

## Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días

Helios Pardell, Esteban Saltó, Mireia Jané y Lluís Salleras

*Consejo Asesor sobre Tabaquismo en Cataluña. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.*

Si, desde estas mismas páginas, hace 15 años uno de nosotros alertaba sobre la que entonces denominaba «epidemia de nuestro tiempo»<sup>1</sup>, hoy por hoy su magnitud ha crecido alarmantemente, llegando a afectar a unos 1.200 millones de fumadores de más de 15 años en todo el mundo y provocando unos 4 millones de muertes anuales que, si no se modifica la tendencia, pueden convertirse en 8,4 millones para el año 2020<sup>2</sup>. En España, el número de fumadores se estima en un 35,7% de la población mayor de 15 años<sup>3</sup> y las muertes anuales provocadas por el tabaquismo se han estimado en más de 46.000 para 1992<sup>4</sup>. Y si hemos de atenernos a las previsiones de los expertos, no podemos menos que preocuparnos en grado extremo en función del aumento progresivo de la difusión del hábito tabáquico en la población de los países en vías de desarrollo y la incorporación masiva de la mujer joven al hábito en los países desarrollados.

Las proporciones de la epidemia han hecho que se multipliquen los esfuerzos de diversas organizaciones nacionales e internacionales y, recientemente, la Organización Mundial de la Salud ha promovido una iniciativa de amplio abasto, tendente a la consecución de un tratado internacional para la limitación y control del tabaquismo a nivel mundial, con implicación directa de los gobiernos<sup>5</sup>.

Una muestra de este interés e involucración crecientes es la aparición, prácticamente coincidente en el tiempo con el Congreso Mundial sobre Tabaquismo celebrado en Chicago en el mes de agosto de 2000, de tres números monográficos de revistas internacionales sumamente prestigiosas (BMJ, JAMA y Boletín de la OMS), la última monografía del Royal College of Physicians de Londres<sup>6</sup> y el último informe del Surgeon General de los EE.UU.<sup>7</sup>.

En este contexto, y a la luz de los resultados de las intervenciones que en los últimos decenios se han llevado a cabo en distintos países, forzoso es que nos planteemos cuál puede ser la mejor estrategia para conseguir limitar al máximo el abasto de la primera causa de muerte evitable en todo el mundo, por la que las sociedades pagan un enorme precio en términos económicos y, sobre todo, de salud.

En líneas generales, toda política de prevención y control del tabaquismo tiene como objetivos fundamentales evitar la entrada al hábito de los no fumadores, especialmente de los jóvenes, favorecer la cesación tabáquica de los fumadores, proporcionándoles la ayuda necesaria para ello, y proteger el derecho de los no fumadores a disfrutar de un ambiente libre de humo<sup>8</sup>. No menos importante es conseguir un cam-

bio del clima social que considera el hábito tabáquico como un signo de prestigio y distinción, introduciendo la visión realista de que el tabaco es no solo innecesario sino perjudicial para la salud, y que exija el compromiso de los gobernantes para cumplir con sus responsabilidades éticas para con la salud de la población<sup>9</sup>.

Tales objetivos se pretenden conseguir con dos tipos fundamentales de intervenciones<sup>10</sup>: aquellas destinadas a limitar la oferta de productos del tabaco y las orientadas a limitar su demanda o consumo.

Las primeras son, sin duda, las más radicales y las que, de llevarse a la práctica, más podrían contribuir a erradicar la epidemia. Sin embargo, son las más difíciles de implementar por las resistencias que originan, no sólo en los gobiernos sino en los grandes segmentos de la población<sup>11</sup>.

Entre ellas cabe enumerar la prohibición total del tabaco, la sustitución del cultivo de tabaco en los países productores, las restricciones en el comercio internacional, la reducción o anulación de las subvenciones a la producción tabaquera, la lucha contra el contrabando y las restricciones a la venta de productos del tabaco a los jóvenes.

Las tres primeras medidas dependen de decisiones políticas y económicas que ni los gobiernos ni los organismos internacionales parecen dispuestos a afrontar decididamente por razones diversas, muchas de ellas claramente objetables. Éste es, por ejemplo, el caso de las razones económicas a favor del mantenimiento de la oferta de tabaco, que recientemente Warner se ha encargado de rebatir contundentemente<sup>12</sup>. La lucha contra el contrabando es muy importante y constituye un componente esencial de toda política de control del tabaquismo; las actuaciones de los gobiernos en este campo deben proseguir e intensificarse<sup>13</sup>, aun cuando en nuestro país actualmente representa tan sólo un 4-5% del consumo total<sup>14</sup>.

En cuanto a las restricciones de la venta a los jóvenes, constituyen una intervención unánimemente asumida en todos los países, con resultados discordantes, en función de la importancia relativa de los diversos factores que intervienen<sup>15</sup>. De todas formas, la experiencia de algunos Estados norteamericanos, como Florida<sup>16</sup> y Massachusetts<sup>17</sup>, es estimulante y nadie duda de que deben proseguirse los esfuerzos en este terreno, combinados con las actuaciones que veremos más adelante en el ámbito de la limitación del consumo<sup>18,19</sup>. A este respecto, un punto especialmente importante en muchos países, incluido el nuestro, es la necesidad de introducir normativas más restrictivas sobre los puntos de venta y, muy especialmente, sobre las máquinas expendedoras de tabaco, una de las fuentes principales, si no la principal, de tabaco para los jóvenes<sup>20</sup>.

Las intervenciones destinadas a limitar la demanda o consumo son mucho más numerosas y, en general, son más factibles de llevar a la práctica, habiendo demostrado más ampliamente su eficacia a través de la experiencia acumulada en diversas partes del mundo. Entre ellas, cabe destacar: la educación sanitaria para la población general y, muy especialmente, la educación en las escuelas; la estimula-

Correspondencia: Dr. H. Pardell.  
Consejo Asesor sobre Tabaquismo en Cataluña.  
Dirección General de Salud Pública.  
Departamento de Sanidad y Seguridad Social.  
Travessera de les Corts, 131-159. 08028 Barcelona.  
Correo electrónico: rtresser@dsccs.scs.es

Recibido el 18-10-2000; aceptado para su publicación el 16-11-2000

*Med Clin (Barc)* 2001; 116: 60-62

ción de la cesación tabáquica entre los fumadores, proporcionándoles la ayuda necesaria; la restricción-prohibición de la publicidad directa e indirecta así como de la esponsorización comercial; la regulación de las advertencias sanitarias y del contenido en sustancias tóxicas; la regulación de los espacios libres de humo y preservación de los derechos de los no fumadores; la política de precios y tasas; la dedicación de los recursos necesarios para la puesta en práctica y la monitorización de las estrategias enunciadas, y el fomento de la coaliciones sociales<sup>7-10,20-22</sup>. Cada una de dichas estrategias ofrece sus peculiaridades, que vamos a considerar brevemente a continuación.

La educación sanitaria de la población es una actuación clave para concienciar de los peligros de la adicción tabáquica y estimular a los no fumadores a que permanezcan en su estado saludable. Especial atención merece la educación sanitaria en las escuelas, tendente a prevenir la entrada al hábito de los escolares y adolescentes, que son los que a edades cada vez más tempranas experimentan con el tabaco y muchos de ellos llegan a convertirse, sin darse cuenta, en verdaderos adictos al poco tiempo<sup>18,19</sup>.

Estimular el abandono del hábito en los fumadores es una actuación muy importante, especialmente entre los adultos, dado que se trata de una intervención de las más coste-efectivas<sup>23,24</sup> y que está actualmente muy estructurada para ser aplicada a cualquier nivel asistencial<sup>25</sup>. Ofrecer ayuda al fumador que desea abandonar el hábito es una prioridad actual de todos los sistemas sanitarios, ampliamente reconocida, y que se ve favorecida por la disponibilidad de aquellas estrategias terapéuticas coste-efectivas. En este punto, la responsabilidad de los profesionales sanitarios es enorme<sup>26</sup> y ya no hay excusa alguna para mantener, cuando no defender, una actitud pasiva ante el problema como la que han mantenido los médicos y otros profesionales de la salud en nuestro país hasta muy recientemente, fumando, incluso, en una proporción mayor que la población general<sup>27</sup>.

La restricción-prohibición de la publicidad directa e indirecta es fundamental y constituye uno de los componentes esenciales de la normativa europea pendiente de aplicación. Aunque desde algunos ámbitos se insiste en la escasa repercusión de la publicidad sobre la entrada al hábito y su mantenimiento, lo cierto es que las compañías tabaqueras destinan ingentes cantidades de dinero a este capítulo promocional, que actualmente va dirigido de manera particular a los jóvenes y, en especial, a las mujeres jóvenes, el grupo diana más importante de la publicidad del tabaco. Muy ligada a este punto está la actuación decidida sobre la esponsorización de actividades deportivas, sociales, etc., especialmente dirigidas a los jóvenes (los ambientes universitarios y los deportes como vela y motociclismo, entre otros, constituyen los ámbitos predilectos de este tipo de promoción). La sentencia reciente (octubre de 2000) del Tribunal de Justicia de la UE, anulando la directiva comunitaria que pretendía prohibir totalmente la publicidad y esponsorización, hará que deban reorientarse las actuaciones en este ámbito.

Una estrategia relevante es la dirigida a hacer cumplir la normativa sobre advertencias acerca de los peligros del tabaco en los paquetes de cigarrillos y los contenidos de sustancias tóxicas. Es importante que se actúe sobre la inclusión de conceptos tales como *light* y *mild*, destinados a dar una falsa seguridad al fumador, principalmente femenino, ya que su toxicidad es equivalente a la del resto de cigarrillos.

La regulación de los espacios y transportes públicos y lugares de trabajo libres de humo constituye un componente esencial de toda política de prevención y control del tabaquismo, dado que afecta a los derechos de los no fumadores

a poder disfrutar de ambientes naturales sin los componentes del humo del tabaco de los fumadores, cuya toxicidad y capacidad irritativa para el fumador pasivo están fuera de toda duda<sup>28</sup>. Si bien es cierto que este punto suele contemplarse en la legislación de la práctica totalidad de los países occidentales, también es cierto que en muchos de ellos, incluido el nuestro, su cumplimiento efectivo dista mucho de ser óptimo, por lo que hay que persistir en los esfuerzos para que dicha regulación se lleve a la práctica con rigor.

Otro componente crucial es la aplicación de una política intensiva de precios y tasas sobre los productos del tabaco. En efecto, de su aplicación decidida se deriva una reducción del consumo y de la prevalencia del hábito<sup>29</sup>, que ofrece distintos perfiles en el caso de los adultos y en el de los jóvenes. En el primero, se ha estimado que un incremento del 10% en el precio de venta de los cigarrillos se puede traducir en una disminución de la proporción de fumadores mayores de 20 años de hasta un 2%<sup>30</sup>. En el caso de los más jóvenes, la disminución de la prevalencia con un aumento equivalente del precio se ha estimado entre un 7-10%, como consecuencia de la mayor sensibilidad de éstos al aumento del precio<sup>31</sup>. Para que resulte efectiva, se ha estimado que la política de precios ha de tender a aumentar el precio de los cigarrillos por encima de la inflación<sup>32</sup>.

Este punto es especialmente interesante en el caso de España porque, si la fiscalidad total se mantiene en la franja media-baja de la UE, los precios se sitúan claramente en el lugar más bajo, con una diferencia de hasta 4 veces con relación al Reino Unido. Adicionalmente, un punto de interés relacionado con los ingresos fiscales procedentes de los productos del tabaco es la posibilidad de que parcialmente revertan sobre programas de investigación<sup>33</sup> o sobre los servicios asistenciales que han de atender al fumador que padece las consecuencias mórbidas del hábito tabáquico<sup>34</sup>.

Aquí podemos mencionar también las iniciativas de litigación contra las compañías tabaqueras que, sobre todo en los países anglosajones y muy particularmente en los EE.UU., están promoviendo particulares, asociaciones de afectados y autoridades judiciales de algunos Estados, con el objetivo de obtener recursos económicos que van destinados a indemnizar a las víctimas o a los programas de investigación sobre el tabaco y sus consecuencias nocivas para la salud<sup>35,36</sup>. En España, el marco legislativo es sustancialmente diferente y habrá que ver la evolución de las demandas en curso.

Finalmente, otras dos actuaciones recomendadas son, por un lado, destinar los recursos de todo tipo necesarios para el funcionamiento de organismos para facilitar la ejecución efectiva de las políticas de prevención y control del tabaquismo y la monitorización de su cumplimiento y, por otro, promover iniciativas de coalición para aumentar la masa crítica de grupos e instituciones sociales en favor de la aprobación y aplicación efectiva de tales políticas.

En conclusión, debemos concienciarnos todos de que la lucha contra la epidemia tabáquica es una prioridad sanitaria en todo el mundo y, consecuentemente, también en nuestro país. En un contexto de convivencia democrática debe evitarse que la lucha contra el tabaco se convierta en una contienda de unos intransigentes contra otros intransigentes. Sin embargo, reclamar el derecho a fumar no debe confundirse con la defensa de la libertad individual en abstracto; hay que aceptar, como se hace en otros ámbitos, que el respeto a un comportamiento individual se halla limitado por los perjuicios que puede causar a los demás.

Por otro lado, debemos esforzarnos en convencer a todos de que el ambiente sin humo es el ambiente natural, sin dejarnos influenciar por los que aducen que tanto o más per-

judicial es el humo de otras procedencias, dado que éste es el precio que está dispuesta a pagar la sociedad por el progreso; lo que no es el caso, obviamente, del hábito tabáquico.

Afortunadamente, la actitud de los profesionales sanitarios ha mejorado sustancialmente y la conciencia social ha ido cambiando en los últimos tiempos. En la actualidad, en nuestro país, es una gran mayoría la que apoya las iniciativas legislativas y de todo tipo orientadas a la limitación del uso público de los productos del tabaco que pueden afectar la salud de los demás y a la restricción del consumo de tabaco en general. Si, por ahora, no parece que podamos pensar en la erradicación del hábito en nuestra sociedad, ni siquiera en una limitación muy drástica de su prevalencia<sup>37</sup>, no por ello debemos renunciar a plantearnos objetivos ambiciosos para los próximos lustros y, sobre todo, a la aplicación de las estrategias que acabamos de describir con mayor intensidad y persistencia<sup>38</sup>.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pardell H. El tabaquismo: epidemia de nuestro tiempo. *Med Clin (Barc)* 1985; 85: 539-541.
2. Kaufman N, Yatch D. Tobacco control: challenges and prospects. *Bull WHO* 2000; 78: 867.
3. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
4. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Martín JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.
5. The Framework Convention on Tobacco Control. A primer. Ginebra: World Health Organization, 1999.
6. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Londres: Royal College of Physicians, 2000.
7. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: CDC, Office on Smoking and Health, 2000.
8. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Ginebra: World Health Organization, 1998.
9. Roemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. (2.ª ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1995.
10. Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: A World Bank Publication, 1999.
11. Jha P, Chaloupka FJ. The economics of global tobacco control. *BMJ* 2000; 321: 358-361.
12. Warner KE. The economics of tobacco: myths and realities. *Tobacco Control* 2000; 9: 78-89.
13. Joossens L, Raw M. Smuggling and cross-border shopping of tobacco in Europe. *BMJ* 1995; 310: 1393-1397.
14. Lauzurica J. Estructura de los impuestos sobre el tabaco y evolución de la recaudación en España. Ponencia a la jornada «La responsabilidad de la industria y de otros agentes en los daños producidos por el tabaco». Barcelona, 27 de septiembre de 2000.
15. Siegel M, Biener L, Rigotti NA. The effect of local tobacco sales law on adolescents smoking initiation. *Prev Med* 1999; 29: 234-242.
16. Bauer UE, Johnson TM, Hopkins RS, Brooks RG. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program. *JAMA* 2000; 284: 723-728.
17. Rigotti NA, DiFranza JR, Chang Y, Tisdale T, Kemp B, Singer DE. The effect of enforcing tobacco-sales laws on adolescents access to tobacco and smoking behavior. *NEJM* 1997; 337: 1044-1051.
18. Smoking and the young. A report of a Working Party of the Royal College of Physicians. Londres: The Royal College of Physicians, 1992.
19. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: CDC, Office on Smoking and Health, 1994.
20. Pardell H, Roure E, Saltó E, Tresserras R. Analysis of tobacco policies in CINDI-CARMEN countries. Report to the World Health Organization. Barcelona: Department of Health and Social Security, Autonomous Government of Catalonia, 2000 (inédito).
21. Tobacco free. Third action plan for a tobacco free Europe 1997-2001. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.
22. Anderson P, Hughes J. Policy interventions to reduce the harm from smoking. *Addiction* 2000; 95 (Supl 1): 9-11.
23. Buck D. The cost-effectiveness of smoking cessation interventions: What do we know? *Int J Health Educ* 1997; 35: 44-52.
24. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A, for the Cochrane Tobacco Addiction Review Group. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355-358.
25. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service report. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
26. Los médicos y el tabaco. El gran reto de la medicina. Londres: Tobacco Control Resource Centre, 2000.
27. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Salleras L. Tabaco y profesionales de la salud en España. En: Becoña E, editor. El libro blanco sobre el tabaquismo en España. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo-Glosa ediciones, 1998; 191-209.
28. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: Office on Smoking and Health, 1986.
29. Townsend J. The role of taxation policy in tobacco control. En: Abedian I, Van der Merwe R, Wilkins N, Jha P, editores. The economics of tobacco control. Towards an optimal policy mix. Cape Town: University of Cape Town, 1998; 129-143.
30. Wasserman J, Manning WG, Newhouse JP, Wilker JD. The effects of excise taxes and regulations on cigarette smoking. *J Health Econ* 1991; 10: 43-64.
31. Grossman M, Chaloupka FJ. Cigarette taxes. *Puc Health Rep* 1997; 112: 291-297.
32. Joossens L. From public health to international law: possible protocols for inclusion in the Framework Convention on Tobacco Control. *Bull WHO* 2000; 78: 930-937.
33. Marshall E. A new link between tobacco and cancer. *Science* 1998; 279: 796.
34. Houston T, Kaufman NJ. Tobacco control in the 21st. century. *JAMA*. 2000; 284: 752-3.
35. Daynard RA. The Engle verdicts and tobacco litigation. *BMJ* 2000; 321: 312-313.
36. Glantz SA. The truth about big tobacco and in its own words. *BMJ* 2000; 321: 313-314.
37. Méndez D, Warner KE. Smoking prevalence in 2010: why the healthy people goal is unattainable. *Am J Pub Health* 2000; 90: 401-403.
38. Green LW, Eriksen MP, Bailey L, Husten C. Achieving the implausible in the next decade's tobacco control. *Am J Pub Health* 2000; 90: 337-339.