

## Impacto de la ley del tabaco al primer año de su implantación

La ley del tabaco es el mayor avance en salud pública de los últimos 15 años. No se trata de un comentario triunfalista. Es la pura verdad. La identificación del humo ambiental de tabaco (HAT) como carcinógeno para los humanos, realizada por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> constituye su fundamento científico y ético. La puesta en marcha de la ley no ha estado exenta de dificultades, más relacionadas con la feroz resistencia de la industria tabacalera que con las propias debilidades de la ley. Sin embargo, estamos en condiciones de afirmar que esa ley ha alcanzado el 80% de sus objetivos sin que se hayan producido conflictos, pérdidas económicas en el conjunto del sector de la hostelería ni otras disfunciones sociales.

En España, el tabaquismo continúa siendo la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prevenibles<sup>2</sup>. A pesar de su importancia actual, durante más de cuatro siglos el uso del tabaco constituyó una conducta minoritaria en nuestro país. Sin embargo, entre 1940 y 1980, el consumo aumentó rápidamente hasta alcanzar al 65% de los varones y al 16% de las mujeres. A pesar de la posterior reducción y estabilización, España continúa siendo uno de los países de la Unión Europea (UE) con mayor prevalencia de tabaquismo, situándose ésta por encima de la media de los 15 países que han constituido la UE hasta el 1 de mayo del año 2004<sup>3,4</sup>. Mientras que la mayoría de los 25 países que actualmente la integran han disminuido su prevalencia un 20-25% (o más) en los años 1985-2003, España sólo ha reducido la prevalencia del tabaquismo en la población general un 10,5%<sup>5</sup>.

En la prevención del tabaquismo, la eficacia de la legislación depende de la combinación de diversas medidas de demostrada eficacia<sup>6</sup>. Recientemente, la ENSP (European Network for Smoking Prevention) ha presentado una evaluación de cada una de estas medidas preventivas y de su impacto en 28 países europeos. Actualmente, se estima que, en términos del porcentaje de impacto dentro de una estrategia global, la eficacia de las medidas en la reducción del consumo sería: *a)* medidas fiscales, 30%; *b)* regulación de espacios sin humo, 22%; *c)* presupuesto para medidas de prevención (educación e información), 15%; *d)* regulación de la publicidad, 13%; *e)* redes asistenciales y subvención

de terapias de deshabituación, 10%, y *f)* advertencias sanitarias en las cajetillas, 10%<sup>7</sup>.

La ley del tabaco recoge los puntos *b*, *c*, *d* y *e*. El punto *f* entró en vigor tras la aplicación de la transposición de la directiva europea de productos de tabaco de 2003. El punto *a* es quizá la medida aislada más eficaz en la prevención del tabaquismo, pero depende en gran medida del área económica del gobierno, a pesar de la relevancia de su impacto sanitario.

Los resultados esperables del impacto de la Ley 28/2005 a finales de 2006 son los siguientes: *a)* el consumo de tabaco se ha reducido el 2,8%, lo cual supone 130 millones menos de cajetillas consumidas a lo largo del año, y *b)* la prevalencia del tabaquismo disminuirá un 8% entre los fumadores, lo que supone un descenso de alrededor de 2 puntos en la prevalencia sobre toda la población adulta. En la práctica, a finales de 2006 han dejado de fumar 750.000 fumadores y unos 4 millones han intentado dejarlo a lo largo del primer año. Si esta magnitud de reducción se mantuviese estable los próximos 10 años, significaría que, en ese período, el número de fumadores se reduciría a la mitad y la prevalencia sería inferior al 15%. Sin embargo, esto será muy difícil sin la implicación directa de todos los profesionales sanitarios de atención primaria, dado que, cuanto menor es la prevalencia, más ayuda necesita la población fumadora restante, pues se trata de la que presenta mayores grados de dependencia. En relación con las restricciones a la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, es posible que miles de menores de edad no hayan empezado a fumar a lo largo del 2006. En cuanto a indicadores de salud, los resultados serán tangibles en primer lugar en la morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica. Hacen falta varios años para que se perciba su efecto en la mortalidad por cáncer, debido a que el intervalo entre exposición y enfermedad es muy amplio. Una parte muy importante de la mortalidad por consumo activo e involuntario de tabaco se debe a causas cardiovasculares y esperamos ver una reducción significativa de la mortalidad cardiovascular en 2006 respecto a la de 2005. Es muy aventurado cuantificar ese descenso hasta que no dispongamos de datos objetivos. En resumen, todo este conjunto de resultados justifica sobradamente la puesta en vigor de la ley

por encima de cualquier otra consideración sobre derechos y libertades. El «enfoque de la tolerancia» no es otra cosa que la principal estrategia de comunicación de la industria tabacalera para oponerse a la legislación eficaz para prevenir el tabaquismo.

**Rodrigo Córdoba García**

Medicina de Familia. Representante de la semFYC y presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Centro de Salud Universitario Delicias Sur. Zaragoza. España.

**Bibliografía**

1. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monograph Series on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 83. Lyon: IARC; 2004.
2. Banegas Banegas JR, Díez Grañán L. Progresos y posibilidades en el control del tabaquismo. SEE Nota. Boletín de la Sociedad Española de Epidemiología. 2002;25:1-3.
3. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European country profiles on tobacco control 2003. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2003.
4. European Network for Smoking Prevention. Smoke Free Workplaces: improving the health and the wellbeing of people at work. European Status Report 2001. Bruselas: European Network for Smoking Prevention; 2002.
5. European Commission, 2004. European Commission. Tobacco or Health in the European Union. The ASPECT Consortium. Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities; 2004.
6. World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington DC: World Bank; 1999.
7. Joosens L. Effective Tobacco control policies in 28 European Countries. European Net Work for Smoking Prevention. October, 2004.