

Villalbí-Hereter JR. Tabaco y políticas del tabaco. En: Becoña E (Coord) Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998; 175-189.

1. El problema y sus circunstancias

Los profesionales comprometidos con la salud pública hemos de comprender las circunstancias de los retos que afrontamos para conseguir vencerlos. En España, uno de los principales desafíos a nuestra salud pública lo plantea el hecho de que, aunque hace más de treinta años que se conocen de forma incontrovertible las consecuencias del consumo de tabaco sobre la salud humana, éste sigue estando relativamente extendido. De hecho, este consumo no se ha extinguido en ninguna sociedad en la que se haya instaurado, pese al conocimiento de sus graves consecuencias. Sin embargo, se ha llegado a reducir notablemente en algunos países, aunque mucho menos en otros. Entendiendo estas cuestiones estaremos en mejor situación para plantear acciones que permitan un mejor control del tabaquismo en nuestro país, que han de resultar a medio plazo en notables mejoras en la salud de la población. En cualquier caso, lo que ha de resultar evidente es que la mera información de que el tabaco produce efectos adversos en la salud humana es insuficiente para generar por sí misma cambios a gran escala en el comportamiento social respecto al tabaco. Esto es cierto también para muchos otros problemas vinculados al comportamiento y que afectan a la salud (embarazo adolescente, infección por el VIH, accidentes de tráfico...), pero lo es especialmente para el tabaco. Para abordarlo con éxito, se necesita una perspectiva más intersectorial, que englobe aspectos sanitarios, pero también psicológicos, sociales, económicos y políticos, para poder comprender y modificar el contexto del tabaquismo en un sentido más favorable a la salud.

En efecto, el control del tabaquismo viene dificultado por dos cuestiones clave: su carácter adictivo, y los intereses económicos asociados a la producción y distribución de productos tabáquicos¹. En estas páginas se pretende revisar el contexto del tabaquismo en nuestro medio, valorar las políticas de control y su situación actual. Se pretende analizar el problema de salud pública que plantea el tabaco desde una perspectiva más global, para valorarlo en un contexto político y social amplio.

2. El por qué del consumo de tabaco

Es bien conocido que el tabaco constituye hoy una de las mayores causas de mortalidad e invalidez prematura en nuestro país¹, y que los costes sanitarios, sociales y económicos que plantea son extraordinarios. Se ha dado un cierto descenso en su prevalencia, pero actualmente sigue fumando aproximadamente una tercera parte de la población adulta, concentrada sobre todo en los grupos de edad activos laboralmente. Una breve revisión de los mecanismos que producen esta realidad nos lleva a constatar que el consumo habitual se fundamenta en su carácter adictivo, condicionado básicamente por los efectos farmacológicos de la nicotina que contiene. Por otra parte, la mayoría de los fumadores se inician en la adolescencia, durante la que desarrollan su adicción. Casi todos han consolidado su hábito antes de la mayoría de edad legal, tras diversos episodios de experimentación, que suelen producirse en un contexto de presión externa por el grupo de pares. De este modo, los fumadores han consolidado generalmente su hábito y sus niveles de consumo a los 18 años: una vez establecida la dependencia, ésta es difícil de romper. Por tanto, el acto de fumar no depende exclusivamente del libre albedrío personal, sino que en realidad viene condicionado por su carácter adictivo y por los factores que condicionan su accesibilidad,

su disponibilidad, y la existencia de presiones externas al consumo. Es por tanto incontrovertible que, aunque el consumo de tabaco tenga una base personal, el tabaquismo es también un fenómeno social, en cuya definición confluyen factores económicos, sociales y culturales.

Por otra parte, existe un factor que actúa de forma permanente para extender su consumo: la industria tabaquera trabaja activamente para maximizarlo, pues así puede incrementar sus ventas y sus beneficios. Si no hay políticas públicas reguladoras en este campo, la industria tabaquera define las grandes variables que condicionan el consumo (oferta, precio, promoción...). Es evidente que en una economía de mercado, operan así todos los sectores industriales. Pero este sector de la industria no puede tener la misma consideración social que el del mueble o del calzado: dados los efectos del tabaco sobre la salud humana, el éxito de la industria tabaquera se traduce en consecuencias graves para la salud pública y para la sociedad. Por tanto, los poderes públicos pueden y deben plantearse sus políticas acerca de este tema, para proteger al conjunto de la sociedad, como lo hacen ante otros aspectos del funcionamiento del mercado que tienen un impacto social negativo.

3. La exigencia social de control del tabaco: experiencia internacional

En la América precolombina el consumo de tabaco tenía componentes rituales y culturales². Su introducción en Europa se produjo como un producto exótico para distintas capas de la población, bajo diversas formas (para fumar, pero también como rapé, en infusión o para mascar). A lo largo de varios siglos el consumo global por persona se mantuvo dentro de límites relativamente bajos, fluctuando según modas,

precios y aceptación social. Desde finales del siglo XIX, diversos cambios en la agricultura y la industria, especialmente con la aparición de cigarrillos manufacturados, posibilitaron un incremento muy importante en la producción y el consumo de tabaco. Durante el siglo XX, los cigarrillos pasan a ser la forma predominante de consumo de tabaco, que llega a hacerse masivo en diversos países desarrollados entre los años treinta y cuarenta.

El consumo masivo se traduce, tras un lapso de tiempo, en un incremento espectacular en las patologías asociadas al uso de tabaco: cáncer de pulmón y de otras localizaciones, enfermedad coronaria, bronquitis y otras enfermedades respiratorias. Este incremento se produce al tiempo que se reduce la mortalidad general de las poblaciones europeas por un mejor control de diversos problemas de salud pública de naturaleza infecciosa o carencial. En cualquier caso, a finales de los años cincuenta se establece de forma incontrovertible el papel etiológico del tabaco en el origen del cáncer de pulmón, y en los años siguientes se identifica su papel en relación a otros cánceres, la enfermedad coronaria, el enfisema y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el bajo peso al nacer y diversos otros problemas de salud. Hoy hace más de treinta años que están bien definidas las consecuencias del tabaco para la salud. Más recientemente, el conocimiento de los problemas que el tabaquismo pasivo plantea para la salud pública ha puesto en primer plano la exigencia de un mayor grado de control social del consumo de tabaco en lugares públicos y la extensión de espacios sin humo³.

Parece posible identificar un proceso común a la extensión del control del tabaquismo en diversos países⁴. Históricamente, son los médicos, a veces aliados a otros profesionales sanitarios, quienes juegan un papel inicial suscitando una primera alerta social, y las primeras respuestas al reto que el tabaco⁵ plantea para la salud pública⁵. En

diversos países desarrollados la profesión médica asume desde inicios de los años sesenta el rol social de informar a la comunidad y reclamar de los gobiernos democráticos medidas de control. Por otra parte, los mismos profesionales entran paralelamente en un proceso masivo de abandono del tabaco, y muchos de ellos adoptan un rol activo, aconsejando a sus pacientes que dejen de fumar para mejorar o mantener su salud. Así, en Gran Bretaña se ha producido un fuerte descenso de la prevalencia del tabaquismo entre médicos, de los que actualmente fuman menos del 10%. Finalmente, en algunos países la profesión médica adopta un rol más activo ante el tabaco, asumiendo una mayor responsabilidad social y organizado estructuras permanentes para dar un mensaje social ante el tabaco. También en la misma Gran Bretaña cabe destacar el papel jugado por una organización fundada y financiada por la profesión médica para alcanzar un mayor control social del tabaquismo: *Action on Smoking and Health (ASH)*.

En diversos países se aprecia como más adelante, los movimientos ciudadanos y de consumidores entran también en escena, abordando el control del tabaquismo (de modo similar a como han abordado el control de otras industrias, cuyos beneficios pueden contraponerse a otros bienes sociales). De este modo, cada vez más es la opinión pública quién reclama la acción de los gobiernos: el control del tabaquismo se plantea así como una forma de regulación, en nombre del bien público, de un sector en el que algunos grupos mantienen fuertes intereses económicos. El mismo proceso se produce en otros terrenos (productos alimentarios, envases, automóviles...). La experiencia de los EE.UU. es paradigmática en este sentido, y define claramente los grupos implicados. Tanto a nivel federal como de diversos estados, la industria tabaquera, algunos sectores de la industria publicitaria, y ciertos medios de comunicación, invocando los principios liberales, se oponen a la regulación, con frecuencia en alianza ideológica con políticos y grupos de

presión favorables al *laissez-faire* y contrarios a la intervención gubernamental (incardinados típicamente en el Partido Republicano). Los movimientos de consumidores y ecologistas, reforzados por el *lobby* de las profesiones sanitarias, y con conexiones con los posicionamientos políticos más favorables a la regulación y a la intervención del estado en materias públicas (típicamente representados por el Partido Demócrata), son partidarios abiertos de una mayor intervención. Sin embargo, en muchos países de la Unión Europea, el grado de consenso político y social es mayor, y no se aprecia un posicionamiento ideológico en el debate social sobre el tema. En estos países, el debate se concentra en la resistencia de los grupos de interés a la regulación, intentando movilizar a segmentos de fumadores para influir en la opinión pública y dificultar la regulación. En muchos países, la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales como la Unión Internacional Contra el Cáncer y las Ligas y Asociaciones nacionales vinculadas a la misma han jugado un papel importante, estimulando la intervención de los gobiernos en este terreno⁶.

4. Tabaco y políticas públicas

Las políticas públicas sobre el tabaco se limitaban en un principio a regular espacios en donde estaba prohibido fumar por motivos de seguridad (determinadas industrias, transportes, recintos de ocio cerrados como cines o teatros) y a definir aspectos relacionados con la venta y los impuestos, con fines más recaudatorios que de control. Por otra parte, en determinados países se impulsó el cultivo de tabaco para reducir importaciones, incluso con subvenciones a la producción.

Posteriormente, y con la incorporación del criterio de que socialmente es preferible un mayor control del tabaquismo, las políticas

relativas al tabaco han regulado la venta a menores y las formas más agresivas de promoción, tendiendo a la supresión de toda forma de publicidad de este producto en diversos países⁷. Al mismo tiempo, la fiscalidad sobre el tabaco se ha incrementado, para elevar su precio y reducir así su demanda. Se han realizado acciones informativas y educativas para el público, sobretodo para los jóvenes. Más recientemente, con el establecimiento de las consecuencias para la salud del tabaquismo pasivo, se ha regulado mucho más rigurosamente su consumo, impulsando especialmente la extensión de espacios sin humo en recintos cerrados públicos.

5. La situación en España

El contexto plantea algunas especificidades en España que han de ser analizadas para poder ejercer una acción más efectiva de control del tabaquismo. Por una parte, los efectos del tabaco sobre la salud humana son menos visibles en España que en otros países, y esto ha condicionado las políticas de control. Esto es así por dos motivos: un patrón epidemiológico propio, y una secuencia temporal específica en la difusión del tabaquismo y la difusión del conocimiento de sus efectos sobre la salud, que se comentan a continuación.

España presenta un patrón de salud y enfermedad similar a otros países del Sur de Europa, como Italia, Grecia, Portugal o incluso Francia. En estos países, la frecuencia de la principal causa de mortalidad e invalidez vinculada al tabaco (la enfermedad coronaria) es muy inferior a la que se registra en el Norte de Europa y de América. Por ello, la mortalidad prematura asociada al tabaco es muy inferior, y como consecuencia la percepción social del problema es también menor. Por otra parte, el incremento del consumo de tabaco en España se produjo

más tarde que en otros países como los EE.UU., Gran Bretaña o Alemania, probablemente debido a factores económicos: la pobreza en que vivían amplias capas de la población en la larga postguerra condicionó que la extensión del consumo de cigarrillos a la mayoría de la población adulta masculina no llegara hasta los años cincuenta, y con un consumo medio menor. De este modo, la difusión en los medios de comunicación del conocimiento de los efectos del tabaco sobre la salud humana a principios de los años sesenta no se acompañó de una percepción social de los mismos en España: es probable que para manifestarse de forma más visible ante la sociedad, se hubiera precisado un lapso mayor de tiempo desde la aún reciente consolidación del consumo masivo. Además, un régimen político no democrático no favoreció la traducción del conocimiento científico de las consecuencias del tabaco para la salud en iniciativas sociales para impulsar políticas de control del tabaquismo, como se hizo en aquel momento en otros países. De hecho, hasta la restauración de la democracia no se plantean las primeras iniciativas en esta dirección.

Otros factores contribuyen a explicar la existencia de problemas específicos en España para un mayor desarrollo de las políticas de control del tabaquismo⁸. Por un lado, la restauración tardía de la democracia condiciona que durante años otras prioridades dominen la agenda política sanitaria, principalmente las exigencias de mejora de los servicios públicos. Por otro lado, la existencia de Tabacalera, operando en condiciones de monopolio primero y como empresa pública después, distorsiona la percepción del afán de lucro de la industria como móvil principal de la economía del tabaco en España (que en cambio es evidente en los EE.UU. o Gran Bretaña). Por cierto, se produce una dinámica similar en el campo del comercio minorista, ya que el régimen de los estancos actúa en la misma dirección. Además, la elevada prevalencia del tabaquismo en algunas profesiones clave (médicos y

otros sanitarios, maestros y otros docentes) durante los años setenta y primeros ochenta ha frenado su implicación activa en este campo. Finalmente, es probable que tras cuarenta años de un régimen político que pretendía imponer determinadas opciones morales e ideológicas sobre la población, exista una cierta desconfianza hacia la regulación por los poderes públicos -aunque sean ahora democráticos- de temas que tienen relación también con el comportamiento personal, y que por tanto pueden valorarse como propios de la esfera privada. Como resultado de todo ello, las políticas de control del tabaquismo se han iniciado más tardíamente, y con un impulso más débil que en otros países. Las iniciativas legislativas han respondido más a la dinámica internacional (recomendaciones de la OMS, armonización de normativas fiscales europeas) que a una dinámica política propia, pues durante años no ha existido un movimiento social que reclamase activamente la intervención de los poderes públicos en este campo. Esto permite comprender el aparente contrasentido, entre la aprobación de normativas restrictivas por amplio consenso político (como la Ley 10/1990 aprobada por el Parlamento de Cataluña) aunque luego no quede muy claro quién debe velar por su aplicación.

6. Progresos y retos

A lo largo de los últimos años se aprecia la existencia de algunos progresos, que configuran un cierto cambio social en relación al tabaco. El más destacado es sin duda una clara disminución de la prevalencia del tabaquismo, a expensas de dos factores: una menor incidencia entre los jóvenes y sobretudo una importante proporción de abandonos del tabaquismo en edades relativamente jóvenes, que plantea un cambio fundamental en comparación con años atrás. Esta disminución refleja la respuesta de un público más informado a las acciones educativas emprendidas, especialmente desde los servicios sanitarios, pero también

desde otros sectores. Actualmente fuma un 36% de la población, en comparación con un 40% 15 años atrás⁹. La realidad es más compleja que la que parecen reflejar estas cifras globales. En efecto, durante este período, la proporción de varones fumadores ha disminuido de forma muy imortante, del 65% al 48%, mientras que la de mujeres se ha incrementado del 17% al 25%. La prevalencia del tabaquismo en sectores clave como profesionales sanitarios y de la educación ha disminuido más rápidamente que en la población general, aunque sea aún superior a la de otros países. Encuestas repetidas realizadas en zonas urbanas como la ciudad de Barcelona, donde diversos procesos de cambio social se producen más precozmente, sugieren que la tendencia a la disminución del tabaquismo en los varones continuará, y que se está iniciando también entre las mujeres¹⁰. Estos cambios sociales tienen un extraordinario valor, pues van camino de definir una nueva mayoría de no fumadores o ex-fumadores en las capas de población activa que tienen mayor influencia social. Estas tendencias pueden modificar la norma social percibida por los niños y jóvenes, aspecto clave para una prevención real: si los adolescentes dejan de percibir el fumar como habitual entre los adultos, la probabilidad de que se inicien en el tabaquismo como parte del proceso de tránsito a la vida adulta será mucho menor.

Además, y de forma concomitante, diversas normas reguladoras han ampliado los espacios en que está prohibido fumar en centros educativos, sanitarios, de ocio y de transporte, con el ánimo de proteger la seguridad y la salud de las personas, así como de ofrecer a los niños un ambiente más saludable. Como resultado se aprecia una menor presencia del tabaco en diversos recintos públicos cerrados, aunque queda aún un buen trecho por recorrer para alcanzar una situación más satisfactoria.

Paralelamente, los factores que condicionan la disponibilidad del

tabaco han sufrido variaciones. Tras décadas en que disminuyó su coste relativo, en los últimos años se ha incrementado de forma rápida por efecto de la mayor fiscalidad, estimulada por la armonización impuesta por la Unión Europea (actualmente los impuestos representan algo más del 70% del precio final¹¹). Sin embargo, una activa red de contrabando ha llegado a ocupar un importante segmento del mercado, reduciendo los precios, multiplicando los puntos de venta, y sorteando la prohibición de la venta a menores de 16 años, sobre cuya efectividad existen dudas también en otros ámbitos. De hecho, en estos años han proliferado también las máquinas expendedoras de tabaco, dificultando extraordinariamente el control de la venta a menores. La publicidad directa ha desaparecido de la televisión, aunque persiste publicidad indirecta o de marcas de tabaco aplicadas a otros productos de consumo (encendedores, gafas de sol, tejanos...). La presión de la publicidad es muy elevada en los medios dirigidos a los jóvenes (emisoras de radio musicales, revistas, medios deportivos...).

El escenario en que se dirimen las políticas públicas sobre el tabaco se está desplazando hacia la Unión Europea. Esta desarrolla políticas claramente contradictorias al respecto. Por ejemplo, la Unión Europea destina cuantiosos recursos a subvencionar el cultivo de tabaco en Europa, mientras que el grueso de la cosecha obtenida es de mala calidad y bajo precio, de modo que en parte ni siquiera se aprovecha para el consumo¹². La complejidad del proceso de toma de decisiones en la Unión Europea dificulta la adopción de políticas de control del tabaquismo y favorece las acciones de los grupos de presión organizados y con más recursos. Un borrador de directiva sobre tabaco lleva años bloqueado en el Consejo de Ministros, donde algunos de los países con mayor presencia de industrias tabaqueras de proyección internacional la bloquean. Al mismo tiempo, el Colegio de Comisarios debe debatir simultáneamente propuestas de la Dirección General V,

responsable de la salud pública, dirigidas a reforzar el control del tabaquismo, y otras procedentes del Comisario responsable de la libre competencia, dirigidas a restringir las regulaciones nacionales contra la promoción del tabaquismo en nombre del mercado único. Mientras tanto, el Parlamento Europeo, que se ha manifestado repetidas veces a favor de un mayor control, no tiene capacidad real de convertir su opinión mayoritaria en acciones efectivas. Si años atrás algunos responsables de la salud pública en España esperaban que la Unión Europea haría innecesaria el desarrollo de una regulación específica en nuestro propio país, estas esperanzas se han revelado como claramente ilusorias.

7. La industria tabaquera y sus estrategias

Obviamente, la industria tabaquera no asiste pasivamente a la disminución de la prevalencia del tabaquismo y a los intentos de control social de su negocio. Por un lado, refuerza sus estrategias de promoción para contrarrestar la pérdida de consumidores que ocasionan los abandonos precoces del tabaco y las defunciones prematuras: las mujeres y los jóvenes son los dos sectores en que concentra sus esfuerzos¹³. Las mujeres, pues su adopción del tabaco le han permitido compensar la disminución del consumo de los varones en diversos países; los adolescentes, pues la mayoría de los que se convierten en nuevos fumadores serán clientes fieles durante muchos años. Por otro lado, intenta contrarrestar las normativas por diversos medios: sustituyendo publicidad directa por indirecta, y sorteando las normativas con argucias legales. La proliferación de máquinas expendedoras de tabaco coincidió con la aprobación de la regulación sobre venta a menores, así como también el incremento de la venta al detalle de tabaco de contrabando. El volumen de tabaco de contrabando en España tiene tal volumen que cuesta creer que dependa de la acción de unos

contrabandistas aislados; además se concentra en dos únicas marcas, pertenecientes a dos empresas multinacionales¹⁴.

Hoy en día, la mayoría de los fumadores se convierten en adictos antes de los 18 años, mayoría de edad legal¹⁵. Posteriormente, la adicción mantiene su consumo durante años, típicamente entre veinte y cuarenta. Apenas hay fumadores entre la población mayor de setenta años: muchos han fallecido, los demás han dejado de fumar por presentar serios problemas de salud causados y agravados por el tabaco. Por todo ello, la principal estrategia de promoción de la industria tabaquera se centra en la captación de nuevos fumadores entre los menores de edad. Es evidente que existen dinámicas sociales que favorecen la experimentación de los adolescentes con el tabaco: el afán de imitación de un comportamiento percibido como «normal» entre los adultos, combinado con el deseo de sortear prohibiciones, la presión que ejercen los adolescentes fumadores en su entorno para captar cómplices entre sus pares y reforzar sus vínculos de grupo. La industria refuerza conscientemente estas dinámicas al dirigirse de forma selectiva a los jóvenes. Además de la fuerte presión publicitaria vinculando el tabaco con los deportes de aventura y competición (motociclismo, automovilismo, tenis, baloncesto...), con el sexo (como muestran las imágenes de tantos anuncios) y con la música popular (con patrocinio de conciertos y festivales musicales), se han documentado prácticas de naturaleza poco ética, como el regalo de muestras de cigarrillos, especialmente cuando se produce masivamente a jóvenes en un contexto de fiesta o de concierto, es una clara incitación a la experimentación con un producto adictivo por menores de edad. Por otra parte, las restricciones a la publicidad se han sorteado con argucias legales (anunciando ropa u otros productos con la misma marca que conocidos cigarrillos, o utilizando técnicas de publicidad prohibidas pero rentables, recurriendo las sanciones ante los tribunales de forma sistemática, o

sencillamente pagándolas por su baja cuantía).

La industria tabaquera intenta obstaculizar el desarrollo y cumplimiento de las regulaciones mediante una acción sistemática, dirigida a presionar a los gobiernos y representantes políticos. Su principal estrategia política parece ser extender la impresión de que la regulación del tabaco es socialmente controvertida, tanto por los fumadores, como por distintos segmentos sociales que obtienen beneficios de la promoción y venta del tabaco (agricultores, medios de comunicación, entidades deportivas...). Esta estrategia va dirigida a diluir las propuestas de regulación, o a que las regulaciones existentes no sean aplicadas, y su violación sea tolerada. Se trata de un claro esfuerzo de generación deliberada de ambigüedad en las políticas públicas¹⁶. Para ello organiza actividades publicitarias (las campañas publicitarias de Philip Morris Europe a lo largo de 1995 y 1996 fueron prácticamente una invocación a disputar la legitimidad del proceso democrático invocando la libertad personal, denunciando un pretendido acoso a los fumadores y cuestionando los peligros del tabaquismo pasivo)¹⁷. Ejerce también actividades de *lobbying*: destacan las acciones del Philip Morris Institute, que ha captado a notables líderes de opinión para su Consejo y que organiza grandes conferencias de debate político en cada país de la Unión Europea coincidiendo con el período en que asume la presidencia, invitando a un amplio abanico de políticos. La industria tabaquera también promueve plataformas presuntamente independientes para que defiendan estos mismos criterios, lo que le permite difundir sus posiciones sin exponerse directamente. Entre las plataformas utilizadas en España por la industria, destaca el Club de Fumadores por la Tolerancia, cuyos cuantiosos recursos le permiten financiar anuncios a toda plana en la prensa escrita. También han sido visibles agrupaciones de ciertos medios de comunicación que reciben publicidad tabaquera, y que protestan contra la regulación de la publicidad del tabaco invocando

la libertad de expresión¹⁸. Asimismo, determinados personajes vinculados a los medios de comunicación y que son colaboradores habituales de la industria tabaquera, se erigen como comentaristas independientes para expresar opiniones contrarias a la regulación.

8. La naturaleza política del control del tabaquismo

De todo lo anterior se desprende que hay que reconocer la naturaleza política del control del tabaquismo, y actuar en consecuencia para que esta política se extienda. En un contexto democrático, su legitimidad es evidente: se trata de la regulación por los poderes públicos, en pro del bien general, de determinados aspectos de la promoción y venta del tabaco. No es algo especial: la naturaleza de la regulación sobre venta a menores es idéntica a la que se produce limitando el uso de armas o de vehículos de motor a los menores de edad. La regulación sobre consumo en lugares públicos cerrados no es conceptualmente distinta a la que se produce cuando se limita el uso de otros productos de consumo, como el alcohol en quienes conducen vehículos de motor. Otros productos como los medicamentos también se sujetan a limitaciones acerca de su promoción. Por lo que respecta a las políticas fiscales, son de tipo similar a las que se aplican ante otros productos como las gasolinas o los alcoholes. Finalmente, es habitual que los poderes públicos favorezcan o desincentiven determinadas prácticas de la población para mejorar su salud (como es el caso del deporte o el consumo de determinados alimentos). No se trata, como pretende invocar la industria, de una oposición entre fumadores y no fumadores, ni de un debate sobre tolerancia e intransigencia¹⁹. Se trata de establecer límites al consumo de tabaco en lugares públicos cerrados por motivos de seguridad y salud pública, y de regular las prácticas de promoción de una industria, que de otro modo desarrolla prácticas

contrarias a los intereses sociales. Hay que destacar que la regulación del tabaquismo suscita un muy amplio apoyo social. La abrumadora mayoría de los no fumadores la desea, y una mayoría de fumadores la acepta: dos de cada tres fumadores dicen en las encuestas que quisieran dejar de fumar, y aprecian las oportunidades de reducir su consumo. Además, la protección de la infancia y de los menores de edad frente al tabaco suscita un amplio consenso social.

Las normativas aprobadas han de cumplirse. Actualmente, los dispositivos para velar por su cumplimiento son débiles. Aunque han permitido progresos claros, en muchas ocasiones se incumplenen^{20 21}. Es evidente que la aplicación de una normativa que limita algunos comportamientos o prácticas suscita alguna reticencia por algunos sectores afectados, por minoritarios que sean. Situaciones comparables se han planteado con la normativa sobre alcohol y conducción, uso del casco por motociclistas en el medio urbano, o determinadas normas de protección del medio, cuyo cumplimiento tardó en ser aplicado. Probablemente los factores clave en esta dinámica sean la indefinición sobre el organismo responsable de velar por la aplicación, y la percepción de que existe rechazo social a la normativa. Sin embargo, el cumplimiento de estas normas no puede dejarse sólo a la dinámica social: hacerlo así lleva a la larga a generar enfrentamientos personales en situaciones enquistadas. En nuestro país tenemos diversas experiencias de interés desarrollando programas locales de apoyo al control del tabaquismo en situaciones concretas, como centros sanitarios²², educativos²³ y deportivos²⁴, con resultados positivos, y que deberían extenderse. También se han desarrollado programas de apoyo al proceso de dejar de fumar dirigidos a la población general, y también específicamente a determinados sectores de población con mayor influencia social, que pueden ampliarse^{25 26}. Hace falta un apoyo decidido y una mayor coordinación de estas iniciativas. De hecho, la inexistencia

de espacios de coordinación de las iniciativas existentes en España explica el desarrollo lento de las acciones de prevención y la debilidad relativa de las políticas públicas de control del tabaquismo. La creación del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, que agrupa ya a múltiples organizaciones profesionales y científicas para trabajar en este campo, ofrece nuevas oportunidades para progresar. Es de desear la incorporación a este proceso de organizaciones como la Asociación Española Contra el Cáncer, y de organizaciones ciudadanas y de consumidores. Paralelamente, la consolidación de una red europea para la prevención del tabaco (*European Network for Smoking Prevention*), con sede en Bruselas y representación de los Comités o Coaliciones de los diversos países, permite esperar una mayor coordinación de las acciones en el marco de la Unión Europea.

9. Referencias bibliográficas

-
- ¹ González J, Rodríguez F, Martín JM, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 15-8.
 - ² Ortiz F. Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar. Caracas: Biblioteca Ayacucho. 1978.
 - ³ Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking. Washington DC: EPA DOC 600/6-90/006F, 1992.
 - ⁴ Salvador T. Tabaquismo. Madrid: Aguilar, 1996.
 - ⁵ Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996.
 - ⁶ Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Se puede lograr: una Europa libre de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
 - ⁷ González JM, Romero A. Legislación antitabáquica comparada. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 137-9.
 - ⁸ Villalbí JR. Tabaquismo. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ (Eds) *La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SESPAS y SG Editores, 1995; 83-9.
 - ⁹ Arévalo R, Banegas JR, Biglino L, Espiga Y, Esteban S, Fernández-Mayoralas G et al. Encuesta nacional de salud 1993. *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 121-78.

¹⁰. 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 Clín Esp* 1996; 196: 359-64.

¹¹. European Bureau for Action on Smoking Prevention. Statistics. *Smoking Prevention* 1995; 27: 17-9.

¹². Report from the Commission to the Council on the common organization of the market in raw tobacco. Brussels: Commission of the European Communities, 1996.

¹³. Cabezas C. La publicidad del tabaco en España. *Aten Primaria* 1993; 12: 245-6.

¹⁴. Barciela F. Hacienda, decidida a combatir el contrabando. *El País*, domingo 19 de enero de 1997, Supl Negocios, pág 11, cols 1-5.

¹⁵. Mendoza-Berjano R, Sagrera-Pérez MR, Batista-Foguet JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994; 181-301.

¹⁶. Lee PR, Silver GA, Benjamin AE. Health policy and the politics of health. In: Last JM, Wallace RB (Eds) *Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine* (13thEd). London: Prentice Hall Internacional, 1992; 1165-72.

¹⁷. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Manifest d'experts sobre el fumador passiu i la publicitat de les companyies tabaqueres. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1996.

¹⁸. Editorial. Publicidad del tabaco. *ABC* (Madrid) 26 de mayo de 1994.

-
- ¹⁹. González-Svatetz CA. No al tabaco, sí a la vida. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 141-2.
- ²⁰. Anónimo. Se fuma poco en lugares públicos. *Eroski* 1990; 139: 8-11.
- ²¹. Serra-Pujadas C, Bonfill-Cosp X, López-Clemente V. Consumo y venta de tabaco en lugares públicos: evaluación del grado de cumplimiento de la normativa vigente. *Gac Sanit* (en prensa).
- ²². Batlle E, Boixet M, Agudo A, Almirall J, Salvador T. Tobacco prevention in hospitals: long-term follow-up of a smoking control programme. *Brit J Addiction* 1991; 86: 709-17.
- ²³. Villalbí JR, Ballestín M. Developing smoking control policies in schools. *Health Promotion Internacional* 1994; 9: 99-104.
- ²⁴. Villalbí JR, Ballestín M, Piha T, Serra L, Saltó E, Salleras L et al. Evaluation of the smoke-free Olympics project. *Promotion & Education* 1994; 1: 10-3.
- ²⁵. 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: 35-7.
- ²⁶. Sánchez-Agudo L, Salvador-Llivina T. Tratamiento del tabaquismo controlado a distancia en médicos. Resultados preliminares. *Arch Bronconeumol* 1989; 25 (Supl): 6.