

La legislación frente al tabaco en España: Logros y carencias



*Un análisis retrospectivo de 30 años de
normativa española frente al tabaco.*

*Y un llamamiento a perseverar en las
políticas públicas en relación con la
primera causa evitable de enfermedad
en nuestro país.*

Coordinadores
Santiago Cervera Soto.
José Martínez Olmos.

Índice.

- 01, *Presentación.*
Pág. 05
- 02, *El principal problema de salud de las sociedades desarrolladas.*
Pág. 15
- 03, *La efectividad regulatoria.*
Pág. 41
- 04, *La voz de los profesionales.*
Pág. 51
- 05, *Lo que queda por hacer.*
Pág. 75

Monografía editada por [Healthy Numbers Consulting](https://www.healthynumbers.es) | [healthynumbers.es](https://www.healthynumbers.es)



Este trabajo ha contado con la colaboración de [Pfizer España](https://www.pfizer.es), sin intervención en sus contenidos. | [pfizer.es](https://www.pfizer.es)





01, Presentación.

01, Presentación

El desarrollo de políticas de salud pública y la generación de actuaciones sanitarias tendentes a la prevención de las enfermedades son activos de una gran importancia para el bienestar de la sociedad. Mediante el conocimiento exhaustivo de las bases científicas de las enfermedades y de los factores determinantes de la salud han surgido, y seguirán surgiendo, acciones que muy a menudo se ven enmarcadas en políticas públicas cuyo objetivo esencial es el beneficio en la salud general de la población.

Por eso, la identificación y el conocimiento de los factores de riesgo evitables que intervienen en la etiopatogenia de las enfermedades es una de las mayores

contribuciones que ha hecho la ciencia a la mejora de la salud de personas y poblaciones. Porque establecido el mecanismo mediante el cual un determinado hábito o circunstancia ambiental puede conducir a un trastorno, la consecuencia lógica es promover las medidas que impidan que esta concatenación llegue a ocurrir.

En la construcción de estas actuaciones, cuyo nacimiento es siempre el conocimiento científico y cuyo fin último consiste en la protección efectiva de la salud de los ciudadanos, participan siempre, y de forma muy comprometida, los profesionales sanitarios en sus muy diversas dedicaciones. Pero además de esta base fundamental, esencialmente técnica, también puede

necesitarse el desarrollo de procesos más amplios de decisión social instados desde el ámbito político. Ejemplos clásicos de ello son las normativas de higiene y desinfección que combatían las enfermedades transmisibles hace unas décadas, o las más recientes relativas a la seguridad alimentaria y la calidad nutricional, por poner sólo unos casos significativos. En definitiva, la historia de la convivencia humana y la civilización es también la historia de la aplicación de criterios comunitarios para la defensa de la salud de las personas.

En nuestra sociedad existe un determinado consenso -seguramente más tácito que explícito- que establece una cierta gradación en las medidas que se deben adoptar

ante un factor de riesgo evitable. Inicialmente se confía casi todo a la información, asumiendo, a veces con cierta ingenuidad, que si las personas son conscientes de qué factor resulta nocivo para su salud orientarán libremente sus decisiones hacia el beneficio particular que pueden obtener de ese conocimiento, estableciendo un comportamiento coherente. Así, muchas de las estrategias de prevención actuales consisten en difundir y promover aquellos estilos de vida que se consideran más saludables, por ejemplo los relacionados con los autocuidados, la correcta detección de síntomas, la alimentación equilibrada o la práctica regular de ejercicio físico.

Pero la realidad demuestra que este sencillo principio -información conlleva cambios en el comportamiento- no siempre opera de manera satisfactoria, porque en numerosas materias se constatan pautas de comportamiento, algunas muy asentadas, que representan hábitos personales y sociales que se siguen cualificado como perniciosos para la salud. Este es el caso específico del mantenimiento de unas elevadas tasas de consumo de tabaco durante décadas, a pesar de que también desde hace décadas se informa de la relación entre este consu-

mo y un número creciente de patologías, muchas de ellas mortales o severamente incapacitantes.

Es entonces cuando aparece el espacio de la regulación explícita y se pone a actuar a la normativa, en sus diversos rangos imperativos.

A lo largo de la historia hay muchos ejemplos de este iter actitudinal. Algunos de ellos se refieren a las normas de higiene pública que se establecieron para evitar la progresión de las enfermedades transmisibles, como la tuberculosis de principios del siglo XX, cuando se emplearon normas explícitas y coerciones sancionadoras. También como ejemplo, y en el ámbito de las enfermedades no transmisibles, los países más desarrollados y democráticamente legitimados ha asumido progresivamente la posibilidad de establecer niveles máximos de determinados componentes en los alimentos, aceptado el hecho de que para prevenir algunos consumos nocivos no es suficiente sólo con informar de su presencia en los etiquetados, dejando al albur del consumidor que pueda optar por unos u otros productos. También es sobradamente conocido que las administraciones estable-

cen reglas relacionadas con las emisiones a la atmósfera de vehículos e instalaciones industriales, conscientes de que es la única manera de conciliar el interés general con el particular.

La gama de regulaciones, como es sabido, es amplia en sus diferentes categorías, y en ella podemos encontrar figuras como los incentivos positivos o adversos, las exacciones fiscales, las coerciones o las mismas prohibiciones.

La regulación legal, por tanto, es un instrumento al alcance de las políticas de salud pública, y en muchos casos constituye una opción no sólo legítima, sino indiscutiblemente conveniente. En esta idea hay un amplio consenso social y político: en el estado democrático, la defensa de la salud pública puede (y debe) hacerse también mediante el establecimiento de prescripciones emanadas de la confluencia entre el adecuado análisis de un problema, con una correcta base científico-técnica, y los instrumentos de autoridad normativa que en cada caso corresponda utilizar.

El consumo de tabaco es la primera causa de morbi - mortalidad en España. Es decir,

“

Sin paliativos, fumar es la primera causa de enfermedad y muerte por enfermedad, un innegable origen de sufrimiento, mucho más allá de lo que cualquier estadística pudiera traducir en cifras.

la primera causa de enfermedad y de muerte por enfermedad. Sin paliativos, fumar es un innegable origen de sufrimiento, mucho más allá de lo que cualquier estadística pudiera traducir en cifras. Y por eso constituye uno de los principales retos de cualquier política sanitaria sensata y responsable.

Fumar es también, como resulta obvio, un consumo legal e incluso social, que tiene presencia en múltiples espacios convivenciales, y que de una u otra manera forma parte de muchas referencias personales, sociales, familiares, culturales o laborales.

Podemos asumir que teóricamente todo fumador ha recibido sobrada información sobre las consecuencias de su hábito para sí y para su entorno, y es consciente del daño que cada cigarrillo puede producir en él mismo y en quienes le rodean. Sin embargo, no por ello ese mismo fumador deja de ejercer una decisión aparentemente voluntaria de consumo, cajetilla tras cajetilla. Esta es una de las representaciones más obvias de la adicción que produce la nicotina y otros componentes del tabaco, y la demostración de que estamos ante un asunto en el que no sólo cabe apelar al convencimiento personal para dejar de

fumar, sino que requiere actuaciones más amplias.

Resulta evidente, pues, reconocer que hace ya mucho tiempo que sobrepasamos esa etapa en la que confiábamos en la mera información para alentar la reducción del consumo y los daños asociados, y también hace ya tiempo que llegó el momento de la normativa, la legislación y las medidas proactivas en beneficio de los propios fumadores, activos y pasivos, y de la sociedad en su conjunto.

Esta monografía pretende ofrecer una valoración retrospectiva, pero creemos que de indudable interés actual, sobre cómo ha sido el devenir regulatorio en relación con el tabaco en los últimos 30 años en España.

Fue justo hace tres décadas cuando el entonces Ministro de Sanidad Julián García Vargas rubricó el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población; primera vez en nuestra normativa en la que se reconocen daños para la salud derivados del consumo del tabaco para los fumadores y también para los no fumadores, vinculados a su presencia

en ambientes donde se fuma. Es también la primera ocasión en la que se declara al tabaco como sustancia nociva.

La intención última de este trabajo es servir como referencia de cuáles han sido aquellas estrategias que se han puesto en marcha basadas en sucesivos sustentos normativos, qué traslación social han tenido y cuál ha sido su contribución general a la salud de los españoles a través de la inherente reducción de la incidencia de determinadas patologías.

Pero también se pretende aprovechar ese análisis retrospectivo para ponderar cuáles son las estrategias o líneas de trabajo que no han tenido la adecuada traslación a la realidad de los hechos, y qué refuerzos son necesarios de aquí en adelante para continuar en una progresión solvente de disminución del consumo de tabaco, readaptando actuaciones y acompasándolas con los valores sociales prevalentes.

A pesar de los importantes avances en la lucha frente al tabaquismo quedan pendientes retos recurrentes, al tiempo que aparecen desafíos nuevos. Cuestiones como la prevención eficaz del hábito

para evitar que más personas se inicien en el consumo de tabaco (en especial los jóvenes); la correcta organización de la deshabituación tabáquica para favorecer que quienes toman la decisión de dejar de fumar ganen la batalla a su dependencia; la más amplia protección de la salud de las personas no fumadoras; la adaptación de las estrategias a los grupos más vulnerables o los que menos se están beneficiando de las medidas más generales; o la extensión de nuevas políticas de salud pública más efectivas, son líneas de acción que requieren renovados esfuerzos colectivos, y que sirvan para perfeccionar las estrategias actuales construídas con la base de las evidencias científicas y el compromiso de la política sanitaria.

Se da la circunstancia de que quienes hemos coordinado esta monografía, aunque es notorio que tenemos un pensamiento político diferente, pudimos coincidir en muchos planteamientos comunes a lo largo del proceso legislativo que condujo a la aprobación de la Ley 42/2010, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, la que ahora constituye la principal referencia legal y regulatoria en nuestro país en relación con este problema, y que en muchos sentidos

compendió y perfeccionó todo lo hecho hasta ese momento frente a este problema.

Aquel fue un trabajo que implicó la iniciativa normativa del Gobierno al que pertenecía José Martínez Olmos como Secretario General de Sanidad, que bajo el impulso de ministras como Salgado, Jiménez y Pajín, y la colaboración de diversos altos cargos de la época, desembocó en un procedimiento legislativo relevante y decisivo para la adopción de las medidas más convenientes frente a este problema. En él participó entonces como diputado ponente en la Comisión de Sanidad del Congreso y coordinador del área de políticas sociales del Grupo Parlamentario Popular Santiago Cervera.

Probablemente fue un momento transformador, por la amplia implicación social que se quería conseguir frente a este problema, y del que se recordará también la resonancia social que tuvieron algunas peticiones que se hicieron llegar a los legisladores, incluso en forma de vaticinios catastrofistas. Fue, sin duda, un proceso legislativo sometido a condicionantes de muy diverso origen, complejo por sí mismo y por las circunstancias políticas que vivía el país, y

en el que hubo que tener siempre presente lo que la ley en tramitación podía aportar en términos de mejora de la salud y el bienestar de los españoles.

Pero de todo aquello, tal vez sea mucho menos conocido el marco de franqueza actitudinal y colaboración parlamentaria con el que se trabajó el proyecto de ley, en un estilo político consensual animado por el Gobierno y en el que sin duda coincidieron todos los partidos representados en aquella Comisión de Sanidad y en la ponencia que posteriormente trabajó las enmiendas, que a la postre fue capaz de generar un dictamen unánime. Sería necesario citar a muchos otros miembros de aquella Comisión, como su presidente Gaspar Llamazares y algunos portavoces como Mario Mingo, Pilar Grande, Conxita Tarruella o Uxe Barkos.

Cuando alguien tiene la responsabilidad de proponer o tramitar una ley ha de tomárselo como una encomienda en la que se exige la mejor actitud y las mejores ideas. Pero mucho más si de lo que se trata es de hacer una norma relevante en el ámbito de la salud pública, en la que forzosamente habrá que establecer consensos muy amplios

que ofrezcan sólido soporte a directrices que afectan a espacios convivenciales o, incluso, hayan de establecer restricciones explícitas, ordenando la conducta social e incluyendo algunas prescripciones relativas a la libertad individual.

Además, se hace necesario prever unos efectos proporcionales a los medios y medidas que se hayan previsto, de manera que todo lo que acabe publicado en el BOE pueda tener un impacto real en términos de promoción de la salud.

Seguramente el trabajo sanitario es uno de los pocos en los que hay una costumbre de medir y evaluar, aplicando conceptos como el de efectividad o coste efectividad, que son abrumadamente desconocidos en otros sectores de las políticas públicas. Por ello, calibrar con solvencia cuáles han de ser las regulaciones que una ley sobre el consumo del tabaco haya de establecer es una tarea que no sólo incumbe a los modelos ideológicos, sino que demanda prestar mucha atención a la evidencia científico-técnica disponible, y atender con sincero compromiso la opinión de profesionales y expertos.

“

A pesar de los importantes avances en la lucha frente al tabaquismo quedan pendientes retos recurrentes, al tiempo que aparecen desafíos nuevos.

El sentido que le queremos dar a esta monografía es, por tanto, triple.

Por una parte nos ha parecido una buena oportunidad para recoger, siquiera sea de manera esquemática, cómo ha sido el transcurso normativo de España en los últimos años en relación al tabaco, cuáles son las normas que han regulado, directa o indirectamente, su consumo, y qué visión de conjunto ofrece el modo en el que han evolucionado los cambios sociales junto a las normas legales en esta materia.

Comprobaremos aquí la diversidad de abordajes, como los referidos a las normas de publicidad o difusión de mensajes en los medios de comunicación social, las acciones de tipo fiscal, o las normativas generadas desde ópticas más holísticamente sanitarias. Esta diversidad no responde a otra cosa que a la capacidad de dictar normas en función de las evidencias científicas disponibles en cada momento, pero también a los consensos sociales que son imprescindibles a la hora de asentar y aplicar los contenidos de dichas normas legales.

En segundo lugar, resulta inevitable recapitular y ofrecer una evaluación, siquiera sea a título de opinión cualificada, de lo que ya se ha conseguido, del beneficio social derivado de la regulación, incluso de los efectos más constatables en la salud de las personas que se ha logrado como fruto de la acción legislativa.

No pretendemos ofrecer un análisis metodológico de carácter epidemiológico, porque no es esta la finalidad de este trabajo, pero sí mostrar algunas de las referencias ya publicadas y que consideramos más representativas del posible impacto en la realidad de la salud de los españoles de lo que un día se estableció en la normativa común.

La tercera parte se anima a señalar aquellas líneas de trabajo que aún no han tenido todo el desarrollo que debieran, bien porque en un momento determinado se enunciaron pero luego no obtuvieron la misma prioridad que otras, o bien porque son espacios en los que todavía no se ha generado la adecuada dinámica para la decisión.

Queremos que este trabajo no sea sólo una remembranza, sino especialmente una llamada de atención hacia lo mucho que se sigue demandando en materia de reducción de la actual tasa de consumo de tabaco, todavía inaceptable.

Pero para todo ello, en este documento queremos actuar, básicamente, como coordinadores editoriales de un conjunto de opiniones que hemos ido a buscar en ámbitos profesionales relacionados con la lucha contra el tabaquismo. Durante el proceso legislativo del que junto a otros muchos de alguna manera fuimos co-protagonistas tuvimos muy en cuenta este tipo de opiniones, y creemos sinceramente que fue gracias a la comunidad profesional en torno a los valores de la salud pública como se pudo dotar de mayor fortaleza argumental a lo que se hizo desde los escaños. Fue, en definitiva, lo que permitió disponer de una ley más solvente y adecuada a su finalidad. Por eso también ahora parece conveniente tomar en cuenta opiniones cualificadas de los profesionales como referencia de los logros y carencias que en este trabajo queremos exponer.

Somos conscientes de que nos aventuramos a una valoración no muy común. Durante el último proceso legislativo se

elaboró una ley llamada a ordenar comportamientos personales y sociales, pero que también establecía un determinado rango de prioridad y dedicación de recursos al problema del tabaquismo en nuestro país dentro de nuestra política sanitaria. Queremos que este documento sirva para alentar sucesivas actuaciones, reforzar las que no se hayan desarrollado satisfactoriamente, e iniciar algunas nuevas, dando mayor prioridad a las estrategias que conduzcan a la reducción de la tasa de consumo de tabaco de una manera más acelerada y progresiva.

En Salud Pública hay un principio que establece que no es posible imponer medidas de corrección que no sean factibles, socialmente asumibles y sostenibles en el tiempo. Precisamente la mayor contribución que queremos generar con este trabajo es la referencia de cómo hemos avanzado en este empeño, qué niveles de aceptabilidad y efectividad han tenido las normas que un día se promulgaron, y cómo prever nuevos avances en este importante objetivo para la salud poblacional de nuestro país.



Hemos solicitado la opinión a cerca de una veintena de profesionales, que hemos seleccionado por ser personas de las que constaban claras referencias en esta materia.

Un apunte sobre la metodología utilizada.

Como ya se ha dicho, una parte muy relevante de esta monografía se basa en recoger las opiniones de los sectores profesionales más solventes y más activos en la lucha contra el tabaquismo, que constituyen no sólo un valiosísima referencia científica sino que aportan constantemente el impulso necesario para la actuación de la política sanitaria.

Para ello, hemos solicitado la opinión a cerca de de una veintena de profesionales, que hemos seleccionado por ser personas de las que constaban claras referencias en esta materia. Es evidente que no están todos los que son, pero creemos que el grupo es plenamente representativo del consenso científico y profesional en la materia. Pedimos disculpas por anticipado si no hemos recabado la opinión de quienes se haya sentido con igual interés que los presentes en manifestarnos su opinión.

Para poder recoger la opinión de este grupo profesional utilizamos un cuestionario

abierto, remitido por correo electrónico junto con una detallada explicación de la intención de este trabajo y unas normas explícitas de utilización de las respuestas.

A tal efecto, pensamos que sería conveniente estructurar el cuestionario en dos partes: una que pueda ser elaborada posteriormente por los autores para describir los puntos de consenso o discrepancia, y en la que no se haría constar la autoría de cada opinión (por razones de método y economía expositiva), y otra en la que sí proponemos que se nos ofrezca una opinión que pueda ser plasmada de manera íntegra y rubricada por cada profesional, para su constancia literal.

Ninguno de los profesionales consultados ha recibido ningún tipo de contraprestación por su participación en este trabajo, y el listado de quienes han contestado a nuestras preguntas, en número superior la veintena, consta en un anexo de esta publicación.

Queremos agradecer el esfuerzo y dedicación de cada uno de ellos por sus opiniones profesionales; a todos quienes han hecho posible el desarrollo de este trabajo y le

han prestado soporte; y a partir de su publicación, a quienes colaboren en su difusión posterior y ofrezcan su receptividad en el empeño de construir una sociedad con el menor número de fumadores que sea posible.

Santiago Cervera Soto.

Licenciado en Medicina.

Ex-Consejero de Salud de Navarra y ex-Diputado en el Congreso.

José Martínez Olmos.

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública (en excedencia), Senador por Granada y ex-Secretario General de Sanidad.





02, El principal problema de salud de las sociedades desarrolladas.

02, El principal problema de salud de las sociedades desarrolladas.

De lo científico a lo político.

En 11 de enero de 1964, el Director General de Salud Pública de Estados Unidos, Luther Terry, informó a la opinión pública, por primera vez en la historia, que fumar producía cáncer y determinadas enfermedades cardíacas, y que por tanto era una causa comprobada de muertes evitables. El informe que se presentó oficialmente ese día consideró más de 7.000 artículos científicos publicados previamente, expositivos de la evidencia sobre los efectos nocivos del hábito de fumar, constataciones acumuladas durante las décadas de 1930, 1940 y 1950.

Aquel informe detalló las principales consecuencias perjudiciales para la salud que tenía el consumo de tabaco. El hábito se determinó como el responsable de un aumento del 70 por ciento en la tasa de mortalidad de los fumadores en comparación con los no fumadores. También se estimó que los fumadores promedio tenían un riesgo nueve a diez veces mayor de desarrollar cáncer de pulmón en comparación con los no fumadores, y que los fumadores empedernidos tenían al menos un riesgo veinte veces mayor. El reporte oficial también mencionó el tabaquismo como la causa más importante de bronquitis crónica y señaló una correlación entre el tabaquismo y el enfisema y la enfermedad coronaria.

Desde aquel momento, ningún problema ha preocupado más a los responsables de salud pública de los países occidentales.

Esa aportación, y todas las sucesivas sobre la misma materia, alertaron sobre el riesgo para la salud que tenía el hábito de fumar, y han hecho cambiar la perspectiva sobre el problema del tabaco, transformándolo de un asunto de mera elección individual a uno de dimensión epidemiológica y salud pública.

Se puede decir, por tanto, que también desde aquel momento se asumió - de forma tácita al principio, más explícita después - una apelación a los poderes públicos en relación con la adopción de medidas que

tuvieran como objetivo la reducción del número de fumadores y la protección a la población de los efectos del tabaco.

El propio informe proclamó que *“el tabaquismo es un peligro para la salud de suficiente importancia como para justificar medidas correctivas apropiadas”*, y trasladó al espacio político la responsabilidad de establecer las estrategias más convenientes. El consumo de este producto pasaba a ser considerado un factor no sólo pernicioso, sino que había que intentar evitarlo proactivamente para prevenir la aparición de enfermedades y la generación de muerte por enfermedad.

Convendría recordar que en los Estados Unidos fumar todavía era considerado como una cuestión de elección personal y en todo caso un riesgo de dimensión particular, no algo que constituyera un fenómeno de impacto comunitario, que podía afectar al bien común y que por tanto justificara una determinada política pública. En aquel entorno social, el derecho a fumar fue defendido como parte de la prerrogativa de todos los individuos para manejar sus propias vidas. Dado que la decisión de fumar sólo podría perjudicar

a uno mismo, y no a los demás, el hecho de fumar no debería regularse, afirmaban los detractores de la intervención pública.

Resulta por eso interesante conocer cuales fueron los principales hitos en la historia legislativa norteamericana en relación con el tabaco, porque esta ha sido seguramente la sociedad que más precozmente se ha enfrentado a esta amenaza y la que ha anticipado no sólo las medidas adoptadas, sino buena parte de los debates sociales asociados a la generación de las mismas.

Así, y como mero resumen, se puede reseñar que en julio de 1965 -sólo veinte meses después del informe del Surgeon General- el presidente Johnson promulgó una ley que exigía que cada paquete de cigarrillos estuviera etiquetado con la advertencia *“Precaución: fumar cigarrillos puede ser peligroso para la salud”*.

En abril de 1970 el Congreso de Estados Unidos aprobó la normativa que prohibía la publicidad de tabaco en la televisión y la radio, que entró en vigor un año después. En enero de 1979 se restringió el consumo en todos los edificios federales en los Estados Unidos, y en febrero de 1990 se

prohibió en todos los vuelos de aerolíneas comerciales de EE. UU. En mayo de 1994 Mississippi se convierte en el primer estado en demandar a la industria tabaquera para resarcirse de los costos sanitarios derivados de las enfermedades relacionadas con el tabaco. En enero de 1995 California es el primer estado que prohíbe fumar en el lugar de trabajo. El 20 de noviembre de 1998 la industria del tabaco acuerda pagar más de doscientos mil millones de dólares como compensación por daños causados, como parte de un acuerdo con 46 estados. En enero de 2009, el Congreso aprueba el mayor aumento en el impuesto federal a los cigarrillos, y ese mismo año se adopta la histórica decisión de otorgar a la FDA la capacidad de regular los productos de tabaco dentro de sus competencias como agencia pública.

Este recorrido, evidentemente esquemático, sí es capaz de mostrar con bastante definición una graduación en las estrategias utilizadas. Las primeras aproximaciones en la pretensión de reducir el número de fumadores consistían fundamentalmente en apelar a la conciencia de los propios consumidores, con la señalización de los riesgos en las cajetillas, tal vez esperando

que el incremento de información proporcionada sobre los efectos perniciosos del tabaco pudiera afectar a la voluntad de dejar el hábito.

Esta pretensión se demostró muy ingenua con el paso del tiempo, en la medida en que se fueron conociendo las raíces profundas -en lo neurológico y lo psicológico- de la adicción que causaba el tabaco, e incluso, años después, la deliberada pretensión de los productores de cigarrillos de incorporar en las labores sustancias que aumentarían y modularían esa adicción, lo que posteriormente daría lugar a los procesos jurisdiccionales que condujeron a establecer compensaciones millonarias hacia los poderes públicos responsables de la salud pública y la asistencia sanitaria.

En un paso posterior, las autoridades trataron de incidir más específicamente en la protección del no fumador. Es la estrategia que comúnmente se denomina como de espacios sin humo, y que es capaz de generar dos tipos de efectos. Uno, el más inmediato, libera al no fumador de tener que exponerse al agente nocivo, y otorga preponderancia explícita a sus derechos sobre los del fumador. Pero además, al

delimitar espacios en los que se puede o no fumar, también genera un efecto de desaparición del consumo en lugares de dominio público, y con ello facilita la auto-limitación de los efectos de inducción del hábito. Incluso, en un tercer término, sirve para trasladar un mensaje social amplio sobre la necesidad de combatir y proscribir este consumo, mediante el mecanismo que algunos denominan “desnormalizar”.

Más recientemente, y siguiendo con la referencia norteamericana, se establecieron medidas que pretendían limitar la operativa de las industrias tabaqueras, mediante acciones que redujeran significativamente su rentabilidad -como la obligación de pagar compensaciones con cargo a sus beneficios por el daño generado por los productos que comercializan-, el aumento de las imposiciones tributarias -algo que incide en la posibilidad de adquisición del tabaco por el consumidor, especialmente en determinadas rentas y edades-, así como mediante un exhaustivo control de los componentes de los cigarrillos, hasta desembocar en la asignación a la FDA de la responsabilidad sobre el control de estos productos, en una pretensión de que éste sea cada vez más estricto.

Como dato de referencia, podemos decir que las tasas de fumadores en Estados Unidos eran de entorno al 42% hace cincuenta años, y que actualmente son de aproximadamente un 15%.

En España.

Se puede considerar al Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, como la primera pieza normativa de singular relevancia en las políticas de alcance general contra el tabaco.

Justamente este año se han cumplido treinta desde su promulgación. En él se estableció por primera vez que el consumo de tabaco es considerado como “uno de los principales agentes causales de morbilidad y mortalidad en la población adulta”.

Su primer artículo era específicamente definitorio:

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.2 de la Ley General de Sanidad, se declara al tabaco

sustancia nociva para la salud de la persona. En consecuencia, en caso de conflicto prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir labores de tabaco en todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse al derecho a la salud de los primeros, conforme a los términos del presente Real Decreto.

Podemos establecer un cierto paralelismo en las intenciones que ha recogido la normativa española en relación con el tabaco respecto a las que se han empleado en otros países, como las que se han citado en relación a los Estados Unidos. En ningún caso se trata de una traslación mimética, pero sí se puede constatar que el camino es igualmente progresivo, y que abarca medidas de diversa índole, desde las más apelativas a la responsabilidad del fumador para con su salud -estableciendo que se le faciliten mayores niveles de información, o generando campañas de intención preventiva-, hasta las encaminadas a intervenir en el mercado y el comercio de tabaco -paradigma de ello son las exacciones fiscales,

acertadamente incluidas en nuestro país en el apartado de “impuestos especiales”- o aquellas que tienen un componente más salubrista, la evitación de la exposición a la combustión del cigarrillo mediante el establecimiento y la extensión de los espacios sin humo. En tiempos más recientes, la legislación ha propuesto mayores niveles de compromiso del sistema sanitario hacia el problema del tabaquismo, mediante la adopción de estrategias asistenciales que incluyen la posibilidad de aplicar -ergo, financiar- tratamientos de deshabituación dentro de la cartera de servicios.

Los gráficos que acompañan al presente texto compendian la principal de la normativa sobre el tabaco que se ha promulgado en nuestro país en los últimos treinta años, y corresponde a una elaboración propia de los autores de este trabajo tomando como base la información de fuentes directas de legislación y las recopilaciones ya publicadas por el Ministerio de Sanidad y determinados trabajos científicos.

Este listado no tiene carácter exhaustivo, puesto que existen otras normativas que de manera indirecta pueden afectar al problema del consumo del tabaco en sus diversas

dimensiones -económicas, publicitarias, incluso agrícolas-, pero sí es un compendio suficientemente completo como para valorar y percibir retrospectivamente el discurso normativo que nuestro país ha tenido en los últimos años. No se recogen, por ejemplo, determinadas decisiones impositivas sobre impuestos aplicables al tabaco, que durante una época eran establecidos por los sucesivos Presupuestos Generales del Estado. Tampoco hacemos mención de las leyes o reglamentos aprobados por las Comunidades Autónomas, y no por que no tengan una gran importancia, sino por el carácter territorialmente limitado de sus efectos.

Gráfico 1

Principal normativa española en relación al tabaco.



MINISTERIO
DE SANIDAD



OTROS
MINISTERIOS

Marzo 1988

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

Primera ocasión en la que la normativa española reconoce daños para la salud derivados del consumo del tabaco por fumadores y por no fumadores vinculados a su presencia en ambientes donde se fuma.

Se declara al tabaco como sustancia nociva.

Advertencia en las cajetillas.

Exigencia de información sobre contenidos y aditivos.

Prohibición de venta en establecimientos sanitarios y educativos.

Prohibición de venta a menores de 16 años, extensiva a productos que imiten o induzca el consumo.

Prohibición de fumar en determinados transportes (según utilización de asientos), centros escolares.

Separación de áreas de fumadores en otros transportes.

Restricciones en ámbitos laborales (sanitarios, administración, elaboración de alimentos).

Prohibición en ciertos locales.

Principio de separación de zonas de fumadores / no fumadores.

Noviembre 1988

MINISTERIO DE PRESIDENCIA

Ley 34/ 1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

Prohibición de publicidad de tabaco y alcohol en TV y lugares en los que no se permita la venta.

Principio de eliminación de los mensajes para estos productos.

Mayo 1992

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 510/1992, de 14 de mayo, por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco y se establecen determinadas limitaciones en aeronaves comerciales.

Normas sobre etiquetado y presentación de cajetillas.

Diciembre 1992

MINISTERIO DE HACIENDA

Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales, normas reguladoras.

Asignación del tabaco al régimen de impuestos especiales.

Junio 1994

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 1185/1994, de 3 de junio, sobre etiquetado de productos de tabaco distintos de los cigarrillos y por el que se prohíbe determinados tabacos de uso oral y se actualiza el régimen sancionador en materia de tabaco.

Ampliación de exigencia de información en paquetes en todas las labores y prestaciones del tabaco.

Julio 1994

MINISTERIO DE PRESIDENCIA

Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.

Prohibición de publicidad de tabaco en TV.

Mayo 1998

MINISTERIO DE HACIENDA

Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria.

Creación del Comisionado para el Mercado del Tabaco. Liberalización del mercado. Régimen de importación, distribución y comercio.

Diciembre 1998

MINISTERIO DE PRESIDENCIA

Real Decreto 2668/1998, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto del Organismo Autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Organización del Comisionado para el Mercado del Tabaco.

Julio 1999

MINISTERIO DE PRESIDENCIA

Ley 22/1999, de 7 de junio, de modificación de la Ley 25/1994 de 12 de julio, por la que se incorpora al Ordenamiento Jurídico Español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales reglamentarias y administrativas de los Estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.

Prohibición de publicidad y tele venta.

Julio 1999

MINISTERIO DE HACIENDA

Real Decreto 1199/1999, de 9 de julio, por el que se desarrolla la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria y se regula el Estatuto Concesional de la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre.

Desarrollo de normas de liberalización del mercado.

Julio 1999

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

Prohibición total de fumar en el transporte público.

Diciembre 1999

MINISTERIO DE HACIENDA

Real Decreto 1965/1999, de 23 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de Impuestos Especiales.

Normas tributarias en el ámbito de los impuestos especiales.

Octubre 2002

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

Determinación de contenidos máximos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los cigarrillos. Refuerzo de los avisos de riesgos en las normas de etiquetado.

Diciembre 2002

MINISTERIO DE HACIENDA

Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

Régimen impositivo.

Mayo 2003

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007.

Creación de Comisión Intersectorial de Dirección del Plan Nacional de prevención y control del tabaquismo.

Composición, funciones, funcionamiento..

Enero 2004

MINISTERIO DE SANIDAD

Orden SCO 127/2004, de 22 de enero, por la que se desarrollan los artículos 4 y 6 del Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

Obligaciones de los fabricantes e importadores sobre composición.

Creación del registro de laboratorios autorizados.

Febrero 2005

MINISTERIO DE EXTERIORES / MINISTERIO DE SANIDAD

INSTRUMENTO de Ratificación del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003.

Adhesión a los principios de la OMS.

Medidas para la reducción de la oferta y la demanda de tabaco.

Por primera vez, reconocimiento de medidas para promover el abandono y la deshabituación.

Mejora de la cooperación científica y técnica entre diferentes países.

Diciembre 2005

MINISTERIO DE SANIDAD

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.

Determinación de tabaco como primera causa de morbilidad y mortalidad evitable.

Implicaciones de tipo sociosanitario.

Normativa previa considerada de “carácter disperso y asistemático”.

Restricción de la venta a determinados establecimientos.

Prohibición de venta a menores de 18 años.

Prohibición de consumo en más espacios públicos, incluso de titularidad privada.

Habilitación de zonas de fumadores en determinados espacios.

Mayores limitaciones en la publicidad (prohibición de publicidad exterior).

Elaboración de programas de prevención en colaboración con sociedades científicas y agentes sociales.

Desarrollo de programas de deshabituación tabáquica especialmente en atención primaria.

Establecimiento de un principio de coordinación y acreditación de unidades de prevención y control del tabaquismo.

Febrero 2006

MINISTERIO DE HACIENDA / MINISTERIO DE SANIDAD

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.

Autorización de venta en máquinas expendedoras situadas en kioscos en vía pública.

Reajuste de tipos impositivos.

Septiembre 2006

MINISTERIO DE HACIENDA

Resolución de 20 de septiembre de 2006, del Comisionado para el Mercado de Tabacos, referida a los mecanismos técnicos adecuados para garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco en el mercado impidan el acceso a menores, tal como establece el artículo 4 de la Ley 28/2005.

Sistemas técnicos para máquinas expendedoras.

Enero 2007

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto-Ley 1/2007, de 12 de enero, por el que se deroga la disposición transitoria quinta de 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.

Eliminación de norma previa tras procedimiento sancionador de la UE.

Diciembre 2009

MINISTERIO DE ECONOMÍA

Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.

Eliminación de restricciones relacionada con el Comisionado para el Mercado del Tabaco.

Eliminación de tasas.

Concreción de normas sobre máquinas expendedoras.

Mayo 2010

MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 639/2010, de 14 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

Obligación de informar en el etiquetado sobre contenidos de nicotina, alquitranes y monóxido de carbono.

Mayor severidad en las advertencias.

Diciembre 2010

MINISTERIO DE SANIDAD

Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que 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.

Mayores medidas de protección a la salud en espacios públicos: prohibición de fumar en locales públicos (hostelería).

Protección de trabajadores.

Transparencia en contenidos y componentes del tabaco.

Derogación del modelo de “zonas para fumadores” en espacios de uso público.

Prohibición de emisión de imágenes en TV con personas fumando.

Potenciación del acceso a tratamientos de deshabituación de eficacia y coste-efectividad demostrados, con incorporación a cartera de servicios.

Obligación de informe periódico a las Cortes Generales.

Septiembre 2011

MINISTERIO DE EMPLEO, DEFENSA, INTERIOR / MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto-Ley 14/2011, de 16 de septiembre, de medidas complementarias en materia de políticas de empleo y de regulación del régimen de actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (La Disposición adicional segunda modifica el artículo 4.b) de la Ley 28/2005 sobre la ubicación de las máquinas expendedoras de tabaco).

Adaptación sobre la ubicación de las máquinas expendedoras de tabaco.

Octubre 2011

MINISTERIO DE SANIDAD

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Establecimiento del principio de equidad y reducción de las desigualdades en salud para regir las intervenciones en Salud Pública.

Establecimiento del derecho a la información del ciudadano sobre riesgos que afectan a su salud.

Diseño de la vigilancia en Salud Pública en relación a los condicionantes sociales.

Modelo de coordinación del Sistema Nacional de Salud para la prevención de enfermedades.

Marzo 2014

MINISTERIO DE SANIDAD

Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre.

Primera regulación sobre el cigarrillo electrónico.

Septiembre 2014

MINISTERIO DE ECONOMÍA, PRESIDENCIA

Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa.

Supresión del Observatorio para la prevención del tabaquismo.



Noviembre 2014

MINISTERIO DE SANIDAD

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. TEXTO CONSOLIDADO.

Texto consolidado.

Junio 2017

MINISTERIO DE HACIENDA / MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados.

Transposición parcial de la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, en los aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y de los productos relacionados, incluyendo la trazabilidad y las medidas de seguridad de los productos del tabaco.

Noviembre 2017

MINISTERIO DE HACIENDA / MINISTERIO DE SANIDAD

Real Decreto-ley 17/2017, de 17 de noviembre, por el que 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, para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014.

Mayores restricciones para cigarrillos electrónicos.

“

Mediante los espacios sin humo se traslada un mensaje social amplio sobre la necesidad de combatir y proscribir el consumo de tabaco, a través de su “desnormalización”.

El resumen de cómo se ha actuado en España.

Si tuviéramos que aportar una suerte de ojo de halcón a la evolución normativa de estas pasadas tres décadas, podríamos afirmar lo siguiente.

Cerca de una treintena de normas.

A lo largo de estos años, las normas aprobadas en relación al tabaco son cerca de una treintena [Gráfico 2], si bien no todas se han orientado de manera directa y estratégica a proporcionar efectos en el ámbito de la salud, puesto que un número importante de ellas se refieren a dimensiones relacionadas con la fiscalidad general, la fiscalidad aplicable a las labores del tabaco, la organización del mercado de tabacos, las normas de publicidad aplicable o determinados aspectos colaterales al propio consumo.

La normativa española ha tenido procedencias ministeriales diversas.

La tabla que presentamos identifica el ministerio que actuó como origen de cada

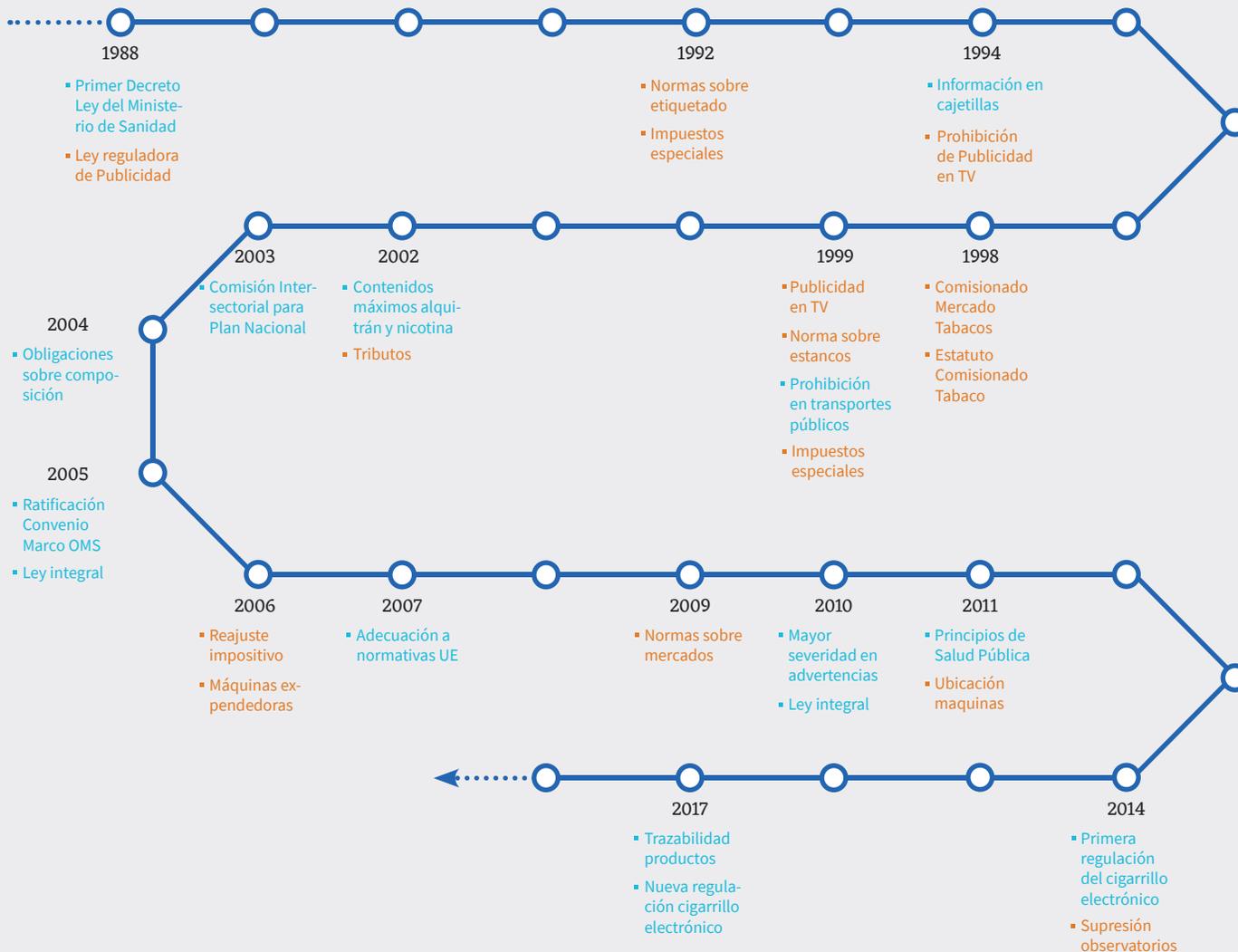
una de las normativas, y en ella podemos observar que este es un asunto en el que han intervenido departamentos diversos, como Hacienda, Presidencia o Interior, y por supuesto Sanidad.

Como es sabido, existen mecanismos funcionales orientados a proporcionar el adecuado nivel de coordinación interministerial, y con las Comunidades Autónomas y el espacio de la Unión Europea, para asegurar que con independencia del origen, los resultados satisfagan un principio de coordinación política y administrativa suficiente.

Existe un principio de progresividad.

Por progresividad entendemos la adopción de normativas que se complementan o incrementan su alcance, pero no se sustituyen directamente.

En esta materia, puede observarse que, al igual que en otros países, las normas iniciales pretendían establecer medidas de protección menos coercitivas, como la limitación de la publicidad o la inicial limitación de los espacios sin humo, con unos criterios de limitación que hoy día nos parecerían abiertamente escasos.



También al principio de este camino normativo existían planteamientos preventivistas que se fundamentaban en el principio de que generando mayores niveles de información estos operarían de forma fluida y presuntamente efectiva sobre la propia voluntad del fumador.

Posteriormente, buena parte de estas medidas se fueron intensificando, como muestra de que en las estrategias de salud pública no sólo importa la orientación del propio diseño preventivo, sino su aceptabilidad y factibilidad.

Se ha conseguido una notable aceptabilidad social, que refrenda la legitimidad de lo normado.

Al paso de la normativa, las decisiones no sólo han estado legitimadas en origen -por causa del correspondiente gobierno democrático que las adopta- sino que no se han apreciado procesos de rechazo social o falta de aceptabilidad de las sucesivas regulaciones.

Este factor es muy relevante, porque de alguna manera señala el hecho de que el legislador ha actuado con el suficiente

acierto como para no producir fenómenos de oposición social a la normativa, a veces tan habituales en otros campos, y mucho más tratándose en ocasiones de normativas limitativas de ciertas libertades individuales, aunque tuvieran la finalidad de defender lo que perfectamente podríamos calificar como de libertades civiles (como por ejemplo, no ser sometido involuntariamente a un agente patogénico).

No ha habido revisionismos legislativos y sí un consenso político tácito.

En los procedimientos legislativos que se han desarrollado tal vez puedan identificarse diferentes posturas a cargo de distintos grupos políticos y parlamentarios, como se aprecia en cada uno de los lotes de enmiendas que hayan sido presentadas en cada procedimiento, pero en ningún caso se ha producido la derogación de normativas precedentes tras un cambio de Gobierno.

Como es bien sabido, la alternancia política legitima la posibilidad de optar por medidas de diferente tipo, pero este proceso no se ha dado en el ámbito de las políticas públicas orientadas a luchar contra el tabaco.

“

Desde mediados de los años 60, ningún problema ha preocupado más a los responsables de salud pública de los países occidentales.

Afortunadamente, aunque no se haya calificado este asunto como uno de los que tradicionalmente reclaman consenso político denominado “de Estado”, este se ha producido, al menos tácitamente, a lo largo de las últimas décadas ^[1].

Las estrategias de génesis propiamente sanitaria se identifican en un número limitado de ocasiones, aunque más en los últimos periodos.

Si observamos la procedencia y el relieve y contenido normativo de las leyes y decretos compendiados, podemos observar que los momentos en los que se produce la intervención del Ministerio de Sanidad, y de manera estratégica frente al problema del tabaco, no son los más numerosos, pero seguramente sí los más significativos.

En efecto, en este periodo de treinta años,

los hitos más relevantes atinentes a la política sanitaria están constituidos por el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, y las Leyes de 2005 y 2010, ambas de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladoras de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

También en este apartado aparece, no obstante su peculiar caracterización normativa, un momento enormemente significativo, el relativo al llamado Instrumento de Ratificación del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003, que suponía la aceptación por el Reino de España -y consecuente compromiso de traslación al derecho positivo interno- de un conjunto de estrategias internacionales en la lucha

contra el tabaco instadas por la Organización Mundial de la Salud.

Es en estos cuatro momentos cuando mejor se identifican estrategias sanitarias parangonables con las que desarrollan otros países de nuestro entorno, y una ambición política -sin duda, compartida mayoritariamente en los diversos espacios de los diferentes partidos- por generar una respuesta a un problema de salud pública de tal magnitud.

Promoviendo estrategias y opciones normativas factibles.

Si tuviéramos que describir una suerte de taxonomía de lo que la legislación ha tratado en los últimos treinta años, podríamos arriesgaros a abarcar lo hecho en los siguientes grupos temáticos. [\[Tabla 3\]](#)

^[1] El único intento revisionista que se hizo explícito ante la opinión pública tuvo lugar en 2012, en relación a la normativa de 2010, cuando el empresario Sheldon Adelson presentó un proyecto para construir una zona de casinos en el sur de Madrid, y exigió a las autoridades regionales la derogación de la ley que prohibía fumar en esos establecimientos. Determinadas instancias políticas de la Comunidad de Madrid abogaron por rebajar la exigencia legal establecida, e incluso hicieron patente la búsqueda de vericuetos que permitieran burlar la ley, pero afortunadamente no se llevó a término ninguna corrección sobre lo establecido. Aun así, la mera pretensión del empresario motivó una clara oposición a la relajación de las exigencias legales, en ámbitos profesionales, políticos y mediáticos. Según se publicó posteriormente, el abandono del proyecto tuvo como causa fundamental determinadas razones de viabilidad económica no relacionadas con la posibilidad de fumar en los casinos.

Tabla 3

**Legislación anti-tabaco:
grupos temáticos**

Intención finalista (tipo de temática)	Dimensión a la que afecta	Ejemplos de medidas	Normas más representativas
Intervención en las condiciones del mercado del tabaco.	Oferta del producto.	Aumento de la fiscalidad. Limitación / prohibición de la publicidad. Condiciones de distribución, venta y máquinas expendedoras.	Diversas leyes y RD.
Facilitar mayores niveles de información al fumador.	Demanda del producto.	Normas de etiquetado en las cajetillas. Advertencias impresas.	Diversas leyes y RD.
Prestación de apoyos al fumador desde los recursos sanitarios.	Demanda del producto.	Acceso a tratamientos y pautas de deshabituación.	Leyes 2005 y 2010.
Salubridad y protección poblacional en relación al tabaco.	Protección a terceros.	Espacios sin humo. Prohibiciones expresas de consumo en locales o recintos.	RD 1988. Leyes 2005 y 2010.

“

En las estrategias de salud pública no sólo importa la orientación del propio diseño preventivo, sino su aceptabilidad y factibilidad social.

El resultante de todo ello lo podríamos intentar resumir en las características básicas que definen el status normativo en España en relación con el tabaco, y que se caracteriza por:

- 1** Inclusión del producto en un espacio de fiscalidad específica, a través del régimen de impuestos especiales, que se ha usado a lo largo de los años con la finalidad de encarecer el precio de las cajetillas y de manera indirecta dificultar su adquisición como bien de consumo.
- 2** Establecimiento de otras intervenciones en el mercado que afectan limitativamente a la oferta, como las relacionadas con los puntos de venta o la publicidad.
- 3** Un régimen de protección ambiental amplio, y progresivamente incrementado, para la generación, consolidación y ampliación de los espacios libres de humo.
- 4** Incitación al desarrollo de estrategias preventivas de alcance

general, o en relación a segmentos poblacionales específicos, y especialmente las que intentan prevenir el inicio en el consumo por los más jóvenes.

- 5** Más recientes propuestas para la generación de programas de ayuda a la deshabituación, mediante la intervención sanitaria a través de recursos especializados y la financiación de los tratamientos de acreditada efectividad.

La génesis de la normativa sanitaria actual.

Conviene que nos detengamos en la descripción de cuáles fueron los procedimientos que derivaron en la actual normativa de carácter sanitario en relación con el tabaco, tanto desde el punto de vista de la génesis de las medidas técnico-sanitarias incorporadas, como el de su misma tramitación política. Nos referiremos específicamente a la legislación de los años 2005 y 2010, auténticos referentes de una acción político-sanitaria que se orientó a la consecución de objetivos de salud en la población española.

La ley del año 2005 proviene, en cierto sentido, del Plan Nacional de Tabaquismo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en enero de 2003. A su vez, este Plan se articuló tras un acuerdo de redacción adoptado por el CISNS en junio de 2001, en el que también se nombró un equipo técnico, con participación de expertos de diversas Comunidades Autónomas, para su redacción y elevación al propio Consejo.

Este Plan supuso la primera estrategia sistematizada en nuestro país contra el consumo del tabaco, y tuvo el acierto de integrar en él medidas de diverso carácter, como las más habituales de salud pública junto a otras de carácter asistencial-sanitario, educativo, etc.

Sin embargo, no se desvela nada si se afirma que la administración -también la sanitaria- está acostumbrada a redactar planes que probablemente sean de alta calidad técnica, pero que en ocasiones acaban ocupando una estantería y cuyos efectos reales no se ponen en práctica. En este caso, en cambio, el acierto fundamental consistió en trasladar las principales líneas de actuación y medidas establecidas en el Plan a un tex-



El acierto fundamental de la ley de 2005 consistió en trasladar a ella las principales líneas de actuación y medidas establecidas en el Plan trabajado previamente desde el CISNS.

to legal que le dotó de consistencia y, sobre todo, instauró en el ordenamiento aquello que el grupo de expertos y el propio CISNS habían establecido como actuaciones más convenientes. En el propio preámbulo de la Ley se citaba el Plan, y a partir de él se concretó el establecimiento de medidas en tres líneas de interés que son fundamentales para el abordaje de este problema: las de prevención de la edad de inicio, establecimiento de espacios sin humo, y la toma en consideración del fumador dentro de las actuaciones del sistema sanitario.

Sin duda, se puede considerar a la ley del 2005 como una de las intervenciones de salud pública más relevantes de nuestra historia, en la medida en que concretó e impulsó medidas efectivas en relación con la primera causa evitable de enfermedad y muerte por enfermedad en nuestro país.

De manera casi simultánea, en febrero de 2005 las Cortes aprobaron el llamado Instrumento de Ratificación del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, promulgado en Ginebra el 21 de mayo de 2003. Este marco, de amplia implicación internacional, sirvió para que España declarara su adhesión a los principios de

la OMS en esta materia. Entre las medidas comprometidas figuraban varias vinculadas a la reducción de la oferta y la demanda de tabaco, y también la promoción de estrategias para promover el abandono y la deshabituación. Junto con ello, se trabajaba para propiciar una mejora de la cooperación científica y técnica entre diferentes países.

Como es conocido, la ley de 2005 vino a ser reformada cinco años después. La causa fundamental fue la constatación de que lo que se había previsto en relación con los espacios sin humo -la posibilidad de proscribir el tabaco en ciertos establecimientos según el criterio de su propietario, o alternativamente crear áreas reservadas para fumadores dentro de los establecimientos de hostelería y otros espacios de acceso público- no había sido suficientemente operativo.

Este modelo se pensó que daba la oportunidad de conciliar los intereses de fumadores, no fumadores y dueños de los establecimientos, pero se demostró que este equilibrio no resultaba funcional. Al contrario, era evidente la limitación de acceso a determinados establecimientos

sobrevenida para quienes quisieran optar por no tener que respirar aire contaminado de tabaco, y subsistían disfuncionalidades que no garantizaban un principio de “exposición cero”, por ejemplo en zonas de paso. Junto a ello, permanecía el problema de que los trabajadores de la hostelería se vieran obligados en muchas ocasiones a pagar el precio de una exposición nociva y no deseada sólo por el hecho de ejercer sus empleos.

De ahí que se optara por una solución sobre el papel más restrictiva -la prohibición prácticamente generalizada de fumar en establecimientos abiertos al público-, orientada a salvaguardar de manera más amplia el derecho a la salud. Y como más tarde se demostró, sin que ello supusiera un quebranto en los intereses de los operadores de los establecimientos de hostelería.

Por añadidura, la Ley 42/2010 sirvió adicionalmente para avanzar y reforzar algunas de las estipulaciones ya contempladas en la ley precedente. Como efecto complementario nada desdeñable, la norma sirvió también para algo muy importante: avanzar significativamente en lo que

algunos denominan la “desnormalización” del hecho de fumar en público, algo que de manera secundaria es también una estrategia preventiva de alcance general.

Argumentos de deslegitimación.

El trabajo legislativo en muchas ocasiones se enfrenta a la obligación de establecer equilibrios entre diversas pretensiones, más o menos justificables y más o menos confesables, incluso entre lo que muchos identifican como derechos inherentes a su condición de ciudadanía y los diversos modelos de ordenamiento social. Algunas de esas pretensiones se hacen explícitas, otras se esconden bajo el manto de supuestos intereses generales, o incluso se llega a hablar de retrocesos en aspectos concretos de la convivencia o presuntas afecciones económicas que hay que salvaguardar.

Ese principio clásico de que la libertad individual termina donde empieza la libertad de los demás no es de sencilla aplicación cuando se trata de escribir una norma; más bien ofrece innumerables aristas que exigen un empeño reforzado por adoptar decisiones que no pierdan de vista lo que efectivamente sea el interés general, y que

“

La ley de 2010 supuso un paso decisivo para la exclusión de la costumbre de fumar de numerosos espacios de acceso público, generando un efecto preventivo muy amplio.

al mismo tiempo se sustenten en el mejor consenso alcanzable entre todos los que están implicados en el problema.

Esto ocurrió de manera muy evidente en relación con cierto debate social suscitado con motivo de la aprobación de las dos últimas leyes frente al tabaco, especialmente la de 2010, y tal vez merezca la pena exponer cuál fue la línea de coherencia política con los intereses generales que se buscó, y el modo en el que se pudo rebatir el rechazo que suscitó en algunos sectores.

Una de las críticas previas más reiteradas que se escucharon en la tramitación de la Ley 42/2010 consistía en afirmar que era una norma de imposible aplicación, y que ni siquiera podría llegar a tener un efecto real en la fecha de su entrada en vigor. Se refería esta descalificación a la decisión anunciada sobre la hostelería, espacio social sobre el que se establecía la prohibición de fumar con carácter general.

Sin embargo, la medida no solo fue operativa desde el primer momento, sino que además sirvió para refrendar la pertinencia de todo aquel empeño legislativo, que logró un objetivo muy relevante a pesar de los

agoreros. Al cabo de los años se recuerda aquel momento como uno muy especial, en el que se supo adoptar un cierto riesgo legislativo, pero que se demostró necesario para producir un efecto beneficioso al conjunto de los ciudadanos.

También en relación con la hostelería se afirmó hasta el denuedo que la medida de prohibición de fumar en establecimientos abiertos al público supondría el cierre de numerosos negocios, el aumento del paro o la traslación del consumo del alcohol a los domicilios o determinados espacios de la vía pública -el llamado “botellón”-. El año 2010 fue uno en los que más se sufrió la progresión de la crisis económica, y sin duda ningún legislador quiso verse en la tesitura de tener que elegir entre la defensa de la salud colectiva o la salvaguarda de un sector económico relevante para el país.

A pesar de todo lo que se dijo, las cifras de actividad económica recogidas poco tiempo después por el INE acreditaron que el presunto daño no se había producido, y en cambio se habían conciliado perfectamente los que previamente se habían presentado como espacios adversativos, la salubridad ambiental y la viabilidad de los

“

Se supo conciliar elementos que previamente se habían presentado como espacios adversativos: la salubridad ambiental y la viabilidad de los negocios de hostelería.

negocios de hostelería.

Otra de las críticas con la que se quiso combatir la pretensión política de ampliar la legislación contra el tabaco tenía que ver con la dimensión de la libertad civil y la de quienes entendían el uso del tabaco como si sólo se tratara de una mera decisión de carácter personal, intrínsecamente respetable. Incluso surgió aquella frase tan reduccionista, y en buen aparte anacrónica, que decía que “nadie me tiene que decir si debo fumar o no”.

El debate sobre la libertad es el que efectivamente subyace a la hora de adoptar medidas en materia de tabaco. Pero teniendo en cuenta siempre que la libertad que en primer término hay que defender es la libertad del no fumador, que no quiere (ni debe) ser expuesto al humo del fumador, puesto que su voluntad es no ser el sujeto pasivo de un comportamiento de riesgo, inhalar un agente patogénico, o simplemente no sufrir una molestia.

Justamente el derecho y la libertad del no fumador justifica ampliamente el establecimiento de restricciones dentro del espacio de acceso público y común. Pero

además, cabe también defender la libertad del fumador que quiera dejar de serlo, de ese fumador que porque sufre una adicción perniciosa para su salud puede requerir determinadas medidas normativas y de orden social que faciliten para sí el abandono del hábito y la recuperación efectiva de su libertad.

Otra de las contradicciones que se quisieron atribuir a la acción pública era la que afirmaba que toda la legislación se orientaba a no otra cosa que a culpar al fumador, y que el conjunto de medidas previstas tenían una intención meramente punitiva, señalando con el dedo a quien en el fondo era víctima de una adicción. Nada más lejos de la realidad. En ningún ámbito de la legislación se observa otra cosa que la instauración de medidas de protección, apoyo y promoción de la salud, lo que también abarca a los intereses de los propios fumadores. Las encuestas realizadas entonces y ahora muestran que también son los propios fumadores los que piden definir unas reglas de comportamiento social frente al tabaco, como las que se promulgaron en la legislación de entonces.

Por último, en ocasiones se le atribuye

al poder público una cierta incongruencia -incluso hipocresía- en relación con el tabaco, puesto que es sabido que una parte importante de los tributos generales provienen de este consumo, y se afirma que es un problema que se quiere mitigar pero nunca eliminar por las consecuencias de descenso de la recaudación que podría conllevar. También se oye en ocasiones hablar del grave quebranto que para las arcas públicas tendría la real eficacia de las políticas en esta materia, y que estas son poco más que una excusa algo oportunista. O incluso, de manera más retadora, se afirma que los fumadores pagan con creces a través de los impuestos que abonan los hipotéticos gastos sanitarios que podrían derivarse de los efectos de su hábito.

En realidad, nunca en ningún ámbito político que haya tenido que abordar el problema del tabaco se ha tomado éste como un problema de equilibrios entre los intereses de la salud pública y los de la hacienda pública. Al contrario, se ha tratado siempre de procurar las normas más adecuadas para que su consumo descienda todo lo posible, conscientes de que no es una lucha que ofrezca fáciles victorias.

Precisamente porque esta supuesta hipocresía del poder público no existe, es por lo que se hace necesario apelar a una mayor proactividad en las medidas de política sanitaria contra el tabaco, que en gran parte deberían poder ser sufragadas en la lógica económica de que el fumador, efectivamente a través de los impuestos adicionales que abona, merece ser ayudado y recibir el apoyo que pueda necesitar para combatir su hábito.

La ley de Salud Pública.

No sería adecuado terminar esta sección sin mencionar la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. No porque se trate de un nuevo instrumento específicamente articulado para el abordaje del problema del consumo de tabaco, sino por el interés que tiene en esta materia algunos de los principios que en ella se establecen.

Convendría citar entre ellos varios muy relevantes para la generación de las políticas más adecuadas en materia de salud pública, como el establecimiento del principio de equidad y de reducción de las desigualdades en salud como rector de las intervenciones sanitarias, el establecimien-

to del derecho a la información del ciudadano sobre los riesgos que afectan a su salud, y el diseño de la vigilancia en Salud Pública en relación con los condicionantes sociales prevalentes. Además, se propone un modelo de coordinación del Sistema Nacional de Salud para la prevención de enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles.

La aplicación de estos principios debería traer como consecuencia la oportunidad de generar nuevas estrategias frente al tabaco en materias como la distribución de recursos atendiendo al impacto en la salud poblacional de los diferentes factores de riesgo, la determinación de grupos sociales ante los que intensificar las actuaciones, o la creación de pautas asistenciales comunes para el abordaje clínico del tabaquismo.

El contexto internacional en la normativa frente al tabaco.

España desarrolla sus políticas sanitarias en sintonía con las directrices establecidas por instituciones y organismos internacionales que representan a los países que mantienen actitudes más activas en favor

“

La legislación vigente ha propiciado medidas de protección, apoyo y promoción de la salud, sin ninguna actitud de rechazo hacia los fumadores.

de la salud de sus ciudadanos.

Más en concreto, el proyecto europeo también se identifica como un proyecto de impulso de la salud en el espacio de la Unión, y la OMS, como organismo dependiente de Naciones Unidas, promueve una permanente actitud de mejora en los instrumentos que favorecen mayores niveles de salud, y propone estrategias adaptadas a las distintas zonas geográficas del mundo.

Para la Comisión Europea el consumo de tabaco es el mayor riesgo evitable para la salud en el territorio de la UE, y el principal causante de muertes prematuras dentro de la Unión, calculadas en unas 700.000 al año. Se asume que alrededor de un 50% de los fumadores mueren prematuramente -con un promedio de 14 años antes-, y se constata que los fumadores pasan más años de su vida con problemas de salud que el promedio de la población.

En la UE, y de acuerdo con los patrones de morbilidad actuales, se ha puesto de manifiesto que muchos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares y respiratorias guardan relación directa con consumo

“

La vigente ley de Salud Pública, de 2011, ofrece la oportunidad de generar nuevas estrategias frente al tabaco.

de tabaco, y éste es el causante de más problemas de salud que el alcohol, las drogas, la hipertensión, el sobrepeso o el colesterol.

Las autoridades comunitarias son conscientes de que aunque se ha avanzado mucho en los últimos años, la UE sigue teniendo un todavía muy excesivo número de fumadores, el 28% de la población y el 29% de los jóvenes de entre 15 y 24 años, en términos agregados.

Para hacer frente a esta situación, la Unión Europea y sus Estados miembros han adoptado diversas medidas de control del tabaco a través de la legislación, las recomendaciones y diversas campañas de información. Entre ellas destacan la regulación de los productos del tabaco presentes en el mercado interior (y la promulgación de normas sobre envasado, etiquetado, ingredientes, etc.), la limitación de la publicidad de los productos del tabaco, la creación de espacios sin humo, diversas actuaciones fiscales contra el comercio ilícito y algunas campañas antitabaco.

Desde una perspectiva de salud pública que también es plenamente compartida en

España, estas medidas pretenden proteger a los ciudadanos de los efectos nocivos del tabaco —fumado o consumido por otros medios— e impedir su exposición como fumadores pasivos.

Pero, además, la UE promueve el desarrollo de políticas en los Estados que tengan por objetivo contribuir a que los fumadores dejen de fumar y evitar que más personas se inicien en el hábito. Para ello, adicionalmente propone prestar especial atención a los fumadores jóvenes, ya que el tabaco crea adicción y el 94% de los fumadores empieza a fumar antes de cumplir los 25 años.

Como ya se ha visto, existen indicadores comparativos que muestran que España ha mejorado en relación a otros países, pero que todavía ha de realizar esfuerzos -y estos, ser más continuados- principalmente en materias como la fiscalidad, normas de etiquetado o ayuda a la deshabituación.

Recientemente la Cortes Generales apro-

“

En relación con las estrategias propuestas por la OMS, España ha desarrollado adecuadamente la mayoría de ellas, pero se observan carencias en los apartados de ayuda a la cesación y en la mejora de la concienciación social sobre los daños producidos por el tabaco.

baron para España la transposición de la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014. Con estas modificaciones se limitó la venta transfronteriza de cigarrillos electrónicos, la comercialización del tabaco con aromas y otros aditivos o la ubicación de advertencias sanitarias en las cajetillas.

El principio de subsidiaridad aplicado en este campo ha venido a establecer que las normas que afectan a circunstancias comunes del mercado son establecidas con carácter general para toda la UE, como las relacionadas con los etiquetados. Correspondería a los estados arbitrar aquellos recursos que corresponde el ejercicio de las políticas que tienen competencialmente atribuidas, para las que la UE establece al menos criterios de armonización.

Además, los diferentes países miembros saben que existe un espacio menos formal para la coordinación de sus actuaciones y la búsqueda de mejoras de acuerdo con la experiencia comparativa que unos y otros

[2] WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2017 Monitoring tobacco use and prevention policies.
http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/executive-summary/es/

puedan mostrar.

En relación con la Organización Mundial de la Salud, en nuestro devenir legislativo constituyó un hito principal la suscripción del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003 y que en España se ratificó en febrero de 2005. En él se mostró la adhesión a los principios de la OMS, y se comprometieron medidas para la reducción de la oferta y la demanda de tabaco, así como el establecimiento de estrategias sanitarias para promover el abandono y la deshabituación.

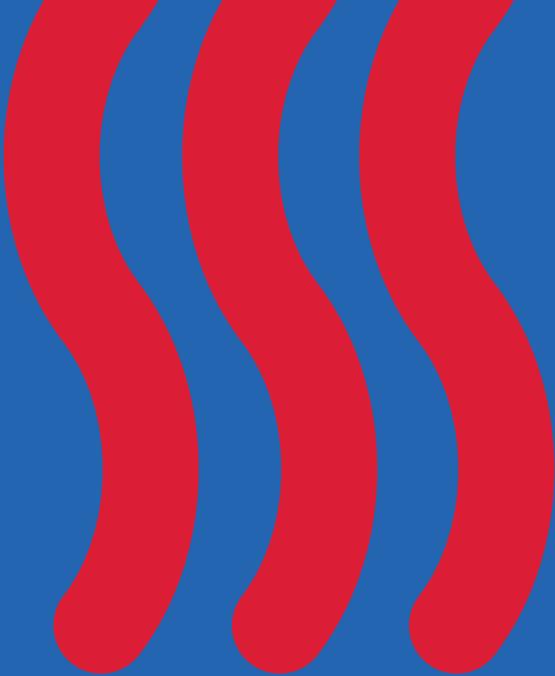
Como es sabido, la OMS supone especialmente un espacio de cooperación científica y técnica y promotor de políticas útiles para los países. Dentro de este espacio, viene proponiendo de manera exhaustiva la cumplimentación de la estrategia denominada MPOWER, acrónimo comprensivo de la pauta de acciones que se consideran imprescindibles en este campo.

En su último reporte de revisión comparativa por países [2], en el que se hace una valoración de la aplicación de determinadas políticas de control del tabaco y el aumento

de la proporción de la población protegida por dichas políticas, España muestra especiales deficiencias en los capítulos O y W.

- M** Monitor tobacco use and prevention policies.
- P** Protect people from tobacco smoke.
- O** Offer help to quit tobacco use.
- W** Warn about the dangers of tobacco.
- E** Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship.
- R** Raise taxes on tobacco.





03, La efectividad regulatoria.

03, La efectividad regulatoria.

No es objeto de esta monografía presentar datos concluyentes sobre si las medidas normativas que se han adoptado se han correlacionado directamente con la deseada disminución en las tasas de consumo, aunque sí ofrecer un resumen de algunas de las aportaciones que en este campo se han publicado hasta la fecha.

De una parte, existen investigaciones basadas en metodologías analíticas muy solventes que ya se han ocupado de ello, y aquí nos limitaremos a recoger un resumen de lo que se ha publicado en esta materia. Pero además, no queremos introducir un

sesgo derivado de los diferentes papeles que corresponden a los actores del sistema sanitario. Los responsables de la política sanitaria han de adoptar determinadas medidas, siempre sujetas a la rendición de cuentas del espacio público, pero es conveniente que sean otros quienes aporten el criterio de valoración de impacto y sobre las consecuencias reales de las mismas.

En todo caso, sí es necesario referirse a la importante novedad establecida en la Ley 42/2010, en la que se determina a través de su disposición adicional undécima un principio de evaluación continua de los efectos

legislativos, mediante un informe que ha de ser elaborado por el Ministerio de Sanidad y remitido a las Cortes. No es habitual que el legislador establezca mecanismos de este tipo, que suponen la evaluación sistematizada y objetiva de la efectividad de sus propios actos regulatorios. Actitud que, una vez más, se echa de menos para otros contenidos de las políticas públicas.

El Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología publicó el año pasado el informe “Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010).

Revisión de la evidencia” [3], que analiza los principales efectos de la legislación reciente sobre el tabaco. En su prólogo, se afirma lo siguiente:

“En ese marco, y tras haber aprobado un Plan Nacional de Prevención del Tabaquismo, España se dotó con una Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo moderna (la Ley 28/2005), que aunque incompleta en algunos aspectos, significó un avance importantísimo en el control del tabaco. Esa ley, una verdadera revolución para la vieja España de «café, copa y puro», se vio reforzada 5 años más tarde con una reforma, la Ley 42/2010, que la situó entre las más avanzadas de Europa al proteger a la población no fumadora frente al humo ambiental de tabaco. Ahora podemos afirmar que España ya está en su siglo sin humo.”

Recogemos aquí las principales aportaciones de ese estudio, en reproducción casi literal.

Según este trabajo, el análisis del impacto

de la ley de 2005 demostró que la normativa tuvo una amplia aceptación por parte de la población; que no se observaron cambios llamativos en la prevalencia del consumo de tabaco, más allá de los esperados según las tendencias temporales que sigue la epidemia del tabaquismo; pero que sí se había conseguido reducir de forma notable la exposición al humo del tabaco en los espacios cerrados de uso público de manera general, excepto en el sector de la hostelería, donde sólo se observó una disminución de esta exposición en los locales con prohibición total de fumar. El resultante de todos esos efectos generaba un impacto positivo indudable en la salud de la población.

Las dos principales leyes de control del tabaquismo (2005 y 2010) han propiciado un importante avance en las políticas de control del tabaco en España. Este avance se pone de manifiesto en los resultados obtenidos en la Escala de Control del Tabaquismo (ECT), diseñada por Joossens y Raw, en la que se monitorizan de forma periódica varias políticas de control del tabaquismo en los países de Europa. España, tras el refuerzo normativo, ha pasado de situarse en el puesto 24 en el ranking de los países

Europeos que mejor implementan las políticas de control del tabaquismo al puesto número 8. El avance ha sido indudable, y muy considerable, aunque es evidente que aún pueden mejorarse diversas acciones.

Adhesión social.

Existen varios estudios de ámbito nacional que han evaluado las actitudes de los ciudadanos respecto a la legislación de espacios sin humo y otras medidas de control del tabaquismo, aunque tan solo las encuestas realizadas por la Comisión Europea (Eurobarómetros) tienen datos de antes y después de la entrada en vigor de la ley de 2010. Hasta el año 2008 se utilizó el mismo cuestionario sobre las actitudes frente a la regulación en los espacios públicos, cuando en España aún existía una regulación parcial del tabaco.

Antes de la entrada en vigor de la ley de 2010 hubo cambios en el porcentaje de la población española que manifestó estar «totalmente a favor» de la prohibición de fumar en el interior de diferentes espacios públicos (como cines, bares o restaurantes), según los datos de los Eurobarómetros de 2005, 2006 y 2008. El apoyo a la prohi-

“

Se constata un elevado apoyo a las diversas medidas de control del tabaquismo, que incluso aumentó después de la entrada en vigor de la última normativa.

bición se mantuvo o aumentó ligeramente en los 2 años siguientes, 2006 y 2008. Sin embargo, estos valores se situaron todavía por debajo de la media europea y lejos de los de países con legislaciones más restrictivas. El apoyo a la prohibición fue siempre mayor entre las personas no fumadoras que entre las fumadoras. Lamentablemente no se dispone de información sobre estas preguntas en los Eurobarómetros realizados después de la ley de 2010 (años 2012 y 2014).

En cuanto al apoyo por parte de la población a otras medidas de control del tabaquismo de las cuales se tiene información antes (Eurobarómetro de 2009) y después (Eurobarómetros de 2012 y 2014) de la entrada en vigor de la ley de 2010, se ha observado un aumento del apoyo a todas las medidas valoradas excepto al aumento del precio del tabaco. El apoyo a estas medidas de control del tabaquismo antes y después de la entrada en vigor de lesa norma fue siempre mayor entre las personas no fumadoras que entre las fumadoras, como también se comprobó en la evaluación de la anterior ley del tabaco (la norma de 2005). Además, el apoyo a estas medidas de control del tabaquismo se situaba en

valores similares a la media europea.

Por otro lado, también se dispone de información del Barómetro Sanitario sobre la aceptabilidad de la ley de 2010 en los años 2012 y 2014. Según los datos del Barómetro Sanitario de 2012, la población española puntuó con un 7,6 sobre 10 la adecuación de lesa legislación un año después de su entrada en vigor. Además, la percepción de cumplimiento en el sector de la restauración (bares y restaurantes) fue puntuada con un 8,2 sobre 10, y en los alrededores de los hospitales y colegios y con un 5,4. Por otro lado, el 74,8% de la población declaró que en 2012 acudía igual o más a los bares y restaurantes. De acuerdo con los datos del Barómetro Sanitario de 2014, la población española puntuó con un 6,6 (sobre 10) la necesidad de implementar nuevas medidas de control del tabaquismo en beneficio de la salud de la ciudadanía.

Por tanto, la regulación del consumo de tabaco en el interior de los centros de trabajo y en los espacios públicos está ampliamente aceptada. Además, se constata un elevado apoyo a otras medidas de control del tabaquismo, que aumentó después de la entrada en vigor de la última normativa,

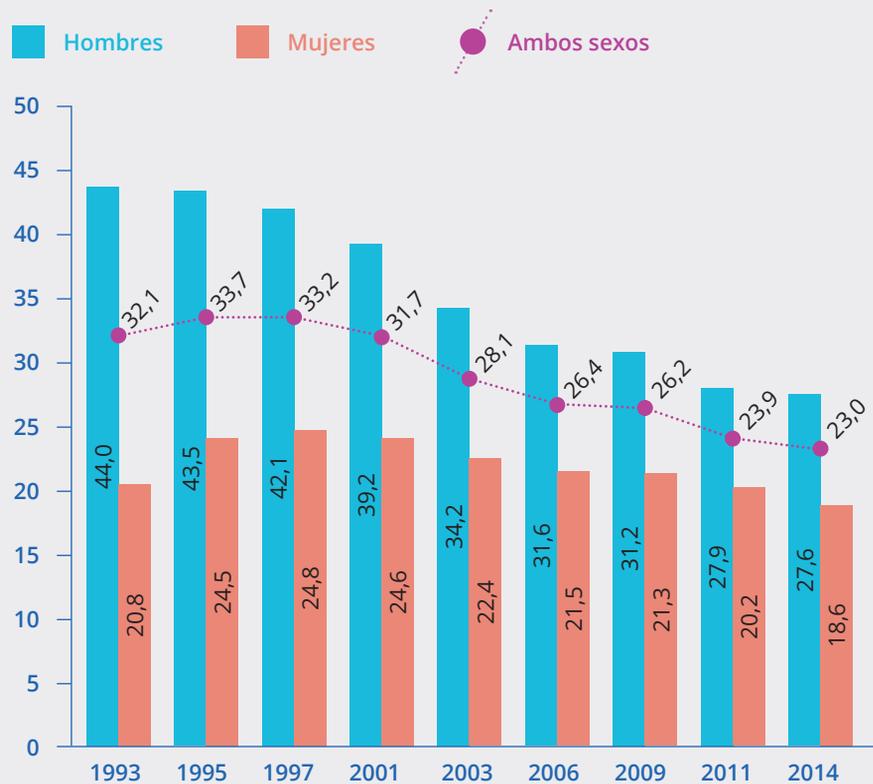
Gráfico 4
Porcentaje de la población que declara consumo diario de tabaco

excepto para el incremento de los precios del tabaco. La aceptabilidad de la prohibición de fumar en el interior de los centros de trabajo y en los espacios públicos, y de otras medidas de control del tabaco, es menor entre las personas fumadoras, aunque los resultados muestran que la aceptabilidad ha aumentado en toda la población, incluyendo también a los fumadores.

Persiste una prevalencia elevada del consumo.

Sin embargo, la prevalencia del consumo de tabaco en España continúa siendo superior a la media europea. Como muestran los datos del último Eurobarómetro de 2014, España se sitúa en el noveno puesto de los 28 países miembros de la Unión Europea, con un 29% de fumadores en la población mayor de 14 años. Además, la proporción de ex-fumadores, con un 19%, se encuentra por debajo de la media de Europa, ocupando la posición 12, muy alejada de los países nórdicos, cuyas prevalencias alcanzan el 30-35%.

Probablemente el descenso en la prevalencia de personas fumadoras y en el número de cigarrillos consumidos, así como el au-



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Estadística.
 Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud de España

“

Hay que discernir entre lo que significa prevención y control de los efectos del tabaco en el ámbito social, y la más deseada disminución en la tasa de consumo.

mento del abandono del tabaco, describen una continuación de la evolución temporal a corto y medio plazo observada antes de la entrada en vigor de la actual regulación, y probablemente reflejan la influencia del conjunto de las políticas de prevención y control del tabaquismo desarrolladas en las últimas décadas. [\[Gráfico 4\]](#)

La evidencia sobre el impacto de la legislación española en la salud de la población, en particular de la ley actualmente en vigor (Ley 42/2010), es aún incipiente. Sin embargo, los datos sobre los beneficios de su implementación son notorios. Diversos estudios han constatado una reducción significativa de la morbilidad por infarto agudo de miocardio (IAM), aunque hay cierta disparidad en los hallazgos encontrados en diversas Comunidades Autónomas.

Sí parece más rotunda la reducción en las admisiones hospitalarias por EPOC ocurrida a partir de la Ley 28/2005. Se observa también, aunque de forma menos concluyente, una disminución de los ingresos por asma coincidiendo con la posterior modificación de la citada ley. Respecto a la salud perinatal, se constata una disminución del riesgo de prematuridad y de bajo

peso en los recién nacidos, coincidiendo con la puesta en marcha de la regulación del tabaco en España y en especial tras la Ley 42/2010. Finalmente, se ha observado una reducción de las muertes por IAM tras la Ley 28/2005.

Según los autores de este informe de valoración del impacto legislativo, se demuestra que en la última década España ha avanzado de forma importante en las políticas de prevención y control del tabaquismo, destacando la prohibición del consumo de tabaco en espacios cerrados de uso público, y que la puesta en marcha de las dos regulaciones ha gozado de gran aceptación por parte de la sociedad, incluyendo la población fumadora.

Sin embargo, habría que discernir entre lo que en efecto es prevención y control de los efectos del tabaco en el ámbito social, y la más deseada disminución en la tasa de consumo, que refleje que efectivamente su demostrada nocividad no sea causa directa de enfermedad y muerte por enfermedad en años posteriores.

En este sentido, es verdad que también se sigue observando un descenso en la

proporción de fumadores y en el número de cigarrillos consumidos, así como un aumento del abandono del tabaco, datos que se relacionan muy probablemente con la influencia del conjunto de las políticas de prevención y control del tabaquismo desarrolladas en las últimas décadas. La pregunta que tal vez debiéramos hacernos es si la disminución de la tasa es la deseable, o aun constituye una progresión subóptima.

Los estudios que evalúan la exposición al humo ambiental de tabaco muestran, de forma muy concordante, un impacto positivo tanto de la Ley 28/2005 como de la Ley 42/2010, ya que la prevalencia de la exposición poblacional ha disminuido. Además del impacto en la exposición en los lugares de ocio, donde los niveles de nicotina ambiental y de partículas se han reducido en más del 90%, también se ha observado una disminución de la exposición en el hogar tras ambas regulaciones.

Como resumen, los resultados de los estudios sobre el impacto de la legislación española en la salud de la población son esperanzadores. Se observan reducciones en los ingresos hospitalarios y en la morta-

lidad por IAM, un descenso de las hospitalizaciones por EPOC y, aunque de forma menos concluyente, una disminución de los ingresos por asma, coincidiendo con la implantación de la ley de 2010. Respecto a la salud perinatal, se ha demostrado una disminución del riesgo de prematuridad y de bajo peso en los recién nacidos, en especial tras esa misma legislación.

Además, y en otro ámbito complementario, las evaluaciones sobre el impacto económico de la Ley 42/2010 coinciden en confirmar que la ampliación de la restricción del consumo de tabaco en el sector de la hostelería no ha repercutido negativamente en el volumen de negocio de esta actividad económica.

El cumplimiento de la ley en los espacios cerrados incluidos en la primera legislación, sobre todo en el lugar de trabajo y en la Administración, sigue siendo bueno, y también es satisfactorio en los espacios cerrados a los que se amplió la prohibición, como bares y restaurantes, así como en el interior de los vehículos comerciales.

Sin embargo, el cumplimiento de la ley en los recintos de los hospitales debería

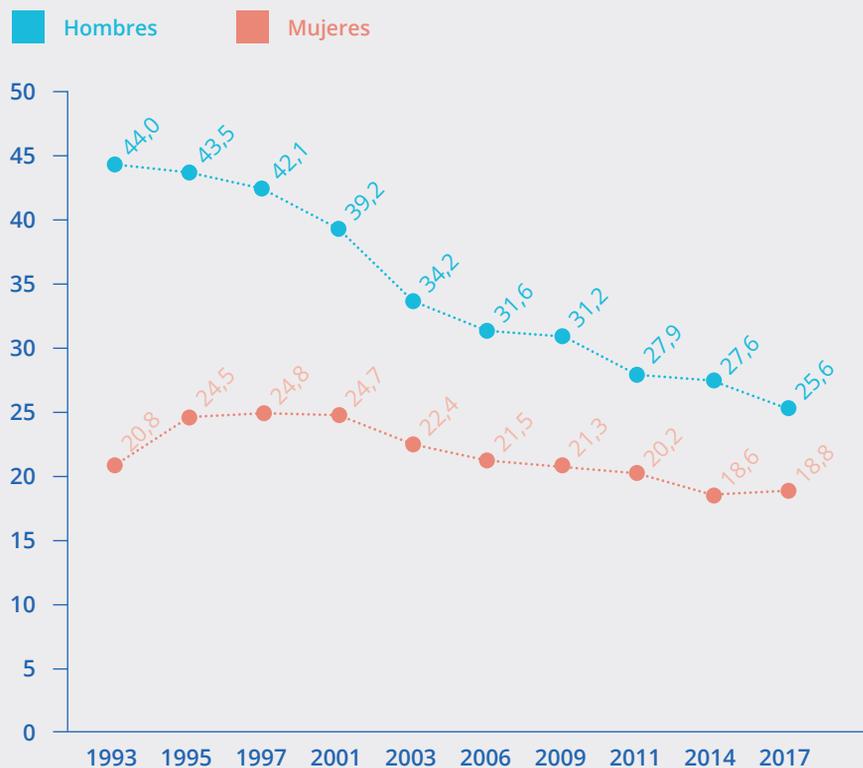
mejorar, así como en las terrazas de bares y restaurantes, especialmente en algunas Comunidades Autónomas, y presuntamente relacionado con la falta de recursos dedicados a la inspección de los establecimientos (materia de competencia autonómica o local).

Aunque es evidente que se ha avanzado de manera muy satisfactoria en el control del tabaquismo en España, los expertos que han redactado el trabajo de evaluación proponen nuevas medidas para intensificar la reducción de daños producidos por el tabaco, que reproducimos en su textualidad:

- » La implementación del empaquetado genérico, es decir, un envase neutro sin logotipos, con el mismo color, tamaño y forma para todas las marcas.
- » El desarrollo de más campañas de publicidad para prevenir el consumo.
- » Igualar el precio de los diferentes productos del tabaco.

Gráfico 5

Consumo diario de tabaco (1993-2017) Población de 15 años* o más.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017.

*De 16 años o más desde 2011.

- » La regulación sobre el uso de los cigarrillos electrónicos en lugares públicos debería equipararse a la del consumo.
- » Considerar nuevos espacios libres de humo, sobre todo en lugares donde pueden estar expuestos los menores y otros colectivos vulnerables, como son los hogares y los vehículos privados.
- » Finalmente, es necesario ampliar la ayuda para la cesación del consumo, valorando la oportunidad de desarrollar intervenciones específicas en colectivos vulnerables que podrían necesitar tratamiento farmacológico subvencionados, y fomentar la formación de los profesionales sanitarios en intervenciones efectivas para dejar de fumar.

La encuesta de salud 2017.

Al cierre de la redacción de este trabajo hemos conocido los datos de la Encuesta de Salud 2017, recientemente publicada.

[Gráfico 5]

“

Por primera vez desde 1977, la última Encuesta de Salud en España de 2017 no detecta una reducción en la tasa de consumo de tabaco en mujeres.

En relación al tabaco, se constata que la prevalencia de fumadores diarios continuó descendiendo, aunque lentamente, durante el último año. La caída es de 10 puntos desde 1993 hasta 2017, pero con respecto a 2014, en 2017 fue menos de un punto porcentual más baja (22,08% vs. 22,98%), lo mismo que descendió entre 2011 y 2014. Desde 2006 el descenso siempre ha estado por debajo de un punto porcentual.

El comportamiento es distinto en hombres y en mujeres. Entre 1993 y 2017, la proporción de hombres que fuma a diario ha caído 18 puntos, mientras que la proporción de mujeres ha caído 2 puntos porcentuales. Mientras que en los hombres el año 2017 parece confirmar la tendencia a la baja que se había ralentizado en 2014 (27,6% en 2014 y 25,58% en 2017), en las mujeres no se observa mejora (18,6% en 2014 y 18,76% en 2017). En muy llamativo que en mujeres es la primera vez que no desciende este indicador desde 1997. Además, hay grupos etarios como el de los ciudadanos de entre 45 y 54 años en los que las tasas de consumo son casi idénticas.

Estos datos abren, por tanto, dos áreas de consideración: la necesidad de ser más

incisivos en la elaboración de acciones que reduzcan específicamente el consumo (y no sólo la exposición al humo del tabaco) y sus daños asociados, y la perspectiva de género inherente al hecho de que la población femenina es la que menos está reduciendo el indicador de prevalencia de consumo, lo que apela a generar estrategias más específicas ante este fenómeno de feminización del consumo.



04, La voz de los profesionales.



04, La voz de los profesionales.

Los profesionales sanitarios han sido uno de los principales promotores de las políticas públicas orientadas a la reducción de daños producidos por el tabaco y a la minoración de su consumo.

A través de diversas asociaciones y sociedades científicas han hecho oír su voz, y ésta ha servido de una manera decisiva para respaldar, con un innegable peso de autoridad, aquellas medidas que podían suponer los mayores cambios en la regulación.

No solo han actuado como fuente de inspiración científico-técnica y trasladando a los decisores el sentido y la validez sanitaria de las posibles estrategias, sino que han actuado también de cara a la opinión pública

como auténticos avalistas y garantes de los cambios que se han puesto en práctica.

Como es sabido, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) es la organización que cohesionada al movimiento de prevención del tabaquismo en España, y está constituido por decenas de organizaciones, principalmente las que agrupan a los profesionales sanitarios y de la medicina, la enfermería y la farmacia, además de concitar la participación de algunos profesionales destacados y relevantes a título personal. Mantiene vínculos con otras organizaciones implicadas e interesadas en la prevención del tabaquismo, y forma parte de la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, que agrupa a coaliciones

similares de los diversos países de la Unión Europea.

Su trabajo ha sido muy relevante en la difusión hacia la opinión pública de la necesidad de dotar a nuestra legislación de determinadas normas de intervención, como se puso de manifiesto en los procedimientos legislativos del año 2005 y especialmente 2010. El contrapunto de rigor sanitario que fueron capaces de aportar a algunas premoniciones negativas que se difundían en aquellos años sirvió para alentar el trabajo legislativo y que este pudiera ofrecer como resultado una normativa en plena concordancia con las pretensiones de apoyo a los intereses generales de la salud de los españoles.

La que podríamos denominar como comunidad de la salud pública en nuestro país no se limita al CNPT, sino que está compuesta por muchas otras sociedades científicas y multitud de profesionales de la salud que desde hace tiempo tomaron conciencia de la enorme carga para la morbilidad que impone el consumo del tabaco, incluso del sufrimiento que directamente es causado a muchos pacientes.

Muchas asociaciones y profesionales han tomado partido por políticas activas de prevención y evitación de daños, y lo han sabido hacer más allá de sus espacios de desempeño habitual.

Médicos, enfermeras y farmacéuticos, junto con economistas de la salud, juristas o trabajadores sociales, así como otros profesionales, muchos de ellos dedicados al trabajo clínico en atención primaria o especializada, constituyen un ejemplo de sanitarios cuyo sentido de la responsabilidad no termina en el paciente, sino que alcanza al conjunto de la sociedad y por tanto tiene vocación de incidir en la orientación sanitaria en su conjunto.

A todos ellos hay que trasladar el agradeci-

miento porque son copartícipes, igual que los legisladores, de aquellos logros que se han establecido durante estos últimos años.

Por todas estas razones resultaba obligado no solo dejar constancia de esta realidad, sino incorporar en el presente trabajo de valoración de la legislación la percepción que esos mismo profesionales tienen sobre la efectividad y pertinencia retrospectiva de la regulación, y sobre si los efectos conseguidos son concordantes con la previsión, la intención o el deseo que en su momento existió para promoverla.

A este efecto, se ha dirigido un cuestionario estructurado a casi una treintena de profesionales de constatada relevancia, que ha sido contestando por 23 de ellos. Este grupo ha sido seleccionado procurando que todos ellos fueran figuras referenciales, de prestigio y con trayectoria, y que de alguna manera hubieran tenido una participación previa en la promoción de políticas públicas frente al tabaco.

Somos conscientes de que muchos más con idénticos méritos no han sido consultados, pero también que la muestra a la que se dirigió la encuesta ofrece una visión

válida y adecuada a la finalidad de este trabajo.

Como ya se ha expuesto en la introducción, en el cuestionario que se mandó se establecieron dos partes. Una, con preguntas más estructuradas, en la que se solicitaba opinión que posteriormente fuera a ser integrada en un texto editado sin que constara quién la había formulado, en orden a mejorar la legibilidad y en cierto modo el mayor grado de espontaneidad en las respuestas. Junto a esta, otra parte solicita una opinión en texto libre que sí pueda ser publicada tal cual junto a la referencia de su autor.

Los logros, según los profesionales.

La primera pregunta que se hizo fue sobre los beneficios percibidos relacionados con la actual regulación legal y normativa sobre el tabaco.

Las respuestas mostraron un alto grado de coincidencia. Lo más relevante que detallan las contestaciones, apelando a un punto de vista objetivo, se refiere a haber conseguido evitar la exposición al humo de tabaco para una parte mayoritaria de la

población española. Se ha logrado *“fumar menos en los espacios cerrados y de trabajo y como consecuencia una mejora en el estado de salud al limitarse la exposición a los componentes del tabaco”*.

En este apartado, los profesionales consultados destacan la disminución de enfermedades relacionadas tanto con la exposición al humo de tabaco (cardiovasculares y respiratorias, principalmente) como con el consumo activo (las más de veintiséis enfermedades relacionadas). Por ejemplo, se ha evidenciado empíricamente la reducción de infartos y de problemas respiratorios, además de una constatada reducción de los ingresos por asma. Estos beneficios han sido aún más claros para los trabajadores de la hostelería, sector en el que consta la reducción de la contaminación por PM2.5 (partículas finas) del 90%, acreditado en diversos estudios.

Pero se apunta también algo relevante, incluso considerado por algunos como el principal logro de la legislación más reciente, algo más intangible pero igualmente relevante: el cambio de percepción social del tabaquismo. Se afirma que la mayoría de la población ha aceptado de buen grado

y sin fisuras los inconvenientes de la ley a la luz de sus beneficios. Esta percepción ha favorecido el respeto a los principios de salud pública trazados en la normativa, ha animado a los fumadores a reducir o abandonar el consumo de tabaco, y ha afianzado los beneficios de los espacios libres de humo.

Algunos profesionales hablan del concepto de *“desnormalización”* del consumo en los espacios de trabajo y público, haciéndolo menos atractivo también para adolescentes y jóvenes, y disminuyendo la accesibilidad generalizada del tabaco para los diversos sectores sociales. Esto predice una probable disminución futura de nuevos consumidores en población adolescente.

En definitiva, que como afirma uno de los entrevistados, *“la regulación legal y normativa sobre el consumo de tabaco ha conllevado que los fumadores fumen menos y los no fumadores se vean menos expuestos al humo de tabaco, lo que ha supuesto una disminución del riesgo cardiovascular y una disminución del número de ingresos hospitalarios tanto por eventos cardiovasculares como por reagudizaciones de procesos respiratorios”*.

“

Los profesionales destacan la disminución de enfermedades relacionadas tanto con la exposición al humo de tabaco como con el consumo activo.

“

Se hace necesario poner en marcha nuevas políticas de control, prevención y reducción de daños, retomando las que se iniciaron en 2010.

Además, los profesionales significan especialmente que no se han producido algunos de los efectos pronosticados de impacto en hostelería o de desplazamiento del hábito de fumar a los hogares. También se apunta, para algunos de ellos, que hay que tener en cuenta que las regulaciones no tienen como objetivo promover directamente el abandono o actuar coercitivamente frente al hábito, sino propiciar un entorno favorable para que, tras la entrada en vigor de las leyes, un mayor número de fumadores decida intentar dejar de fumar.

“Los cambios observados en la convivencia ciudadana han sido enormemente positivos y mirando hacia atrás todos los considerábamos como impensables. Parecía imposible ciertos comportamientos colectivos sin tabaco y sin humo y sin embargo existe una creciente convicción y un consenso ciudadano que comunica bienestar y expectativas de futuro”, en opinión textual de un encuestado.

Cómo proseguir.

A pesar de estos logros, también se puede describir una cierta preocupación por el hecho de que la tasa de consumo está des-

cendiendo de manera menos progresiva en los últimos años, y que éste es un objetivo sanitario principal.

Al respecto, los profesionales consultados apuntan varias posibles causas. Por un lado, afirman que desde el año 2010 se han hecho pocas campañas de prevención, y que es una realidad que un porcentaje preocupante de jóvenes se sigue iniciando en el consumo de tabaco

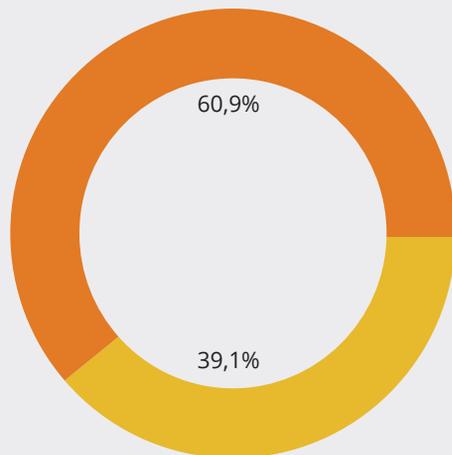
También se señala que el coste de los productos del tabaco aún son más asequibles que en el resto de Europa.

Y se cita expresamente que *“no hay suficiente ayuda pública para terapias para dejar de fumar con un enfoque multidisciplinar”*. En este sentido, se afirma que *“es muy importante la ayuda para dejar de fumar, por lo que es muy necesario financiar los tratamientos farmacológicos”*.

La necesidad de poner en marcha nuevas políticas de control y prevención, retomando las que se iniciaron en 2011, es una razón que también se cita. Algunos de los profesionales señalan un menor interés político general sobre esta cuestión. *“Si dejas*

Gráfico 6

¿Es el actual marco normativo suficiente o no?



Excesivo o demasiado intervencionista

Suficiente o adecuado al propósito que lo justifica

Suficiente en sí, pero necesita mayor ejecución en algunas áreas

Insuficiente, haría falta una reforma en profundidad

de pedalear te paras. Las medidas de control de tabaco tienen un impacto medible durante uno o dos años. Por lo tanto hay que ir implementando nuevas medidas regularmente. Impuestos, evitar la promoción ilegal y mejoras en la oferta sanitaria pública para la deshabituación del tabaco”.

En esta idea inciden otras opiniones. No se ha progresado todo lo deseable “principalmente a que no se proporciona ayuda para dejar de fumar desde los servicios de salud públicos de forma adecuada, estructurada, financiada al igual que en otras patologías crónicas. La ayuda a dejar de fumar sigue siendo una cuestión de voluntad del profesional sin una apuesta fuerte por gran parte de los servicios sanitarios.

Se precisa además medidas específicas para colectivos más vulnerables tanto de cesación como de prevención. Y además los programas preventivos comunitarios y escolares tampoco están institucionalizados”.

Otra línea argumental complementaria afirma que es necesario avanzar en la regulación de espacios sin humo en más entornos referenciales al aire libre, y hacer cumplir la actual ley de manera más estricta. Tam-

bién, regular de forma más enérgica lo relativo a los nuevos sistemas y productos de consumo de tabaco y de nicotina.

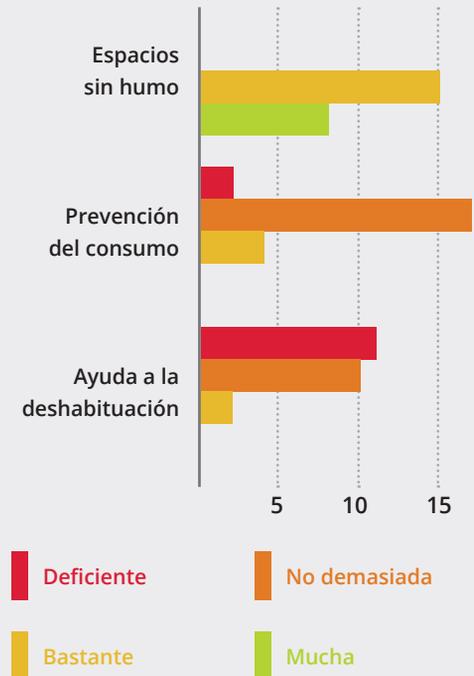
Se señala además que es factible la posibilidad de ampliar las medidas actuales, aprovechando el hecho de que la sociedad muestra una inequívoca opinión favorable. En definitiva, se apunta que la prevención del tabaquismo exige un esfuerzo constante desde distintos frentes, como el sanitario, educativo, legislativo, etc.

En relación con si el actual marco normativo es suficiente o no, los porcentajes de respuesta han sido lo que se muestran en el [\[Gráfico 6\]](#).

Entre las mejoras legislativas que se hacen más necesarias, según los encuestados, figuran asegurar el cumplimiento efectivo de la actual legislación, la ampliación hacia espacios abiertos concurridos de la categoría de espacios sin humo, e incluso considerar como tales algunos espacios privados, como los vehículos. Además, se requeriría, a juicio de los encuestados, un aumento de los precios, una mejor regulación de los nuevos dispositivos y la financiación efectiva de los tratamientos. Incluso, se apunta,

Gráfico 7

¿Ha tenido una adecuada traslación práctica la intención legislativa?



sería necesario establecer una Estrategia Nacional de Atención al Fumador.

En una opinión textual: *“Lo que se ha hecho, está bien: son políticas de salud pública de eficacia contrastada. De hecho, ha disminuido la prevalencia de consumo de tabaco en España. Pero evidentemente es insuficiente: sigue habiendo un elevado porcentaje de la población (bien es cierto, que menor que antes) que sigue fumando, que sigue presentando este grave factor de riesgo para su salud, personas que en su gran mayoría no tiene una adecuada percepción del riesgo que corren. Agrava esto el hecho de que, aunque el consumo ha disminuido en personas de todos los estratos sociales, esta disminución ha sido y es menor en aquellas personas que pertenecen a los estratos sociales más desfavorecidos, a quienes tienen un menor nivel socio-educativo. Esto es algo que se ve tanto en adultos como en población adolescente -juvenil, lo que implica que es más grave, porque es algo que va a tender a perpetuarse”.*

Una de las cuestiones más interesantes en relación con la actual legislación, junto con la propia valoración de su efectividad agregada, es saber hasta qué punto lo

que inicialmente estaba planteado en las intenciones legislativas ha tenido o no la traslación más adecuada a la realidad.

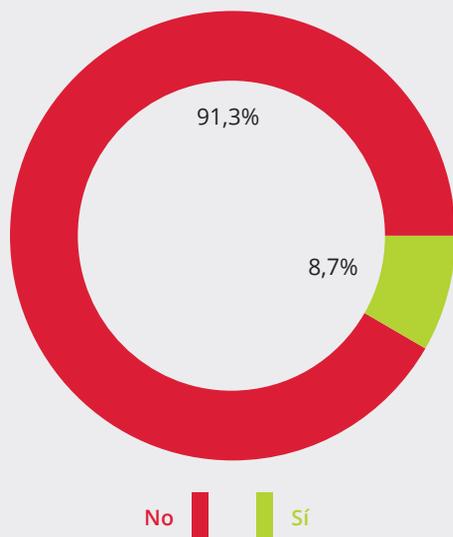
Para valorar esta posible disonancia, se ha preguntado por la incidencia real de las tres líneas estratégicas principales de las que parte la legislación, como son el establecimiento de espacios sin humo, la prevención en el inicio del consumo y la ayuda a la deshabituación. Interesa saber si es mayor o menor la distancia entre lo que la intención legislativa trazó, y lo que la realidad ha visto. Las respuestas se resumen en el [\[Gráfico 7\]](#).

Como puede observarse, la opinión recogida indica que en el caso del estableciendo de espacios sin humo sí se ha hecho real la intención, en menor medida en relación al desarrollo de estrategias detalladas de prevención en la edad de inicio, y hay un muy escaso desarrollo en materia de ayuda a la deshabituación, con respuestas mayoritarias que indican que la intención legislativa ha tenido una “deficiente” o “no demasiada” traslación práctica.

En relación con esto, se ha hecho otra consideración adicional. Como es sabido,

Gráfico 8

¿Considera que se actúa de manera congruente y equilibrada en todas las medidas planteadas en la legislación?



la legislación ha pretendido ofrecer una respuesta integral al problema del consumo del tabaco, pero algunas de las medidas establecidas en la actual normativa se pueden ejecutar de manera meramente coercitiva (por ejemplo, la prohibición de fumar en espacios públicos), mientras que otras requieren emplear proactivamente recursos y establecer pautas de actuación técnico-sanitarias (por ejemplo, las campañas o los programas educativos o los de deshabituación). ¿Consideran los encuestados que se actúa de manera congruente y equilibrada en todas las medidas planteadas en la legislación? La respuesta está representada en este gráfico. [Gráfico 8]

Para poder encontrar las principales incongruencias relacionadas con este hecho se hizo la correspondiente pregunta. Las respuestas se refirieron a aspectos como:

- » La prevención, puesto que no se aplican suficientes recursos a las campañas de sensibilización o información sobre los efectos del tabaquismo.
- » Los tratamientos, puesto que no hay financiación para los progra-

mas de deshabituación, y la ayuda a la deshabituación está contemplada en unas comunidades y en otras no. En opinión textual “los fármacos para ayudar en la deshabituación son poco utilizados y no hay mucho conocimiento sobre ellos. La conciencia sobre la importancia del tabaquismo en el desarrollo de las diferentes patologías crónicas en los servicios sanitarios sigue siendo baja”.

- » En materia formativa, se afirma que son necesarias intervenciones de mayor alcance (formación de pregrado y postgrado en los profesionales de todos los ámbitos sanitarios)
- » En materia de planificación, mediante una estrategia nacional de atención al fumador, y la coordinación de los programas de las CC.AA., garantizando una ejecución equitativa. “La atención al tabaquismo no está suficientemente recogida en las agendas asistenciales, ni incentivada”, según varios de los encuestados.

» Y también en materia de control mediante una mejora de la inspección competencia de Comunidades Autónomas y entes locales.

En relación con estas respuestas, tal vez convenga citar con mayor detalle el tenor literal de alguna de ellas, porque es donde radica la clave de los posibles avances a futuro.

“En el ámbito sanitario aunque el abordaje del tabaquismo está en cartera de servicios de atención primaria de salud la realidad es que no se proporcionan los recursos necesarios para su realización: no se financian tratamientos farmacológicos, no hay consultas especializadas para personas que las precisan... A nivel nacional hay una gran heterogeneidad en el abordaje del tabaquismo”.

“A nivel preventivo no hay programas educativos estructurados en todas las CC.AA. A nivel universitario no está incluida la formación de profesionales en prevención, control y tratamiento de la tabaquismo por lo que sigue faltando una buena capacitación de los futuros y actuales profesionales”.

“No hay apenas presupuestos específicos para programas de prevención del tabaquismo en las CCAA. No hay intervenciones en medios de comunicación de masas (campañas) como en el caso de los accidentes de tráfico. Y todo ello siendo el principal problema de salud pública prevenirla actualmente en nuestro país”.

“Algo parecido ocurre con los programas de deshabituación, en los que la atención primaria debería tener un papel central, pero que se deja a la voluntad de los profesionales, con programas discontinuos, no financiados, a menudo voluntaristas”.

“En atención hospitalaria, algo similar, no se interviene en los pacientes ingresados, las unidades especializadas no existen en función de las necesidades sino que dependen de la voluntad o el interés de determinados profesionales. El tratamiento farmacológico no está financiado, lo que dificulta el abordaje del tabaquismo como cualquier otro problema de salud”.

“Falta de inversión en programas de deshabituación y de articulación de mecanismos de cooperación formal con otros actores implicados en este tipo de actuaciones”.

“Es necesaria una mejora de la labor preventiva. La labor a nivel preventivo dista mucho de ser idónea y, por otro lado, no existen recursos de apoyo accesibles y conocidos por la sociedad para dejar de fumar”.

“La ciudadanía tiene que apreciar sintonía entre las medidas coercitivas, las preventivas y las medidas terapéuticas. Y esto no ha sido así”.

Políticas públicas plenamente aceptadas.

Como ya ha quedado expresado, una de los mayores retos de la legislación consistía en ganar cotas de aceptación por parte de la población, especialmente en un proceso en el que existen importantes intereses de parte, no siempre transparentes, tendentes a deslegitimar las actuaciones normativas.

En este sentido, se preguntó sobre cuáles son los niveles de adhesión social a las siguientes políticas. [\[Gráfico 9\]](#)

Por lo que se comprueba en las respuestas, el establecimiento de espacios sin humo ha adquirido un alto grado de aceptabilidad

Gráfico 9

Opinión acerca de la adhesión social (opinión pública más favorable) hacia estas políticas



Gráfico 10

Impacto de posibles nuevas medidas

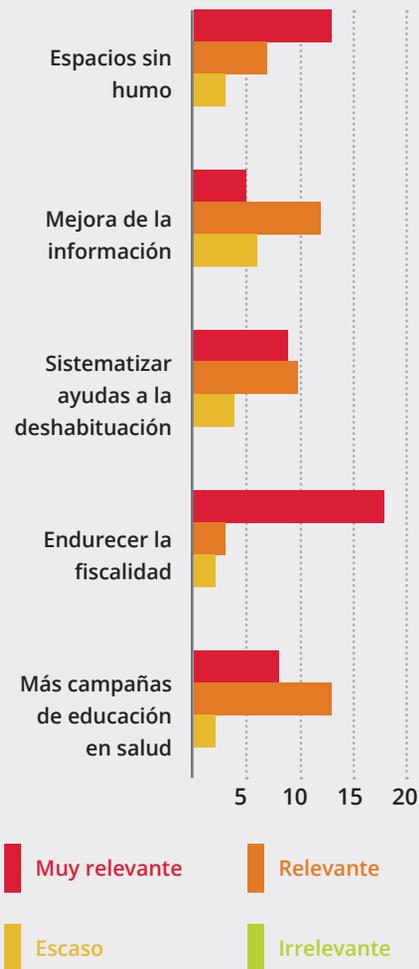
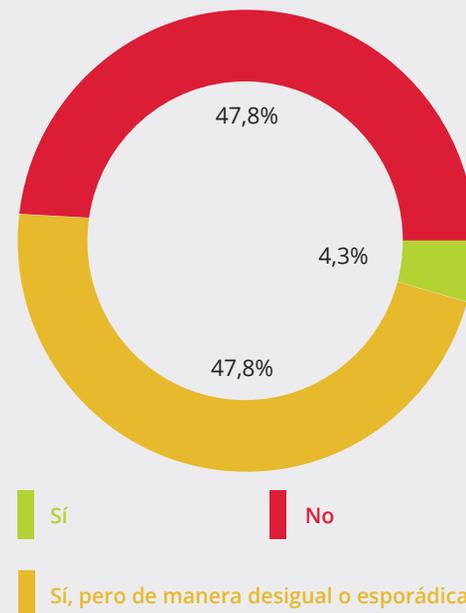


Gráfico 11

¿La lucha contra el tabaco sigue siendo una prioridad en la agenda política?



social, y sin embargo quedan por desarrollarse (también en términos de implantación y educación y promoción sanitaria) las relativas a la prevención del consumo y las ayudas a la deshabituación.

Hay que destacar que probablemente se perciben como más aceptables precisamente aquellas actuaciones que ya se han puesto en práctica, y muy concretamente las relativas a los espacios sin humo. En el caso de la prevención de consumo, y a falta de concretar medidas específicas, se observa una mayor dualidad entre los que creen que tiene alta o baja aceptación social. En el caso de las ayudas a la deshabituación, consta que se percibe como una estrategia con un considerable nivel de adhesión social (suma de alta y suficiente), a pesar de su escaso desarrollo en nuestro país.

En relación al impacto que se considere más relevante de posibles nuevas medidas (o el desarrollo más amplio de las ya enunciadas), la opinión queda resumida en el [Gráfico 10].

Como se puede observar, el endurecimiento de la fiscalidad es el posible impacto que concita un mayor consenso, y tras él

se sitúan el aumento de los espacios sin humo, la sistematización de las ayudas a la deshabituación y la mejora en las campañas de educación.

También se ha suscitado una pregunta sobre la posibilidad de que la actual normativa tenga un desarrollo más intenso, y que pueda aportar mayores efectos contra el tabaco. [Gráfico 11]

Las líneas expuestas por los profesionales son varias, como la ampliación y el cumplimiento efectivo de los espacios sin humo, el aumento de las políticas de prevención basadas en campañas, la subida de la imposición fiscal, la mejor coordinación de los recursos, el establecimiento de sistemas equitativos de ayuda a la deshabituación de base sanitaria, o la mejora de la formación e implicación de los profesionales.

En la perspectiva de poder ampliar la legislación, y como mera hipótesis, se suscitó la pregunta de hacia qué tipos de medidas habría que orientar un cambio a futuro. Algunas de las que se propusieron fueron:

» Aumento de los espacios sin humo.

- » Envasado genérico de las labores del tabaco.
- » Regulación del cigarrillo electrónico,
- » Aplicación de fondos finalistas del tabaco a la corrección de sus efectos.
- » Supresión de determinadas excepciones legales (clubs de fumadores, centros de internamiento).
- » Financiación normalizada de los tratamientos.
- » Realización de planes sistematizados de actuación contra el tabaco, debidamente financiados.
- » Finalmente, dentro de este apartado interesaba saber si existe una percepción de que la lucha contra el tabaco sigue siendo una prioridad o no dentro de la agenda política del país. Las respuestas fueron elocuentes: muy pocos consideran que lo siga siendo, y en cambio la mayoría de los profesionales encuestados piensan que no, o que si presenta esa prioridad es de manera desigual o esporádica.

Opiniones relevantes

“

Como logro, la legislación de la ley de tabaquismo de 2010, que dejó clara la posición de todos los espacios cerrados públicos sin humo. Propiciar que lo normal sea no fumar.

Como carencia, el no contemplar espacios abiertos. La falta de cumplimiento en los lugares que no se puede fumar, como por ejemplo terrazas, parques, centros sanitarios.

Falta de prevención y de campañas sanitarias.

El tratamiento farmacológico que ya ha sido demostrado que es coste eficaz, debe ser financiado por el Sistema Nacional de la Salud, por igual en todo el territorio español, de la misma forma que se financian los tratamientos farmacológicos para otras enfermedades crónicas.

Hay que dejar muy claro que los dispositivos capaces de liberar nicotina, como los cigarrillos electrónicos y otros sistemas nuevos para fumar, no se deben aconsejar a los

pacientes fumadores para dejar de fumar.

El mejor tratamiento para dejar de fumar es aquel que combina el tratamiento farmacológico, con fármacos de primera línea como la Terapia Sustitutiva con nicotina, el bupropión y la vareniclina, y el apoyo psicológico.

José Luis Díaz Maroto.

Médico rural. Pozo de Guadalajara.

Coordinador nacional del grupo de Tabaquismo de SEMERGEN.

“

Si bien en España tras las leyes del 2.005 y 2.010 nos pusimos a la cabeza de la prevención del tabaquismo en Europa, la realidad es que desde entonces la mayoría de los países europeos han aprobado leyes más avanzadas, especialmente útiles para la prevención del inicio en jóvenes, y en nuestro país no ha sido así.

Francisco Rodríguez Lozano.

Médico especialista en Estomatología. Presidente del ENSP (Red Europea de Prevención del Tabaquismo).

“

Las leyes de 2005 y 2010 han supuesto grandes avances en la prevención y el control del tabaquismo en España y se han ligado a una disminución progresiva del consumo y sobre todo a una disminución clarísima de la exposición al humo de tabaco ambiental que se ha ligado a disminución de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, y que con el paso del tiempo se espera que tenga repercusión en las neoplasias y todas las enfermedades relacionadas con el tabaco.

Es difícil vigilar el cumplimiento de algunos de los aspectos de la normativa como es lo relativo a algunos entornos de restauración, por ejemplo en terrazas de bares y restaurantes. La prevención del consumo y la ayuda a dejar de fumar, que están citados en las leyes, están poco desarrollados después y son muy variables en el territorio.

Carmen Cabezas Peña.

Doctora en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Metodología de las Ciencias de la Salud.

Miembro de los grupos de trabajo de Educación para la Salud del PAPPS y de abordaje del Tabaquismo de CAMFIC y SEMFIC.

Subdirectora General de Promoción de la Salud del Departament de Salut de La Generalitat de Catalunya desde 2006.

“

Hemos avanzado bastante en legislación, sobre todo en espacios sin humo, pero es necesario seguir avanzando en otras actuaciones para conseguir mejorar en prevención (empaquetado genérico, aumento del precio, prohibición de fumar en espacios deportivos....) y manejo en intervención sobre tabaquismo. También es importante mejorar la información en medios de comunicación sobre los peligros del tabaquismo.

Vidal Barchilon.

Especialista en medicina familiar y comunitaria. Experto en tabaquismo.

Director del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.

“

Con la Ley 42/2010 España se situó en cabeza de la UE en lucha contra el tabaco. Posteriormente sus logros se ha visto estancados y en algún caso reducidos por la inacción de los poderes públicos, el retraso en la transposición de las directivas europeas y la desidia por no aprovechar esas directivas para avanzar en la legislación con nuevas medidas como ampliación espacios sin humo o etiquetado neutro.

Rodrigo Córdoba.

Médico de Familia y Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Ex-presidente del CNPT.

Coordinador del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS (semFYC).

“

Considero que han sido muy útiles y aceptadas las diferentes medidas legislativas, pero necesitan continuar con más medidas legislativas y fiscales.

Carlos Martín.

Médico de Familia.

Profesor Asociado de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona.

“

En España nos hemos quedado retrasados en las políticas de prevención y control del tabaquismo. Hemos perdido muchas oportunidades de avance en los últimos años y vamos a la cola de países de nuestro entorno europeo, teniendo porcentajes de fumadores altos. No hay voluntad política de hacer frente a la principal causa de enfermedad y muerte evitable en nuestro país (52.000 muertos anuales), pese a que ya sabemos lo que hay que hacer y disponemos de una Hoja de Ruta que nos permitiría acabar con el problema en 2040.

Es hora de hacer algo en prevención y control del tabaquismo en España. ^[4]

Francisco Camarelles Guillem.

Médico de Familia.

Grupo Abordaje al Tabaquismo GAT de semFYC.

Presidente del Organismo de coordinación del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud PAPPS de semFYC.

Miembro del CNPT y del ENSP.

“

Creo que hemos avanzado mucho , pero desde hace unos años la impresión es que ha habido un parón en cuanto a la actualización de la legislación en tabaquismo , hay una falta de compromiso con la puesta al día de nuevas herramientas, que se han visto efectivas en otros países y una falta de iniciativa y apoyo político para actualizar y liderar la lucha contra el tabaquismo.

Joan Antoni Ribera i Osca.

Coordinador nacional del grupo de Abordaje del Tabaquismo de la semFYC.

“

Es importante recordar los logros de la regulación del tabaquismo a la población general, destacando su impacto en la reducción del consumo, en la prevención de los riesgos asociados a la exposición al humo ambiental, en la desmoralización del tabaquismo, en la reducción del inicio en población joven, etc.

No obstante desde la perspectiva sanitaria hay que seguir avanzando para reducir de forma permanente el consumo de tabaco en España, haciendo frente a nuevas amenazas y siendo conscientes de que el tabaquismo sigue siendo nuestro principal problema de salud pública. Esto requiere analizar con detalle los cambios sociales y epidemiológicos en torno al tabaquismo, centrar los esfuerzos en los colectivos más vulnerables, mejorar el cumplimiento de la regulación, y ampliar las medidas que han demostrado ser eficaces en nuestro país o en otros. Requiere también desligar las políticas de salud pública de los intereses de la industria del tabaco, cuyo objetivo de fondo es mantener la cuota de adictos a la

nicotina a través de nuevos productos con diseños y aromas atractivos, productos que avanzan mucho más rápido que capacidad de adaptar la regulación.

Regina Dalmau.

Presidenta del CNPT, Representante de la Sociedad Española de Cardiología en el CNPT.

“

La Ley de tabaquismo de 2005, supuso un paso de gigante en nuestro país a pesar de su gran fallo: la falta de valentía de los legisladores para aprobar una ley que erradicara el tabaco en toda la hostelería.

Con la modificación del 2010 se corrigió este error, consiguiendo así terminar con el humo del tabaco en el interior de los establecimientos hosteleros. La ley fue un éxito absoluto gracias al inmenso apoyo de la ciudadanía, no pudiendo atribuir su éxito a la labor de inspección y cumplimiento por parte de las autoridades, las cuales han dejado mucho que desear en dicho aspecto, factor que es necesario mejorar ampliamente en el futuro implicando en su vigilancia a todas las fuerzas de seguridad del estado.

Con la aprobación de esta ley, España se puso a la cabeza de Europa en materia de lucha contra el tabaquismo, pero desde entonces no ha habido ningún avance legislativo al respecto por el nulo interés de nuestros legisladores en el tema, lo cual ha supuesto un estancamiento de las políticas de lucha

contra el tabaquismo que nos deja a la cola de Europa en este tipo de medidas.

La ley del tabaco tiene muchos elementos de mejora y de avance que además gozan de una amplia demanda social. Los cambios legislativos, necesarios en este momento para conseguir la desnormalización del consumo de tabaco, han de comprender medidas a corto plazo, como la ampliación de los espacios sin humo al aire libre (playas, piscinas, parajes naturales, espectáculos al aire libre, espacios deportivos, etc), erradicar el tabaco de los vehículos, la obligatoriedad del empaquetado genérico de los productos del tabaco o la equiparación legal de todos los productos empleados para fumar o “vapear”, eliminar la venta de tabaco en máquinas expendedoras, establecer un control en las producciones audiovisuales y teatrales que muestren escenas de consumo de tabaco, y medidas de larga duración, sostenidas en el tiempo, como planes de apoyo por los servicios sanitarios a las personas que quieren dejar de fumar, aumento de la fiscalidad del tabaco, programas educativos

de prevención al consumo en la educación primaria y secundaria, así como asignaturas específicas de prevención y tratamiento del tabaquismo en las facultades de medicina, farmacia, odontología y psicología o el establecimiento de la prohibición de venta de tabaco a las personas nacidas a partir de cierta fecha; así como perfilar y corregir los aspectos de la Ley actualmente vigente que facilitan resquicios para el incumplimiento y dificultades para su efectiva aplicación y control.

Raquel Fernández Megina.

Presidenta de Nofumadores.org (asociación ciudadana sin ánimo de lucro).

“

Hemos sido pioneros con la Ley del 2005 pero en los últimos años nos hemos estancado, no hemos aprovechado la oportunidad que nos brindó la Directiva Europea, no avanzamos en envasado neutro y tampoco nos movemos en cuanto a espacios sin humo. La fiscalidad podría haber aumentado más de lo que lo ha hecho. Los nuevos productos del tabaco se les ha dejado en el limbo permitiendo que hagan publicidad de múltiples maneras.

Andrea Gallego.

Master en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria.

Referente de tabaquismo en área centro de Atención Primaria de Lugo.

Coordinadora del grupo de Tabaquismo de la SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia).

“

Considero que la legislación de tabaco en España ha sido un gran logro en salud pública porque prácticamente ha eliminado la exposición al humo de tabaco en lugares públicos cerrados. Aún así, pienso que tiene deficiencias en cuanto a permitir el uso de otros productos novedosos que pueden incitar a fumar (como es el caso de los cigarrillos electrónicos) y que precisa de una modificación para ampliar los espacios sin humo en entornos al aire libre “modélicos” o frecuentados por población juvenil (deportivos, de ocio y cultura, accesos a centros educativos y sanitarios...).

También creo que no se han tomado todas las medidas necesarias para promover el cumplimiento de la actual regulación en cuanto a espacios sin humo, prohibición de venta, publicidad y patrocinio; y especialmente que no se ha dotado de recursos precisos para desarrollar las medidas de prevención y de ayuda a la cesación, teniendo en cuenta la perspectiva de equidad y género.

Queda mucho por hacer, aunque se ha avanzado mucho en promover una sociedad libre de tabaco. En cuanto a carencias tampoco se ha apostado por medidas eficientes y que no suponen costes a la administración, como son el empaquetado neutro o el aumento de impuestos, así como, velar por evitar la intromisión de la industria de tabaco y el control del contrabando, como establece el Convenio Marco de la OMS de Control de Tabaco.

Adelaida Lozano Polo.

Enfermera. Doctora. Máster en Salud Pública.

Coordinadora Grupo Tabaquismo de FAECAP (Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria) y representante en CNPT (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo). Grupo Gestor EVICT. Vicepresidenta del CNPT.

“

Sin duda, la ley de 2010 supuso un avance fundamental, sobre todo a nivel de cambio de percepción social. Antes de la ley, fumar estaba totalmente normalizado como un hábito más, y ahora la población ve el tabaco como un problema de salud. Se ha reducido el número de fumadores, la exposición al humo del tabaco, y las patologías respiratorias y cardíacas relacionadas con ambas.

En ese momento se trataba de una ley avanzada, que colocaba a España como uno de los países a la cabeza en políticas de tabaco. Sin embargo, durante los años posteriores se ha bajado la guardia y hemos perdido esa posición de cabeza.

Seguimos teniendo un tabaco demasiado asequible, sobre todo si consideramos que subir el precio es la medida más efectiva para disminuir el consumo.

Además, hace falta más apoyo y financiación de fármacos para dejar de fumar, campañas mantenidas de prevención del consumo, campañas personalizadas con

perspectiva de género para chicas jóvenes, o para grupos de población concretos como el colectivo gitano, ampliación de los espacios sin humo, aplicación de nuevas medidas como el empaquetado neutro, y la regulación de otros productos de tabaco, que deberían equipararse por la ley al tabaco fumado.

Victoria Güeto Rubio.

Médico de familia. Experto en tabaquismo.

Grupo de abordaje al tabaquismo de semFYC. Sociedad Vasconavarra de Prevención del Tabaquismo.

“

Como logro se ha conseguido que por lo general no se fume en los lugares públicos cerrados.

Principales carencias:

– Falta de financiación de los tratamientos para dejar de fumar.

– Instauración de la cajetilla genérica.

– Aumento de los lugares en los que está prohibido fumar.

– Regulación exhaustiva de todas las formas de consumo de tabaco incluidas pipas de agua, cigarrillos electrónicos, Juul.

– Escaso control del tabaco de contrabando.

M^a Lourdes Clemente Jiménez.

Médico de familia CS La Jota (Zaragoza).

Profesora de la Universidad de Zaragoza.

Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón.

“

El avance en las políticas de control en los últimos años ha sido notable gracias a las leyes de medidas sanitarias frente al tabaquismo, sobre todo en cuanto a los espacios sin humo, con la prohibición del consumo en espacios cerrados de uso público. Esto ha generado beneficios en la salud de la población, menos ingresos por infarto o enfermedad pulmonar obstructiva crónica o menor mortalidad por infarto. Además ha contribuido notablemente a desnormalizar el consumo, modificando la percepción social sobre el tabaco.

Parecería oportuna la ampliación de los espacios sin humo, por ejemplo en vehículos privados cuando viajen menores, en espacios deportivos, playas, etc, y un mejor cumplimiento de la ley actual. Además la regulación del empleo de cigarrillos electrónicos debería equipararse a la de los productos del tabaco.

Otro aspecto relevante es el del empaquetado genérico, útil para prevenir el inicio del consumo y para promover el abandono.

Es necesaria una mayor vigilancia del cumplimiento de la ley en lugares de ocio, sobre todo terrazas cubiertas. También de la publicidad, sobre todo con los nuevos productos del tabaco.

Las campañas de prevención son escasas, tanto para la población general como para los jóvenes. Sería recomendable que fueran continuadas en el tiempo y estables. En este sentido, tiene importancia el abordaje del binomio cannabis-tabaco, cuyo uso conjunto refuerza la dependencia para ambas sustancias, y que en ocasiones constituye el primer contacto con el tabaco.

Haría falta una apuesta por la deshabituación. El abordaje del tabaquismo no es visto como una prioridad, y muchos profesionales no lo incorporan como práctica habitual. La intervención queda a menudo como algo voluntarista por parte de los profesionales. La financiación del tratamiento farmacológico del tabaquismo ha demostrado que aumenta su uso, el número de intentos de abandono y la tasa de abstinencia. Además, permi-

tiría normalizar el abordaje del tabaquismo, del mismo modo que se abordan la hipertensión o la diabetes, con sus correspondientes tratamientos farmacológicos. Con el fin de evitar el riesgo de identificar tratamiento del tabaquismo con tratamiento farmacológico serían necesarios programas de formación amplios para los profesionales, sin olvidar la formación de estudiantes y residentes, y potenciar el papel de enfermería. El papel de esta es fundamental en atención primaria. La atención primaria, que debería ocupar un lugar central en el manejo del tabaquismo, por su privilegiada situación, asume progresivamente un mayor papel en el manejo de distintos problemas de salud, pero lo hace en un contexto de sobrecarga y falta de financiación. En atención hospitalaria el abordaje y tratamiento del fumador, no suele ser una prioridad, incluso en ingresos por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco.

} César Minué.

Médico de familia.

“

La actual normativa ha contribuido a un gran cambio cultural en la percepción del tabaco pero aún hay camino para mejorar como la ampliación de los espacios sin humo, la intensificación de la inspección del cumplimiento de la norma, el incremento del precio de los productos del tabaco o el acceso a programas multidisciplinares de deshabituación tabáquica en el SNS. Sin olvidar la importancia clave de realizar una evaluación sistemática de todos los aspectos contemplados en la misma y su impacto en la salud de la población.

Ana Fernández Marcos.

Asociación Española Contra el Cáncer.

“

La evolución normativa ha estado acompañada de una reducción del consumo de tabaco en España, con medidas de importante calado como la limitación de los espacios para fumar, la prohibición de la promoción de los productos del tabaco o el aumento del precio del tabaco. Todo ello ha contribuido a desincentivar el consumo de tabaco.

Sin embargo, todavía hay un amplio margen de mejora en cuanto al contenido y la aplicación de la normativa. Son necesarias campañas de prevención más sistemáticas y adaptadas a grupos de población, así como programas de educación en el ámbito escolar, universitario, laboral y social. Y, por otro lado, si, como afirma la OMS, el tabaquismo es una enfermedad crónica, las personas fumadoras deberían tener acceso gratuito a recursos de apoyo de tipo médico, sanitario, psicológico, etc. que les permitan superar la adicción.

Las medidas coercitivas deberían tener un mayor seguimiento para asegurar su cumplimiento e ir de la mano de medidas educa-

tivas, que permitan una toma de conciencia acerca de los beneficios de no fumar.

Diego Villalón.

Trabajador social.

Cofundador de la Fundación Más Que Ideas

“

Considero que la actual legislación española es buena y ha tenido un gran impacto sobre la salud de la población no fumadora (¡el 70% de la población!) y también de forma colateral sobre los fumadores. Sin embargo, este impacto hubiera sido aún mayor si la normativa hubiese tenido un mayor cumplimiento y apoyo por parte de todas las administraciones (local, autonómica y estatal). Por ello, es necesario reforzar el cumplimiento de la norma actual y, aprovechando el clima social favorable a todas estas medidas, ampliarla.

Me refiero a ampliar la regulación de espacios sin humo a ámbitos que ahora quedan fuera de la ley, a la regulación del empaquetado mediante la adopción del empaquetado neutro, a promover campañas informativas entre la población y a promover la cesación tabáquica entre los fumadores.

Esteve Fernández.

Director del Área de Epidemiología y Prevención del Cáncer y del Centro Colaborador de la OMS para el Control del Tabaco del Institut Català d'Oncologia.

“

Se ha logrado concienciar del efecto nocivo del tabaco, se ha logrado respetar al no fumador, hay una concienciación social, se ha logrado que fumar no sea una moda o una tendencia. Entre las carencias falta dificultar más la venta de tabaco, excluirlo de eventos públicos o de reunión de un determinado número de personas aunque sea en espacios libres, por ejemplo en estadios de fútbol, plazas de toros... Plan de ayuda a la deshabituación tabáquica global a nivel nacional financiando la intervención y la medicación con estrategias definidas.

Jesús Gómez.

Farmacéutico Comunitario activo en cesación tabáquica en Barcelona.

Presidente de SEFAC.

“

Hay que impulsar nuevas ideas y políticas preventivas, y el Parlamento Español debe acometer nuevas iniciativas de regulación y control del tabaco y las drogas desde la perspectiva y la experiencia acumulada por nuestra Salud Pública.

Joseba Zabala Galán.

Médico de Salud Pública del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Coordinador de la Iniciativa Ciudadana XQNS para la mejora de la Ley de Tabaco en España.

Impulsor de ÉVICT PROJECT Grupo de Trabajo para el estudio del Policonsumo Cannabis-Tabaco

“

Logros: aumento de la percepción de riesgo y disminución de la prevalencia de consumo, con los consiguientes beneficios para la salud de la población.

Carencias: la percepción de riesgo sigue siendo inadecuada, especialmente en las personas con un nivel socio-educativo menor.

Francisco Javier Ayesta.

Profesor de Farmacología y Trastornos Adictivos de la Universidad de Cantabria, Director del Master en Tabaquismo PIUFET 1999-2018.

“

En relación a los logros, creo que se ha conseguido una conciencia social en relación al reconocimiento del perjuicio que, para terceros, supone el fumar en espacios cerrados.

En relación a las carencias, se precisa una mayor implicación de las autoridades sanitarias, en las campañas informativas sobre los perjuicios del tabaquismo y las ayudas para su deshabituación.

Francisco Valero.

Profesional del derecho en el ámbito sanitario.

“

Hemos progresado mucho gracias a la regulación de 2005, 2006 y 2014, estamos en una posición muy razonable (y partíamos de una situación deplorable). Pero podemos hacer más para seguir progresando.

Joan R. Villalbí.

Doctor en Medicina, Master en Salud Pública.

Ex-presidente del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Presidente del Consell Assessor de Tabaquisme de Catalunya. Presidente de SESPAS.

Responsable de Calidad y Procesos en la Agencia de Salud Pública de Barcelona.





05, Lo que queda
por hacer.

05, Lo que queda por hacer.

Observar retrospectivamente la normativa sobre el tabaco de estos 30 últimos años demuestra que se ha recorrido un camino muy importante, en el que se pueden apreciar logros tremendamente relevantes para la salud pública de los españoles.

Como ha quedado establecido, una tasa de consumo de tabaco de tendencia constantemente descendente como la que se viene registrando en estas tres décadas es la que representaría mejor el impacto más positivo que han tenido las actuaciones dirigidas desde el poder público, y es el indicador que si duda anticipa la posterior reducción efectiva de las tasas de algunas enfermedades evitables, y de las muertes consecuencia de ellas.

La regulación normativa ha utilizado con suficiente determinación su capacidad de limitación del mercado, con propuestas tendentes a reducir el acceso al tabaco mediante la regulación de su venta, la imposición de exacciones fiscales específicas o la limitación de la publicidad. Además, ha procurado como uno de los objetivos prioritarios reducir al máximo la exposición al humo de los no fumadores, y ha establecido principios efectivos para desarrollar estrategias preventivas basadas en la información, de carácter general o más específico.

Pero incluso más allá de la disminución en las tasas de consumo efectivo o de la notoria erradicación de la presencia social

del hábito de fumar, es incuestionable que lo hecho ha servido para cambiar toda una actitud social frente al tabaco. Si hace 30 años se definió por primera vez en nuestra normativa a este como un agente pernicioso para la salud, hoy es justamente esa y no otra la percepción ampliamente mayoritaria en nuestra sociedad, y la que realmente da soporte, factibilidad y legitimidad a las normas presentes o futuras que se establezcan frente a su consumo.

De hecho, es constatable que la normativa contra al tabaco no constituye hoy un elemento de confrontación política, ni hay voces que demanden ni la derogación de lo ya hecho ni la reducción de los actuales niveles de limitación del consumo. Si

comparamos este espacio de la política sanitaria con otros de carácter sectorial o más generales, podemos apreciar aquí un nivel de consenso incuestionable, y una ausencia de revisionismos igualmente apreciable en términos políticos y de seguridad de la normativa.

Si tuviéramos que explicar por qué este es un espacio para el consenso y la progresión política, tal vez debiéramos apelar a varias razones, pero hay tres que probablemente lo representan principalmente.

» La primera sería la conciencia de la relevancia misma del tema, en términos de salud pública, y un convencimiento tácitamente asumido por la mayoría política de priorizar esta dimensión sobre cualquier otra de índole económica o gremial. Tal vez la mejor representación de este modo de actuar se pudo ver en relación con la mayor restricción del tabaco en los espacios públicos, como la hostelería, que se aprobó en la Ley 42/2010. Es fácil recordar que entonces se intentó contraponer a la medida sanitaria una

profetizada afección severa a un sector económico relevante en nuestra economía. Sin embargo, la voluntad legislativa tuvo presente un adecuado orden de prioridad, y como se comprobó posteriormente el impacto de tipo económico no existió.

» En segundo lugar, debemos citar la progresividad y factibilidad de las medidas adoptadas. Un principio de actuación en salud pública establece que es inútil, e incluso contraproducente, adoptar restricciones que razonablemente sean de imposible ejecución, porque desacreditan la solvencia de cualquier estrategia. Lo que hasta el día de hoy se ha hecho en materia de tabaco ha tenido una adecuada traslación a la realidad, ha sido puesto en práctica de manera factual, y ha permitido avanzar de una manera solvente y progresiva. Volviendo al ejemplo anterior, también en su momento se dijo que sería imposible garantizar que no se fumara en lugares de acceso público, incluyendo los locales de

“

La disminución de la tasa de consumo de tabaco anticipa una efectiva reducción de las tasas de algunas enfermedades evitables.

hostelería. Hoy hay que decir que esta regulación fue efectiva desde el primer minuto de su vigencia, y que salvo excepciones -sin duda, motivadas por el relajamiento de los programas de inspección- se ha cumplido de manera generalizada.

» En tercer lugar, hay que constatar que las decisiones adoptadas, y especialmente aquellas normas que han tenido su origen en las propias estructuras de la política sanitaria (como el Ministerio de Sanidad), han contado con el adecuado soporte técnico científico, por definición sujeto a validación objetiva y ajeno a invectivas. Las normas, por tanto, han acogido -sin duda, de acuerdo con el indelegable criterio del legislador- aquello que se constataba como lo más adecuado. Es evidente que en los procesos legislativos se han expresado visiones diferentes y propuestas de diversa índole, pero probablemente todas han estado animadas por un interés común y dotadas de una solvencia argumental de carácter no opinativo,

como es el acervo de conocimiento empírico acumulado en esta materia, incluyendo la comparación entre países.

Probablemente de este modelo de adopción de decisiones, caracterizado por su orientación al interés sanitario general, la opción de medidas factibles y la adecuación a los criterios emanados de fuentes objetivas, es del que hay que extraer la pauta de actuación para las decisiones venideras.

¿Se puede afirmar que hay carencias en las actuales estrategias normativas frente al tabaco?

Pudiera parecer que nuestro país ha conseguido dotarse de una normativa completa, consolidada y relativamente efectiva, comparable a la de muchos países occidentales, que está generando una reducción paulatina del consumo, y que de manera inercial puede ser capaz de proporcionar mejoras acumulativas en los próximos años.

Sin embargo, para responder a la pregunta de qué es lo que queda por hacer deberíamos mantener abierta la receptividad hacia

“

Se ha conseguido cambiar toda una actitud social frente al tabaco.

determinadas razones de carácter objetivo que hablan de la necesidad de considerar nuevas actuaciones, o de la ampliación o desarrollo más efectivo y/o intensivo de algunas de las que ya están planteadas.

La principal razón para huir del conformismo se basa en apreciar que las tasas de consumo de tabaco en España siguen siendo elevadas hoy día, superiores a la de nuestro entorno europeo, y de imposible aceptación para un país occidental que, como el nuestro, valora sustantivamente el bien salud y dispone de una sanidad de calidad y adecuadamente cohesionada.

Además, hay que reconocer que la reducción experimentada en tiempos recientes es más lenta que la que se observó en otros momentos. Indudablemente, habría que promover el mantenimiento de objetivos ambiciosos consistentes en una mayor reducción del consumo, y planear nuevas acciones en la medida en que las precedentes consoliden sus objetivos (en el mejor de los casos) o incluso puedan perder vigor (en el peor de esos supuestos).

La última estadística disponible (de Eurostat, Informe sobre el Estado de la Salud de

la UE 2017, y la reciente Encuesta de Salud de 2017) muestra que España ha reducido en los últimos años sus tasas de tabaquismo, pero las cifras continúan por encima de la media de la UE. Las tasas de consumo diario han pasado del 32% en 2000 al 23% en 2014 y suponen unas de las principales causas de muerte prematura. El porcentaje neto de hombres fumadores (26%) es mayor que el de las mujeres (19%). También se han reducido las cifras de tabaquismo en el caso de los adolescentes de 15 años del 28% al 9%, y estas sí se encuentran entre las más bajas de Europa.

Se ha constatado que la prevalencia de fumadores diarios continuó descendiendo en el pasado año, aunque más lentamente. Como ya se ha apuntado, la caída es de 10 puntos en el periodo 1993 a 2017, pero con respecto a 2014, en 2017 fue menos de un punto porcentual más baja, lo mismo que descendió entre 2011 y 2014. Desde 2006 el descenso siempre ha estado por debajo de un punto porcentual anual.

También hay que reseñar que el comportamiento es distinto en hombres y en mujeres. Entre 1993 y 2017, la proporción de hombres que fuma a diario ha caído cerca

“

Sigue siendo necesario considerar nuevas actuaciones, o ampliar o desarrollar más efectivamente algunas de las que ya están planteadas.

“

La actual tasa de consumo de tabaco en España es aún inaceptable, no se sitúa en el promedio europeo, y sobre ella hay que seguir proyectando medidas.

de 18 puntos, mientras que la proporción de mujeres ha caído sólo 2 puntos porcentuales. Mientras que en los hombres el año 2017 parece confirmar la tendencia a la baja que se había ralentizado en 2014, en las mujeres no se observa mejora, e incluso es la primera vez que no desciende este indicador desde 1997.

Pero junto a esta evidencia empírica, la opinión profesional es unánime a la hora de solicitar nuevas medidas frente al tabaco. Como muestra podemos ofrecer dos referencias solventes.

Una, la declaración de enero de 2018 de la Organización Médica Colegial (OMC) y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), que presentaron un decálogo con nuevas propuestas ante los cuatro principales grupos parlamentarios (Partido Popular, Partido Socialista Obrero Español, Unidos-Podemos y Ciudadanos). Entre ellas estaban velar por el cumplimiento de la Ley de Tabaco, especialmente en aquellos espacios sensibles como los centros educativos, centros sanitarios y sus alrededores, ampliar los espacios libres de humo a estadios y otros espacios deportivos, paradas de transporte público,

playas y entornos naturales, no fumar en los coches en presencia de niños o mujeres embarazadas, poner en marcha nuevas campañas de prevención del tabaquismo a nivel nacional y mejorar la atención a las personas fumadoras incidiendo en la Atención Primaria como pilar básico, con formación adecuada de los profesionales y financiación de los tratamientos farmacológicos que hayan demostrado seguridad y eficacia para dejar de fumar.

Y, como complemento a este argumento de autoridad de la OMC y el CNPT, disponemos también de la opinión que hemos recogido para este trabajo de más de una veintena de profesionales de primer nivel, en la que como ha quedado plasmado anteriormente se solicitan nuevas medidas y abundar en el desarrollo de las que actualmente permite o promueve la normativa vigente.

La pregunta que a continuación cabe hacer es si siguen existiendo medidas realmente factibles, que ayuden a progresar en los objetivos de reducción del consumo de tabaco y daños asociados, y que deban merecer atención y compromisos de los responsables en los próximos años.

Con rigor no podemos determinar de manera incontrovertible si algún tipo de medidas de las que actualmente están vigentes muestra agotamiento de sus efectos, a falta de un análisis metodológicamente más exhaustivo. Sí es plausible que determinadas estrategias hayan alcanzado sus máximos rendimientos, como por ejemplo lo relativo a intentar disuadir el consumo mediante avisos gráfico en las cajetillas, que no por hacerse más rotundos pueden mover el convencimiento de algunos consumidores. Además, parece razonable pensar que las restricciones a la venta y la publicidad son las adecuadas, por estrictas, y no es muy realista pensar que deban reforzarse.

En todo caso, sí cabe manifestar una preocupación, compartida con muchos profesionales, de que todavía quedan cosas importantes por hacer. Tan importantes como lo es una tasa de consumo aun inaceptable, que no se sitúa en el promedio europeo, y sobre la que hay que seguir proyectando medidas.

Lo que parece incontestable es que una gran parte de las medidas ya adoptadas han generado un efecto muy positivo, derivado principalmente de la reducción de la

exposición al humo del tabaco, y que este efecto está teniendo una traslación directa a la reducción de la morbilidad asociada, como en AIM, EPOC y asma, lo que ya de por sí implica la consecución de un logro de enorme importancia. Pero también es evidente que hay que ser todavía más incisivo en el objetivo directo de reducción de la tasa de consumo, que continúa fuera de cualquier nivel admisible.

Junto con esta llamada a la necesaria proactividad, hay que tomar en consideración los adecuados niveles de coordinación institucional en los que nuestro país se ha de organizar. En el ámbito internacional, tanto por nuestra participación en las estrategias globales de la OMS como por el papel que tienen las instituciones europeas y el propio espacio sanitario de la Unión, donde compartimos unos estándares y unas exigencias comunes, que posteriormente hay que activar en las normativas internas.

Pero junto con este nivel supranacional de incardinación en los objetivos de la política sanitaria de la Unión, es notable el nivel de descentralización de la política sanitaria nacional en la que las Comunidades

Autónomas adquieren un papel fundamental en la puesta en práctica de la mayoría de las medidas, tanto de salud pública como de asistencia sanitaria. También los ayuntamientos, con labores y encomiendas normativas en relación con la salubridad, la higiene y la calidad ambiental del espacio público están llamados a tomar desarrollar una función relevante en estas materias.

Como ya se ha expuesto, en el cuestionario dirigido a profesionales se ha planteado, a modo de pregunta abierta, qué es lo que queda por hacer en esta materia. Del contenido de esas respuestas, y de la valoración retrospectiva sobre el camino recorrido que ya hoy estamos en condiciones de analizar, podríamos decantar las actuaciones que hoy reclamarían mayor atención. Nos permitimos clasificar estas en cuatro áreas generales, según supongan su orientación hacia el conjunto de la población, hacia los directamente afectados por el consumo, hacia grupos específicos de estos o hacia la industria productora y comercializadora. [\[Tabla 12\]](#)

Desde la perspectiva de las estrategias comunitarias (es decir, aquellas que se proyectan hacia el conjunto de la población),

Tabla 12

Opinión de profesionales sanitarios sobre qué queda por hacer en la materia.

Perspectiva implicada	Medidas
Estrategias de alcance comunitario	Ampliación espacios sin humo. Paquete blanco.
Activación e implicación del sistema sanitario	Promoción de las unidades de deshabituación en AP. Financiación efectiva de los tratamientos de demostrada efectividad. Plan de atención al fumador, de base sanitaria. Consideración más específica de grupos vulnerables tendente a la reducción de las inequidades.
Segmentación estratégica de planes preventivos y asistenciales	Acciones para grupos más vulnerables. Abordaje específico de la feminización del consumo.
Estrategias de intervención en el mercado y la industria	Mejora del esquema de fiscalidad tendente a prevenir la edad de inicio. Aplicación de las excepciones a programas contra el tabaco.

resultaría factible ampliar los actuales niveles de protección mediante espacios sin humo en un mayor catálogo de topografías o situaciones, como las que pueden implicar a menores o mujeres embarazadas. También habría que considerar la medida, ya presente en otros países, del llamado paquete neutro, aunque ello conlleva implicaciones de mercado de indudable dimensión europea.

Desde la perspectiva de la activación del sistema sanitario en la mejora de los objetivos de reducción del consumo, es evidente que no se ha avanzado lo suficiente en medidas que ya fueron previstas en la legislación de 2005 e incluso reforzadas en la de 2010, referidas a la intensidad y el compromiso con el el que sistema sanitario ha de integrar en su cartera de servicios los programas de deshabituación y la financiación de los tratamientos que hayan demostrado capacidad efectiva de ayuda al fumador.

Sobre esta cuestión hay que hacer notar que gravitan al menos tres incongruencias. Una, que no se está actuando de acuerdo con lo que la propia legislación previó, así como ésta sí ha tenido la adecuada

traslación a la realidad en otras facetas de las estrategias frente al tabaco. En segundo lugar, que se soslaya que sigue siendo coste efectivo proveer de ayuda al fumador que desea dejar el hábito, por la indudable compensación entre los recursos sanitarios que ahorrará en el futuro y los que hoy se puedan dedicar a combatir su hábito. Y en tercer lugar, se trata de una razón que afecta a la percepción de coherencia que el ciudadano adquiera respecto al nivel de compromiso de los poderes públicos con lo que estos mismos identifican como problema sanitario de especial relevancia. En otras palabras, se trataría de rebatir con hechos esa maledicencia que a veces se escucha de que para el ámbito político, interesa mantener una determinada cuota de fumadores por la alta contribución fiscal que proporciona el tabaco.

En todo caso, parece muy necesario situarse en un modelo de mejora continua, en el que seamos capaces de apreciar los logros conseguidos, pero al mismo tiempo haya una actitud proactiva en la búsqueda de nuevas medidas. Las cifras de consumo en España son todavía inaceptables, y apelan a la determinación de nuevos objetivos y la puesta en marcha de nuevas medidas.

Al respecto, y como ya hemos mencionado, la actual Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública ofrece unas perspectivas relevantes también para el para el abordaje del tabaquismo. Por ejemplo, al establecer el principio de equidad y de reducción de las desigualdades en salud como rector de las intervenciones en Salud Pública, lo que nos ha de llevar a promover acciones más específicas ante quienes mayores dificultades tienen para superar el hábito. O mediante el establecimiento del derecho a la información del ciudadano sobre los riesgos que afectan a su salud, y el diseño de la red de vigilancia en Salud Pública de nuestro país en relación con los condicionantes sociales prevalentes. Además, el modelo de coordinación del Sistema Nacional de Salud para la prevención de enfermedades que se establece en la citada ley es un acicate para un abordaje más integral de este problema, tanto en sus facetas de higiene ambiental como en el del manejo clínico de los fumadores tendente a facilitarles ayuda para su deshabituación.

Se abre por tanto la posibilidad de generar nuevas acciones frente al tabaco y hacerlo con una mayor efectividad en la reducción de las tasas de consumo, atendiendo a los

“

Merece una consideración adicional el problema ya detectado relacionado con la mujer, género en el que se está comprobando una menor reducción de las tasas de consumo.

diferentes grupos sociales ante los que intensificar las actuaciones y estableciendo protocolos más realistas.

Merece una consideración adicional el problema ya detectado relacionado con la mujer, género en el que se está comprobando una menor reducción de las tasas de consumo. Aun siendo cierto que partimos de un menor porcentaje de prevalencia total del hábito, la necesidad de acentuar medidas específicas que permitan una adecuada velocidad de reducción del consumo entre las fumadoras es incontrovertible.

A pesar de todo lo expuesto, no quisiéramos presentar la idea de que toda acción normativa en esta materia, especialmente si es de carácter legislativo, ha de ser una suerte de traslación mecánica de lo que haya establecido el conocimiento científico técnico. Al contrario, tan importante como el contenido de las decisiones es el modelo de valores sociales en el que se inscribe, que son los que le darán sustento efectivo y aplicabilidad real. Por eso, tampoco en materia de lucha frente al tabaco se puede avanzar políticamente si no es incorporando valores sociales fundamentales en cualquier acción regulatoria, que siempre

aportan coherencia y factibilidad.

Así, resulta especialmente relevante en esta materia poder generar opciones de mejora que se basen en principios como:

- » La no culpabilización del fumador, que experimenta un proceso adictivo capaz de comprometer sus propias decisiones relativas al consumo, y por las que no debe ser penalizado o estigmatizado.
- » La defensa de las libertades colectivas y los derechos relacionados con la salud, frente a visiones reduccionistas que pretenden hacer de este problema un mero ejemplo de actitud prohibicionista, ridiculizando la regulación y presentándola como atentatoria contra los derechos individuales.
- » La compatibilidad entre los objetivos equitativos de la salud pública con la adopción de perspectivas más específicas, relacionadas con grupos sociales concretos, como la mujer o los jóvenes, y establecer razonables criterios de atención

prioritaria hacia colectivos más vulnerables o en los que sea más necesario incidir.

- » Y, en definitiva, no dejar de interpretar el problema del tabaquismo como lo que es, todavía el primer problema para la salud de los españoles, que reclama la adopción de medidas ambiciosas desde el ámbito de la decisión política, con sólida base científico - técnica y en la mayor actitud de consenso en el espacio de los decisores y en el del conjunto social.

Monografía editada por Healthy Numbers Consulting.

*Este trabajo ha contado con la colaboración de
Pfizer España, sin intervención en sus contenidos.*

