Aten Primaria. 2020;52(8):563–569

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ARTÍCULO ESPECIAL

Catorce años de ley de control del tabaco en España. Situación actual y propuestas

Rodrigo Córdoba-García

Centro de Salud Universitario Delicias Sur, Facultad de Medicina, Zaragoza, España

Disponible en Internet el 10 de junio de 2020

PALABRAS CLAVE
Tabaco;
Prevencion;
Políticas de Control del Tabaco

Resumen España ha avanzado en políticas de control del tabaquismo, destacando la prohibición del consumo de tabaco en espacios públicos cerrados. Se observa un descenso continuado en la proporción de fumadores. La exposición al humo ambiental de tabaco ha disminuido en lugares de ocio, con reducción de niveles de nicotina ambiental y partículas mayor del 90%, sin impacto negativo en el hogar. Hay reducciones en los ingresos hospitalarios y en la mortalidad por infarto cardiaco, descenso de las hospitalizaciones por enfermedad pulmonar crónica y asma y disminución del riesgo de prematuridad y bajo peso neonatal. Hay que avanzar en: empaquetado genérico, campañas de publicidad para prevenir el consumo, igualar el precio de los diferentes productos del tabaco, regular cigarrillos electrónicos en lugares públicos, considerar nuevos espacios libres de humo en lugares donde pueden estar expuestos los menores y otros colectivos vulnerables, ampliar ayuda para cesación y fomentar formación de los profesionales
© 2020 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Tobacco;
Prevention;
Tobacco Policy Control

Fourteen years of tobacco control law in Spain. Current situation and proposals

Summary Spain has made progress in tobacco control policies, highlighting the prohibition of tobacco consumption in closed public spaces. A continued decrease in the proportion of smokers is observed. Exposure to environmental tobacco smoke has decreased in entertainment venues, with a reduction of environmental nicotine and particulate levels over 90%, without negative impact at home. There are reductions in hospital admissions and in mortality from heart attack, decrease in hospitalizations for chronic lung disease and asthma, and decrease in the risk of prematurity and low birth weight. We must advance in: plain packaging, advertising campaigns to prevent consumption, equalize the price of different tobacco products, regulate electronic cigarettes in public places, consider new smoke-free spaces where minors and other vulnerable groups may be exposed, expand aid for cessation and promote health professionals training
© 2020 The Author. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Correo electrónico: rcordoba1954@gmail.com

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.007
0212-6567/© 2020 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

No podemos imaginar que ocurriría en España si cada día se estrellara un avión con 140 pasajeros a bordo. Sin embargo, ese es el número de fallecidos diarios por tabaco que supera los 50.000 al año. La ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo supuso un avance considerable en el control del tabaco[1]. Esa ley se vio reforzada un lustro 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 (HAT)[2]. En 1999, el Banco Mundial realizó una exhaustiva revisión sobre las medidas de intervención más coste-efectivas para reducir el impacto del tabaquismo, indicando la necesidad de los gobiernos de aplicar medidas de políticas sanitarias[3]. En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó políticas preventivas para el control del tabaquismo mediante el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Este convenio entró en vigor en febrero de 2005 y desde entonces se ha convertido en uno de los tratados más ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas[4]. Estas medidas fueron utilizadas por la OMS en lo que se ha denominado estrategia «MPOWER», acrónimo de sus 6 propuestas de acción (tabla 1).

Estas medidas se han evaluado desde hace años y se ha cuantificado el impacto de su implantación por lo que se consideran coste-efectivas (tabla 2).

En la década de los 90, varios países implementaron políticas preventivas para el control del tabaquismo más integrales. En España, a raíz de la Conferencia Mundial de Tabaco celebrada en París en 1995, diversas organizaciones científicas del ámbito sanitario se aliaron para constituir el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo con el fin de coordinar diferentes acciones junto a las autoridades sanitarias. En el año 2003 se aprobó el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaco, que comportó la adopción de una agenda integral de prevención común entre las autoridades sanitarias. Este paso adelante permitió, en junio de 2005, firmar y ratificar el CMCT OMS, lo que sin duda hizo posible la aprobación de las nuevas regulaciones[5]. El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005. La nueva ley sustituía las regulaciones previas y ampliaba la prohibición de la publicidad directa, la promoción y el patrocinio, además de regular los puntos de venta permitiendo solo la venta en estancos y máquinas expendedoras. También en ella se dio un primer paso hacia el ordenamiento de la asistencia para dejar de fumar. Uno de los principales objetivos de la ley fue proteger a la población de la exposición al HAT y de sus efectos nocivos para la salud. Para ello, la ley prohibió el consumo de tabaco en todos los lugares públicos y en el entorno laboral con excepciones en los locales de hostelería. Este modelo de ley fue fomentado por la industria tabaquera como un ejemplo a seguir para aquellos países que debían implementar nuevas políticas de espacios libres de humo[6].

Diversos estudios demostraron que la Ley tuvo una amplia aceptación por parte de la población y que se había conseguido reducir de forma notable la exposición al HAT en los espacios cerrados de uso público de manera general, excepto en el sector de la hostelería. También se pudo comprobar que había tenido un impacto positivo en la salud de la población. El 2 de enero de 2011 entró en vigor la Ley 42/2010 que modifica la Ley 28/2005, prohibiendo fumar en todos los espacios públicos cerrados, incluyendo los locales de hostelería. Además, esta ley extiende la prohibición de fumar a algunos espacios al aire libre, como los recintos de los parques infantiles, centros docentes y formativos dedicados a menores de 18 años, y recintos de los centros sanitarios. Esta regulación de los espacios exteriores es una de las más avanzadas de Europa hasta 2013, pero la falta de nuevas medidas y un cumplimiento desigual ha hecho retroceder a España de nuevo en el *ranking* en el que llegó al puesto 7[7] (tabla 3).

Tabla 1 Estrategia M P O W E R de la Organización Mundial de la Salud

Monitor	Monitorizar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
Protect	Proteger a la población del humo ambiental de tabaco
Offer	Ofrecer ayuda para dejar el tabaco
Warn	Advertir de los peligros del tabaco
Enforce	Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
Raise	Aumentar los impuestos al tabaco

Fuente: World Health Organization[25].

Efectos de las regulaciones de tabaco en España (2005-2019)

Tomando como referencia el informe de la Sociedad Española de Epidemiologia (SEE) de 2017 queda patente que los efectos de regulación del consumo de tabaco en el interior de los centros de trabajo y en los espacios públicos está ampliamente aceptada por la población[8]. Además, se observó un elevado apoyo a otras medidas de control del tabaquismo, que aumentó después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Los resultados muestran que la aceptabilidad ha aumentado en toda la población, incluyendo los fumadores[9]. El descenso en la prevalencia de personas fumadoras y en el número de cigarrillos consumidos, así como el aumento del abandono del tabaco reflejan el impacto de la ley, así como la influencia del conjunto de las políticas de prevención y control del tabaquismo desarrolladas en las últimas décadas[10] (fig. 1).

El impacto más importante de la Ley 42/2010 se ha producido en la exposición en los lugares de ocio, y también se ha observado una disminución de la exposición en el hogar tras ambas legislaciones. Estudios con marcadores ambientales objetivos han demostrado que la exposición al HAT ha disminuido en los lugares de trabajo. Las disminuciones más importantes se han observado en el sector de la hostelería, donde los niveles de nicotina ambiental y de partículas PM2,5 se han reducido en más del 90%[11]. Estudios locales realizados en Cataluña estimaron una reducción significativa de la morbilidad por infarto agudo de miocardio[12]. También se ha venido observando una reducción en las admisiones en las urgencias hospitalarias por EPOC a partir de la Ley 28/2005. Se observa también, una disminución de los ingresos por asma coincidiendo con la modificación de la primera ley. Respecto a la salud perinatal, se observa una disminución del riesgo de prematuridad y de bajo peso en los recién

Tabla 2 Impacto potencial de las medidas de prevención y control del tabaco[a]

Tipo de medida	Efecto en el consumo de cigarrillos
Medidas fiscales (aumento impuestos del tabaco)	
Aumento del 25% en el precio	Reducción inicial del 7% que puede llegar al 14% a largo plazo
Estrategias reguladoras	
Prohibición de fumar en «todos» los espacios públicos cerrados	Reducción del 11%
Centros de trabajo (excepto hostelería)	Reducción del 7%
Hostelería	Reducción del 4%
Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco	Reducción del 6% a largo plazo
Prohibición efectiva de la venta a menores	Reducción < 1% (25% en tasas de tabaquismo juvenil)
Estrategias de sensibilizacion y educacion (globales o selectivas)	
Campañas en los medios de comunicación social dirigidas al *conjunto de la población (inversión anual de al menos 1€ per cápita)*	Reducción del 7% siempre que tengan continuidad, estén *bien financiadas* y se *combinen con medidas reguladoras*
Etiquetado con imágenes educativas (50%)	Reducción del 2%
Etiquetado neutro (Australia)	Reducción del 15%[20]
Programas educativos escolares	Influencia en actitudes. Efecto a corto y medio plazo del 11% en algún estudio. No está determinado su efecto a largo plazo
Estrategias asistenciales	
Aumento accesibilidad a tratamientos de deshabituación	Reducción del 0,1-0,2% el primer año que puede llegar al 1% dependiendo de la cobertura de financiación
Teléfonos de ayuda para dejar de fumar de acceso estatal	Reducción < 1% el primer año, pero puede aumentar a largo plazo

Fuente: modificado y actualizado de Levy et al.[26].
[a] La combinación de medidas puede tener un efecto mayor que la mera suma de la aplicación de las medidas aisladas.

nacidos. La revisión de la evidencia internacional confirma el impacto de estas leyes en los ingresos hospitalarios por asma infantil, asma en adultos y EPOC[13]. La valoración conjunta de la información disponible indica que el cumplimiento de la Ley 42/2010 es bueno en los lugares cerrados, bares, cafeterías y vehículos comerciales. Se observa, por otra parte, que el cumplimiento de la ley en los recintos de los hospitales y en terrazas de bares y cafeterías debe mejorar. Además de mantener y aumentar las tareas de vigilancia e inspección, parece necesario mejorar la información a la ciudadanía sobre la normativa en esos espacios[14,15].

Hoja de ruta del control del tabaquismo en España

En los últimos 14 años las políticas de control del tabaquismo han supuesto un importante avance para la población española en términos de protección de la salud. Sin embargo, todavía hay importantes puntos de mejora para lograr el final de la epidemia del tabaquismo. Para ello, en todo el mundo se ha definido el «tobacco endgame» como el conjunto de iniciativas destinadas a cambiar o eliminar de forma permanente las dinámicas estructurales, políticas y sociales que sostienen esta epidemia, estrategia que ha sido denominada «la etapa final del consumo de tabaco». Algunas soluciones propuestas, más allá de las recogidas por el CMCT, incluyen reformas de la industria del tabaco (comerciales y gubernamentales), el empaquetado genérico, conseguir un tabaco menos adictivo (reducir el contenido de nicotina, eliminar aditivos), etc. En este sentido, es un avance la eliminación del mentol en los productos del tabaco que entró en vigor en la UE el 20 de mayo de 2020.

Impuestos sobre los productos del tabaco (Art. 6 CMCT)

La medida aislada más eficaz para reducir el consumo de tabaco es incrementar los impuestos. Un 10% de incremento de los impuestos consigue disminuir un 3 y un 5% el consumo. La evidencia de este hecho es consistente y fuerte porque este fenómeno se ha estudiado en muchas comunidades de diferentes características sociales, culturales y económicas. Los efectos son más intensos en jóvenes y en grupos sociales de nivel socioeconómico bajo, los grupos diana de la prevención. Estos efectos dependen del precio inicial y de la magnitud del impuesto en el precio total. El coste privado del tabaco está por lo general por debajo de su coste social. Es decir, la persona que fuma paga un precio que es inferior a los costes externos que va a generar su consumo en términos de enfermedad, discapacidad, pérdida de productividad y muerte prematura. El endurecimiento de las políticas de control del tabaco que regulan los impuestos

Tabla 3 Escala de control del tabaco en Europa 2019

Ranking 2019 (ranking 2016)		País	Preci (30)	Espac. públic (22)	Presup. (10)	Otras (13)	Adverte cajetilla (10)	Trata miento (10)	Contr band (3)	Art 5.3 (2)	Total (100)
1 (1)	–	Reino Unido	25	22	0	12	9	9	2	1	80
2 (4)	▲	Francia	22	18	4	11	9	7	2	1	74
3 (2)	▼	Irlanda	18	22	1	13	9	8	1	1	73
4 (3)	▼	Islandia	23	17	9	13	4	4	0	0	70
5 (5)	-	Noruega	22	17	1	13	8	4	1	0	66
6 (6)	-	Finlandia	18	18	2	13	5	5	1	0	62
7 (new)		Israel	27	15	1	11	1	6	0	0	61
8 (28)	▲	Eslovenia	12	16	2	13	9	6	1	0	59
8 (9)	▲	Hungría	15	21	0	11	5	6	1	-	59
10 (8)	▼	**España**	15	21	1	9	5	5	2	0	58
10 (17)	▲	Bélgica	16	16	1	8	9	6	2	0	58
12 (7)	▼	Rumanía	16	21	0	8	5	6	1	0	57
13 (31)	▲	Grecia	18	20	-	7	5	3	1	0	54
14 (9)	▼	Holanda	14	15	1	9	5	7	1	1	53
15 (9)	▼	Suecia	14	15	0	9	5	7	2	0	52
15 (13)	▼	Italia	15	16	0	9	5	6	1	0	52
17 (9)	▼	Turquía	10	15	0	8	10	6	2	0	51
17 (13)	▼	Malta	16	12	0	11	5	5	2	-	51
17 (23)	▲	Croacia	16	11	0	12	5	5	2	-	51
20 (15)	▼	Portugal	18	11	-	10	5	4	2	0	50
20 (35)	▲	Austria	11	20	0	7	5	5	2	0	50
20 (17)	▼	Ucrania	17	15	-	11	4	3	0	0	50
23 (15)	▼	Polonia	14	11	0	11	5	7	1	0	49
23 (26)	▲	Letonia	14	12	2	10	5	4	2	0	49
23 (31)	▲	Chequia	12	15	0	8	5	7	2	0	49
23 (21)	▼	Estonia	13	14	1	11	5	3	2	0	49
27 (19)	▼	Bulgaria	15	11	-	11	5	5	1	0	48
27 (26)	▼	Chipre	15	10	0	11	5	5	2	-	48
29 (17)	▼	Rusia	8	15	0	13	4	6	1	-	47
29 (28)	▼	Lituania	12	13	1	10	5	4	2	0	47
29 (23)	▼	Dinamarca	13	11	2	8	5	7	1	0	47
32 (30)	▼	Eslovaquia	12	12	-	9	5	6	2	0	46
33 (23)	▼	Serbia	19	11	0	9	1	4	1	0	45
34 (33)	▼	Luxemburgo	5	16	0	9	5	7	2	0	44
35 (21)	▼	Suiza (-1)	13	11	4	2	5	7	0	0	41
36 (33)	▼	Alemania	14	11	0	4	5	4	2	0	40

Fuente: Joossens L[7].

del tabaco en España ha afectado principalmente al tabaco manufacturado, mientras que otros tipos de tabaco se han convertido en alternativas más económicas y asequibles para los fumadores. En el año 2005 antes de la entrada en vigor de las leyes del tabaco se vendieron en España 4.634 millones de cajetillas de tabaco mientas en 2019 se vendieron 2.242 millones, lo que representa un descenso del 51,6% en las ventas de cigarrillos. Este descenso se ve algo reducido por el incremento del tabaco de liar, pero recordemos que los cigarrillos empaquetados representan el 90% de las ventas de todos los productos de tabaco[16] .Teniendo en cuenta el aumento observado en la prevalencia de fumadores de cigarrillos de liar, deberían revisarse las políticas reguladoras de los impuestos del tabaco con el fin de alinear los impuestos de los diferentes productos y evitar que algunas formas de consumo no sean «refugios fiscales» para menores y adultos que quieren dejarlo.

Espacios libres de humo (Art. 8 CMCT)

Estas medidas son, después del incremento de precio, las más eficaces para el control de la epidemia de tabaquismo y pueden aumentar la tasa de abandono del tabaco en adultos. Los estudios han dado un amplio efecto en los resultados, aunque coinciden que mejora su impacto con el tiempo. El consumo per cápita disminuye un 5-20%. Las políticas de espacios libres de humo se han centrado en los espacios públicos cerrados. Sin embargo, en algunos países estas políticas se han extendido a determinados espacios exteriores. El caso de las terrazas de bares la normativa se incumple en el 88% de los casos[17]. Deberían mejorarse la redacción y la definición de estos términos incluidos y reforzar las inspecciones para facilitar el cumplimiento. En relación con los espacios sin humo, existen diversas localizaciones donde podrían regularse limitaciones en el consumo de tabaco. Uno de estos espacios es el de vehículos privados, en el que algunos países ya han prohibido fumar en presencia de menores

Figura 1 Consumo diario de tabaco en España (1993-2017).
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2017[10]

Tabla 4 Efectividad de las estrategias informativas y de sensibilización más efectivas en adultos y jóvenes de las campañas de control del tabaco en los medios

Componente	Jóvenes	Adultos
Manipulación de la industria tabacalera	Muy efectiva	Muy efectiva
Tabaquismo pasivo	Muy efectiva	Muy efectiva
Adicción	Efectiva	Efectiva
Dejar de fumar	Impacto desconocido	Efectiva
Venta a menores	No efectiva	Moderadamente efectiva
Efectos sobre la salud (corto plazo)	Moderadamente efectiva	No efectiva
Efectos a largo plazo	No efectiva	Moderadamente efectiva
Rechazo moralista	No efectiva	No efectiva

Fuente: modificado de The Guide to Community-Preventive Services. «The Effectiveness of Mass Media Campaigns to Reduce Initiation of Tobacco Use and to Increase Cessation». 2003 Disponible en: http://www.thecommunityguide.org/tobacco/tobac-int-mass-media.pdf

y embarazadas[18]. Algunos retos de futuro del control del tabaquismo en España serán limitar el consumo de tabaco en playas, recintos deportivos, recintos universitarios, piscinas municipales y, en general, lugares donde haya menores. Este tipo de normativas no solo protegen del HAT, sino que también favorecen la desnormalización del tabaco y disminuyen o retrasan el inicio del consumo en los jóvenes. Por otra parte, la actual legislación prohíbe el uso de cigarrillos electrónicos en determinados espacios de uso público como hospitales, centros educativos y edificios de la administración. No obstante, una nueva actualización de la ley debería equiparar su regulación a la del resto de los productos del tabaco[19].

Empaquetado genérico (Art. 11 CMCT)

Con este tipo de empaquetado no se reserva ningún hueco a la imagen de marca. Se prohíbe en el 100% del envase el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional que no sea el nombre de la marca con un color, tipo y tamaño de letra estandarizados. El empaquetado genérico reduce el atractivo de los productos del tabaco, y limita el envasado y el etiquetado engañosos. Además, imposibilita la promoción y la publicidad de los productos del tabaco, y aumenta la efectividad de las advertencias sanitarias. La directiva sobre los productos del tabaco (2014/40/UE) abre nuevas puertas a este tipo de empaquetado, dejando que su implementación sea una elección en cada país. Sin embargo, la OMS apuesta firmemente por el empaquetado genérico, que ya fue implementado con éxito en Australia en 2012, donde se han observado sus efectos positivos en la reducción del consumo de tabaco y un aumento de su aceptación entre los fumadores después de su implementación[20]. A Australia le siguen, Reino Unido, Francia, Irlanda, Austria, Noruega, Hungría, Eslovenia, Bélgica, Tailandia, Nueva Zelanda y Uruguay, que han implementado esta medida y muchos gobiernos están considerándola.

Publicidad y medios de comunicación audiovisuales (Art. 12 CMCT)

El efecto en las tasas de prevalencia es del 4% inicial y llega al 6% a largo plazo. Hay una evidencia moderada de su efectividad y la magnitud del efecto es variable. Entre las medidas de la estrategia MPOWER se incluyen advertir (Warn) sobre las consecuencias negativas del tabaco y hacer cumplir (Enforce) las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Respecto a la primera, España se encuentra entre los países europeos con una puntuación más baja en la Escala de Control del Tabaquismo en inversión en campañas de prevención[7]. En España, desde 2006 se desarrollaron 2 campañas de prevención del tabaquismo por parte del Ministerio de Sanidad, así como otras actividades de información y capacitación de la población en prevención del tabaquismo, tanto estatales como regionales. Entre 2016 y 2018 no hubo campañas estatales con una duración de al menos 3 semanas como ocurrió en Países Bajos, Luxemburgo, Italia, Irlanda o Alemania.

Los jóvenes pueden requerir campañas preventivas adicionales porque tienen frecuentemente actitudes protabaco. El problema de prohibir la publicidad directa es que suele aumentar la publicidad indirecta en cine, TV y moda, que es más difícil de regular debido a que las imágenes que invitan a fumar y asocian el tabaquismo a valores juveniles se ocultan detrás del concepto de «libertad de expresión». Se ha demostrado que uno de los factores que más influyen en el inicio del consumo de tabaco es la exposición en medios audiovisuales, como películas o series en las que los actores aparezcan fumando, lo cual afecta principalmente a los menores y también otras nuevas formas de exposición a la publicidad del tabaco, como las redes sociales[21]. En la tabla 4 se presenta la efectividad de las estrategias informativas y de sensibilización más efectivas en adultos y jóvenes de las campañas de control del tabaco en los medio

Intervenciones para dejar de fumar y formación de los profesionales sanitarios (Art. 14 CMCT)

En general, aunque la Ley 28/2005 fomentó el desarrollo de diversas iniciativas para dejar de fumar, la organización del tratamiento del tabaquismo ha sido deficiente, ya que muchos programas asistenciales son voluntarios y fuera de la cartera de servicios de los proveedores sanitarios.

Los diversos estudios realizados en nuestro país, tanto en atención primaria como en atención especializada, destacan el bajo grado de implementación de programas de cesación tabáquica[22]. Para aumentar el número de actuaciones es

preciso incorporar sistemas que permitan incrementar la frecuencia de identificación de los pacientes fumadores, y ampliar la oferta de ayuda y soporte como registros, protocolos, etc. Este tipo de soportes deberían incorporarse en la historia clínica informatizada, de modo que se integren con el resto de los procedimientos clínicos. Además, habría que impulsar programas de ayuda comunitaria e incrementar la difusión y la cobertura de los servicios telefónicos de ayuda al fumador (Quitlines). Dada la reciente financiación de algunos de los tratamientos efectivos en la deshabituación del tabaco como vareniclina y bupropion, sería necesario valorar la financiación de los tratamientos sustitutivos de nicotina (TSN) para completar el arsenal terapéutico.

Otro de los elementos a mejorar para facilitar la sistematización de las intervenciones es la formación, tanto en pregrado como en posgrado o formación continuada[23]. Es evidente que la formación en intervenciones para dejar de fumar es deficiente durante el grado, y los profesionales interesados se ven forzados a realizar formación de posgrado, muchas veces por iniciativa propia y no en el marco de programas liderados por las instituciones. Hay que tener en cuenta que el impacto de las medias asistenciales y los tratamientos es modesto, pero se ha demostrado que incrementa los intentos de cesación y los éxitos entre un sector de la población fumadora. En Reino Unido se estimó que en 2010 el impacto de la financiación iniciada 5 años antes podría ser del 0,13 anual. Se trata de un efecto quizás estadísticamente poco significativo, pero clínicamente relevante[24].

Bibliografía

1. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE n° 309, del martes 27 de diciembre de 2005.
2. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de Dic, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE n° 318, del viernes 31 de diciembre de 2010.
3. The World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. The World Bank. Tob Control. 1999;8:196-201.
4. WHO Tobacco Free Initiative. 2012 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2012.
5. Saiz Martínez-Acitores I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la Iglesia B, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Rev Esp Salud Pública. 2003;77:441–73.
6. Schneider NK, Sebrie EM, Fernández E. The so-called ''Spanish model'' — tobacco industry strategies and its impact in Europe and Latin America. BMC Public Health. 2011;11:907 [consultado 15 Mar 2020] Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-907.
7. Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues. Catalan Institute of Oncology;. 2020. Disponible en: http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf
8. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010) Revisión de la evidencia. Ministerio de Igualdad y Politicas Sociales, 2017.
9. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario, 2017 [consultado 20 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm.
10. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 20 Mar 2020]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/esta dEstudios/estadisticas/encuesta Nacional/home.htm.
11. Córdoba R, Nerín I, Galindo V, Alayeto C, Villaverde-Royo MA, Sanz C. Impact of the new smoke-free legislation (law 42/2010) on levels of second-hand smoke in hospitality venues. Gac Sanit. 2013;27:161–3, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.007.
12. Villalbí JR, Castillo A, Cleries M, Saltó E, Sánchez E, Martínez R, et al. Estadísticas de alta hospitalaria del infarto agudo de miocardio: declive aparente con la extensión de espacios sin humo. Rev Esp Cardiol. 2009;62:812–5, http://dx.doi.org/10.1016/S0300-8932(09)71695-1.
13. Rando-Matos Y, Pons-Vigués M, López MJ, Córdoba R, Ballvé-Moreno JL, Puigdomènech- Puig E, et al. Smokefree legislation effects on respiratory, sensory disorders: A systematic review, meta-analysis. PLoS ONE. 2017;12:e0181035, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0181035.
14. Organización de Consumidores y Usuarios. Espacios sin humo. OCU-Salud. 2015. p. 19-20.
15. Fu M, Fernández E, Martínez-Sánchez JM, et al. Second-hand smoke exposure in indoor and outdoor areas of cafes and restaurants: need for extending smoking regulation outdoors? Environ Res. 2016;148:421–8.
16. Ministerio de Hacienda. Estadísticas del mercado de tabacos 2019 [consultado 20 Mar 2020]. Disponible en: https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/CMTabacos/Paginas/EstadisticasCMT2019.aspx.
17. Sureda X, Fernández E, Martínez-Sánchez JM, Fu M, López MJ, Martínez C, et al. Secondhand smoke in outdoor settings: Smokers' consumption, non-smokers' perceptions, and attitudes towards smokefree legislation in Spain. BMJ Open. 2015;5:e007554, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007554.
18. Elton-Marshall T, Leatherdale ST, Driezen P, Azagba S, Burkhalter R. Do provincial policies banning smoking in cars when children are present impact youth exposure to secondhand smoke in cars? Prev Med. 2015;78:59–64, http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.07.007.
19. Córdoba García R. El desafío de los cigarrillos electrónicos. Aten Primaria. 2014;46:307–12, http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.002.
20. Chapman S. Plain tobacco packaging in Australia: 26 months on. Postgrad Med J. 2015;91:119–20, http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133311.
21. Charlesworth A, Glantz SA. Smoking in the movies increases adolescent smoking: A review. Pediatrics. 2005;116:1516–28, http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-0141.
22. Iglesias-Sanmartín JM, Furio-Martinez A, Clemente Jiménez L, Barchilon-Cohen V, Minué-Lorenzo C, Perez-Teijon SC, et al. Attitudes towards anti-smoking legislation and prevalence of tobacco consumption in Spanish primary healthcare personnel. Tob Prev Cessat. 2019;5, http://dx.doi.org/10.18332/tpc/104434.

23. Fernández D, Ordas B, Álvarez MJ, Ordóñez C. Knowledge, attitudes and tobacco use among nursing and physiotherapy students. Int Nurs Rev. 2015;62:303–11.
24. West R, DiMarino ME, Gitchell J, McNeill A. Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation. Tob Control. 2005;14:166–71, http://dx.doi.org/10.1136/tc.2004.008649.
25. World Health Organization. MPOWER A Policy Package to Reverse the Tobacco Epidemic. Geneve. 2008. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower spanish.pdf
26. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The Effects of Tobacco Control Policies on Smoking - Rates: A tobacco Control Scorecard. J Public Health Management Practice. 2004;10:338–53.