

De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo

(From the proposals of the smoking prevention movement to political consensus: the anti-smoking law)

El problema sanitario del tabaquismo tiene una dimensión individual: los fumadores son personas que intentan o no dejar de fumar (y lo consiguen o no). Pero también tiene una dimensión colectiva. En buena parte, el comportamiento personal viene influido por condicionantes externos, como el precio del tabaco, su aceptación social... Por este motivo, las políticas públicas tienen tanta influencia en el consumo de tabaco, y la prevención y el control del tabaquismo tienen dimensiones políticas y no sólo clínicas. Por ello, también la industria tabaquera ha dedicado tanto esfuerzo a evitar la adopción y la ejecución de políticas de control efectivas que pudieran reducir el consumo de tabaco y preservar así sus beneficios.

En España se están sentando las bases para un punto de inflexión en las políticas públicas sobre el tabaco, que puede acelerar el declive de la epidemia^{1,2}. En primer lugar, por los acuerdos sobre financiación del Sistema Nacional de Salud de septiembre de 2005, que vinculan por primera vez el impuesto específico sobre el tabaco con la financiación de la sanidad. Más allá de los importes modestos implicados este año, esto puede generar una dinámica capaz de elevar la carga fiscal de modo que el precio del tabaco sea más disuasorio^{3,4}. En segundo lugar, porque durante este año se ha incrementado notablemente la disponibilidad de recursos para desarrollar programas de prevención y de asistencia al tabaquismo. Y finalmente, porque durante el año 2005 se ha presentado por el gobierno y aprobado por las Cortes la «ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco». Esta ley aborda aspectos muy importantes para un control efectivo del tabaquismo que no estaban desarrollados de forma efectiva en España: la regulación rigurosa de la publicidad y la promoción del tabaco (hasta ahora la industria tabaquera tenía las manos libres para sus acciones de promoción^{5,6}), y la protección frente al humo ambiental de tabaco en los lugares de trabajo y en los espacios públicos cerrados⁷⁻¹⁷. La ley incluye también otros aspectos, pero éstos son cruciales para una política de control efectiva, y por ello tienen una importancia capital¹⁸.

En efecto, eliminar la promoción del tabaco contribuye a reducir la incidencia del tabaquismo. Los niños

y adolescentes libres de la presión de la publicidad tienen menos probabilidades de empezar a fumar¹⁹. Además, los fumadores que intentan dejar el hábito tendrán un contexto más favorable, con menos estímulos para la recaída. Por otra parte, unos espacios laborales y unos servicios públicos libres de humo protegen a todos contra el humo ambiental, pero además tienen un impacto directo sobre la prevalencia a medio plazo. Y lo tienen por dos vías. Por un lado, contribuyen a reducir la incidencia del tabaquismo, al reforzar la percepción de que fumar no es un comportamiento normal. Por otro, ayudan al abandono del tabaquismo, por dos mecanismos: *a)* los fumadores que intentan dejar de fumar y trabajan en un entorno libre de humo tienen menos estímulos para recaer; y *b)* se ha comprobado empíricamente que cuando una empresa o institución prohíbe fumar, una proporción no despreciable de fumadores (entre un 10 y un 20%) intenta abandonar definitivamente el tabaco²⁰.

Esta ley representa también la culminación de un largo camino para el movimiento de prevención en nuestro país. Tras la adopción de las primeras regulaciones sobre el tabaco por parte de las comunidades autónomas (CCAA) o el gobierno central en los años ochenta, se entró en una larga fase sin progresos efectivos en la regulación, que se prolongó hasta finales de los noventa. Un elemento importante para cambiar este contexto ha sido la emergencia de elementos organizativos del movimiento de prevención. En efecto, en una sociedad democrática, muchas políticas públicas regulatorias son adoptadas cuando el clima social y la opinión pública las apoyan, y sin un esfuerzo organizado es difícil contarrestar las acciones que hace la industria tabaquera para confundir a la opinión pública²¹. En buena parte, la batalla por las políticas regulatorias se libra en los medios de comunicación que contribuyen a configurar la opinión pública. El movimiento organizado de prevención español, y concretamente el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), al que tanto han contribuido la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), ha tenido un papel crucial en este proceso²². Por un lado, porque contribuyó a definir una visión global de las políticas de prevención necesarias, yendo más allá de la

dimensión clínica de ayuda a los fumadores y de las acciones educativas con escolares que predominaban previamente: la publicación del Libro Blanco sobre el tabaco en España (aún accesible en la web del CNPT) marcó un hito²³. Por otra parte, porque rompió el relativo aislamiento previo, construyendo un enlace permanente con el movimiento europeo mediante la European Network for Smoking Prevention (ENSP), así como una visión compartida sobre algunas políticas públicas relevantes mediante seminarios y encuentros monográficos (en fiscalidad, abogacía...). Y, sobre todo, porque mediante su acción sobre los representantes políticos y responsables sanitarios, tanto directa como indirectamente a través de los medios de comunicación, contribuyó a introducir en la agenda política del país las políticas de prevención²⁴.

Hay un hilo conductor que va del Libro Blanco a la nueva Ley que se acaba de aprobar. El Libro Blanco culminaba con la definición de unas prioridades para el control del tabaquismo en España que eran las consensuadas por el movimiento de prevención²⁵, y a las que durante años las administraciones públicas, pese a la retórica al uso, hicieron oídos sordos. Las cosas cambiaron con la formulación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo planteado por la ministra Ana Pastor y aprobado en el Consejo Interterritorial de Salud²⁶. El Plan se construyó durante el año 2002 de forma consensuada, con aportaciones de los técnicos responsables del tema en las diversas CCAA, así como también del CNPT y de alguna de las organizaciones integrantes, que lo recibieron en fase de consulta. El texto del Plan estaba impregnado de la perspectiva y las prioridades del movimiento de prevención. Por ello, en su día, para evitar que la escenificación de las diferencias políticas lo bloqueara, el CNPT impulsó su aceptación por consenso, contactando con los consejeros de salud de todas las CCAA, especialmente con los de color político distinto al del gobierno central. Su aprobación en enero de 2003 marcó un hito importante: supuso que los objetivos del movimiento de prevención pasaran en buena parte a ser los de las autoridades sanitarias.

Sin embargo, el Plan era una lista de objetivos sin mecanismos claros de ejecución. Unos dependían de cambios de regulación o de decisiones de otros ministerios, y otros de recursos sanitarios transferidos a las CCAA. Su ejecución real se preveía larga y dificultosa, y el calendario previsto parecía lejos de poder cumplirse. Los objetivos que podían conseguirse con cambios legislativos necesitaban un impulso político muy fuerte para su adopción. Pese a que circularon algunos borradores de transposición de la directiva de publicidad y también de actualización del Real Decreto 192/1988 sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco, durante más de un año no se produjeron avances. Con el relevo en el Ministerio se abrió una nueva

ventana de oportunidad y el compromiso público del gobierno (y no sólo de la ministra Elena Salgado) con el cambio legislativo llevó al impulso de la Ley que entra en vigor en 2006. Hay, por tanto, una clara continuidad a partir de las propuestas del movimiento de prevención, que se ha saldado además de forma muy consensuada en sede parlamentaria, pese al ruido mediático previo. Convierte el control del tabaquismo en un tema transversal en el debate político, presente en la agenda de todas las fuerzas políticas, que han asumido así un mayor compromiso con la prevención. Esto es un éxito claro para la salud pública, y un cambio considerable respecto a la situación anterior.

¿Cuáles son las tareas prioritarias ahora? La verdad es que queda mucho por hacer, pero en este momento hace falta generar apoyo social a la nueva regulación, y hacer un esfuerzo importante de sensibilización y educación del público. La inacción de los poderes públicos durante años hace que sea preciso colmar las lagunas en este terreno de forma apresurada. Esto debería tener, en primer lugar, una expresión macro, con actuaciones desde las estructuras de la propia administración, como por ejemplo se hizo (con éxito) en Irlanda con la creación de la Oficina para el Control del Tabaco (www.otc.ie), que aportó y preparó el camino años antes de la entrada en vigor de la legislación en este país²⁷, y con acciones de organizaciones no gubernamentales y sindicatos para promover la concienciación social de determinados colectivos en apoyo genérico y por un efectivo cumplimiento de la nueva Ley. Pero son necesarias también numerosas y diversas expresiones micro: todos los profesionales tenemos oportunidades de acción en el ámbito local y sectorial en este terreno. Por otra parte, la implantación real y el seguimiento plantearán retos que la ley no resuelve, y probablemente precisen un desarrollo reglamentario que en buena parte ha de ser autonómico. Por otra parte, el clima que esto genera ha de proporcionar múltiples oportunidades, impulsando programas de estímulo a la cesación tabáquica.

Finalmente, hemos de recordar que éste es un momento idóneo para emprender proyectos de investigación evaluativa sobre el impacto de estas medidas sobre el tabaquismo y la salud, en la línea de los generados por otras experiencias recientes^{28,29}. La situación de la epidemia tabáquica en España es peculiar², y la evaluación de la utilidad de las diversas medidas en nuestro momento puede ser valiosa para orientar las acciones en contextos que se encuentran en situaciones comparables a la nuestra hasta hace pocos años, como diversos países del sur y el este de Europa, Hispanoamérica o la otra ribera del Mediterráneo.

Joan R. Villalbi

Agència de Salut Pública de Barcelona.

jrvillal@aspb.es

Bibliografía

1. Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. *Rev Clin Esp.* 2004;204:312-6.
2. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc).* 2003;120:14-6.
3. López-Nicolás A. How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey. *Health Econ.* 2002;11:521-32.
4. Fernández E, Gallus S, Schiaffino A, López-Nicolás A, La Vecchia C, Barros H, et al. Price and consumption of tobacco in Spain over the period 1965-2000. *Eur J Cancer Prev.* 2004;13:207-11.
5. Martín M, Quiles MC, López C. Los sistemas de autorregulación como mecanismos de control de la publicidad de tabaco: evaluación mediante análisis empírico. *Gac Sanit.* 2004;18:366-73.
6. Montes J, Álvarez ML. Tabaco y medios de comunicación escritos en España: una atracción fatal. *Gac Sanit.* 2006;20(1):58-61.
7. Nebot M, López MJ, Tomás Z, Ariza C, Borrell C, Villalbí JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control.* 2004;13:95.
8. Twose J, Schiaffino A, García M, Martí M, Fernández E, por el grupo de Investigadores del Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà. Prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Cornellà de Llobregat. *Med Clin (Barc).* 2004;123:496-8.
9. Villalbí JR, Ballestín M. Developing smoking control policies in schools. *Health Promot Int.* 1994;9:99-104.
10. Battle E, Boixet M, Agudo A, Almirall J, Salvador T. Tobacco prevention in hospitals: long-term follow-up of a smoking control programme. *Br J Addict.* 1991;86:709-17.
11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa atenció primària sense fum. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/jusenfum.pdf>
12. Méndez E, García M, Margalef M, Fernández E, Peris M. Iniciativas para el control del tabaquismo: la Red Catalana de Hospitales Libres de Humo. *Gac Sanit.* 2004;18:150-2.
13. Valmayor S, Ariza C, Tomás Z, Nebot M. Evaluación de una intervención de prevención del tabaquismo en el entorno escolar. *Prevención del Tabaquismo.* 2004;6:18-25.
14. Artazcoz L, Brotons M, Brotons A. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. *Gac Sanit.* 2003;17:490-3.
15. López A, Domínguez A, Alcahud F, González E. Evaluación de la actividad de prevención del tabaquismo del Ayuntamiento de Murcia. *Boletín Epidemiológico de Murcia.* 2003;24:37-40. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/36006-647.pdf>
16. Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol.* 2005;41:197-201.
17. Sala M, Serra I, Serrano S, Corbella T, Kogevinas M. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. *Gac Sanit.* 2005;19:386-92.
18. Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit.* 2001;15:265-72.
19. Pierce JP, García M, Salto E, Schiaffino A, Fernández E. La publicidad del tabaco ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? Datos desde California. *Gac Sanit.* 2002;16 Supl 2:69-76.
20. Raaijmakers T, Van den Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:97-116.
21. Granero L, Villalbí JR, Gallego R. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro-tabaco en España. *Gac Sanit.* 2004;18:374-9.
22. Villalbí JR, Salvador T, Granero L. El movimiento de prevención y su organización: papel del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. En: Jiménez Ruiz CA, Fagerstrom KO, editores. *Tratado de tabaquismo.* Madrid: Grupo Aula Médica; 2004. p. 571-80.
23. Becoña E, coordinador. *Libro blanco de prevención del tabaquismo.* Barcelona: Glosa Ediciones; 1998. Disponible en: http://www.cnpt.es/fr_info.html
24. Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. *Medicina, comunicación y sociedad.* Informe Quiral 1999. Barcelona: Rubes; 2000. p. 121.
25. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. *Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del tabaquismo.* En: Becoña E, coordinador. *Libro blanco de prevención del tabaquismo.* Barcelona: Glosa Ediciones; 1998. p. 253-8. Disponible en: http://www.cnpt.es/fr_info.html
26. Saiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco J, Cortés M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:441-73.
27. Allwright S, McLaughlin JP, Murphy D, Pratt I, Ryan M, Smith D, et al. Report on the health effects of environmental tobacco smoke (ETS) in the workplace. *Dublín: Health and Safety Authority/Office of Tobacco Control;* 2003.
28. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ.* 2004;328:977-83.
29. Allwright S, Paul G, Greiner B, Mullally BJ, Pursell L, Kelly A, et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ.* 2005;331:1117-23.