

El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención

Joan R Villalbí, Carles Ariza

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

Introducción

El tabaco es la primera causa aislada de mortalidad prematura en nuestro medio¹. Para el movimiento de prevención, el problema del tabaquismo no es de naturaleza moral ni ideológica: es un problema de salud, con un coste elevado en muertes prematuras y evitables, en enfermedades e invalidez evitables, y en sufrimiento innecesario. Secundariamente, todo esto tiene unos costes económicos muy elevados, consumiendo recursos que de otro modo podrían dedicarse a otras finalidades. Por otra parte, el rendimiento comparado de la prevención del tabaquismo en nuestro medio es muy elevado: conseguir que un paciente de 20 años deje de fumar tiene un rendimiento en esperanza de vida tres veces superior al de controlar su hipertensión, y casi diez veces superior al de controlar su colesterol². Por todo ello, el control del tabaquismo debería ser una de las mayores prioridades sanitarias del país.

Este documento pretende ayudar a formalizar un análisis estratégico al movimiento de prevención del tabaquismo en España, actualizando de forma breve la perspectiva integral definida en el libro blanco editado por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo en 1998³. Para ello se pretende revisar la epidemia tabáquica en el contexto internacional y en España. A partir de esta revisión se plantean los problemas prioritarios en España para mejorar la prevención del tabaquismo, proponiendo unas estrategias de actuación y acciones clave para el futuro. Una primera versión de este documento se presentó en el seminario realizado en Barcelona en Octubre de 1999, que marca un punto de inflexión para el movimiento de prevención del tabaquismo en España, por ser la primera vez que se convocó una reunión amplia para discutir estrategias: hasta entonces, los debates se habían centrado en programas educativos o en la cesación tabáquica, salvo algunos encuentros centrados en la situación de algunas comunidades autónomas. Se trata por tanto de un intento de aproximación global al problema para el conjunto de España, que contribuya a definir objetivos y prioridades al emergente movimiento de prevención.

Una perspectiva global

Los problemas de salud relacionados con el tabaco pasan a primer plano cuando la industrialización de la manufactura de tabaco lleva a la fabricación y consumo masivo de cigarrillos. Pese a que la evolución del tabaquismo tiene un patrón propio en cada sociedad, la observación desde una óptica internacional permite registrar algunos patrones que permiten proponer un

esquema conceptual útil para la planificación. Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica se han identificado cuatro fases en la epidemia tabáquica⁴. En la inicial, o fase I se registra una prevalencia inferior al 15% en los varones, y muy inferior en las mujeres. El consumo anual por adulto es inferior a los 500 cigarrillos. Los datos de mortalidad no permiten apreciar las muertes atribuibles al tabaco. Esta fase puede durar una o dos décadas.

En la fase II, la prevalencia puede alcanzar en los varones cifras del orden del 50-80%, y apenas hay ex fumadores. No se aprecia gradiente por clase social, estando el hábito de fumar generalizado entre todas las capas sociales. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente, con un retraso de una o dos décadas respecto a los varones. El consumo anual por adulto alcanza los 1000-3000 cigarrillos (2000-4000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco. Apenas se registran los primeros y tímidos intentos de prevención. Esta fase puede durar 2-3 décadas.

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

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

La situación en España

Es probable que en España estemos ahora entre las fases III y IV descritas anteriormente. Sin embargo, nuestro proceso ha tenido algunas peculiaridades que no pueden obviarse, tanto económicas como políticas y culturales⁵. Por un lado, condicionantes económicos llevaron a enlentecer la fase II. Durante muchos años España tuvo una prevalencia muy alta con un consumo medio relativamente bajo, debido a que una gran parte de los fumadores no podían fumar tanto como hubiesen querido debido a su relativa pobreza. No es hasta bien entrados los años sesenta que este condicionante deja de operar y que el consumo de tabaco por fumador se eleva de forma clara. Por otra parte, la

existencia del Monopolio sobre el tabaco ha hecho menos visible el ánimo de lucro de la industria tabaquera. La privatización de Tabacalera es muy reciente, y hasta entonces consideraciones ajenas a la salud han pesado de forma directa en la política del gobierno hacia el tabaco. Esto se agravó aún más durante la dictadura: el descubrimiento de los efectos del tabaco sobre la salud no tuvo ningún efecto práctico en España, al contrario de lo que sucedió en los países democráticos de su entorno, donde los poderes públicos se vieron impelidos a regularlo. Precisamente la recuperación tardía de la democracia ha tenido otro efecto importante: durante años, la exigencia social se dirigía a mejorar los dispositivos asistenciales de financiación pública, cuya situación al final de la dictadura estaba muy alejada de las necesidades y preferencias de la población. En este contexto, las primeras iniciativas de los responsables sanitarios dirigidas a intervenir sobre el tabaco tendían a ser percibidas como inapropiadas, y tendentes a desviar la atención de otros aspectos, en que su desempeño era percibido como insuficiente. Finalmente, la existencia de una elevada prevalencia del tabaquismo en profesiones clave ha sido un notable obstáculo para avanzar en España. Los médicos fumadores no suelen abordar el tabaquismo de sus pacientes, y los maestros que fuman no pueden ejercer un rol ejemplar. Además, en estas circunstancias, estas corporaciones profesionales se abstienen de reclamar un rol preventivo más activo de la administración.

Sin embargo, y pese a estas circunstancias, la evolución de la epidemia tabáquica en los últimos años muestra algunas tendencias globales esperanzadoras, aunque otros aspectos deben mejorar. Se aprecia una clara disminución entre los varones, y un cierto incremento (o quizás tan sólo estancamiento) en las mujeres. La cohorte española del estudio longitudinal MONICA muestra claras reducciones de la prevalencia en los varones⁶. Se registra una probable disminución de la incidencia respecto a años anteriores⁷. En comunidades donde se han producido de forma sistemática programas de prevención se aprecia una clara disminución en la experimentación de los adolescentes con el tabaco⁸. Aparece un gradiente social, de manera muy evidente desde los años ochenta en los varones, y de forma más incipiente en las mujeres. Los exfumadores alcanzan un peso social visible, y además se producen muchas cesaciones relativamente precoces. Por otra parte, en algunas profesiones clave, como los médicos, la disminución del tabaquismo es mucho más intensa.

Paralelamente, se han producido algunas iniciativas muy positivas. Pese a que la realidad autonómica dificulta una regulación homogénea, en cambio ha favorecido la adopción de iniciativas muy positivas en algunas comunidades autónomas, que en general han tendido a ser adoptadas por otras (prohibición de la venta a menores, espacios sin humo, restricción de la promoción...) o bien han suscitado legislación del mismo gobierno central. Por otra parte, la regulación de diversos aspectos del mercado interno desde la Unión Europea ha llevado a la adopción en España de diversas políticas de valor preventivo en el campo fiscal, de la publicidad en televisión, o de las advertencias a los consumidores. Por otra parte, el movimiento de prevención ha iniciado un

desarrollo más coordinado, plasmado en la creación del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo en 1995, después de la Conferencia de París.

Al mismo tiempo, se aprecian algunas tendencias preocupantes que hay que tener en cuenta. Entre ellas, destaca la respuesta estratégica de la industria dirigida a impedir la regulación de la promoción del tabaco y de espacios sin humo, desvelada recientemente⁹. Otro aspecto a destacar es el gran incremento en los puntos de venta, mediante la extensión de máquinas automáticas y la implicación de nuevos establecimientos en la venta (especialmente kioscos de prensa y de chucherías). Asimismo, el incremento sin precedentes del contrabando organizado ha sido una característica de la última década, alcanzando cuotas de mercado cercanas al 20%, hasta que los progresos recientes parecen haber cambiado el panorama. La entrada en vigor de diversas regulaciones ha puesto de manifiesto los problemas que plantea su cumplimiento efectivo, y cómo a menudo la normativa existente no tiene quien vele por su cumplimiento: un estudio reciente de una organización de consumidores documentó niveles muy variables de cumplimiento¹⁰. La ofensiva de la industria por establecer canales de promoción basados en la publicidad indirecta y el patrocinio, más resistentes a la regulación, ha puesto en evidencia los límites de una normativa demasiado simple.

Problemas prioritarios

Los problemas prioritarios son dos. Por un lado, proteger a los jóvenes (particularmente hoy a las mujeres) y ayudarles a no empezar a fumar. Por otro, ayudar a los fumadores que lo desean a dejar de fumar. Como veremos, los progresos respecto a este segundo problema hacen más fácil afrontar el primero.

La protección de los adolescentes es un objetivo prioritario, y suscita el mayor consenso social. Sin embargo, es el más difícil, pues lleva a enfrentarse directamente con los esfuerzos de promoción de la industria tabaquera, que necesita reclutar nuevos adictos para sustituir a los que fallecen o abandonan el hábito. Por tanto, una política efectiva de protección de los jóvenes pasa por la regulación estricta de la publicidad y la promoción promovidas por la industria tabaquera. También lleva a revisar la regulación de la venta a menores, que hoy en España en algunas CCAA está prohibida hasta los 18 años y en otras sólo hasta los 16 años. Esto además plantea la cuestión de la venta ilegal a menores, directamente o mediante máquinas expendedoras que violan las normas vigentes, y de como impedirla. Se ha documentado la frecuente venta doblemente ilegal de cigarrillos sueltos a adolescentes en el entorno de las escuelas secundarias¹¹. Los entornos en que los adolescentes estudian y pasan el tiempo no son siempre espacios sin humo. En la medida en que disminuye el número de adultos fumadores y se amplían los espacios sin humo, cambia la percepción social del tabaquismo por los menores.

La otra cuestión prioritaria es facilitar dejar de fumar a la amplia mayoría de fumadores que lo desea. Este objetivo choca con el hecho objetivo de que la adicción a la nicotina es muy intensa. Por otra parte, en nuestra población de

fumadores, son muchos los que están en la fase denominada de precontemplación, necesitando un detonante para iniciar un intento de cesación. La existencia de espacios sin humo en el entorno personal y laboral contribuye notablemente al proceso. Además, los profesionales sanitarios pueden jugar un papel clave. Identificar a los pacientes fumadores y proporcionarles consejo mínimo debería ser parte de la atención rutinaria, ya que sabemos que produce efectos modestos pero visibles: del orden de un 5% de los pacientes aconsejados dejan de fumar al cabo del año¹², y cuando se ha hecho un esfuerzo sistemático y organizado se puede alcanzar un 18% en tres años¹³. Sin embargo, muchos médicos no tienen tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo. Además, en los masificados consultorios no reformados regidos por el modelo tradicional del extinto Instituto Nacional de Previsión, que siguen cubriendo a un volumen no despreciable de la población, no se interviene sobre el tabaco (como tampoco se interviene sobre otros factores de riesgo). Una revisión reciente del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud documentó que muchos centros de salud son activos en este campo, pero que la proporción de pacientes en que constan indicios de intervención es menor que para otros factores de riesgo¹⁴; este mismo estudio mostró que el 7,6% de los fumadores aconsejados dejaron de fumar, un resultado del programa que es de todos modos muy favorable al compararse con el 5% que se podría esperar según los estudios iniciales¹².

Hay que ser consciente de que la respuesta a las intervenciones no es homogénea entre los fumadores: dejan de fumar más fácilmente los de clase media y alta, y los que fuman menos, cuya adicción es menor. El tratamiento farmacológico y otras opciones especializadas pueden ayudar a un grupo seleccionado de estos pacientes, que tienen mayor riesgo. Aunque los que precisan ayuda más intensa sean una fracción relativamente pequeña del total de fumadores, los beneficios potenciales derivados de ayudarlos son mayores. En los últimos años hemos progresado: hace diez años, los fumadores decían en las encuestas que nadie les aconsejaba dejar de fumar, mientras que ahora la mitad nos dicen que su médico se lo ha dicho¹⁵. Pero nos queda mucho por hacer y sabemos que muchos profesionales no tomarán un rol activo: de hecho sabemos que los médicos fumadores no suelen hacerlo, y tenemos aún un 32% de médicos fumadores¹⁶. De modo que ayudar a los médicos a dejar de fumar es una cuestión importante si queremos un sistema sanitario más sensible a las necesidades de sus pacientes fumadores¹⁷. Tanto las autoridades sanitarias como las corporaciones profesionales pueden jugar un papel muy relevante en este campo.

Estrategias de actuación

Frente a esta problemática, podemos definir tres modelos de respuesta. La más pasiva es confiar en el proceso secular de cambio, interpretando las fases descritas como un proceso ineluctable y predeterminado: a veces nos parece que algunos responsables en las administraciones públicas de nuestro país se posicionan así. Una variante de esta posición es mantener algunas acciones de sensibilización pública, información y educación, aunque con recursos que

difícilmente alcanzarán una mínima parte del presupuesto de que dispone la industria para promoción y publicidad.

Otra forma de responder es desarrollando programas desde los servicios sanitarios, básicamente orientados a la cesación y a la prevención. Es una respuesta que políticamente no suscita controversias, y que se centra en un problema ciertamente importante desde una perspectiva biomédica: suscitar abandonos precoces en los fumadores, antes de que los efectos adversos del fumar se manifiesten. En esta línea hay que destacar las acciones orientadas a generalizar la intervención de los profesionales sanitarios ante sus pacientes fumadores. Juegan también un papel aquí la disponibilidad de terapias farmacológicas de apoyo, la existencia de recursos especializados, como las unidades especializadas de tabaquismo, y otros dispositivos de ayuda a la cesación, como las líneas telefónicas o los métodos de apoyo por correo o internet. El problema evidentemente es que para afrontar el flujo de nuevos fumadores que las acciones de promoción de la industria generan, habría que movilizar un volumen de recursos considerable, que nuestro sistema sanitario está lejos de haber dedicado a este problema. En España, algunas de estas líneas se ha ido desarrollando, especialmente desde los servicios reformados de atención primaria de salud (programas de intervención mínima en el PAPPS, en los planes de salud de diversas CCAA, o el programa 'corta por lo sano'). Las unidades especializadas de tabaquismo se han ido extendiendo de forma errática vinculadas a hospitales o a la Universidad, aunque aún no llegan a ofrecer una cobertura integral del país. Las terapias farmacológicas de apoyo no son cubiertas por el SNS (salvo en Navarra, donde su coste es parcialmente reembolsado); los productos de terapia sustitutiva de nicotina facturan hoy una cifra cercana a los 1000 millones anuales. No se dispone de líneas telefónicas de apoyo a la cesación salvo experiencias locales de cobertura horaria y territorial muy limitada: nada comparable a la experiencia del Reino Unido. Además de la progresiva extensión de los programas esporádicos del tipo 'día mundial sin tabaco' o 'quit and win' (cada vez más integrados), destaca la experiencia de apoyo por correo alcanzada por el programa de ayuda a dejar de fumar en Galicia^{18 19}.

La otra forma de respuesta, que permite un planteo preventivo más integral, es la que se basa en el desarrollo de políticas públicas dirigidas a los determinantes del tabaquismo para alcanzar niveles de prevención elevados. Esto implica abordar aspectos fiscales, de regulación de la venta, de la publicidad y la promoción del tabaco, de regulación del contenido de los productos tabáquicos, de información al consumidor, y de protección general al público mediante el impulso de políticas dirigidas a generalizar espacios sin humo. Estas políticas en España sólo se han desarrollado de forma parcial, a menudo siguiendo el impulso de iniciativas internacionales: la transposición de directivas europeas ha jugado un papel muy importante en los últimos años. Además, pese a estar vigentes, la aplicación efectiva de estas políticas es relativamente errática y parcial. Parece evidente que para progresar el movimiento de prevención debe concentrar sus esfuerzos en este planteamiento. Esto requiere introducir la problemática relacionada con el tabaco y su control en la agenda política global, impulsar la adopción de

políticas preventivas claras, y velar posteriormente por su aplicación efectiva por los poderes públicos. En este sentido, hacer visible el consenso social es una prioridad absoluta para el movimiento de prevención. Se trata de hacer explícita la demanda social de regulación, y también de desvelar las estrategias de la industria dirigidas a crear falsas controversias, y a simular la existencia de una inexistente oposición a los objetivos de la regulación⁹.

Este tipo de respuesta parece especialmente relevante a la luz de la experiencia de diversos programas de prevención primaria basados en programas educativos en el marco escolar. Su evaluación revela la necesidad de desarrollar estrategias que no se restrinjan al interior de las aulas, sino que se proyecten también al conjunto del medio escolar y al marco comunitario²⁰. Si metaanálisis recientes han destacado la mayor efectividad de los programas que trabajan sobre variables cognitivas (como las influencias sociales, la autoeficacia y las habilidades de rechazo), para el futuro se imponen aproximaciones más integrales²¹. Algunos proyectos que incluyen intervenciones comunitarias como el proyecto OCTOPUS en Asturias o el proyecto ESFA en Madrid y Barcelona muestran nuevos caminos, que pueden integrar acciones educativas en las aulas con la promoción de espacios sin humo en el centro y de la cesación entre educadores, acciones con las familias de los escolares, y actuaciones sobre los espacios de ocio de los adolescentes^{22 23}.

Acciones clave

Política fiscal. Parece necesario elevar el precio del tabaco mediante una política fiscal más orientada a la salud. Se debería modificar la carga impositiva de manera que su impacto sobre el precio final de venta al público fuera mayor. Esto es posible si se pasa de una estructura de impuestos fijados en un porcentaje del precio (como el IVA y el actual impuesto especial sobre el tabaco) a una estructura basada en importes fijos elevados. De otro modo resulta que la industria mantiene un abanico de productos en los que siempre hay opciones que, teniendo una carga de impuestos cercana al 70% del precio, siguen siendo muy asequibles. Por otra parte, los productos de tabaco en picadura o similares deberían tener cargas fiscales comparables a las de los cigarrillos.

Regular la publicidad y otras formas de promoción. La publicidad está hoy parcialmente regulada en España, y el gobierno central ha de transponer a la legislación española antes del verano del año 2001 una Directiva Europea. Sin embargo, nada se opone a que la transposición tenga un mayor nivel de exigencia de la publicidad indirecta. Las formas de promoción basadas en el regalo de muestras de cigarrillos, o el canje de un cigarrillo por un paquete en fiestas, pueden y deben ser prohibidas. Debe conseguirse que la única forma de acceso al tabaco sea su compra por un adulto a un establecimiento con licencia, y en los términos legalmente previstos.

Regular la venta a menores. Esto comporta controlar la venta ilegal por unidades, que suele hacerse en el entorno de los centros educativos y que

está tipificada como ilegal. Habría que impedir la disponibilidad de paquetes de menos de 20 cigarrillos, que promueve la industria para facilitar el acceso de los adolescentes. Es muy deseable prohibir el uso de máquinas automáticas, o al menos regularlo estrictamente prohibiendo su situación donde no puedan ser supervisadas en todo momento por los responsables del establecimiento (vía pública, lavabos...). También parece oportuno hacer cumplir la prohibición de la venta de tabaco en los recintos educativos (que incluyen enseñanza secundaria y superior) y deportivos.

Regular el contenido de los cigarrillos. No es aceptable la existencia de ingredientes secretos en los cigarrillos. El conocimiento que tenemos hoy de cómo Philip Morris usó el amoníaco para potenciar los efectos adictivos de la nicotina muestra lo que puede haber detrás de los 'secretos industriales'. La industria debe estar obligada a revelar los contenidos a las autoridades. Por otra parte, aunque los intentos seguidos hasta hoy han sido poco útiles, el objetivo de regular los cigarrillos para obtener un producto menos peligroso parece atractivo²⁴. Quizás debería buscarse una fórmula que permitiera controlar la razón entre alquitrán y nicotina de los cigarrillos, aunque ya sabemos que no basta con los contenidos reflejados hoy en las cajetillas. Idealmente se debería buscar un cigarrillo que cubriera la necesidad de nicotina de un fumador adicto, minimizando al tiempo su exposición al alquitrán y a otros componentes nocivos.

Información al consumidor. Las advertencias sanitarias deberían ampliarse, imprimirse en letras negras gruesas sobre fondo blanco, y ocupar al menos el 25-30% de la superficie de las cajetillas y de cualquier material informativo relacionado con el tabaco.

Espacios sin humo. La demostración de los efectos de la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco (AHT) sobre la salud obliga a regular esta exposición²⁵. El AHT se considera ya por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) como carcinógeno, y según recientes valoraciones es uno de los agentes causantes de cáncer laboral al que está expuesta una mayor proporción de la población ocupada²⁶. La extensión de sistemas de aire acondicionado agrava la exposición, pues el grueso del humo de tabaco se comporta como vapor, y la mayoría de los dispositivos de aire acondicionado se limitan a enfriarlo, haciéndolo menos visible sin eliminarlo: su capacidad de extracción suele ser baja. Las normativas sobre espacios sin humo suscitan amplio consenso social, aunque una minoría pequeña pero militante se resiste a respetarlas. Esto significa que las normas adoptadas han de poder aplicarse con rigor, de otro modo son contraproducentes. En nuestro país, las normativas existentes se incumplen ampliamente¹⁰, y la exposición al AHT es muy amplia, como documentan estudios recientes sobre recién nacidos (Sunyer J, comunicación personal de datos en proceso de publicación). El creciente gradiente social en el tabaquismo obliga a ofrecer ayuda para dejar de fumar a quién lo desea al aplicar regulaciones en empresas o centros de trabajo, que debería ser consensuadas aunque claras. En determinados espacios públicos cerrados, se pueden plantear diferencias entre usuarios y trabajadores. Hay que especificar quién es responsable del

cumplimiento (el titular del local, centro o espacio), quién puede inspeccionar (de oficio o a petición de parte) su cumplimiento, y prever circuitos claros, ágiles y factibles en caso de sanción. Las limitaciones a fumar en espacios públicos cerrados y centros de trabajo pueden suscitar tensiones iniciales, pero también desencadenan numerosas cesaciones. La industria se opone drásticamente a estas regulaciones. En el momento actual, se propone como prioritario hacer cumplir las regulaciones ya existentes en los recintos donde está prohibido fumar. Se puede plantear su extensión, o sencillamente concentrar los esfuerzos en los sectores prioritarios, que son los que concentran a niños, ancianos, y enfermos: guarderías y escuelas, recintos deportivos cerrados, centros de ocio y entidades infantiles y juveniles, centros sanitarios, estaciones y transporte, administraciones públicas, centros tercera edad.

Perspectivas de futuro

Actualmente en España, las fuerzas implicadas más activamente en la lucha para la prevención del tabaquismo proceden de algunos sectores de las profesiones sanitarias. Es previsible que los retos del futuro planteen la conveniencia de una aproximación al movimiento consumerista, que cuenta con una larga trayectoria velando por la protección de los consumidores, en vigilar el cumplimiento efectivo de normas reguladoras, y que además cuenta con asesores legales experimentados. Por otra parte, debemos prestar atención al proceso legislativo y a sus actores clave, en España y en la Unión Europea, para poder avanzar en los procesos de regulación en pro de la salud. Las administraciones públicas son actores estratégicos para el progreso. Además de la implicación activa de las autoridades sanitarias, se precisa una perspectiva más intersectorial de los poderes ejecutivos en pro de la prevención. Esto tiene traducciones a nivel local, autonómico y de toda España. La escena europea es una área de creciente importancia para la regulación, que exige una presencia organizada y coordinada. Para el movimiento de prevención del tabaquismo, sólo hay un adversario: la industria tabaquera, en la medida en que se opone a la regulación preventiva. Hay cambios sociales en el tabaquismo, que se reflejan en el perfil actual de los fumadores, en la creciente proporción de fumadores que desean dejar de fumar y en la creciente visibilidad social de unos exfumadores cada vez más jóvenes: han de reflejarse en los procesos de prevención y control de este problema sanitario.

Referencias

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

² Taylor WC, Pass TM, Shepard DS, Komaroff AL Cholesterol reduction and life expectancy. A model incorporating multiple risk factors. Ann Intern Med 1987;106:605-14.

-
- ³ Becoña-Iglesias E (Coord). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998.
- ⁴ Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.
- ⁵ Villalbí JR. Tabaquismo. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo JM. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995; Barcelona: SG Editores, 1995; 83-89.
- ⁶ Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolomen H et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 355: 675-687.
- ⁷ Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. *Am J Public Health* (en prensa).
- ⁸ Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares: Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-362.
- ⁹ Escolà C. Philip Morris creó un lobby en España. *El País* 1360, Domingo 23 de enero del 2000; págs 30-31.
- ¹⁰ www.consumer-revista.com/jun98/portada_01.html.
- ¹¹ Anónimo. Informe. Puntos de venta de tabac. Barcelona: Unió de Consumidors de Catalunya, 1999.
- ¹² Nebot M, Cabezas C, Oller M. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 57-61.
- ¹³ Martín-Cantera C, Cordoba-García R, Jané-Julio C, Nebot-Adell M, Galan-Herrea S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
- ¹⁴ Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadan M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract* 1996; 13: 144-151.
- ¹⁵ Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbí JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 359-64.
- ¹⁶ Gil E, González J, Villar F. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999; 182-191.
- ¹⁷ Pardell H, Saltó E, Canela J, Salleras L. Smoking cessation rates after three months treatment with nicotine patch among health professionals in Catalonia, Spain. *Int J Smoking Cessation* 1993; 2: 35-37.
- ¹⁸ Moragues L, Nebot M, Ballestín M, Salto E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa 'quit and win') para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13:456-461.
- ¹⁹ Becoña E, Vázquez FL, Míguez MC. The smoking cessation program of the University of Santiago de Compostela 1984-96. En: *Smoke-free Europe*. Helsinki: Finnish Centre for Health Education, 1996; 117.

²⁰ Vartiainen E, Korhonen H, Koskela K, Puska P. Twenty year smoking trends in a community based cardiovascular disease prevention programme. Results from the North Karelia project. *Eur J Public Health* 1998; 8: 154-159.

²¹ Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993; 83: 872-880.

²² López ML, Comas A, Herrero P, Pereiro S, Fernández M, Thomas H et al. Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 303-318.

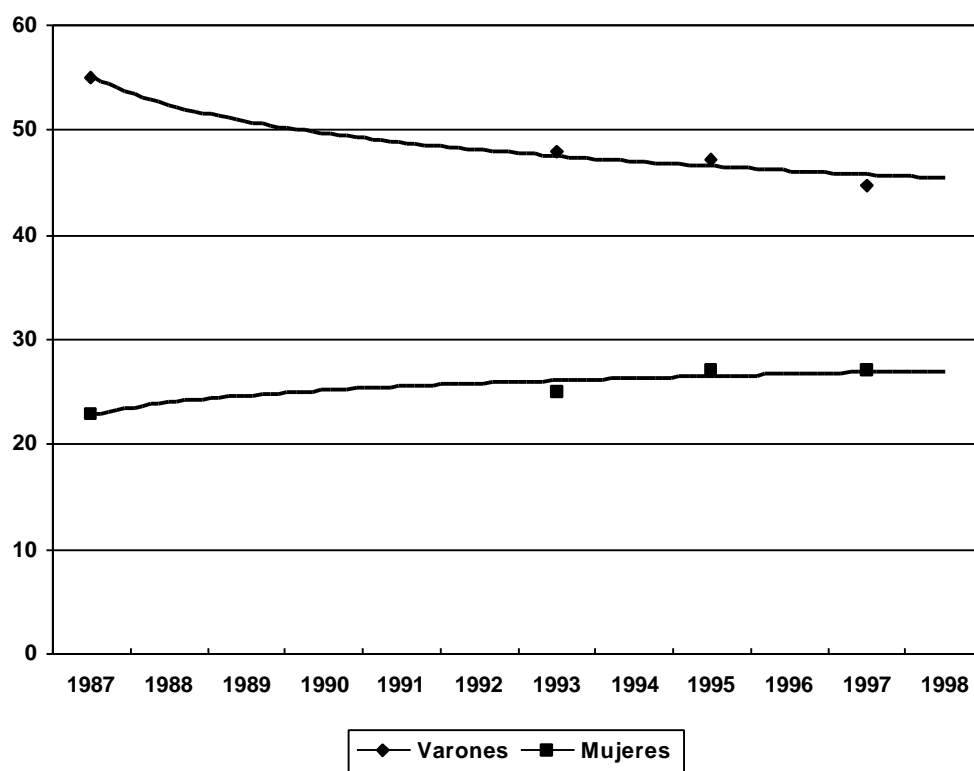
²³ De Vries H, Ariza C, Bakker M, Hohn K, Mudde AN, Lettornosi R et al. European smoking prevention framework approach. Las Palmas: European Conference on Tobacco or Health CD-ROM, 1999.

²⁴ Ramström L, Villalbí JR. Los cigarrillos light no disminuyen los riesgos del fumador. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 108.

²⁵ Banegas JR, González-Enríquez J, López V, Pardell H, Salvador T et al. Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco: revisión actualizada y posibilidades de actuación. *SEMERGEN* 1999; 25: 702-711.

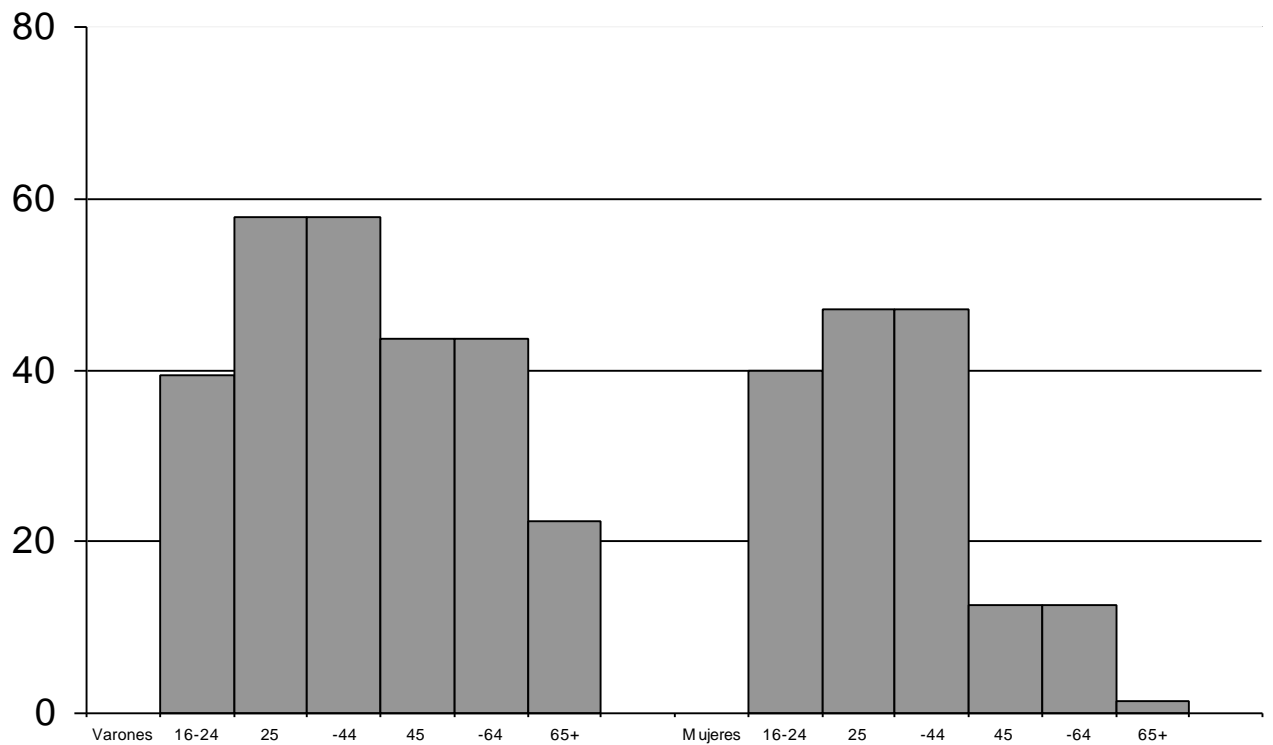
²⁶ Kauppinen T, Toikkanen J, Pedersen D, Young R, Ahrens W, Boffetta P et al. Occupational exposure to carcinogens in the European Union. *Occup Environ Med* 2000; 57:10-8.

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



Fuente: elaboración propia a partir de la referencia 16.

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



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

Tabla 1. Algunos aspectos prioritarios para las políticas de prevención del tabaquismo en España.

Dispositivos de ayuda para los fumadores que desean dejar de fumar

Revisión de la política fiscal para reducir el acceso

Regulación de la publicidad y otras formas de promoción

Regulación de la venta, especialmente a menores de 18 años

Regulación del contenido de los cigarrillos

Más información al consumidor en los productos

Ampliación real de los espacios públicos cerrados sin humo