

Esperanza ante la futura ley de control y prevención del tabaquismo

S. Solano Reina, J.I. de Granda Orive, P. Vaquero Lozano, S. Florez Martín, A. Ramos Pinedo, C.A. Jiménez Ruiz

Grupo de Trabajo de Tabaquismo de NEUMOMADRID

Cuando reflexiono acerca de una enfermedad no busco la forma de curarla, sino de prevenirla.

Luis Pasteur (1822-1895)

Se ha mencionado al tabaquismo como la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestra sociedad, ocasionando cerca de 55.000 muertes cada año en España¹.

Se sabe que el consumo de tabaco es causa de múltiples cánceres, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, complicaciones del embarazo y otras muchas enfermedades². Recientes estudios han constatado el peligro para la salud que supone la inhalación involuntaria del humo del tabaco³. A pesar de los peligros para la salud y de la conciencia pública de los mismos, la prevalencia del consumo de tabaco se mantiene sorprendentemente alta, un 30% de la población fuma actualmente en nuestro país⁴.

El tabaquismo supone un alto coste para la sociedad al igual que para el individuo. Aunque la industria tabaquera diga que genera empleo e ingresos favorables a las economías locales, autonómicas y nacionales, la mayor contribución de la industria consiste en sufrimiento, enfermedades, defunciones y pérdidas económicas. El consumo de tabaco cuesta actualmente, a nivel mundial, cientos de miles de millones de dólares al año⁵, ocasiona también perjuicios económicos para las familias y los países debido a los salarios que dejan de percibirse, la reducción de la productividad y el aumento del coste de la asistencia sanitaria.

Con frecuencia y de forma equivocada, se considera que el consumo de tabaco es una opción exclusivamente personal. Contradice a esa percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desean dejar de fumar cuando adquieren pleno conocimiento de los efectos negativos del tabaco para su salud, aunque ya les resulta bastante difícil debido al gran poder de adicción de la nicotina. Además, la industria tabaquera, anualmente gasta a nivel mundial decenas de miles de millones de dólares en su comercialización, y se sirve de grupos de presión y publicistas altamente cualificados para mantener e incrementar el consumo de tabaco⁶.

Se han demostrado diversas estrategias que reducen el consumo de tabaco. Sin embargo, más de 50 años después de la evidencia de que los efectos dañinos del tabaco para la salud quedarán constatados científicamente, y más de 20 años después de que la evidencia confirmara los riesgos que conlleva la contaminación ambiental por humo de tabaco (CAHT), en nuestro país aún no se han implantado las estrategias más eficaces y reconocidas para el control de la epidemia del tabaquismo.

Los esfuerzos internacionales dirigidos por la OMS condujeron a la entrada en vigor del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) en el 2005, y cuenta con 168 signatarios y más de 150 partes. El CMCT de la OMS establece los principios y el contexto para la formulación de políticas, la planificación de intervenciones y la movilización de recursos políticos y financieros para el control del tabaco⁷.

En nuestro país, el artículo 8 del CMCT, que trata sobre la *protección de la población contra la exposición al humo del tabaco*, obviamente no se cumple. La actual normativa en vigor, la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco⁸, ha tenido un impacto muy limitado sobre la reducción global de la contaminación ambiental por humo de tabaco, lo que ha supuesto una gran decepción para muchos y actualmente ya muy pocos dudan de su ineficacia, como así lo constatan diferentes publicaciones⁹⁻¹¹.

La CAHT provoca una amplia serie de enfermedades, entre ellas cardiopatías, cáncer de pulmón y enfermedades de las vías respiratorias¹². No se conoce un nivel seguro de exposición pasiva al humo del tabaco. Los entornos completamente libres de humo son el único medio probado de proteger adecuadamente a las personas frente a los efectos nocivos del tabaquismo pasivo. Los entornos libres de humo, no sólo protegen a los no fumadores, sino que también ayudan a los fumadores que desean abandonar el hábito de fumar¹³. El CMCT de la OMS, en su artículo 8, resalta la importancia de conseguir que todos los lugares de trabajo cerrados estén libres de humo⁷. Las leyes que favorecen entornos libres de CAHT protegen a los trabajadores y a la población, y no perjudican a las empresas, sino más bien al contrario. Los fumadores que trabajan en espacios libres de humo, tienen más del doble de posibilidades de abandonar el tabaco que los que trabajan en lugares donde se permite fumar¹⁴.

Aunque en la práctica pueda resultar complejo aplicar medidas a favor de los ambientes libres de humo en restaurantes, bares, clubes y discotecas, no obstante, la experiencia de un número

Correspondencia: S. Solano Reina. U. Tabaquismo CEP "Hermanos Sangro". HGU "Gregorio Marañón". Avda. Peñaprieta, 4. 28038 Madrid. E-mail: ssolano@separ.es

Recibido: 18 de febrero de 2010

Aceptado: 26 de febrero de 2010

ro cada vez más numeroso de países demuestra que es posible decretar normativas que hagan cumplir estas prohibiciones eficaces en dichos establecimientos, que la población las acepta, no perjudican a esos negocios y mejoran sustancialmente la salud en general^{15,16}.

Se pueden utilizar datos económicos para contrarrestar los argumentos falsos de la industria tabaquera y de los empresarios de la hostelería, en relación con la afirmación de que el establecimiento de ambientes libres de humo produciría trastornos económicos en el sector. Nada más lejos de la realidad, las leyes a favor de lugares de trabajo libres de humo son positivas para todas las empresas, incluso para el negocio de la hostelería. De modo que las predicciones de las federaciones de hostelería sobre el impacto de las prohibiciones de fumar se han demostrado desacertadas en todos los países en que han entrado en vigor normativas aprobando los ambientes cerrados libres de humo^{17,18}.

La ventilación y los espacios reservados para los fumadores no reducen la exposición involuntaria al humo del tabaco hasta un nivel aceptable o seguro. Es fundamental disponer de una buena planificación, medios suficientes, un compromiso político consistente, una utilización eficiente de los medios de divulgación, una redacción minuciosa y detallista de las leyes y la participación y el compromiso de la sociedad civil. Al aplicar la legislación sobre entornos libres de humo, es fundamental que las autoridades generen un amplio apoyo público mediante campañas de educación a la población. Las campañas de educación destinadas a sensibilizar a los empresarios sobre los beneficios que conllevan los lugares de trabajo sin humo, incluido el hecho de que no afectan negativamente al negocio, puede atenuar la resistencia y el enfrentamiento del sector empresarial.

Una vez que se haya aprobado la futura normativa que implante los lugares cerrados sin humo se tiene que exigir su cumplimiento requerido. En la etapa próxima a su proclamación, puede que sea preciso dedicar una estrecha vigilancia para hacer cumplir las disposiciones a favor de los espacios libres de humo, a fin de que se haga evidente el compromiso de las Autoridades respecto de su estricto cumplimiento. Cuando se consiga un nivel apropiado de acatamiento, puede ser viable relajar las iniciativas oficiales de vigilancia en el cumplimiento de la ley, ya que los entornos libres de humo tienden a perdurar de un modo instintivo en las zonas donde la sociedad civil y el sector empresarial respaldan la normativa y la ley que favorece dichos entornos.

La futura ley debería incluir la exigencia de que el etiquetado incluya advertencias gráficas eficaces. Las etiquetas con advertencias gráficas en las cajetillas de tabaco son un método beneficioso para avisar acerca de los perjuicios para la salud que conlleva el fumar, ya que aportan advertencias sanitarias directas a los fumadores, y también a los no fumadores que miran las cajetillas¹⁹.

La ley debe reivindicar precisión y claridad en el contenido y apariencia gráfica de las etiquetas con mensajes sanitarios con imágenes en los paquetes. Sería muy positivo que ocupen por lo menos la mitad de la superficie principal visible. Las etiquetas con avisos también deben describir las enfermedades y los efectos nocivos específicos generados por el consumo de tabaco, y sería aconsejable que los mensajes fuesen rotando de modo alternativo a fin de seguir estimulando el interés en la población. Las advertencias gráficas son eficaces para todos los fumadores, sobre todo para las personas que no pueden leer o los niños pequeños cuyos padres son fumadores.

Teniendo en cuenta que las enfermedades derivadas del consumo de tabaco es un hecho consumado, las leyes que incluyen etiquetas con advertencias sanitarias en el empaquetado suelen ser bien recibidas por la población general, incluyendo a los propios fumadores, sin que éstos se opongan a ello. No obstante, la industria tabaquera, en la mayoría de los casos, desaprueba estas medidas, en particular cuando las figuras gráficas incluidas son de gran tamaño, pues conocen de su eficacia. La información sobre los riesgos del consumo de tabaco para la salud debería exponerse con absoluta claridad y con el mismo poder de persuasión que el *marketing* utilizado por la industria tabaquera para conseguir sus fines.

La industria tabaquera gasta cada año en todo el mundo decenas de miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio, por consiguiente un componente clave del control del tabaco es la prohibición exhaustiva de toda forma de comercialización de los productos derivados del tabaco. Las prohibiciones absolutas sobre publicidad, promoción y patrocinio son muy eficaces para reducir el consumo de tabaco entre personas de todos los ingresos y niveles de educación. Las prohibiciones parciales de la publicidad tienen poco o ningún efecto en la prevalencia del consumo.

Entre los grupos de población destinataria clave para la publicidad del tabaco se encuentran los jóvenes y las mujeres, ya que son más vulnerables al inicio del consumo y, una vez habituados, tienen más posibilidades de ser clientes fijos durante muchos años.

El incremento del precio de los productos derivados del tabaco, así como los impuestos destinados a gravar el tabaco son el camino más efectivo para reducir su consumo y para estimular a los fumadores activos a abandonar el hábito²⁰. Se estima que, por cada aumento del 10% en los precios, el consumo se reduce alrededor del 4% en los países de ingresos elevados y alrededor del 8% en los países de ingresos bajos y medianos. La prevalencia del consumo de tabaco se reduce a la mitad aproximadamente de esos porcentajes, con variaciones relacionadas con los ingresos, la edad y otros factores demográficos. Cuando se aumentan los precios, las personas jóvenes y los fumadores de bajos ingresos tienen más del doble de probabilidades de dejar de fumar o de fumar menos que los demás fumadores, ya que esos grupos son los más sensibles a la subida de precio de los cigarrillos.

Para optimizar el impacto de la tributación como intervención de salud pública, una parte considerable de los ingresos fiscales procedentes del aumento de los impuestos al tabaco se podría destinar a financiar las campañas de control del tabaco y a financiar los tratamientos para aquellos fumadores que deseen hacer un intento serio de abandono^{21,22}. De este modo se conseguiría que el incremento de las tasas al tabaco sea mejor recibido por la sociedad civil, incluso por los fumadores.

A pesar de que el tabaquismo se considera hoy una enfermedad crónica y de las trágicas consecuencias que conlleva para la salud, no se contempla por los sistemas sanitarios un tratamiento que se lleve a la práctica de manera homogénea y eficaz. De los fumadores que intentan dejar de fumar, tan solamente el 21% usó terapia farmacológica para dejar de fumar²³. La mayoría de los fumadores que intentan dejar de fumar lo hacen por sí mismos, sin ayuda, a pesar de que con asesoramiento médico se aumentan sustancialmente las tasas de abandono. Entre el 90 y el 95% de los fumadores que intentan el abandono sin ayuda sufren recaídas en el hábito de fumar²⁴.

Actualmente disponemos de terapia farmacológica que han demostrado su seguridad, tolerancia y eficacia por lo que, como en cualquier otra enfermedad crónica, debería ser contemplada su financiación dentro del Sistema Nacional de Salud, aspecto que ya venimos demandando con anterioridad los neumólogos^{21,22}.

Durante estos cuatro años transcurridos desde la entrada en vigor de la ley 28/2005 se ha constatado que su impacto ha sido bastante limitado y se ha comprobado que su efectividad en términos de salud pública se ha debilitado, de manera que el Gobierno pretende prohibir el consumo de tabaco en la totalidad de los lugares públicos cerrados mediante un nuevo planteamiento legislativo. Toda esta etapa recorrida tiene que servirnos de lección para subsanar, en la futura ley, los errores u omisiones de la anterior^{9,25,26}.

La nueva ley deberá exigir que se controle la promoción y venta de los productos derivados del tabaco, con el fin de reducir el consumo de tabaco en los adolescentes, la prohibición absoluta de fumar en los lugares cerrados (cumplimiento del artículo 8 del CMCT), la inclusión de mensajes sanitarios con imágenes en las cajetillas de tabaco, información exhaustiva sobre las enfermedades derivadas de la exposición involuntaria al humo de tabaco, la subida de impuestos al tabaco, y derivación del impacto de la tributación hacia campañas de control y prevención del tabaquismo así como financiación de la terapia farmacológica aprobada para el abandono del tabaco, transcribiendo todo estos puntos bien claros en el texto, sin dejar paso a la ambigüedad del articulado de la anterior ley.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas JR, Díez L, González J, Villar F, Rodríguez Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clín*. 2005; 124: 769-71.
2. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US. Department of Health and Human Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
3. EPA. Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington DC: US Environmental Protection Agency, 1992.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid
5. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs 2007. Atlanta GA, DHHS. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2007.
6. Federal Trade Commission. Cigarette report for 2003. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (Consultado 16/2/10). Disponible en <http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>.
7. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud 2003, reimpresión actualizada 2004, 2005.
8. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE nº 309, de 27 de diciembre 2005; 42241-50.
9. Riesco Miranda JA. ¿Por qué necesitamos una nueva ley antitabaco en España? *Prev Tab*. 2008; 10: 123-4.
10. Jiménez Ruiz C, Riesco Miranda JA, Hurt RD, Ramos Pinedo A, Solano Reina S, Carrión Valero F. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*. 2008; 18: 622-5.
11. Muggli ME, Lockart NJ, Ebbert JO, Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Hurt RD. Legislating tolerance: Spain's national public smoking law. *Tob Control/Publisher online* 21 Oct 2009; doi: 10.1136/tc.2009.031831.
12. USDHHS. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. 2006.
13. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325 (7357): 188 (27 July), doi:10.1136/bmj.325.7357.188
14. Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings M. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *Am J Public Health*. 2005; 95: 1024-9.
15. Goodman P, Agnew M, McCaffrey M, Paul G, Clancy L. Effects of the Irish Smoking Ban on Respiratory Health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 175: 840-5.
16. Gorini G, Chellini E, Galeone D. What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Ann Oncol*. 2007; 18: 1620-2.
17. Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*. 2003; 12: 13-20.
18. Binkin N, Perra A, Aprile V, D'Argenzio A, Lopresti S, Mingonzi O, et al. Effects of a generalized ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007; 11: 522-7.
19. World Health Organization. Tobacco warning labels. Factsheet Nº 7. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control. 2005. (Consultado 16/2/10). Disponible en: (<http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>)
20. World Health Organization. Who Framework Convention on Tobacco Control, Article 6. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (Consultado 16/2/10). Disponible en http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
21. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, De Granda Orive JJ, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuesta de financiación. *Arch Bronconeumol*. 2008; 44: 213-9.
22. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Herrada García JA, Riesco Miranda JA. Documento de consenso entre sociedades científicas y asociaciones de pacientes sobre financiación de los tratamientos farmacológicos para el tabaquismo. *Prev Tab*. 2009; 11: 19-24.
23. Cokkinides VE, Ward E, Jemal A, Thun MJ. Under-use of smoking-cessation treatments results from the National Health Interview Survey, 2000. *Am J Prev Med*. 2005; 28: 119-22.
24. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
25. Riesco Miranda JA. Ley antitabaco en España: aún queda mucho por hacer..., claro ejemplo, los lugares de ocio y la hostelería. *Prev Tab*. 2006; 8: 137-8.
26. Barrueco M. La gestación de una nueva ley de prevención del tabaquismo: aprender de la experiencia. *Prev Tab*. 2009; 3: 106-9.