



## EDITORIAL semFYC

### ¿Por qué debemos apoyar las leyes de espacios sin humo?

### Why must we support the laws on smoke free zones?

El tabaquismo es el principal problema de salud pública en los países desarrollados y la principal causa de muerte prevenible. Uno de cada 2 fumadores morirá por alguna enfermedad relacionada con el mismo.

En enero de 2006 entró en vigor en España la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Esta norma prohíbe fumar en centros de trabajo y permite la habilitación de zonas para fumar en centros de atención social, aeropuertos, estaciones, y en bares o restaurantes de más de 100m<sup>2</sup>. Desde entonces, muchos países han aprobado leyes que permiten que los espacios públicos estén totalmente libres de humo, mejorando la salud de sus poblaciones sin que medie estallido social ni crisis del sector hostelero, supuestas consecuencias argüidas por la industria tabaquera.

En nuestro país se plantea ahora ampliar la restricción. Los médicos de familia somos un colectivo modélico en lo referente a salud, siendo deseable que tengamos argumentos para impulsar una corriente de opinión favorable. ¿Por qué, entonces, ampliar la norma? Podemos citar algunas razones.

#### 1. El humo ambiental de tabaco causa enfermedad

Con una relación causa-efecto probada, la exposición de la gestante al humo ambiental de tabaco aumenta el riesgo de bajo peso al nacer. Los niños expuestos al humo del tabaco tienen más riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, síntomas respiratorios, problemas del oído y asma más grave<sup>1</sup>.

En adultos, aumenta un 20–30% el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón con una relación dosis-respuesta<sup>1</sup> y produce al menos un 20–30% de exceso de riesgo de enfermedad coronaria, según diversos metaanálisis<sup>1</sup>. Este no es lineal, aumentando rápidamente con bajas dosis como las del tabaquismo pasivo o las de fumar un cigarrillo diario<sup>2</sup>. Incluso aunque la exposición sea habitual, tendría

el potencial de desencadenar eventos cardiovasculares agudos.

El tabaquismo involuntario puede aumentar el riesgo de asma y empeorar su evolución<sup>1</sup>. También se ha encontrado una asociación con síntomas respiratorios agudos.

No existe un umbral de exposición libre de riesgo.

#### 2. El humo ambiental de tabaco mata

El tabaquismo pasivo es la tercera causa de mortalidad evitable en los países desarrollados por detrás del tabaquismo activo y el alcohol<sup>3</sup>, siendo responsable de 50.000 muertes anuales en EEUU (alrededor de 46.000 por enfermedad coronaria, 3.000 por cáncer de pulmón y unas 430 por síndrome de muerte súbita del lactante)<sup>4</sup>; entre 50.000–100.000 en la Unión Europea y en España entre 2.500–6.000<sup>5</sup>.

#### 3. Las leyes de espacios sin humo disminuyen la prevalencia y el consumo de tabaco

En una reciente revisión sistemática de 26 estudios se encuentra una reducción en la prevalencia de consumo de casi un 4% y una disminución de 3 cigarrillos diarios por fumador cuando se ponen en marcha prohibiciones completas en los lugares de trabajo<sup>6</sup>.

#### 4. Las leyes de espacios sin humo logran reducciones en las mediciones de componentes tóxicos del humo del tabaco en el aire<sup>7</sup>.

#### 5. Las leyes de espacios sin humo disminuyen la morbilidad y mortalidad relacionada con el humo de tabaco a corto plazo.

Dos recientes meta análisis muestran una caída en la tasa de hospitalización por infarto 12 meses tras la implantación de una ley de espacios sin humo de un 17% (13–20, IC 95%)<sup>8</sup>

El Instituto de Medicina Americano concluye que existe asociación entre las leyes de espacios sin humo y la reducción de eventos coronarios agudos y que esta relación es causal<sup>9</sup>.

#### 6. Las restricciones ayudan a desnormalizar el consumo de tabaco

Estas leyes disminuyen la aceptabilidad social y transmiten un mensaje claro de que *lo normal es no fumar*. Permiten cambiar la percepción de que fumar es una conducta adulta normal, lo que podría determinar una disminución de la iniciación en el tabaquismo.

#### 7. Las medidas intermedias no son efectivas

Las políticas de prohibiciones totales son el doble de efectivas sobre prevalencia y consumo que las restricciones parciales<sup>6</sup>.

#### 8. Los sistemas de ventilación no sirven

Se ha especulado con la posibilidad de que la ventilación pudiera ser la solución. Se han descrito las conexiones entre la industria del tabaco y sectores de la hostelería para favorecer el empleo de diversos sistemas de ventilación como sustituto de las leyes de espacios sin humo. Estos sistemas únicamente consiguen reducir parcialmente algunas de las partículas, pero no los componentes de la fase vapor<sup>10</sup>.

#### 9. La industria del tabaco se opone a estas medidas

La estrategia de la industria no exige su victoria en los debates que ella misma genera; le basta con alimentar la controversia. Entre las tácticas que han empleado, reveladas con la publicación en la red de sus documentos internos, destacan el acopio de información estratégica, la utilización de los medios de comunicación para moldear la opinión pública, la financiación e influencia política (*lobbys*), los grupos de defensa de los derechos de los fumadores, la creación de alianzas, la intimidación, los litigios, el soborno o el contrabando<sup>11</sup>.

En contra de la ampliación de la ley se argumenta el posible perjuicio económico del sector hostelero. Todos los estudios que encuentran un impacto económico negativo estuvieron apoyados por la industria del tabaco<sup>12</sup>. Según revisiones independientes no existe evidencia de impacto económico negativo en la industria o el turismo<sup>7</sup>.

#### 10. Los trabajadores de hostelería también tienen derecho a la salud

La restricción total también protege a los trabajadores de la hostelería. Este es un tema central al que no se le ha dado suficiente importancia.

Los profesionales sanitarios, además del papel modélico, cumplen una función social. En la mayoría de los países, tienen un papel de liderazgo en la sociedad en cuestiones de salud y gozan de respeto y ejercen su influencia para promover una vida más sana.

Nuestra intervención es fundamental en la actitud social hacia la epidemia tabáquica, cuyas consecuencias son percibidas como menos peligrosas que otros riesgos de mayor eco mediático. El momento es histórico. Debemos estar preparados.

## Bibliografía

1. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
2. Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Progress IN Cardiovascular Diseases*. 2003;46:31–8.
3. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and Heart disease. Mechanisms and risk. *JAMA*. 1995;273:1047–53.
4. Office of Health and Environmental Assessment Office of Research and Development US Environmental Protection Agency Washington, D.C. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and other Disorders. EPA/600/6-90-006F, 1992.
5. Levantando la cortina de humo. 10 razones para una Europa sin Humo. Smoke Free Partnership. 2006. Disponible en: [www.ersnet.org](http://www.ersnet.org).
6. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*. 2002;325:188–94.
7. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med*. 2001;20:16–66.
8. Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places. A systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54:1249–55.
9. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects. Making sense of the evidence. Committee on Secondhand Smoke Exposure and Acute Coronary Events. Board on Population Health and Public Health Practice. Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press. Washington DC, 15 Oct 2009.
10. Cal/EPA 2005. Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Final Report. California Environmental Protection Agency. Office of Environmental Health Hazard Assessment. June 2005.
11. Saloojee Y, Dagli E. Tácticas de la industria tabaquera contra las políticas de salud pública. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78:902–10.
12. Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tob Control*. 2003;12:13–20.

César Minué Lorenzo

*Medicina Familiar, Centro de Salud Perales del Río, Madrid, España*

Eduardo Olano Espinosa

*Medicina Familiar, Centro de Salud Gregorio Marañón, Alcorcón, Madrid, España*  
Correo electrónico: [eolano.gapm08@salud.madrid.org](mailto:eolano.gapm08@salud.madrid.org)

José Vizcaíno Sánchez-Rodrigo♦

*Medicina Familiar, Centro de Salud Fuentelarreina, Madrid, España*

♦En representación de los miembros del Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC).