

## **Prevención y control del tabaquismo: avances y retos en la aplicación del Convenio Marco de la OMS en España**

Teresa Salvador Llivina

*Estudios y Consultoría en Promoción de la Salud*

### **Resumen**

En este artículo se revisa la situación actual y las tendencias observables del tabaquismo en España en todo lo relacionado con su prevalencia e impacto sanitario. En base a esta situación se resumen los avances recientes que se han producido en nuestro país en materia de prevención y control del tabaquismo, así como los retos pendientes para alcanzar los compromisos que España adquirió cuando en el año 2003 firmó su adhesión al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaquismo, ratificándolo en 2004. Entre las medidas que requieren un mayor compromiso político para seguir avanzando destacan: a) la ampliación de la Ley 28/2005 para asegurar la protección frente al humo ambiental de tabaco (HAT) en todos los espacios públicos, incluidos todos los locales de hostelería y de ocio; b) la necesidad de establecer una política asistencial en tabaquismo desde el Sistema Nacional de Salud; c) el mantenimiento sostenido de medidas de sensibilización pública sobre los riesgos del tabaquismo; y d) el aumento sostenido de los impuestos del tabaco.

### **Palabras Clave**

Tabaquismo, prevalencia, mortalidad, morbilidad, política preventiva, legislación, tratamiento, campañas de prevención.

— Correspondencia a:  
Teresa Salvador Llivina  
Estudios y Consultoría en Promoción de la Salud  
Mingo y Velasco, 5  
28224 Pozuelo de Alarcón  
TSL@telefonica.net



### **Abstract**

This article reviews the current situation and trends of smoking in Spain, including prevalence and health impact. In this framework the article summarizes recent developments that have been recently introduced in the Spanish smoking control policy. It describes the remaining challenges to achieve, according to the commitments Spain acquired in 2004 when our country ratified the signature of the WHO Framework Convention on Tobacco. Among the measures that require greater political commitment to further progress on the prevention and control policy, the article points out the following: a) expansion of Law 28/2005 to ensure complete protection against environmental tobacco smoke (ETS) in all public places, including all hospitality and leisure venues; b) the need to establish a policy on treating tobacco dependence at the National Public Health Service; c) maintaining sustained public awareness campaigns about the risks of smoking; and d) the sustained increase of tobacco taxes.

### **Key Words**

Smoking, prevalence, mortality, morbidity, preventive policy, legislation, treatment, campaigns.

## **INTRODUCCIÓN**

A comienzos del S.XXI el tabaquismo continúa siendo la causa aislada más importante de mortalidad y morbilidad prevenible en España. Además del enorme sufrimiento personal y familiar que esta situación comporta, el consumo de tabaco genera un enorme sobrecoste sanitario y social (Organización Mundial de la Salud, 2008) que en el caso de España, y según estimaciones conservadoras, comporta anualmente un coste aproximado de más de 16.000 millones de euros (González Enríquez, Salvador Livina, López Nicolás *et al.*, 2002; Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2009a).

A pesar de la gravedad de esta situación, se trata de un problema evitable si se aplican determinadas medidas políticas de probada

efectividad. El impacto de cada uno de los elementos clave que incluyen las medidas de prevención y control ha quedado suficientemente demostrado en diversos contextos socioculturales a lo largo del último medio siglo (World Bank, 1999; World Health Organization Regional Office for Europe, 2002a; Organización Mundial de la Salud, 2008). Partiendo de esta evidencia, la OMS impulsó hace una década la aprobación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud. Se trata de un convenio internacional vinculante que, como tal, compromete a los países que lo adoptan a desarrollar estrategias políticas y legales de prevención y control del tabaquismo.

En este artículo se revisan los avances recientes que se han producido en nuestro país en materia de prevención y control del



tabaquismo. Esta revisión incluye además la identificación de las medidas prioritarias para seguir avanzando y los retos que plantea el desarrollo de las medidas pendientes.

## **AVANCES LEGALES EN LA POLÍTICA ESPAÑOLA PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO**

Dentro del marco constitucional español, 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 (Salvador Llivina, 2004).

Sin embargo, se puede considerar que hasta la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), los avances legales en nuestro país fueron lentos e insuficientes.

### ***Ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS***

Un Convenio Marco constituye un acuerdo jurídico internacional concertado entre Estados de forma escrita y regido por el derecho internacional. Es decir, se trata de un tratado jurídicamente vinculante. El CMCT propuesto por la OMS es, por tanto, un texto legal de ámbito internacional que señala el desarrollo de estrategias clave para conseguir una disminución significativa de las enfermedades y de la

mortalidad derivadas del consumo de tabaco en los países que lo suscriben.

El 21 de mayo de 2003, en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, los 192 Estados Miembros de la OMS adoptaron por unanimidad este primer tratado en el ámbito de la salud, con la finalidad de impulsar una mejora significativa de la salud pública en todo el mundo. Actualmente el convenio ha sido firmado por 168 países.

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 tabaco. Entre las medidas contempladas a lo largo de los 38 artículos que constituyen el CMCT, destacan estrategias recomendadas por la OMS desde hace más de tres décadas (Comité de Expertos de la OMS, 1974; Comité de Expertos de la OMS, 1979; Roemer, 1993; World Health Organization, 1999). Se trata de medidas políticas y legales cuyos intentos de aplicación históricamente han generado una gran resistencia por parte de la industria del tabaco y los sectores económicos de su influencia. Entre las principales medidas que vertebran el CMCT, destacan por su impacto y efectividad probados: la consecución de espacios públicos totalmente libres de humo ambiental de tabaco (HAT); la prohibición de la publicidad directa, indirecta y toda forma de patrocinio por parte de marcas de tabaco; el incremento significativo del precio del tabaco (mediante impuestos) y su exclusión en el cálculo del IPC para que la subida de precio no repercuta en la inflación; un mayor control de las condiciones y puntos de venta de tabaco; campañas públicas informativas y de sensibilización; atención sanitaria



de la dependencia del tabaco dentro de las prestaciones sanitarias públicas; desarrollo de procedimientos eficaces para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente; el impulso de investigación relevante para la prevención y el control del tabaquismo; y monitorización a largo plazo de indicadores clave relacionados con el tabaco.

Por tanto, el CMCT contempla tanto el desarrollo de medidas que ya han empezado a aplicarse en nuestro país, como otras todavía no aplicadas o que requieren un desarrollo mayor que el alcanzado hasta ahora.

España firmó el CMCT el 16 de junio de 2003, lo ratificó el 30 de diciembre de 2004 y creó un instrumento legal de ratificación en 2005 (Boletín Oficial del Estado, 2005a). Este compromiso constituye un ejercicio de responsabilidad del Gobierno español, así como el primer paso formal que marca su voluntad de hacer frente, de forma global, coherente e integrada, a los importantes obstáculos y a las múltiples inercias que dificultan la superación del problema del tabaquismo en nuestro país, ya descritas en anteriores trabajos (Salvador Livina, 2004).

### ***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 tabaco***

Una de las consecuencias derivadas de la ratificación del CMCT por parte de España, fue facilitar el avance de la legislación en materia de prevención y control del tabaquismo. Tras un importante debate social y parlamentario, los avances cristalizaron en la aprobación en el Parlamento español, con el respaldo de todos los grupos políticos, de la Ley 28/2005 (Boletín

Oficial del Estado, 2005b). Entre otros avances, esta Ley incluye:

- *Supresión de la publicidad directa, promoción y patrocinio.* Esta medida, si se toma conjuntamente a otras, ha demostrado su eficacia para contribuir a la disminución de la prevalencia, especialmente entre la población más joven, dado que implica una menor presión para incentivar el consumo entre este grupo social. A pesar de este significativo avance, persiste la promoción del tabaco en el cine, teleseries populares, revistas juveniles y de moda, y otros soportes audiovisuales. Y existen suficientes indicios indirectos que apuntan a que estas estrategias de promoción se hallan directamente incentivadas por la industria del tabaco.

- *Espacios laborales libres de humo.* Estudios recientes documentan que la prohibición de fumar en el medio laboral ha conseguido la práctica desaparición del consumo de tabaco de la escena en las empresas, las administraciones públicas y los centros y medios de transporte. Se evidencia además una percepción de mejora ambiental por parte de la mayoría de la población (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006; Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2006 y 2008; Aterido, 2007; Galán et al., 2007; López et al., 2007). También en el comercio, en los centros sanitarios y educativos se ha reducido el problema significativamente. En todos esos lugares se ha objetivado que los niveles de contaminación por nicotina han descendido (Sánchez-Martínez, López, Nebot et al., 2007; Nebot, López & Ariza, 2009).

En este ámbito, los espacios de hostelería son el punto débil de la Ley puesto que sólo regula los locales de 100 metros o más (20% del total). Aunque una parte de los locales regulados cumplen la ley, la mayoría de los



350.000 locales de hostelería no son espacios libres de humo. Así, a partir de diversos estudios publicados desde la entrada en vigor de la Ley, ha quedado demostrado que las personas que trabajan en el sector de la hostelería y el ocio, continúan expuestas al HAT y se estima que al menos el 40% de la población española sigue expuesta en bares y otros lugares de ocio y restauración (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2006 y 2008; Sánchez-Martínez, López, Nebot et al., 2007; Nebot, López & Ariza, 2009; Fernández, González, Borrás et al., 2009; Galán et al., 2009). Todo ello demuestra una vez más que las medidas voluntarias de autorregulación no funcionan. Además, dado que se trata de un sector con mucha visibilidad social, esta realidad altera en gran medida la percepción social sobre el éxito de la Ley. Finalmente hay que señalar que, según está ampliamente documentado, las multinacionales del tabaco ejercieron una importante presión para que esta ley dejara fuera a los locales de hostelería y restauración (Muggli et al., 2009).

- *Disminución y mayor control de los puntos de venta.* El número de puntos de venta se ha reducido en un 40% y los que hay están mejor regulados (sólo estancos y máquinas con mando para restringir venta a menores en bares, restaurantes y quioscos de prensa). Decenas de miles de gasolineras y comercios de todo tipo ya no están autorizados a vender tabaco y de hecho no lo hacen. La Ley constituye un avance no despreciable respecto a la situación previa, aunque también en este ámbito se debería continuar trabajando.

- *Un primer paso hacia el ordenamiento de la asistencia para dejar de fumar.* Aunque no aborda en profundidad la forma de desarrollo, la Ley constituye el primer texto legal, de ám-

bito estatal, que señala la necesidad de avanzar en la definición de una política asistencial de forma coordinada con las CCAA.

En resumen, la Ley 28/2005 ha representado un importante avance para la mejora de la salud pública en España, habiendo alcanzado gran parte de sus objetivos, tal como muestran los estudios de evaluación ya citados. Todo ello sin que se hayan generado conflictos ni problemas significativos en el conjunto de la sociedad española (Oñorbe de Torre, 2008), como algunos sectores vinculados a la industria tabacalera pronosticaron durante el año previo a la aprobación de la Ley. Sin embargo, ha dejado importantes lagunas en cada uno de los apartados contemplados, y su ampliación, así como el desarrollo de una política global y más comprehensiva continúa siendo un reto en materia de prevención y control del tabaquismo en nuestro país, si consideramos los compromisos adquiridos con la ratificación del CMCT.

### ***Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización***

Se trata del primer texto legal que contempla la atención al tabaquismo como parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Boletín Oficial del Estado, 2006a).

Lo más destacable de este Real Decreto en relación al tabaquismo es que, como parte de la cartera de servicios comunes de atención primaria incluye la asistencia para dejar de fumar. Así, en el apartado 6.4.4. sobre "Atención a personas con conductas de riesgo", sitúa en primer lugar la atención a fumadores y el apoyo



a la deshabituación de tabaco. Especificando que dicha atención comprende: la valoración del fumador; la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada.

Sin embargo, a pesar de este indiscutible avance legal, la atención del tabaquismo en España sigue siendo desigual y, como se verá más adelante, su abordaje depende en gran medida de los desarrollos autonómicos.

### **Real Decreto-Ley 2/2006, de 10 de febrero, de modificación de los tipos impositivos**

El mercado de cigarrillos en España, ha mantenido desde hace décadas los precios más baratos de Europa (Salvador Llivina, 2004). Siguiendo en esta línea, desde 2004 empezó a ofertar marcas *ultra low cost*, llegándose al extremo de que en octubre de 2005 aproximadamente la quinta parte de las más de 300 marcas existentes se podían comprar por menos de 1,65€ (por paquete de 20 cigarrillos) y que alrededor de 30 marcas se comercializaran a precios inferiores a 1,50€ (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2007).

El Real Decreto-Ley 2/2006 (Boletín Oficial del Estado, 2006b) modificó los tipos impositivos del impuesto sobre las labores del tabaco. Con él, el Ministerio de Economía y Hacienda actualizó el componente lineal mínimo de impuestos para cigarrillos, mediante el incremento del impuesto especial sobre el tabaco, de modo que las marcas más baratas debieron de subir su precio desde 1,15 euros a 2,15 euros. Si bien la introducción de este impuesto mínimo puso coto a la proliferación de marcas *ultra low cost*, no sirvió para aumen-

tar el precio de las marcas más demandadas, cuyos precios se ajustaron rápidamente para mantener el precio previo a la aprobación del Decreto. Ello fue posible debido al bajo nivel al que se fijó este impuesto especial mínimo y el bajo nivel al que está fijado el componente específico en las reglas fiscales de los cigarrillos en España. Por ello, como se verá más adelante, España continúa siendo el país con los precios más baratos de la Unión Europea, y por tanto, el incremento de los impuestos del tabaco continúa siendo una de las principales asignaturas pendientes de la política de prevención y control del tabaquismo en nuestro país.

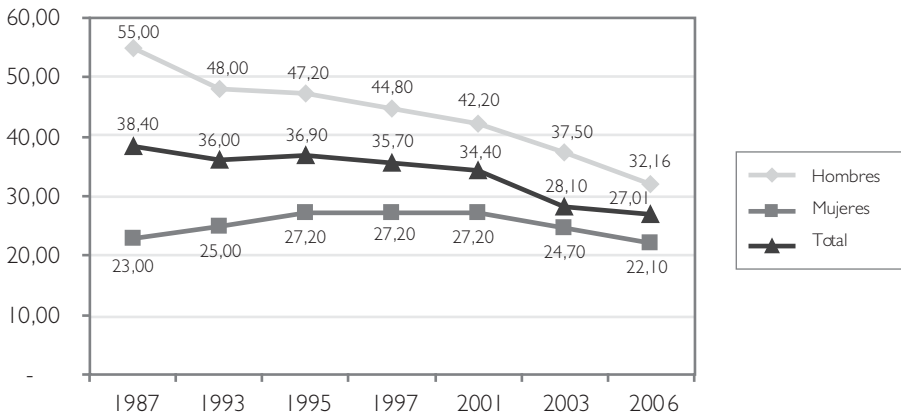
## **PREVALENCIA**

Los datos de consumo de tabaco aportados por la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992, 1995, 1997, 1999, 2003, 2006, 2008), muestran que en nuestro país se han mantenido niveles altos de prevalencia, observándose un periodo de estabilización durante el último lustro, y una ligera tendencia a la baja en los años más recientes (ver Figura 1). Con todo, los patrones de consumo varían considerablemente según el género (ver Figura 2) y la edad de la población.

La evolución del consumo en la población más joven, resulta de más difícil interpretación debido a problemas de comparabilidad o representatividad de las encuestas disponibles. Sin embargo, analizados en su conjunto, los datos publicados permiten apuntar algunos aspectos relevantes relacionados con el consumo en población adolescente.

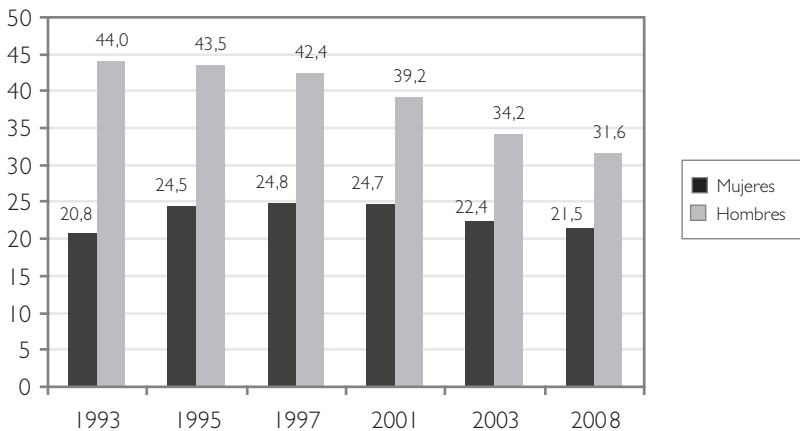
Según la encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), el consumo diario de tabaco entre estudiantes de 14 a 18 años, ha pasado del 21,5% en 2003 al 14,8% en 2006

**Figura 1.** Prevalencia del consumo de tabaco (diario y esporádico) en España en población de 16 y más años, global y por sexos (1987-2006)



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987-2006.

**Figura 2.** Consumo diario de tabaco España en población de 16 y más años, por sexos (1987-2006)



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 2006.

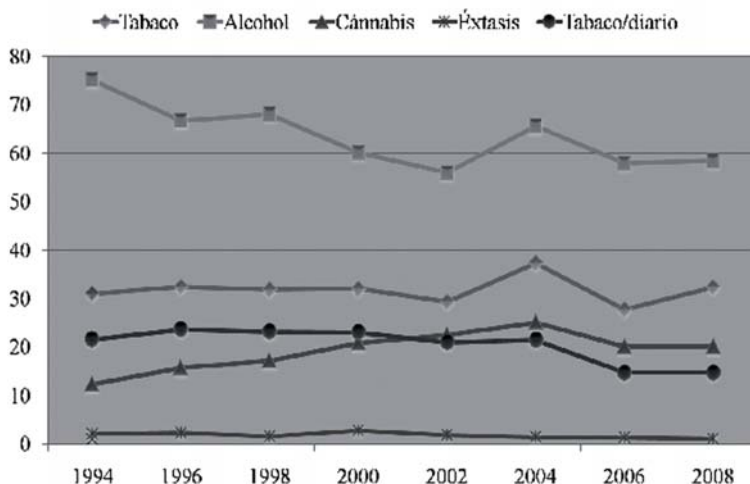


(Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007). Se observa así una sensible reducción que podría estar asociada a diversos factores como la prohibición de la publicidad, la reducción de los puntos de venta, el mayor control en el acceso de venta a menores, y el incremento de las personas que han dejado de fumar entre la población adulta. Sin embargo, desde 1994, año en que se realizó por primera vez esta encuesta escolar, no se ha conseguido retrasar la edad media de inicio al consumo de tabaco, que continúa estando en los 13 años (13,9 en 1994 y 13,1 en 2006). Por otro lado, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, o durante los últimos treinta días, continúa siendo elevada. Entre esta población, las chicas presentan

una prevalencia de consumo más alta que los chicos en todas las edades y a medida que aumenta la edad aumenta el consumo. En el grupo de 14 años fuma diariamente el 4% de los chicos y el 7,9% de las chicas, elevándose hasta el 31,1% de los chicos y al 45% de las chicas en la población de 18 años. Sin embargo, la intensidad del consumo de tabaco entre quienes consumen, es más elevada en los hombres que en las mujeres. Como muestra la Figura 3, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida, después del alcohol, en esta franja de edad.

Entre los datos positivos observables en la encuesta de 2006, destaca que, entre la población de 14 a 18 años que fuma, la gran mayoría se ha planteado dejar de fumar en

**Figura 3.** Prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y cánnabis, en los últimos 30 días y consumo diario de tabaco, entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 1994-2008



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2008.





alguna ocasión (72,9%), y quienes afirman haberlo intentado seriamente son el 38,6% de quienes se lo han planteado. La intención de dejar de fumar es más frecuente en las chicas (76,6% del total de las que fuman) que en los chicos (67,8% del total de los que fuman), siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (41% frente al 35,4%). Además, un 53,2% está pensando seriamente en dejar de fumar (el 25,9% en los próximos 30 días y el 27,3% en los próximos 6 meses). Por otro lado, a casi la mitad del alumnado (48,1%) les molesta mucho o bastante que se fume en su presencia en lugares cerrados. Y en un 47,7% de los hogares en que viven los estudiantes fuma alguna persona diariamente, un 10% menos que en 2004 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007).

Similares tendencias se observan también en otros estudios de ámbito nacional o local (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004; Nebot et al., 2006; Mendoza, López-Pérez & Sagra, 2007).

En resumen, en lo que respecta a la prevalencia, tanto en población general adulta como en adolescentes, se observan atisbos de mejora respecto a la situación existente en nuestro país durante las décadas anteriores. Sin embargo, globalmente considerados, los datos relacionados con el uso del tabaco en España todavía no se corresponden con los esperados desde que en 1984 nuestro país suscribió los objetivos de Salud definidos por la OMS para el año 2000 (Organización Mundial de la Salud, 1986; Salvador Llivina, 1990; World Health Organization, 1999). Entre los objetivos suscritos, el número 16 contemplaba elevar hasta el 80%

el segmento de población que no fuma. Casi diez años después de la fecha esperada, alcanzar este objetivo continúa siendo un requisito básico para lograr una disminución significativa de las tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo en nuestro país. La evidencia disponible actualmente nos permite saber que una disminución de un punto en la prevalencia evita cientos de muertes prematuras y, como se revisa a continuación, estamos empezando a observar algunos cambios positivos en este sentido.

## **IMPACTO SANITARIO: TENDENCIAS OBSERVABLES**

Estudios recientes indican que el impacto negativo del consumo de tabaco en términos de mortalidad y morbilidad prematuras, está empezando a frenarse en España, al menos para algunas enfermedades y entre determinados grupos sociales.

Desde hace un lustro se ha venido estudiando la mortalidad atribuible al tabaquismo en nuestro país, cifrándose inicialmente en alrededor de 55.000 defunciones evitables cada año. Las disminuciones de prevalencia en varones observables desde finales de los años ochenta se han traducido en un descenso posterior en la mortalidad atribuible entre los fumadores de sexo masculino (González Enríquez et al., 1997; Banegas Banegas, Díez Gañán, Rodríguez-Artalejo et al., 2001; Fernández et al., 2001; Banegas Banegas, Díez Gañán, González Enríquez et al., 2005).

Es de esperar que, al igual que ha sucedido en otros países (Doll & Peto, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2008) el impacto



sanitario derivado de la continuada reducción del consumo de tabaco, pueda empezar a observarse en España, en la evolución positiva de los principales indicadores sanitarios relacionados con la prevalencia del tabaquismo, como son el infarto agudo de miocardio, el cáncer de pulmón u otras enfermedades en las que el tabaquismo constituye un importante factor desencadenante. La evolución de la mortalidad atribuible en los últimos quince años aporta ya datos significativos relacionados con la disminución del consumo en varones y el aumento de la prevalencia en mujeres. Así, mientras que la tendencia de mortalidad por cáncer de pulmón en varones comenzó a descender ligeramente durante los últimos años, en las mujeres se observa un aumento llamativo durante el mismo período (Banegas Banegas, Díez Gañán, González Enríquez et al., 2005; Cayuela, Rodríguez-Domínguez, López-Campos et al., 2008).

También se estudió la mortalidad atribuible a la exposición al HAT en el hogar y en el trabajo en España, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005. Estimándose que dicha exposición podía ser la causa de entre 1.228 y 3.237 de las muertes por cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica registradas anualmente en nuestro país (López, Pérez-Ríos, Schiaffino et al., 2007).

Consecuentemente, y como también se ha constatado en otros países (Sargent, Shepard & Glantz, 2004; Barone-Adesi, Vizzini, Merletti et al., 2006; Bartecchi, Alsever, Nevin-Woods et al., 2006; Eagan, Hetland & Aaro, 2006; Gallus et al., 2006; Cesaroni, Forastiere, Agabiti et al., 2008; Meyers & Neuberger, 2008), la regulación de espacios públicos libres de humo

de tabaco se acompaña de una disminución del impacto sanitario derivado de la exposición al HAT (Fichtenberg & Glantz, 2002; Galán, Mata, Estrada et al., 2007; Jiménez-Ruiz, Miranda, Hurt et al., 2008; Lushchenkova, 2008). Ya a corto plazo se ha documentado una disminución de las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio (Villalbí, Castillo, Cleries et al., 2009), y es de esperar que a más largo plazo se puedan observar mejoras en la incidencia de enfermedades con una mayor latencia, como son el cáncer de pulmón u otros tipos de cáncer.

## RETOS PENDIENTES

Con el fin de ayudar a los países a cumplir con el compromiso que conlleva la firma y ratificación del CMCT, la OMS ha presentado recientemente una propuesta de medidas prioritarias, basada en los artículos del CMCT, cuya adopción se considera urgente para reducir la dimensión epidémica del tabaquismo en los distintos países. Esta propuesta la ha denominado el "plan MPOWER", que a su vez forma parte del Plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, presentado en la 61 reunión de la Asamblea Mundial de la Salud.

Su finalidad es ayudar a establecer prioridades en la política de prevención y control del tabaquismo, incorporando aspectos de planificación, aplicación, desarrollo y evaluación de las mismas y, al mismo tiempo, facilitar la asignación de recursos financieros destinados a las actividades de control del tabaquismo. El nombre de este plan responde al acrónimo compuesto por las iniciales de cada una de las acciones consideradas prioritarias:



<i>Monitor.</i>	Seguir y vigilar los indicadores relacionados con el consumo de tabaco.
<i>Protect.</i>	Proteger a la población del humo ambiental de tabaco (HAT).
<i>Offer.</i>	Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco.
<i>Warn.</i>	Advertir de los peligros del uso del tabaco.
<i>Enforce.</i>	Realizar el seguimiento y hacer cumplir la legislación adoptada.
<i>Raise.</i>	Aumentar los impuestos que gravan los precios del tabaco.

A continuación se presenta un breve análisis de los retos que nuestro país debe afrontar, para cumplir con el compromiso adquirido al ratificar el CMCT de la OMS, especialmente en lo referido a estas actuaciones consideradas como prioritarias en el plan MPOWER.

### **“MONITOR”: Recogida y análisis de indicadores relevantes relacionados con el tabaco y su uso**

Esta medida se contempla como una actuación transversal que debe incluir el seguimiento del resto de indicadores y actuaciones relevantes para la orientación y evaluación de las políticas de prevención y control del tabaquismo. Se trata por tanto de uno de los aspectos clave contemplados por la OMS en el CMCT y que en España precisa de mayor cohesión, así como de un instrumento operativo capaz de recopilar y analizar información clave y comparable a largo plazo.

Uno de los puntos débiles que acompañaron la entrada en vigor de la Ley 28/2005 es que, a diferencia de otros países, no se diseñó un plan global de evaluación para conocer su impacto (Galán & López, 2009). Se realizó un intento de diseño de este plan global con la aprobación, en el Consejo de Ministros de 28 de julio de 2006, del Observatorio para la

Prevención del Tabaquismo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). El proyecto contaba con unas funciones bien definidas:

- Efectuar el seguimiento permanente y continuo del grado de cumplimiento de las medidas contempladas en la Ley de Prevención del Tabaquismo, así como el de las normas de desarrollo aprobadas por las comunidades autónomas y de las actividades en este ámbito de las administraciones públicas y los organismos e instituciones implicados.
- Recopilar y difundir información de calidad y evidencia suficiente que permita mejorar el conocimiento y las actuaciones que se llevan a cabo en materia de prevención del tabaquismo.
- Contribuir al establecimiento de las líneas prioritarias de actuación en materia de prevención y control del tabaquismo, coordinando a las distintas instituciones y organismos integrados en el observatorio.
- Proponer objetivos de reducción de prevalencia del tabaquismo en España.
- Promover la investigación para avanzar en el conocimiento de las consecuencias del consumo de tabaco y sobre las medidas más eficaces para su prevención y control.



- Colaborar en las instituciones internacionales responsables de las políticas de prevención y control del tabaquismo.
- Elaborar un informe anual sobre la situación, aplicación, resultados y cumplimiento de la ley, tomando como base los informes realizados en las respectivas comunidades autónomas y ciudades autónomas.

A pesar de lo detallado de estos objetivos, por ahora no sólo no se han alcanzado, sino que siguen sin desarrollarse las condiciones necesarias para su consecución.

En este ámbito de intervención prioritaria, queda pues pendiente el desarrollo de sistemas de información y herramientas de estudio y evaluación que permitan el registro y monitorización periódica de la situación, abarcando más indicadores que los que en la actualidad proporciona -cada dos o más años- la Encuesta Nacional de Salud.

En este ámbito debería considerarse la recogida estandarizada, sistemática, periódica y comparable de datos clave para la orientación de las políticas de prevención y control, como por ejemplo: prevalencia por grupos de edad, género, grupo socioeconómico y cultura de origen; consumo *per cápita* de cigarrillos; tasas anuales de incorporación al consumo; actitudes, creencias y conductas relacionadas con el uso del tabaco en población adolescente, joven y adulta; tasas anuales de morbilidad y de mortalidad atribuibles al consumo de tabaco y a la exposición al HAT; indicadores de exposición al HAT en el entorno familiar, laboral y de ocio y tiempo libre; cumplimiento de la legislación vigente en cada comunidad autónoma (en especial: número de inspecciones realizadas, expedientes administrativos abiertos y sanciones impuestas, así como denuncias ciudadanas por incumplimiento); coste sanitario y social; coste-efectividad de las medidas emprendidas; datos sobre con-

trabando; indicadores sobre percepción del riesgo en los distintos grupos poblacionales; intentos de dejar de fumar de la población fumadora; popularidad y aceptación social de las medidas de prevención y asistencia; tasas de abstinencia derivada de las diversos tipos de asistencia ofrecida a las personas que fuman; factores sociales y económicos y su asociación con las tasas de inicio del consumo en distintos grupos poblacionales, y en este punto habría que favorecer la disponibilidad pública y el seguimiento de indicadores sobre inversiones en promoción encubierta realizadas por la industria tabacalera o sectores relacionados con ella; y sustancias contenidas en cada presentación comercial de los distintos productos de tabaco comercializado (cigarrillos, tabaco para liar, puros, puritos, etc.).

Toda esta información debería estar disponible en un sistema centralizado de registro y almacenamiento, que permitiera el fácil acceso y manejo de datos (por ejemplo a través de Internet). Este sistema debería facilitar consultas de profesionales de la salud y de la información. Y podría incorporar además, otros datos ya disponibles, pero que -por dispersión o desconocimiento de las fuentes disponibles- no suelen ser de fácil alcance y manejo. Un claro ejemplo de ello son los datos sobre ventas, publicados mensual y anualmente por el Comisionado para el Mercado de Tabacos. Este instrumento podría añadir además informaciones complementarias clave, como por ejemplo, una base de datos sobre legislación europea, estatal, y autonómica, actualmente dispersa y cuyo seguimiento y actualización requiere un laborioso trabajo de identificación y acceso.

Finalmente, los datos recogidos, o al menos una síntesis de los más relevantes, deberían difundirse periódicamente, al menos una vez al año, especialmente entre profesionales de la salud, educadores y profesionales de la información y los medios de comunicación.



### **“PROTECT”: Protección frente al humo ambiental de tabaco**

El objetivo de esta estrategia es garantizar entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos bares, restaurantes y todos los locales de ocio.

Se promueve para garantizar el derecho a respirar aire libre de HAT que tienen todas las personas, independientemente de si fuman o no, y su consecución debe permitir equiparar el derecho de quienes trabajan en el sector del ocio y la restauración al derecho que ampara al resto de trabajadores que en España disponen ya de entornos laborales libres de HAT amparados por la Ley 28/2005.

La regulación completa de todos los entornos laborales como espacios libres de humo es la única medida que garantiza igual protección de trabajadores y clientes frente a los riesgos del HAT, además de asegurar que todos los establecimientos de ocio y restauración se hallan en igualdad de condiciones y por tanto, permite evitar situaciones que podrían constituir potenciales amenazas a la competencia entre establecimientos que ofrecen distintas opciones a su clientela.

Este objetivo requiere no sólo avanzar en la regulación protectora de la exposición al HAT en entornos laborales establecida por la Ley 28/2005, sino también medidas que garanticen su cumplimiento.

A partir de diversos estudios observacionales, se estima que actualmente el 60% de los locales de ocio y restauración regulados (un 20% de los 350.000 existentes en España), incumplen la Ley y el resto, es decir, todos los locales de menos de 100m<sup>2</sup>, permiten fumar por temor, infundado pero real, a perder clientela. Los problemas de incumplimiento

se acentúan en comunidades autónomas que han dado luz verde a que se pueda fumar en cafeterías de empresas, universidades, hospitales y otros entornos públicos cerrados (Aterido, 2007; Organización de Consumidores y Usuarios, 2007).

Esta situación requiere avanzar de forma urgente hacia una regulación legal. La contaminación en los locales en los que se permite fumar alcanza niveles que se considerarían de emergencia ambiental si se midieran en la calle (López et al., 2008; Nebot et al., 2009). Y la ampliación de la actual legislación es urgente, no sólo debido al mantenimiento de este alto riesgo que amenaza la salud de trabajadores y ciudadanía en general, sino además porque las fragilidades de la Ley 28/2005 que han permitido la actual situación, no solo permiten una situación en sí misma negativa sino también porque —debido a la por su enorme visibilidad social de los establecimientos de ocio y restauración— repercute negativamente en la credibilidad y eficacia de la Ley en el resto de sectores laborales.

Por todo ello, sería clave que el Ministerio de Trabajo aceptara formalmente los riesgos derivados de la exposición al HAT en medio laboral, ordenara la verificación del cumplimiento de la Ley 28/2005 en las empresas en los protocolos de inspección de trabajo, y reconociera el derecho de todos los trabajadores sin excepción a estar protegidos por igual frente al HAT.

### **“OFFER” ofrecer ayuda para dejar de fumar**

El objetivo de esta estrategia es garantizar la disponibilidad de recursos y servicios de fácil acceso para tratar clínicamente la dependencia del tabaco en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS).



La mayoría de personas que fuman (alrededor de un 95%) sufren una importante dependencia tanto psicológica como farmacológica. Ello se debe a la alta capacidad adictiva de la nicotina, así como a la facilidad y accesibilidad del consumo de tabaco en forma de cigarrillo. Por ello resulta difícil dejarlo incluso cuando se hace un esfuerzo importante para lograrlo. Quienes comprenden el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el uso del tabaco y de morir prematuramente debido a la misma causa, tienen más probabilidades de intentar dejarlo. Y una vez han tomado la decisión de abandonar el consumo, la mayoría lo consigue sin recurrir a intervención terapéutica alguna, si bien la disponibilidad de ayuda aumenta enormemente las tasas de abandono, y es especialmente necesaria para quienes debido a las características de su dependencia no pueden conseguirlo por sí mismos (Raw et al., 1998; Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, 2000; Fiore, Bailey, Cohen et al, 2000 y 2008; Camarelles Guillem, Salvador Llivina, Ramón Torrell et al., 2008).

Dado que las intervenciones terapéuticas se centran en el apoyo a la toma de decisiones individuales, son menos coste-efectivas que otras estrategias incluidas en el plan MPOWER a la hora de reducir el consumo global de tabaco en población general. A pesar de ello, constituyen una ayuda importante para quienes quieren dejar de fumar a fin de proteger su salud y sus vidas. Además, las intervenciones para el tratamiento clínico del tabaquismo tienen un impacto positivo mucho mayor en la salud y son mucho más costo-efectivas que la mayoría de las actividades clínicas realizadas en el marco de los sistemas de atención de salud (González Enríquez, Salvador Llivina, López Nicolás et al., 2002; Cromwell, Bartosch, Fiore et al., 1997; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; NICE, 2008). Por

todo ello, la OMS incluye dentro del CMCT (Artículo 14) la asistencia terapéutica para dejar de fumar como una actuación necesaria e imprescindible de la política de prevención y control del tabaquismo.

Aunque la asistencia al tabaquismo en España ha ido mejorando, especialmente a lo largo de la última década, su implantación y cobertura continúa siendo desigual en todo el territorio del Estado. Mientras la Comunidad Foral de Navarra oferta tratamiento en todos sus Centros de Salud desde hace más de una década, incluyendo el tratamiento farmacológico desde 2003 (Boletín Oficial de Navarra, 2003), La Rioja acaba de incorporar estas prestaciones en 2008. Mientras en otros territorios, como las Comunidades Autónomas de Andalucía, Baleares, Cantabria, Cataluña, Castilla-la Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, el País Vasco o la Comunidad Valenciana, disponen de servicios o proyectos piloto, con distinto grado de desarrollo, que ofertan algunas prestaciones para poblaciones concretas (pacientes en situación de hospitalización, mujeres embarazadas, colectivos modélicos, etc.).

Estas desigualdades se mantienen a pesar de que en 2006 se incluyó la asistencia para dejar de fumar en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado, 2006).

Desde el ámbito profesional se están produciendo sensibles avances en este ámbito. Por ejemplo, diversas sociedades científicas están desplegando intensos programas de formación de profesionales sanitarios en técnicas de asistencia a fumadores. Y en 2008 se publicó un documento de consenso promovido por el CNPT con la participación del MSC y las CCAA (Camarelles Guillem, Salvador Llivina, Ramón Torrell et al., 2008).



A pesar de todos estos progresos, es preciso señalar que la política asistencial debe avanzar de forma cohesionada en todo el territorio del Estado. Para ello sería deseable que las administraciones central y autonómicas consideraran la necesidad de garantizar los mínimos comunes señalados en el documento de consenso ya mencionado, es decir, garantizar que la política asistencial ofrecida en cada territorio:

- Está basada en criterios de coste-efectividad.
- Incluye el tratamiento para dejar de fumar en la cartera de servicios de Atención Primaria y Especializada (hospitalaria, servicios de salud mental, servicios de atención a drogodependencias, etc.).
- Se basa en un protocolo de intervención consensuado entre administraciones públicas y sociedades científicas, para cada uno de los distintos niveles de intervención.
- Incluye unos criterios claros de derivación desde la Atención Primaria a otros dispositivos especializados.
- Tiene en cuenta criterios de riesgo sanitario, equidad, atención a las desigualdades de género y cobertura poblacional y geográfica.
- Promueve la difusión pública de los recursos asistenciales existentes.
- Considera criterios de eficiencia presupuestaria y de sinergia de recursos para el aprovechamiento de programas ya existentes.
- Considera el refuerzo y ampliación territorial de programas de amplio alcance comunitario.
- Desarrolla y pone en funcionamiento sistemas comparables, eficaces y sostenibles de registro y evaluación de prestaciones,

a través del marco que debería proporcionar el Observatorio de Prevención del Tabaquismo.

- Prevé mecanismos estables y sostenibles de financiación de las terapias de atención sanitaria del tabaquismo (psicológica y/o farmacológica) que han demostrado su eficacia y seguridad.
- Promueve e incentiva la formación profesional en tratamiento del tabaquismo a través de un programa amplio de formación continuada de los profesionales que integran el Sistema Nacional de Salud.

### **“WARN” advertir de los peligros del tabaco**

El objetivo de esta estrategia es conseguir altos niveles de sensibilización sobre los riesgos que conlleva el consumo de tabaco para la salud, entre los distintos grupos sociales, considerados en base a criterios de edad, sexo, nivel socioeconómico, procedencia cultural, etc. La finalidad última es que todas las personas comprendan que las consecuencias de fumar tabaco son la discapacidad, el sufrimiento y la muerte prematuros, y que dichas consecuencias son evitables.

En general, la mayoría de las personas sabe que el consumo de tabaco es perjudicial, pero no es consciente de la dimensión del riesgo asociado, es decir, las probabilidades que personalmente tiene de sufrir discapacidad o muerte prematura debido al consumo. Tampoco se conoce el amplio abanico de enfermedades específicas que provoca el tabaquismo, o la nocividad de la exposición al HAT. Igualmente no se conoce bien la rapidez con que se instaura la dependencia o la importancia de la adicción derivada del consumo de tabaco.





Por todo ello, advertir a la población acerca de las características, peligros y consecuencias del consumo de tabaco es esencial y se puede conseguir a través de diversas medidas. Dentro del plan MPOWER se considera prioritario el desarrollo de políticas que incluyan:

- *Etiquetado de los productos de tabaco*: debe incluir advertencias rotatorias eficaces que incluyan y combinen mensajes duros y negativos con recordatorios sobre los beneficios de dejar de fumar e informativos sobre recursos disponibles para conseguirlo. Evaluaciones recientes documentan que contribuyen a sensibilizar a las personas consumidoras acerca de los riesgos y contribuyen a que niños y adolescentes no inicien el consumo (Hammond, Fong, McNeill et al., 2006). También se ha observado que la utilización de imágenes ilustrativas de enfermedades u otras imágenes negativas tienen mayor impacto que las palabras solas y favorecen la aceptación pública de otras medidas de control tales como el establecimiento de ambientes libres de humo de tabaco.

La experiencia de Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, y Tailandia y otros países muestra que las advertencias sanitarias enérgicas en los paquetes de tabaco, y en particular las acompañadas de imágenes, son una fuente de información importante para jóvenes y para la infancia, en especial para los hijos de personas que fuman, quienes tienen más probabilidad de empezar a consumir tabaco (Mahood, 1995; Borland, 1997; Hammond, Fong, McNeill et al., 2006; Organización Mundial de la Salud, 2008).

En 2004 la Comisión Europea aprobó y puso a disposición de los Estados miembros de la Unión Europea 42 fotografías en color para que pudieran ser adoptadas en cada país. Por ahora han sido adoptadas en Bélgica, Finlandia y Rumania, y otros países europeos

están considerando su inclusión, como por ejemplo: Chequia, Islandia, Irlanda, Letonia, Noruega, Portugal y Reino Unido.

- *Campañas en los medios de comunicación social* para la prevención del tabaquismo y la promoción de estilos de vida saludables, incluida la sensibilización sobre los riesgos de la exposición al HAT. Estas actuaciones pueden influir en la decisión de una persona de empezar a fumar o seguir haciéndolo. Permiten actuaciones dirigidas a la población general o a grupos sociales específicos que presentan tasas más elevadas de consumo y/o niveles inferiores de conocimientos sobre el consumo de tabaco.

Comparadas con otras estrategias (como las legales o las educativas), las campañas informativas y de sensibilización han sido las actuaciones menos evaluadas a través de diseños experimentales que permitan extraer conclusiones sobre su efectividad real. Sin embargo, las todavía escasas evaluaciones disponibles (Siegel & Biener, 2000; Sisley, 2000; Sly, Helad & Ray, 2001; Sly, Hopkins, Trapido et al., 2001; Farrelly, Heulton, Davis et al., 2002; Carver, Reinert, Range et al., 2003), permiten apuntar algunos aspectos a considerar en el desarrollo de este tipo de estrategias.

Así, la escasa pero incipiente evidencia en este ámbito sugiere que las campañas informativas intensas y mantenidas en el tiempo constituyen instrumentos eficaces para incrementar la percepción del riesgo derivado del consumo de tabaco así como para incrementar la aceptación pública de las medidas políticas de prevención, como son el incremento de los impuestos, las regulaciones a la venta y el uso público de tabaco, etc. Y para obtener dicho impacto deben:

- formar parte de una estrategia global de prevención y control;





- dirigirse a jóvenes, pero también a adultos, con mensajes adecuados a cada grupo; se ha observado que los mensajes que se centran en el impacto de la exposición al HAT y la dependencia son muy efectivos para población adulta, mientras que los centrados en la manipulación de la industria tabacalera y el impacto de la exposición al HAT son más efectivos en población adolescente y joven; mientras que los riesgos a largo plazo, son efectivos en adultos y menos efectivos en población de menor edad (Goldman & Glantz, 1998);
- contribuir a incrementar el conocimiento sobre los riesgos del consumo y a cambiar actitudes y conductas, promoviendo estilos de vida libres del uso de tabaco;
- ser culturalmente sensibles a cada grupo destinatario, considerando criterios de edad, género, grupo social socioeconómico de pertenencia, origen cultural;
- estar suficientemente dotadas;
- repetirse periódicamente en el tiempo.

En España se han realizado algunas campañas mediáticas de sensibilización, tanto de nivel estatal como autonómico a lo largo de los años, pero estas iniciativas suelen ser discontinuas en el tiempo, y han sido escasas las dedicadas a explicar la magnitud de los riesgos de la exposición al HAT. Hacen falta más campañas de información a la población explicando bien la naturaleza y la magnitud de estos riesgos, y es preciso que estas iniciativas se realicen de forma más continua en el tiempo.

- *Cooperación con los MMCC* para promover un incremento de la cobertura en radio, televisión e Internet, de mensajes e informaciones relevantes para educar a la población sobre los efectos perjudiciales del tabaco, aumentar la atención prestada a las inicia-

tivas de control del tabaco y contrarrestar la información sesgada que promueve la industria tabacalera.

### **“ENFORCE” hacer cumplir legislación vigente**

En esta estrategia cabe destacar tres ámbitos en los que en nuestro país se requiere mayor esfuerzo y compromiso por parte de las administraciones competentes. El primero se refiere a la necesidad de incrementar el seguimiento y control de las regulaciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, en segundo lugar se requiere un mayor control sobre las regulaciones referidas a la venta de tabaco, y en tercer lugar pero no menos importante, se requiere un mayor control del cumplimiento de la ley en lo relacionado con los espacios públicos libres de humo.

La industria tabacalera gasta cada año en todo el mundo decenas de miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio (Organización Mundial de la Salud, 2008b). En España, la Ley 28/2005 prohíbe todo tipo de actividades promotoras del consumo, sin embargo, como observa la OMS, la industria tabacalera tiene mucha experiencia en eludir las prohibiciones sobre la publicidad y promoción de sus productos, y aunque todavía no disponemos de evaluaciones sistemáticas, un breve repaso a los contenidos de artículos y reportajes mediáticos difundidos desde la entrada en vigor de la Ley, apunta a que se ha mantenido la presencia de modelos que fuman en muchos medios de comunicación. Se requiere un esfuerzo especial en el desarrollo de instrumentos e indicadores capaces de monitorizar qué está pasando en este ámbito, así como un trabajo estricto de las administraciones para sancionar posibles irregularidades en este campo. Por otro lado, para que surtan



efecto, las sanciones impuestas por infringir las prohibiciones sobre promoción y comercialización deben ser elevadas. Las empresas tabacaleras disponen de grandes sumas de dinero, y se necesitan sanciones económicas muy punitivas para prevenir los esfuerzos desplegados para eludir las leyes (Organización Mundial de la Salud, 2008b).

Se requiere igualmente un mayor control sobre el cumplimiento de las previsiones legales referidas a los puntos y condiciones de venta de tabaco. Se sigue vendiendo tabaco en algunos bares y comercios sin máquina expendedora debido a la falta de control e inspecciones. Faltan datos y recursos de seguimiento sobre el control de ventas a población menor de 18 años.

En todo lo relacionado con el respeto de los espacios libres de humo es necesario que los servicios de inspección, autonómico y locales, se comprometan activamente en la verificación del cumplimiento de la ley 28/2005, asegurando que los incumplimientos existentes reciban las sanciones previstas en cada caso. Con una ley más amplia que estableciera todos los entornos públicos como espacios libres de humo, el coste en seguimiento e inspecciones sería menor que el que implica el seguimiento de la situación actual.

Los gobiernos autonómicos deben asumir sus responsabilidades en las tareas de inspección, verificación y control del cumplimiento de la Ley, especialmente en bares, establecimientos de restauración y de ocio.

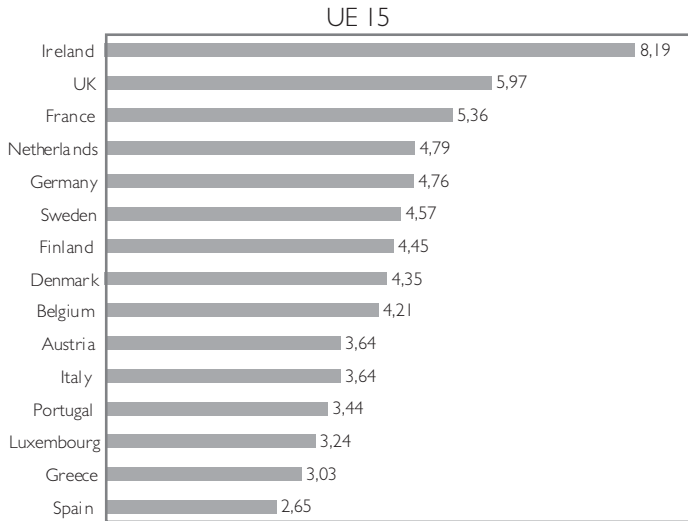
### **“RAISE” aumentar los impuestos al tabaco**

El aumento de los impuestos que gravan el tabaco es una medida muy importante para reducir la prevalencia global del tabaquismo y en especial para disuadir del consumo (World

Bank, 1999; Gilpin, Emery, Farkas et al., 2001; Moon, Havlicek, Garcia et al., 2005; Council of State Governments, 2008); especialmente a los grupos de población joven y de menor poder adquisitivo (World Bank, 1999; Organización Mundial de la Salud, 2008a y 2008b). La OMS señala que a la industria tabacalera le interesa divulgar la idea de que el aumento de los impuestos perjudica a los grupos socioeconómicos menos favorecidos, mientras que, en realidad, lo que permite esta medida es incrementar los ingresos fiscales que un país puede utilizar para financiar programas sociales. Por ello, la OMS propone que una parte de la recaudación derivada de los impuestos del tabaco se utilice para financiar programas de prevención y servicios destinados a la asistencia de las personas que quieren dejar de fumar (Organización Mundial de la Salud, 2008b).

A pesar del incremento de impuestos realizado por el Ministerio de Economía y Hacienda en 2006, ya comentado en el apartado sobre legislación, España continúa siendo el país con los precios –tanto absolutos como relativos– más baratos de la Unión Europea de los 15 (ver Figura 4), y uno de los países con los precios más bajos de la Unión de los 25. Así, la categoría de precio más demandada (CPMD) en febrero de 2009 en el mercado español se sitúa en 2,65€. Con este precio se comercializan Marlboro, Winston y otras conocidas marcas, que en su conjunto abarcan más de un 26% de las ventas totales. A continuación, con más de un 22% de las ventas, le siguen Fortuna y otras 8 marcas ofertadas a un precio de 2,5€. En conjunto el intervalo entre 2,5€ y 2,65€ acumula cerca del 49% de las ventas totales. Más de un 66% de la demanda de cigarrillos del mercado español se sirve a precios iguales o inferiores a 2,65€ (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2009b).

**Figura 4.** Precio cajetilla de tabaco de la categoría de precio más demandada (CPMD) en cada país



*Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2008.*

En julio de 2008 la Dirección General de Impuestos de la Comisión Europea presentó una propuesta de directiva sobre fiscalidad de tabaco que incorpora la mejora de aspectos relevantes de la legislación previa en lo que atañe a la prevención y control del tabaquismo. En base a dicha propuesta, recientemente el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) ha propuesto la necesidad de elevar de forma inmediata tanto el impuesto específico como el impuesto especial mínimo que gravan los productos de tabaco. Para ello propone utilizar incrementos del componente específico y del impuesto especial mínimo a lo largo de los próximos años. Para el ejercicio fiscal de 2009, el CNPT propone incrementar el componente específico desde los 8,20 € hasta los 10 € por mil cigarrillos, así como

incrementar el impuesto especial mínimo hasta los 76,60 € por mil cigarrillos desde los 70 € actuales (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2009b). El CNPT estima que si se adoptase esta propuesta, el nivel medio de precios de los cigarrillos pasaría de 2,60 € a 2,75 € por paquete, y el umbral mínimo pasaría de los 2 € a los 2,15 €. Ello supondría un descenso del consumo desde 4.509 millones de cajetillas a 4.394 millones, es decir, una reducción de 115 millones de cajetillas a lo largo del ejercicio 2009.

En todo caso, y con el fin de desincentivar el consumo, como propone la OMS, el incremento de los impuestos del tabaco, pendiente en España, debe contemplar una subida significativa y siempre por encima del IPC previsto.



## CONCLUSIONES

El CMCT 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 tabaco. La ratificación por parte de España del CMCT y la aprobación de la Ley 28/2005 han representado importantes avances para la mejora de la salud pública en nuestro país. Sin embargo, el desarrollo de la política de prevención y control del tabaquismo no ha hecho más que empezar.

La adopción completa de muchas de las medidas contempladas en el CMCT, requiere un compromiso decidido y urgente para seguir avanzando especialmente en las líneas de actuación señaladas en el plan MPOWER de la OMS, es decir: la monitorización y evaluación de las políticas y actuaciones emprendidas; la protección de toda la población del HAT, garantizando entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes, bares y locales de ocio; la oferta de apoyo y recursos para dejar de fumar; el incremento de las medidas de información y sensibilización adaptadas a las necesidades de los distintos grupos poblacionales; la protección ante las iniciativas de la industria tabacalera para promover el mercado del tabaco, mediante la prohibición de cualquier tipo de estrategia de promoción directa o encubierta; y el incremento significativo de los precios a través de impuestos que graven a todos los productos de tabaco.

La consecución de todas estas metas requiere incrementar los esfuerzos y optimizar la coordinación de todas las administraciones públicas implicadas, contar con la participación

de asociaciones profesionales, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil. Requiere igualmente una mayor implicación de nuestro país en el movimiento internacional para el control del tabaquismo.

Sólo un compromiso amplio, comprensivo y conjunto de nuestra sociedad podrá contribuir a rebajar el número de personas que continúan fumando, el número de adolescentes que inician el consumo de tabaco, y por ende, conseguir una reducción significativa de la mortalidad y la morbilidad asociadas al tabaquismo.

## BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2003). *Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>

Agència de Salut Pública de Barcelona. (2004). *Enquestes a estudiants de secundària (FRESC)*. Disponible en: [http://www.aspb.cat/quefem/documents\\_enquestes.htm](http://www.aspb.cat/quefem/documents_enquestes.htm)

Aterido I. (2007). *Fumar en lugares públicos*. Madrid: Organización de Consumidores y Usuarios.

Banegas Banegas JR; 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. *Med. Clin (BCN)*; 17(18): 692-694.

Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez Artalejo F. (2005). La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)*; 124(20): 769-71.



Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F & Richiardi L. (2006). Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *European Heart Journal*; 27: 2468–2472.

Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, Thomas WM, Estacio RO, Bartelson BB, Krantz MJ. (2006). Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation*; 114: 1490-1496.

Boletín Oficial de Navarra. (2003). Decreto Foral 139/2003, de 16 de junio, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar. N° 85: 6825.

Boletín Oficial del Estado. (2005a). INSTRUMENTO de Ratificación del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003. *BOE n°*. 35: 4621.

Boletín Oficial del Estado. (2005b). Ley 28/2005 de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *BOE n°*. 309.

Boletín Oficial del Estado. (2006a). Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *BOE n°*. 222: 32659.

Boletín Oficial del Estado. (2006b). Real Decreto-Ley 2/2006, de 10 de febrero, por el que se modifican los tipos impositivos del Impuesto sobre las Labores del Tabaco, se establece un margen transitorio complementario

para los expendedores de tabaco y timbre y se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *BOE n°* 36: 5436- 5438.

Borland R. (1997). Tobacco health warnings and smoking related cognitions and behaviours. *Addiction*; 92(11): 1427–1435.

Camarelles Guillem F , Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda V, Villalbí Hereter JR, Planchuelo Santos MA, Sánchez Monfort J, López de Santiago A . (2008). *Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Doc\\_Trat\\_CNPT\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf)

Carver VC, Reinert B, Range LM, Campbell C. (2003). Media Campaign Influences Parents' Opinions about Their Children and Tobacco. *Journal of Public Health Management & Practice*; 9(1): 72-78.

Cayuela A, Rodríguez-Domínguez S, López-Campos JL, Vigil E, Otero R. (2008). Mortalidad por cáncer de pulmón en España. Evolución en 25 años (1980-2005). *Arch Bronconeumol*; 4(2): 70-4.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2006). *Tabaquismo y nueva normativa antitabaco. Estudio n° 2665*. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio= 6097](http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio= 6097)

Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. (2008). Effect of



the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events. *Circulation*; 117: 1183-1188.

Comité de Expertos de la OMS. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de Informes Técnicos n° 568. Ginebra: OMS, 1974.

Comité de Expertos de la OMS. Lucha contra el tabaquismo epidémico. Serie de Informes Técnicos n° 636. Ginebra: OMS, 1979.

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. (2006). Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco, 2006. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/C26082INFORMEDERESULTADOS\\_29\\_12\\_06.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/C26082INFORMEDERESULTADOS_29_12_06.pdf)

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. (2007). *Newsletter Atención Tabaco y Fiscalidad en España*. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/fiscalidad.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/fiscalidad.pdf)

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. (2008). Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco, 2008. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Informe\\_Encuesta\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_Encuesta_08.pdf)

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. (2009a). Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Informe\\_fiscalidad\\_01.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_fiscalidad_01.pdf)

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. (2009b). *Newsletter Atención Tabaco y Fiscalidad en España*. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/ATENCION\\_T\\_FISCALIDAD\\_09.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/ATENCION_T_FISCALIDAD_09.pdf)

Córdoba García R, Villalbí Hereter JR, Salvador Llivina T, López -García Aranda V. (2006). El proceso en España de la adopción de una legislación eficaz para la prevención del tabaquismo. *Revista Española de Salud Pública*; 80(6): 631-645. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/resp/v80n6/colaboracion3.pdf>

Council of State Governments. (2008). *State Policy Guide: Using Research in Public Health Policymaking*. Lexington, KY: CSG. Disponible en: <http://www.healthystates.csg.org>

Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasseblad V, Baker T. (1997). Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA*; De 278(21): 1759-66.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>

Doll R & Peto R. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*; 328: 1519 (26 June), doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7455/1519>

Eagan TM, Hetland J, Aaro LE. (2006). Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tob Control*; 15: 242-246.

Farrelly MC, Healton CG, Davis KC, Messeri P, Hersey JC, Haviland ML. (2002). Getting to the Truth: Evaluating National Tobacco Countermarketing Campaigns. *American Journal of Public Health*; (92) 6: 901-907.



Fernández E, Fu M, Pascual JA, López MJ, Pérez-Rios M, Schiaffino A, Martínez-Sánchez JM, Ariza C, Saltó E, Nebot M, and the Spanish Smoking Law Evaluation Group. (2009). Impact of the Spanish Smoking Law on Exposure to Second-Hand Smoke and Respiratory Health in Hospitality Workers: A Cohort Study. *Plos One*; 4(1): e4244. doi:10.1371/journal.pone.0004244. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0004244>

Fernández E, González JR, Borrás JM et al. (2001). Recent decline in cancer mortality in Catalonia (Spain): a joinpoint regression analysis. *European Journal of Cancer*; 37: 2222-2228.

Fichtenberg C, Glantz SA. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*; 325:188.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. (2000). *Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Disponible en: [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Disponible en: [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=12520&nbr=6444&ss=6&xl=999](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12520&nbr=6444&ss=6&xl=999)

Galán I, Mata N, Estrada C, Diez-Ganan L, Velázquez L, Zorrilla B, Gandarillas A, Ortiz H. (2007). Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health*. Aug 30; 7(1): 224-229.

Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. (2006). Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol*; 7: 346-347.

Gilpin EA, Emery SL, Farkas AJ, Distefan JM, White MM, Pierce JP. (2001). The California Tobacco Control Program: A Decade of Progress, Results from the California Tobacco Survey, 1990-1998. La Jolla, California: University of California, San Diego. Disponible en: <http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1141/type/pdf>

Goldman LK, Glantz SA. (1998). Evaluation of antismoking advertising campaigns *JAMA*; 279(10): 772-777.

González Enríquez J, Salvador Llivina T, López Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A., Fernández E., García M. (2002). Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*; 16 (4): 324-333. Disponible en: <http://www.cnjaen.es/tabaco/tabaquismo/costes.pdf>

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.

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





Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. (2006). Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*; 15(Suppl. 3):iii19–iii25.

Jiménez-Ruiz CA, Miranda JA, Hurt RD, Pinedo RA, Reina SS, Valero FC. (2008). Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*; 18: 622–625.

López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C, García M, Juárez O, Moncada A, Fernández E. (2007). Mortality attributable to passive smoking in Spain 2002. *Tob Control*; 16: 373–377.

Lushchenkova O, Fernández E, López MJ, et al. Second hand smoke exposure in Spanish adult non-smokers following the introduction of an anti-smoking law. *Rev Esp Cardiol*; 61: 687–694.

Mahood G. (1995). Canadian tobacco package warning system. *Tobacco Control*; 4: 10–14. Disponible en: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/4/1/10>

Mendoza R, López-Pérez P, Sagraera MR. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986–2002). *Adicciones*; 19(3): 273–88.

Meyers DG, Neuberger JS. (2008). Cardiovascular effects of bans on smoking in public places. *Am J Cardiol*; 102: 1421–4.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). El Gobierno crea el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Nota de Prensa.

Gabinete de Prensa. Disponible en: [http://www.msc.es/novedades/docs/28jul\\_ConMin-ObservatorioTabaco1.pdf](http://www.msc.es/novedades/docs/28jul_ConMin-ObservatorioTabaco1.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Años 1987, 1990, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Moon RW, Havlicek D, Garcia JM, Vollinger RE, Motsinger BM. (2005). *The Conceptual Framework*. National Cancer Institute. Monograph 16: ASSIST Shaping the Future of Tobacco Prevention and Policy. Bethesda: NCI: 21–37. Disponible en: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/16/index.html>

Muggli ME, Lockhart NJ, Ebbert JO, Jiménez-Ruiz CA, Miranda JA, Hurt RD. (2009). Legislating tolerance: Spain's national public smoking law. *Tobacco Control*; doi:10.1136/tc.2009.031831 published online 21 Oct 2009 [Epub ahead of print].

Nebot M, Jiménez E, Ariza C, Tomás Z. (2006). Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Med Clin (Barc)*; 126: 159.

Nebot M, López MJ, Ariza C. (2009). Impact of the Spanish Smoking Law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: before and after study. *Environ Health Perspect*; 117: 344–347.

NICE. (2008). *Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*. NICE public health guidance 10. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PHO10guidance.pdf>





Oñorbe de Torre, M. (2008). La Ley del Tabaco, una Ley de la Salud Pública. e-ras. *Revista on-line de opinión y actualidad sanitaria*. Miércoles 01 de octubre de 2008. Disponible en: <http://www.opinionras.com/index.php?q=node/161>

Organización de Consumidores y Usuarios. (2007). 500 días de la ley contra el tabaquismo. *Archivo OCU Salud 2007 Jun*; 72. Disponible en: <http://www.ocu.org/072-s315584.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2008a). MPOWER. *Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2008b). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: plan de medidas MPOWER*. Ginebra: OMS. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_SP.FINAL%20COVER%20AND%20TEXT.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_SP.FINAL%20COVER%20AND%20TEXT.pdf)

Raw M, McNeill A, West R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*; 53(5 sup): s1-s19.

Roemer R. *Legislative action to combat the world tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organization, 1993.

Salvador Livina T. (2004). Condicionantes del consumo de tabaco en España. Retos actuales en política de prevención y control. *Adicciones*; 16, Suplemento 2. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/TeresaSalvador.pdf>

Sánchez-Martínez F, López MJ, Nebot M, Ariza C y Grupo de Evaluación de la Ley 28/2005. (2007). Exposición al humo am-

biental de tabaco en centros de trabajo antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Med Clin (Barc)*; 129(3):100-103.

Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. (2004). Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ*; 328: 977-980.

Siegel M, Biener L. (2000). The Impact of an Antismoking Media Campaign on Progression to Established Smoking: Results of a Longitudinal Youth Study. *American Journal of Public Health*; 90(3): 380-386.

Sisley S. (2000). Residents help young people understand the truth about tobacco. *JAMA*; 283(17): 2312.

Sly D.F., Heald GR, Ray S. (2001). The Florida "truth" anti-tobacco media evaluation: design, first year results, and implications for planning future state media evaluations. *Tobacco Control*; 10: 9-15.

Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. (2001). Influence of a counter-advertising media campaign on initiation of smoking: the Florida "truth" campaign. *American Journal of Public Health*; 91: 233-238.

Tobacco Advisory Group of the 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 of London. Disponible en: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>

Villalbí JR, Castillo A, Cleries M, Saltó E, Sánchez E, Martínez R, Tresserras R, Vela E, por el Grupo de Evaluación de Políticas de



Regulación del Tabaco de Barcelona. (2009). *Rev Esp Cardiol.*; 62(6): 690-693.

World Bank. (1999). *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. World Bank Development in Practice Series. Washington: World Bank.

World Health Organization Regional Office for Europe. *The European Report on Tobacco Control Policy. Review of Implementation of the Third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001*. Copenhagen: WHO, 2002 [a].

World Health Organization. (1999). *World Health Report 1999*. Chapter 5: Combating the tobacco epidemic: 65-69. Geneva: WHO.