la manipulación que dichas tácticas conlleva; cuestionar la imagen pública con la que la industria tabacalera se presenta ante la sociedad; informar sobre las consecuencias que el uso de tabaco tiene para los adolescentes y los jóvenes, sobre los riesgos de la exposición al ACHT, y sobre la adicción que genera la nicotina; así como, informar sobre el impacto económico y medioambiental derivados del uso del tabaco. Todo ello, transmitido en lenguaje directo, claro, veraz y no moralizante, que promueva la valoración de los hechos y la extracción de las propias conclusiones por parte de los jóvenes. Por otro lado, existe evidencia de que, sin medidas previas de sensibilización y formación de personal clave y profesionales mediadores (médicos, educadores, profesionales de la comunicación, legisladores, políticos, etc.), la introducción de campañas para la prevención del tabaquismo puede ser distorsionada por las tácticas disuasorias de la industria tabacalera.

A pesar de que algunas Comunidades Autónomas iniciaron campañas de sensibilización a comienzos de los años 80, la primera campaña mediática de ámbito nacional no se ha realizado hasta 2003<sup>10</sup>. Sería deseable que esta iniciativa tuviera continuidad en el tiempo, junto al mantenimiento de acciones estratégicas de información y sensibilización que incluyan:

- Desarrollo y aplicación de actividades de sensibilización y formación de mediadores sociales (políticos, legisladores, profesionales de la salud, educadores, periodistas y otras personas relevantes en la comunidad).
- El desarrollo de campañas que enfatizen los beneficios de dejar de fumar y promuevan estilos de vida libres del uso del tabaco, además de proporcionar información sobre los riesgos del consumo, la capacidad adictiva de la nicotina y los

costes personales y sociales derivados del tabaquismo.

- La aplicación de medidas de información y sensibilización adaptadas a la sensibilidad y al lenguaje de los distintos grupos sociales, en especial de aquellos más vulnerables frente al tabaquismo: infancia, adolescencia, mujeres y grupos socio-económicos desfavorecidos. Estas medidas deberían asegurar que la información sobre los riesgos, la capacidad adictiva y los costes personales y sociales derivados del tabaquismo, llegan de forma adaptada y adecuada a cada grupo. Deberían además promover estilos de vida atractivos y deseables para cada grupo destinatario.
- El desarrollo mantenido de programas educativos en el ámbito escolar, combinados con actuaciones comunitarias que los refuercen y, sin las cuales, el alcance de los programas escolares es muy limitado (Jané Checa, 2002).
- El apoyo a la participación de la sociedad civil en el desarrollo de una política coordinada de prevención y control del tabaquismo.

En este ámbito, se puede concluir que las actividades de sensibilización pública y formación de mediadores realizadas hasta ahora por la administración pública, continúan siendo insuficientes para cubrir las necesidades de información y sensibilización de la sociedad española con relación al tabaquismo.

### **Reducción de la disponibilidad y la accesibilidad del tabaco**

La disponibilidad y la accesibilidad del producto, son otros factores que influyen de forma clave en el consumo. En este ámbito, existen varias medidas eficaces, cuyo desarrollo en España ha sido hasta ahora parcial.

---

<sup>10</sup> En el marco del PNPYCT, durante el último trimestre de 2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), lanzó la primera campaña en medios de comunicación convencional y con cobertura en toda España: "*Solo hay una forma inteligente de coger un cigarrillo. No fumes. Corta por lo sano*", para promover estilos de vida libres del uso del tabaco, especialmente entre adolescentes.

**Control del contrabando.** El contrabando de tabaco constituye una seria amenaza para la salud pública, dado que además de promover el incremento del consumo, merma los impuestos recaudados en cada país por la venta de tabaco y refuerza a las mismas mafias implicadas en otros tipos de crimen organizado. La OMS enfatiza que, la eficacia de la mejor política de control del tabaquismo se ve seriamente amenazada mientras no se consiga el control nacional e internacional del contrabando (World Health Organization Regional Office for Europe, 2002 [b]).

Aunque el contrabando ha sido frenado en España, donde llegó a alcanzar casi el 20% de los cigarrillos consumidos en nuestro país (Joosens y Raw, 2000), se requiere una enérgica acción mantenida para:

- Asegurar que todos los paquetes de cigarrillos comercializados en nuestro país disponen de la debida identificación legal y responden a la legislación vigente en materia de etiquetado e información a los consumidores.
- Monitorizar y recoger sistemáticamente datos sobre importación de productos de tabaco, asegurando el intercambio de información entre países vecinos y en el ámbito internacional.
- Endurecer la legislación que regula el contrabando y desarrollar los instrumentos y procedimientos necesarios para asegurar su estricta aplicación.

**Edad legal de acceso.** En España rigen diversas disposiciones legales –de ámbito nacional y autonómico– que prohíben la venta de tabaco a menores de edad. La experiencia internacional indica que el incremento en la edad para la venta legal del tabaco no es una medida eficaz sino se acompaña de una regulación muy estricta de concesión y mantenimiento de licencias de venta vincula-

das al cumplimiento de la legislación vigente en materia de edad permitida de venta. En nuestro país existen evidencias de que se continua vendiendo tabaco a adolescentes por debajo de la edad legal, muchas veces en forma de cigarrillos sueltos y en entornos frecuentados por estos grupos de población (Villalbí, 2002). Ante este problema, la eficacia de esta medida legal solo parece asegurada cuando:

- Se exige el cumplimiento estricto de la legalidad vigente a todos los establecimientos que disponen de licencia de venta de tabaco.
- Se establecen procedimientos y se facilitan los instrumentos y los recursos necesarios para realizar un estricto y permanente control del cumplimiento de lo estipulado por la ley por parte de los establecimientos que disponen de licencia de venta.
- Se elimina cualquier posibilidad de venta o promoción impersonal de tabaco.

**Supresión de los subsidios a la producción de tabaco.** Como se ha visto anteriormente, desde finales del siglo XIX, y especialmente tras la Guerra Civil española, la disponibilidad de tabaco aumentó de forma constante en España, gracias el apoyo político proporcionado por los sucesivos gobiernos de este país. En la actualidad los cultivos de tabaco españoles y de la UE continúan recibiendo subvenciones nacionales y europeas. Esta política de subvenciones se basa en un argumento proteccionista del balance comercial entre la UE y los EE.UU., país del que proviene buena parte el tabaco utilizado para la manufactura de cigarrillos producidos en la UE.

Según un estudio reciente realizado por la Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea<sup>11</sup>, esta política proteccionista impide el avance de la política de control del tabaquismo y cuestiona la

<sup>11</sup> DRAFT 4 (7.5.2003) Impact of tobacco subsidies on public health.

credibilidad de las políticas de prevención y control impulsadas por la Comisión Europea, debido a la contradicción que supone el mantenimiento de los subsidios, con el impulso de legislación y actuaciones preventivas. En este marco, las Direcciones Generales de Agricultura y de Salud y Consumo de la Comisión Europea, están estudiando el impacto de un plan para la reducción progresiva de las subvenciones, teniendo en cuenta factores de empleo, economía de los agricultores afectados, salud pública y desarrollo económico.

En este marco, el Convenio Marco de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2003) insiste en la necesidad de que los distintos gobiernos acuerden una estrategia internacional encaminada a:

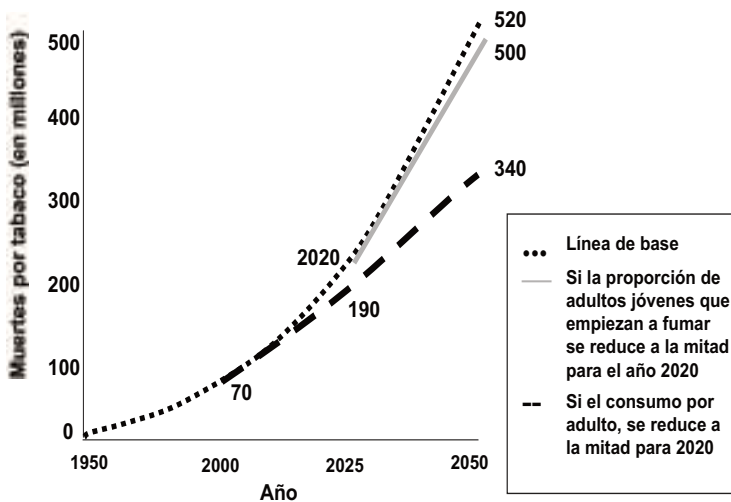
- La promoción de actividades económicas alternativas a la producción de tabaco.
- La transferencia gradual de los subsidios de tabaco a otros sectores económicos alternativos.

### Asistencia a fumadores

En las próximas décadas, las enfermedades y las muertes evitables debidas al tabaquismo se nutrirán de las personas que en la actualidad fuman y no consiguen dejar el consumo de tabaco a corto plazo. Como muestra un reciente estudio internacional (World Bank, 1999), salvo que los fumadores actuales dejen de fumar, la mortalidad debida al tabaquismo aumentará drásticamente en los próximos 50 años (Ver Figura 3).

Las actuaciones de asistencia a fumadores son necesarias por que las estrategias legislativas y educativas, pueden prevenir la morbilidad y la mortalidad debidas al tabaquismo a largo plazo, entre 30-50 años después del inicio de la intervención. Mientras, como muestra la Figura 3, el tratamiento del tabaquismo ofrecido a personas adultas fumadoras, consigue una reducción de la incidencia de morbilidad y mortalidad debidas al consumo de tabaco, que se empezará a observar a corto plazo (Fiore *et al.*, 2000;

**Figura 3. Muertes por tabaco acumulativas estimadas entre 1950-2050 con diferentes estrategias de intervención**



Fuente: World Bank. *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. World Bank Publications, 1999: 80.

World Health Organization Regional Office for Europe, 2001 [a]).

Debido a esta función complementaria a las actuaciones preventivas, el tratamiento del tabaquismo es un elemento eficaz y esencial para hacer frente al tabaquismo en España. Sin embargo, nuestro país carece todavía de una política que asegure la cobertura pública y universal de los servicios asistenciales para fumadores. A excepción de algunos desarrollos autonómicos, cuyo mejor ejemplo lo proporciona la oferta asistencial disponible en Navarra (Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2001), una de las grandes asignaturas pendientes para el sistema sanitario español continua siendo la articulación de una política que garantice la asistencia adecuada para todas las personas que desean dejar de fumar, incluyendo el consejo médico, el tratamiento especializado y la cobertura del coste de los fármacos de eficacia demostrada para dejar de fumar (terapia sustitutiva de nicotina y bupropión).

**Desarrollo de la asistencia a fumadores en España.** Desde que a principios de los años 80 se pusieron en marcha las primeras iniciativas de tratamiento del tabaquismo desde el sector público (Salvador Llivina, 1983), las intervenciones en este ámbito han aumentado de forma sensible, especialmente promovidas e impulsadas por sociedades científicas como SEMFYC o SEPAR, y en algunos casos, apoyadas por algunas de las administraciones autonómicas que desde hace años mantienen un compromiso activo en el ámbito de la prevención y el tratamiento del tabaquismo. En este marco, se ha ido desarrollando un número creciente de iniciativas, tanto en el ámbito de la Atención Primaria de Salud como desde la Atención Especializada (Pardell *et al.*, 2002; Salvador, Martín y Martínez, 2002). No hay que olvidar, sin embargo, que en la mayoría de CCAA, -y a lo largo de los últimos 20 años- la implantación de los servicios asistenciales ha dependido en gran medida de la motivación y el esfuerzo de equipos profesionales que, con recursos muy limitados, han considerado el

tratamiento del tabaquismo como una parte esencial de su labor profesional, al observar diariamente la magnitud y el impacto que la dependencia del tabaco tiene entre sus pacientes fumadores.

Esta situación indica la necesidad de iniciar un estudio de prioridades basado en criterios de adecuación, de equidad y de accesibilidad geográfica, cuyas conclusiones permitan perfilar un mapa de necesidades y sentar las bases de una respuesta terapéutica equilibrada en este ámbito, tanto desde el punto de vista geográfico como poblacional. El primer intento de recoger la oferta terapéutica en España lo desarrolló el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS), mediante una demanda remitida a sociedades médicas activas en este ámbito y a las CCAA que en estos momentos están impulsando el desarrollo de iniciativas de tratamiento del tabaquismo dentro del ámbito de sus competencias. Mediante este ejercicio, se recogió información detallada de la existencia de alrededor de 100 equipos de Atención Primaria y 50 unidades especializadas que ofertan tratamiento del tabaquismo desde el sector público (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2001). Aunque probablemente este directorio, al estar basado en la respuesta voluntaria de los centros, no incluya a todos los servicios existentes, ni los nuevos surgidos en los últimos dos años, la información recogida permite un acercamiento inicial a la realidad del sector, apuntando que la distribución de dichos servicios, por ahora no responde a criterios de adecuación sanitaria, balance territorial o equidad. Solamente una política de control del tabaquismo que integre medidas asistenciales basadas en criterios de equidad, podrá contribuir a la disminución de las diferencias socio-económicas en la incidencia de problemas de salud relacionados con el tabaquismo, para ello deberá asegurar que todos los grupos de población consigan beneficiarse de este tratamiento de igual manera.

Durante las últimas décadas se han realizado diversos estudios sobre la eficacia y el coste-efectividad del tratamiento del tabaquis-



mo, la mayor parte de ellos en el Reino Unido y en EE.UU. Estos estudios muestran que determinadas intervenciones de tratamiento del tabaquismo son eficaces y altamente coste-efectivas. Estas actuaciones abarcan un rango de intervenciones que van desde el consejo médico de baja intensidad pero de gran alcance ("intervención mínima"), hasta una intervención más intensiva realizada en unidades especializadas de tratamiento del tabaquismo (Cromwell *et al.*, 1997; Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998 [a] y [b]; Parrott, Godfrey y Raw, 1998; Raw, McNeill y West, 1998; Fiore *et al.*, 2000; Lancaster, Lindsay y Sylagy, 2000; West, McNeill y Raw, 2000; Silagy y Stead, 2001; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2004).

Las intervenciones para el tratamiento del tabaquismo, tanto el consejo médico breve, como dicho consejo combinado con tratamiento farmacológico (TSN y bupropión), se muestran eficaces y altamente coste-efectivas, comparadas con otros tratamientos rutinarios integrados en la atención sanitaria al uso (Ej., el tratamiento de la hipertensión, la prescripción de estatinas en el tratamiento de la hiperlipidemia, el cribado del cáncer de mama, etc). Así, por ejemplo, conseguir que un paciente de 20 años deje de fumar tienen un rendimiento, en esperanza de vida, tres veces superior al de controlar su hipertensión, y casi diez veces superior al de controlar su colesterol (Villalbí, 2002).

Los estudios disponibles estiman que el coste por año de vida ganado, ajustado por

discapacidad (DALY), varía según el nivel socioeconómico de la región estudiada entre 20 y 80 dólares. Específicamente, en los países de alto nivel socioeconómico, la cobertura del tratamiento farmacológico al 25% de la población presenta un coste por DALY de 746 a 1160 dólares, lo que representa una intervención coste-efectiva en relación con otras intervenciones sanitarias implantadas y de carácter básico (World Bank, 1999). Una revisión que incluía trabajos realizados hasta mediados de los años 90 (Warner, 1997), sugiere que cuanto menos intensivas sean las intervenciones, más coste-eficaces resultan, en términos de impacto global de tasas de abstinencia conseguidas. Sin embargo, un trabajo de revisión realizado en EE.UU. evidencia que cuanto más intensivo es el tratamiento, más bajo resulta el coste ajustado por años de vida ganados (Cromwell *et al.*, 1997).

Revisiones posteriores de la evidencia sobre coste-efectividad (Parrot, Godfrey, Raw, 1998; Royal College of Physicians, 2000; Fiore *et al.*, 2000) reafirman que determinadas intervenciones de tratamiento del tabaquismo son coste-efectivas. Así, en la evaluación económica del desarrollo y aplicación de las recomendaciones de la Guía para el Tratamiento del Tabaquismo, Parrot y colaboradores valoran un coste aproximado de 3.779\$ por abstinencia lograda y 1.915\$ por QUALY ganado, obteniendo los siguientes resultados globales que se indican en la Tabla 3.

**Tabla 3. Coste por año de vida ganado de niveles de intervención de intensidad creciente (libras esterlinas).**

	<i>Perspectiva de la admin. sanitaria (No descontado)</i>	<i>Perspectiva de la admin. sanitaria (descontado, 5%)</i>	<i>Perspectiva de la sociedad (No descontado)</i>	<i>Perspectiva de la sociedad (descontado, 5%)</i>
Consejo breve	112	174	136	212
+ folleto de autoayuda	142	221	167	259
+ TSN	173	269	448	696
+ servicio especializado	164	255	562	873

Fuente: Parrott et al. 1998.

**Coste-efectividad de una política asistencial de calidad en España.**

Existe un escaso número de estudios que hayan analizado la relación coste efectividad de intervenciones de apoyo a la cesación del consumo de tabaco en España. Desde la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Cataluña, se llevó a cabo una evaluación económica de distintas intervenciones preventivas dirigidas a reducir el riesgo coronario que incluían el tratamiento de la hipertensión, la hipercolesterolemia y el apoyo al tratamiento del tabaquismo mediante consejo médico y terapia sustitutiva de nicotina. Se consideraron costes directos asistenciales. La intervención terapéutica presentó un rango de coste-efectividad de 2.608 a 5.494 dólares USA por año de vida ganado en hombres y de 4.413 a 8.058 en mujeres. Este coste por año de vida ganado es claramente más favorable que el obtenido para los programas de reducción de la hipercolesterolemia y la hipertensión. (Plans-Rubio, 1998).

Recientemente se ha estudiado en España el impacto potencial de una intervención de apoyo a fumadores para dejar el tabaco sobre resultados de morbilidad y mortalidad evitadas, años de vida ganados, y costes sanitarios evitados en la experiencia de una cohorte de población, proyectados a lo largo de 20 años. Para ello, se ha adaptado el modelo *Health and Economic Consequences of Smoking* (HECOS) patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y desarrollado por *The Lewin Group* por encargo de GSK (González-Enríquez *et al.*, 2002). El modelo permite obtener estimaciones de la relación coste-efectividad de distintas estrategias de

intervención. La intervención contemplada consiste fundamentalmente en facilitar el acceso de un 35% de la población fumadora que intenta dejar de fumar a la asistencia farmacológica (bupropión y terapia sustitutiva de nicotina). Los efectos de la estrategia de intervención asistencial elegida se traducen en incrementos de la tasa de abandono del consumo de tabaco y en cambios desde el estado de ex-fumador reciente hacia el estado de ex-fumador de larga duración en el año de intervención, de acuerdo a la eficacia de la intervención utilizada. Los resultados de la intervención en cada uno de los años del modelo se comparan con la situación de referencia (sin intervención), y se obtienen los beneficios incrementales de la intervención.

Según el estudio, las muertes evitadas por la intervención en la población de fumadores serían 284 ya en el segundo año, y ascenderían a 9.205 a los 20 años de la intervención. La intervención añade un total de 78.173 años de vida al final del periodo considerado. Los costes acumulados directos, derivados de la atención sanitaria a la enfermedad atribuible a consumo de tabaco, evitados por la intervención serían 3.461.984 euros en el segundo año y 386.232.603 euros a los 20 años. El coste de la intervención por año de vida ganado es decreciente desde el segundo año y acaba siendo negativo al final del periodo considerado debido a la morbilidad y costes asistenciales asociados evitados, hasta un máximo de 2.243 euros por año de vida ganado a los 20 años. El coste de la intervención por muerte evitada decrece durante el periodo considerado y es negativo a los 20 años, con un valor negativo de 19.044 euros (Tabla 4).

<b>Tabla 4. Coste de la intervención por año de vida ganado y por muerte evitada</b>				
<i>COSTE</i>	<i>AÑO DEL MODELO</i>			
	Año 2	Año 5	Año 10	Año 20
Coste por año de vida ganado	1.466.193	71.018	4.302	-2.243
Coste por muerte evitada	733.096	134.769	17.109	-19.004
Tasa de descuento: 0,043		Fuente: González-Enríquez <i>et al.</i> , 2002.		

Estos datos indican que la disponibilidad de nuevas intervenciones que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento de la dependencia del tabaquismo y el incremento de la accesibilidad a las mismas, pueden contribuir de forma relevante a la reducción de morbilidad, la mortalidad y los costes sanitarios asociados al uso del tabaco en España.

Dada la importante contribución que el tratamiento del tabaquismo puede hacer para la mejora de la salud y el incremento de la esperanza de vida de la población fumadora, y teniendo en cuenta la posibilidad de que el consumo de tabaco acabe concentrándose en las clases sociales menos favorecidas, la oferta del tratamiento del tabaquismo desde el sistema sanitario, puede contribuir a mejorar las actuales diferencias en salud comentadas en el punto 1.4. de este informe, y es útil si se realiza a todos los fumadores que acuden a consulta (Kottke *et al.*, 1988; Nebot *et al.*, 1990; Martín *et al.*, 1997; Córdoba *et al.*, 1990, 2000; Corral y Pascual, 1992; Jiménez *et al.*, 1998; Grandes, Cortada y Arrazola, 2000).

Una cobertura universal del consejo médico para dejar de fumar y la financiación del tratamiento farmacológico adecuado, canalizados a través de la Atención Primaria de salud permitiría la incorporación de un enfoque pro-activo, en especial para aquellas personas sometidas a mayores factores de riesgo y con menores recursos para acceder a información relevante, así como para costearse tratamientos farmacológicos y/o acudir a ofertas asistenciales para dejar de fumar actualmente disponibles en el ámbito de la asistencia privada, y no siempre basadas en métodos probadamente eficaces para dejar de fumar. Además se trata de un sistema viable y ya testado en contextos similares al nuestro (Department of Health, 2000, 2001; Coleman, Pound y Cheater, 2002).

Para asegurar el éxito en la implantación de una política asistencial en nuestro país, se

requiere además el desarrollo de una política de formación continuada que permita a los profesionales de la salud, el manejo adecuado de este tema.

### ***Necesidades de formación profesional sobre tratamiento del tabaquismo.***

En la actualidad no se incluye la formación sobre tratamiento del tabaquismo en estudios de pre-grado en el ámbito de la medicina o de otras disciplinas sanitarias. Por otro lado, y aunque a lo largo de la última década se han desarrollado notables iniciativas de formación postgraduada<sup>12</sup>, existe todavía una oferta irregular e insuficiente de formación continuada para los médicos u otros profesionales de la salud que trabajan, tanto en asistencia primaria como en asistencia especializada. Esta carencia es una de las causas principales por las que el consejo médico breve y sistemático no llega a la mayoría de fumadores que acuden al sistema sanitario español (Nerín, 2002; Herrera Abián *et al.*, 2002).

Existe por tanto la necesidad particular un plan progresivo de formación continuada sobre intervenciones en tabaquismo, dirigido a los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria y atención especializada. El plan debería basarse en una estrategia de "formación de formadores" y contemplar, como mínimo, los siguientes contenidos: características de la dependencia al tabaco; conocimiento del proceso que implica dejar de fumar y sus consecuencias asistenciales, importancia de la función modélica de los profesionales de la salud; eficacia de las intervenciones disponibles; cómo implantar el consejo médico desde la Atención Primaria; criterios de derivación a tratamiento especializado; cómo desarrollar grupos de apoyo para dejar de fumar; características, opciones y funciones del tratamiento especializado; fármacos de 1ª elección en tratamiento del tabaquismo; fármacos de 2ª elección en

---

<sup>12</sup> Cursos universitarios de postgrado, el programa "Corta por lo Sano" que el Ministerio de Sanidad y Consumo realizó entre 1998-2000, y otras muchas iniciativas emprendidas desde colegios profesionales de médicos y de enfermería, son algunos ejemplos de la creciente oferta de formación postgraduada y continuada existente en materia de tratamiento del tabaquismo.

tratamiento del tabaquismo; y estrategias de consolidación de la abstinencia.

**Intervenciones amplias de carácter comunitario.** Además de las actuaciones terapéuticas en contextos asistenciales formales, existen otro tipo de programas comunitarios de apoyo a las personas que quieren dejar de fumar. Se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación. Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente de incremento de mensajes favorables al abandono del consumo de tabaco en medios de comunicación (TV, radio, prensa) y la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos, generalmente telefónicos o de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia.

Buenos ejemplos de estas intervenciones en nuestro país son los programas de apoyo por correo (Becoña y Gómez, 1993; Becoña y García, 1993; Becoña y Vázquez, 1998); las líneas telefónicas de ayuda como las de la *Corporació Sanitaria Clínic de Barcelona* (Nieva i Rifà, 2003), o del Hospital Carlos III de Madrid; diversos programas virtuales de auto-ayuda; y el Programa "Quit & Win", popular en algunos países europeos e implantado en diversas CC.AA. del estado español. Aunque no se disponga de estudios experimentales de evaluación, los resultados de las evaluaciones realizadas indican que en general, estos programas tienen escaso efecto sobre fumadores intensos y altamente dependientes y efecto moderado sobre fumadores ligeros y poco dependientes. Sin embargo, al tratarse de programas que alcanzan a toda la población, pueden lograr una tasa relevante de abstinencia a un bajo coste (Moragues *et al.*, 1999), y además contribuir, de forma general, a promover estilos de vida libres del tabaco entre la población general.

### **Instrumentos de control, coordinación y difusión pública de la información**

Para conocer la evolución del problema y saber si las medidas adoptadas están

resultando eficaces, es preciso un sistema de registro y monitorización periódica de la situación que abarque más indicadores que los que en la actualidad proporciona cada dos años la Encuesta Nacional de Salud. El propio PNPYCT señala esta necesidad para cada uno de los objetivos y estrategias contempladas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002)

- Entre los indicadores a recoger, debería considerarse clave, la recogida estandarizada, sistemática y periódica de datos sobre: prevalencia; consumo *per capita* de cigarrillos; tasas anuales de incorporación de nuevos fumadores; tasas anuales de morbilidad y de mortalidad atribuibles al consumo directo del tabaco y a la exposición al ACHT; coste sanitario y social; coste-efectividad de las medidas emprendida; inversiones en publicidad directa, indirecta, patrocinio y promoción realizadas por la industria tabacalera; datos sobre contrabando; indicadores sobre percepción del riesgo; intentos de dejar de fumar de la población fumadora; popularidad social de las medidas de prevención y asistencia a fumadores; tasas de abstinencia derivada de los diversos tipos de asistencia a fumadores, etc. Y toda esta información debería difundirse periódicamente, especialmente entre profesionales de la salud, educadores y profesionales de los medios de comunicación.

### **Cooperación europea e internacional**

Dado que muchos de los problemas relacionados con el tabaquismo tienen un carácter transnacional, es imprescindible que la política nacional se coordine tanto con la del resto de países de la UE, como con otras iniciativas internacionales. La ratificación por parte de España del "Convenio Marco para el Control del Tabaquismo," promovido por la OMS, debe seguir a la firma del Convenio ya formalizada en Ginebra el 16 de Junio de 2003.

La coordinación y la participación española en foros y en actividades europeas e internacionales –tanto de carácter gubernamental

como no gubernamental- puede contribuir a reforzar de forma significativa el desarrollo de la política española sobre tabaquismo. Es este sentido, es necesario mantener y si es posible reforzar la participación española en iniciativas como por ejemplo: la Estrategia Europea para el Control de Tabaquismo, impulsada desde la Oficina Europea de la OMS; el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS; la celebración Anual del Día Mundial Sin Tabaco (31 de Mayo). Además las sociedades científicas y otras organizaciones no gubernamentales, como el CNPT y las entidades que lo integran, deben mantener su participación en iniciativas transnacionales, como la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo (*European Network for Smoking Prevention, ENSP*), cuya representación española la asume el CNPT. Debería además, reforzarse la participación de organizaciones españolas en las diversas redes existentes en materia de prevención y control del tabaquismo: red europea de Hospitales Libres de Humo; red internacional sobre mujeres y tabaco, INWAT; red europea sobre jóvenes y tabaco ENYPAT; así como la participación en actividades de ámbito internacional como los programas "Quit & Win", "Smoke Free Class", la Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud; etc.

## CONCLUSIONES

La dimensión epidémica que el tabaquismo ha llegado a alcanzar en nuestro país es el resultado de la convergencia de diversas circunstancias presentes a lo largo de todo el S.XX. En especial se pueden señalar factores económicos y políticos como: el carácter de país productor; el monopolio público de la producción y comercialización; una política de fomento de las importaciones; una política de precios relativos a la baja; una alta permisividad de la promoción directa y agresiva dirigida a los sectores más vulnerables de la sociedad; el incremento de la accesibilidad

y la disponibilidad del producto; y escasas, dispersas y discontinuas medidas de prevención, protección y control del producto, de su comercialización y de su consumo. Finalmente, la adicción que genera la nicotina y el vacío de oferta asistencial pública y ordenada para superar esta dependencia, fueron factores añadidos para el mantenimiento del problema.

A pesar de la existencia de todos estos condicionantes promotores de la expansión del mercado de tabaco, el tabaquismo es un problema evitable. Actualmente existe suficiente evidencia internacional sobre la eficacia de determinadas medidas políticas de prevención, control y asistencia, como para poder afirmar que, también en nuestro país, se puede controlar el problema, y empiezan a emerger algunos datos esperanzadores en este sentido. La finalidad de una estrategia para la prevención y control del tabaquismo es respetar el valor de la vida, reduciendo de forma significativa las actuales tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo, y proteger a las generaciones actuales y futuras de las consecuencias devastadoras del uso del tabaco.

Como se ha visto hasta aquí, en España se empezaron a introducir algunas medidas para la prevención y el control del tabaquismo a comienzos de los años 80, tanto desde el ámbito de las competencias del Estado, como desde el de las competencias de las Comunidades Autónomas, y las Corporaciones Locales. Aunque dichas medidas han ido incrementándose de forma progresiva, la parcialidad, discontinuidad, falta de integración, y falta de seguimiento y control de muchas de las actuaciones emprendidas a lo largo de las dos últimas décadas, no se corresponde con la magnitud del problema. Además, y no menos importante, la práctica inexistencia de presupuestos dedicados a la ejecución de dichas medidas, ha contribuido de forma decisiva, a la debilidad general de las intervenciones propuestas hasta ahora. Existe por tanto un amplio desajuste entre la magnitud de un problema señalado desde hace años como

prioritario por las autoridades sanitarias, y la fragilidad y/o insolvencia que ha caracterizado la mayoría de las actuaciones desarrolladas para afrontarlo.

La existencia de inercias y el disfrute histórico por parte de la industria tabacalera de privilegios solidamente consolidados, hacen que la toma de decisiones políticas sobre la forma de controlar la dimensión epidémica del tabaquismo se halle fuertemente mediatizada. Sabemos que en democracia, la toma de decisiones es el resultado del consenso entre intereses frecuentemente encontrados (Subitarts, 2000), y ante esta realidad solo cabe esperar que sea el apoyo de la sociedad en su conjunto la que permita a los sucesivos gobiernos superar las viejas inercias y avanzar en la aplicación de políticas integradas, globales y eficaces para la regulación del tabaco y para la prevención del tabaquismo. De hecho, se observa ya un importante avance en la implicación de la sociedad civil en actuaciones de apoyo a las iniciativas de prevención y control. Estamos asistiendo a un proceso positivo de participación de las organizaciones científicas y profesionales, cuya culminación visible fue la constitución en 1995 del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) que actualmente integra a 36 entidades conscientes de la magnitud de los retos a afrontar y comprometidas a trabajar desde un marco global y coordinado.

Sin duda, la aprobación en 2003 del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, 2003-2007, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo y las CC.AA, permite considerar que se ha dado un importante paso adelante. Es de esperar que la cooperación lograda hasta aquí para la redacción del PNPYCT, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las CC.AA., se mantenga de forma consistente y por encima de intereses partidistas y electoralistas. Sólo así se podrá hacer realidad la esperanza de que también en España logremos objetivos que países de nuestro entorno han sabido alcanzar antes que nosotros: la reducción del número de víctimas debidas al tabaquismo

y la mejora sensible de nuestra calidad de vida. Esperemos que, a pesar de las constantes presiones de la industria del tabaco, el PNPYCT disponga de suficiente capacidad de actuación así como de una adecuada asignación presupuestaria para su ejecución. El éxito de su aplicación, en cada uno de los ámbitos que contempla, dependerá tanto de la implicación de los responsables de la toma de decisiones políticas, como del respaldo público que dichos responsables perciban, y en esta tarea, los profesionales de la salud y los colectivos que les representan, pueden y deben jugar un papel protagonista.

## REFERENCIAS

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AETS (2003). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste -efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS. Instituto de Salud Carlos III.
- Banegas Banegas, J.R.; Díez Gañán, L.; Rodríguez Artalejo, F.; González Enríquez, J.; Graciani Pérez-Regadera, A.; Villar Álvarez, F. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medicina Clínica*, 117 (18), 692-694.
- Banegas Banegas, J.R. y Díez Grañán, L. (2002). Progresos y posibilidades en el control del tabaquismo. SEE Nota. *Boletín de la Sociedad Española de Epidemiología*, 25, 1-3.
- Becoña Iglesias, E. y Vázquez González, F. (1998 [a]). Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Cap. 13. Barcelona: Glosa.
- Becoña, E. y García, M.P. (1993). Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*, 73, 779-786.
- Becoña, E. y Gómez-Durán, B.J. (1993). Programas de tratamiento en grupos de fumadores. En D. Macià, FX Méndez y J Olivares (Eds.). *Intervención Psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 203-230). Madrid: Pirámide.

- Becoña Iglesias, E. y Vázquez González F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Blum, A., Solberg, E. y Wolinsky, H. (2004). The Surgeon General's report on smoking and health 40 years later: still wandering in the desert. *The Lancet*, 363 (January 100), 97-98.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Mapa de recursos de tratamiento del tabaquismo en España. Recuperado el 22 de Enero de 2004 de [www.atenciontabaquismo.com](http://www.atenciontabaquismo.com).
- Centro Feminista de Estudios y Documentación (1985). *El trabajo de las mujeres a través de la historia*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura.
- Comité de Expertos de la OMS (1974). *Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de Informes Técnicos n° 568*. Ginebra: OMS.
- Comité de Expertos de la OMS (1979). *Lucha contra el tabaquismo epidémico. Serie de Informes Técnicos n° 636*. Ginebra: OMS.
- Coleman, T., Pound, E. y Cheater, F. (2002). National survey of the new smoking cessation services: implementing the Smoking Kills paper. London. Recuperado el 20 de Enero de 2004 de <http://www.ash.org.uk/html/cessation/servicessummary.html>.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (1998). *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2003 [a]). *Atención Tabaco y Publicidad*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2003 [b]). *Atención Tabaco y Contaminación Ambiental*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2003 [c]). *Atención Tabaco y Fiscalidad*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Córdoba, R., Martín-Moros, J.M., Aznar, P., Díez, S., Sanz, M.C. y Forés-Catalá, M.D. (1990). Efecto de la oferta de seguimiento versus consejo aislado en una muestra de fumadores disonantes. *Atención Primaria*, 7, 350-354.
- Córdoba, R., Martín, C., Casas, R., Barbera, C., Botaya, M., Hernández, A., Jane, C. (2000). Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 25, 32-36.
- Corral, C. y Pascual, M. (1992). Intervención sobre tabaquismo en Atención Primaria. Estudio de cuatro modalidades de actuación. *Atención Primaria*, 9(6), 287-92.
- Cromwell, J., Bartosh, W., Fiore, M., Hasselband V. y Baker, T. (1997). Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1759-1766.
- Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2001). *Plan Foral sobre Tabaco*. Pamplona: Instituto de Salud pública de Navarra.
- Department of Health (2000). *Saving lives. Our healthier nation*. London: Stationery Office.
- Department of Health (2001). *Statistics on smoking cessation services in health authorities*. England, April 2000 to March 2001. London: DoH, (press release 2001/0342).
- Fernández, E., González, J.R., Borrás, J.M., Moreno, V., Sánchez, V., Peris, M. (2001). Recent decline in cancer mortality in Catalonia (Spain): a joinpoint regression analysis. *European Journal of Cancer*, 37, 2222-2228.
- Fernández, E., Schiaffino, A., García, M., Saltó, E., Villalbí, J.R. y Borràs, J.M. (2003). Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Medicina Clínica*, 120 (1), 14-16.
- Fernández, E., Gallus, S., Schiaffino, A., López-Nicolás, A., La Vecchia, C., Barros, H. y Townsend J. (en prensa). Price and consumption of tobacco in Spain over de period 1965-2000. *European Journal of Cancer Prevention*.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- González Enríquez, J., Villar Álvarez, F., Banegas Banegas, J.R., Rodríguez Artalejo, F., Martín Moreno, J.M. (1997). Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Medicina Clínica*, 109, 577-582.
- González Enríquez, J., Salvador Llivina, T., López Nicolás, A., Antón de las Heras, E., Musin,

- A., Fernández. E., García, M., Schiaffino, A., Pérez-Escolano, I. (2002). Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*, 16(4), 308-17.
- Grandes, G., Cortada, J.M. y Arrazola, A. (2000). An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *British Journal of General Practice*, 50 (459), 803-7.
- Granero Giner, L.J. (2002). *Las políticas de control y prevención del tabaquismo en España y los actores a favor y en contra del tabaco*. Tesina de licenciatura. Barcelona: Mestratge en Gestió Pública, 12ª promoció. Institut d'Educació Continua. Universitat Pompeu Fabra.
- Herrera Abián, J.L., Pérez Santar, C., Suárez Rueda, J., Perona Caro y D., Paz Martín, D. (2002). Evaluación de conocimientos y actitudes ante el tabaquismo en estudiantes de medicina. *Prevención del Tabaquismo*, 4(2), 76-81.
- IARC (2002). Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monograph Series. Vol. 83. Recuperado el 19 de enero de 2004 de <http://193.51.164.11/htdocs/indexes/vol83index.html>.
- Jané Checa, M. (2002). Prevención y control del tabaquismo en jóvenes: situación actual y estrategias de futuro. *IDEA-Prevención*, 24 (enero-junio), 78-87.
- Jarvis, M.J. (1998). Supermarket cigarettes: the brands that dare not speak their name. *British Medical Journal*, 316, 929-31.
- Jiménez, C.A., Barrueco, M., Carrion, F., Cordobilla, R., Hernández, I., Martínez, E., et al. (1998). Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Archivos de Bronconeumología*, 34, 433-436.
- Joosens, L., Naett, C. y Howie, C. (1992). *Taxes on Tobacco Products, a Health Issue*. Brussels: European Bureau for Action on Smoking and Health.
- Joosens, L. y Raw, M. (2000). How can cigarette smuggling be reduced? *British Medical Journal*, 321, 947-950.
- Kottke, T.E., Battista, R.N., DiFriese, G.H. y Brekke, M.L. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2882-9.
- Landman, A., Ling, P.M. y Glantz, S.A. (2002). Tobacco industry youth smoking prevention programs: protecting the industry and hurting tobacco control. *American Journal of Public Health*, 92(6), 917-30.
- López Linaje, J. y Hernández Andreu, J. (1990). *Una historia del tabaco en España*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- Martín, C., Córdoba, R., Jane, C., Nebot, M., Galan, S., Aliaga, M. et al. (1997). Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Medicina Clínica*, 109, 744-748.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989, 1992, 1995, 1997, 1999 y 2002). *Encuesta Nacional de Salud. Años 1987, 1990, 1993, 1995, 1997, 2001*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). *Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, 2003-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *Encuesta Nacional de Salud 2003 (datos preliminares)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (documento presentado a los MMCC en Enero de 2004).
- Montes, A. y Villalbí, J.R. (2001). The price of cigarettes in the European Union. *Tobacco Control*, 10, 135-136.
- National Cancer Institute (1999). *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Smoking and Tobacco Control Monograph, 10*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- Nebot, M., Cabezas, C., Oller, M., Moreno, F., Rodrigo, J., Sarda, T., Mestres, J., Pitarch, M. (1990). Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en Atención Primaria. *Medicina Clínica*, 95(2), 57-61.
- Nerín, I. (2002). Los médicos y el tabaco: un problema sin resolver. *Prevención del Tabaquismo*, 4(2), 62-64.
- Nieva i Rifà, G. (2003). Tabac Info Línea: atención telefónica para dejar de fumar. *Prevención del Tabaquismo*, 5(2), 124-126.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *La rentabilidad a costa de la gente. Actividades*



- de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública. Washington DC: OPS Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Objetivos de la estrategia regional europea de la Salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pardell Alenta, H., Salleras Sanmartí, Ll., Salvador Llivina, T. (1983 [a]). *Informe. El tabaquismo a Catalunya*. Cap. 13. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Pardell Alenta, H., Salleras Sanmartí, Ll. y Salvador Llivina, T. (1983 [b]). *Informe. El tabaquismo a Catalunya*. Cap. 15. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Pardell, H., Jané, M., Sánchez Nicolay, I., Villalbí, J.R., Saltó, E, et al. (2002). *Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español*. Organización Médica Colegial. Madrid: Medicina STM Editores (Ars Medica).
- Parrott, S., Godfrey, C., Raw, M., West, R. y McNeill A. (1998). Guidance for Commissioners on the Cost Effectiveness of Smoking Cessation Interventions. *Thorax*, 53 (suppl 5, Part2), S1-S38.
- Plans-Rubio, P. (1998). Cost-effectiveness analysis of treatment to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for the prevention of coronary heart disease: evaluative study carried out in Spain. *Pharmacoeconomics*, 13, 623-643.
- Raw, M., McNeill, A. y West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax*, 53: suplemento 1.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J.L. y Rodríguez, C. (1995). Increased socio-economic differences in mortality in eight Spanish provinces. *Social Science and Medicine*, 41, 801-807.
- Regidor, E. (1996). Desigualdades sociales en salud en España. *Dimensión Humana*, 2 (1), 29-36.
- Regidor, E., De Mateo, S., Gutiérrez-Fisac, J.L. y Rodríguez, C. (1996). Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. *Medicina Clínica*, 106, 285-289.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J.L., Calle, M.E., Navarro, P. y Domínguez, V. (2001). Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Preventive Medicine*, 33(4), 241-8.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J.L., Calle, M.E. y Otero, A. (2002). Patrón de mortalidad en España, 1998. *Medicina Clínica*, 118, 13-15.
- Roemer, R. (1993). *Legislative action to combat the world tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- Royal College of Physicians (2000). *Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London: Royal College of Physicians.
- Salleras, Ll., Pardell, H., Saltó, E., Tresserras, R., Guayta, R. y Taberner, J.L. (1999). *Setze anys de lluita contra el tabac a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social y Fundació Catalana de Pneumologia.
- Salvador Llivina, T. (1983). El tratamiento del tabaquismo y su futuro. *Jano*, 594, 72-76.
- Salvador Llivina, T. (1990). Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la Salud Pública. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 64, 585-588.
- Salvador Llivina, T. (1996). *Tabaquismo*. Colección Salud. Madrid: El País-Aguilar.
- Salvador Llivina, T. (2000). Medios de comunicación y opinión pública. En: Villalbí, J.R. y Ariza, C. (Editores). *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención* (pp. 53-69). Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Salvador, T., Martín, C., Martínez, I. (2002). Tratamiento del tabaquismo, una intervención eficaz y necesaria. *Medicina Preventiva*, 7 (2), 18-25.
- Salvador Llivina, T. e Imaz Iglesia, I. (2003). *Plan Riojano de Prevención y Asistencia en Tabaquismo. Anteproyecto para el inicio de los trabajos de la Comisión Intersectorial para el Desarrollo del Plan Riojano de Prevención y Asistencia en Tabaquismo*. Logroño: Comisionado Regional para la Droga.
- Sánchez, L. (2003). Políticas reguladoras de la accesibilidad, disponibilidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco. *IDEA-Prevención*, 27, 78-87.

- Schiffiano, A., Fernández, E., Borrell, C., Saltó, E., García, M. y Borràs, J.M. (2003). Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *European Journal of Public Health*, 13, 56-60.
- Servicio de Estudios de Tabacalera (1981). *Actualidad Tabaquera. Documento nº 1*. Madrid: Tabacalera S.A.
- Shafey, O., Fernández, E., Thun, M., Schiaffino, A., Dolwick, S. y Cokkinides, V. (2004). Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain 1982-1997. Case studies in international tobacco surveillance. *Cancer*, 100: 1744-1749.
- Silagy, C. y Stead, L.F. (2001). Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software.
- Soto-Mas, F., Villalbí, J.R., Granero, L., Jacobson, H. Y Balcazar, H. (2003). Los documentos internos de la industria tabaquera y la prevención del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*; 17(Supl 3), 9-14.
- Subirats, J. (2000). Análisis de las políticas públicas. En: *El Tabaquismo en España: Situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*, Cap. 2. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Tobacco Reporter for the International Tobacco Industry (1980). *Spain's tobacco: a growing interest*. Tobacco Reporter.
- US Department of Health and Human Services (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: US Department of Health and Human Services. Centers for Diseases Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.
- US Department of Health and Human Services (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: US Department of Health and Human Services. Centers for Diseases Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411.
- Villalbí, J.R. y Ariza, C. (2000). *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Capítulo 1. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Villalbí, J.R. y López, V. (2001). La prevención del tabaquismo como problema político. *Gaceta Sanitaria*, 15, 265-272.
- Villalbí, J.R. (2002). El tabaco como problema de salud pública. En: *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002* (Vol 1). Capítulo 7 (pp. 113-129). Valencia: Consellería de Sanitat.
- Waldron, I. (1991). Patterns and causes of gender differences in smoking. *Social Science & Medicine*, 32, 989-1005.
- Warner, K.E. (1997). Cost-effectiveness of smoking cessation therapies: interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics*, 11, 538-549.
- West, R., McNeill, A. y Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 55, 987-999.
- World Bank (1999). *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: World Bank Development in Practice Series.
- World Health Organization. (1999). *World Health Report 1999. Chapter 5: Combating the tobacco epidemic* (p. 65-69). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2002 [a]). *The European Report on Tobacco Control Policy. Review of Implementation of the Third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2002 [b]). *European Strategy for Tobacco Control*. Copenhagen: World Health Organization.