

## Editorial

## Tres años con «Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo»: aire más limpio, pero no lo suficiente

## Three years with “Tobacco-control law”: cleaner air but not clean enough

Iñaki Galán<sup>a,\*</sup> y María José López<sup>b</sup><sup>a</sup> Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de Madrid, Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología, Madrid, España<sup>b</sup> Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología, Barcelona, España

El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo<sup>1</sup>, probablemente la actuación legislativa de mayor alcance para la salud pública en muchas décadas<sup>2</sup>. Aunque esta ley es conocida principalmente por la regulación del consumo en espacios públicos cerrados, en especial la prohibición total de fumar en el trabajo y la restricción parcial en los establecimientos de restauración, también abarca otros aspectos de gran importancia para la prevención del tabaquismo, como las limitaciones en la venta y la regulación de la publicidad, la promoción y el patrocinio. Además, un capítulo se articula en torno a las medidas de promoción y educación sanitaria, así como a la facilitación de la deshabituación tabáquica.

La ley tuvo, desde sus inicios, un importante apoyo social. Según las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas, en 2005 el 77,2% de la población consideraba muy positiva esta regulación<sup>3</sup>, y un año después de su entrada en vigor este apoyo se mantenía en el 68%<sup>4</sup>. Sin embargo, la población detecta deficiencias o falta de cumplimiento a corto plazo; por ejemplo, los resultados del Barómetro Sanitario de 2006 describen que casi la mitad de los españoles perciben que los fumadores no respetan la ley y uno de cada tres serían partidarios de endurecerla más<sup>5</sup>.

Uno de los puntos débiles que acompañaron su entrada en vigor es que, a diferencia de otros países<sup>6</sup>, no se diseñó un plan global de evaluación para conocer su impacto, a pesar de que en abril de 2006 se creó el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, entre otros objetivos para evaluar los resultados y el cumplimiento de la normativa. Sin embargo, se dispone ya de los primeros resultados de diversos estudios que nos permiten tener una idea aproximada del impacto a corto plazo que está teniendo esta regulación, principalmente sobre la exposición al humo ambiental de tabaco.

**Efecto sobre la exposición al humo ambiental de tabaco**

Los riesgos relativos asociados al tabaquismo pasivo pueden parecer bajos en comparación con los del tabaquismo activo, pero la elevada prevalencia de exposición hace que su impacto en la población sea muy importante. De hecho, un reciente estudio estima que un mínimo de 1228 muertes anuales en

España podrían atribuirse a la exposición al humo ambiental de tabaco<sup>7</sup>.

Dos estudios<sup>8,9</sup> han evaluado cuál ha sido el impacto de la ley en términos de prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco. Uno de ellos<sup>8</sup> determinó la prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en la región de Madrid en diversos ámbitos (hogar, trabajo, bares y restaurantes) antes y después de la ley, y halló una considerable reducción de la exposición en los lugares de trabajo (del 40,5% al 9,0%) nueve meses después de su puesta en marcha. En el hogar, sin embargo, tal como indican estudios previos realizados en otros países<sup>10</sup>, no se observan diferencias significativas. Asimismo, otro estudio<sup>9</sup> con datos nacionales mostró una reducción del 58% en la prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en el trabajo un año después de la implantación de la ley, mientras en casa y en el tiempo libre no encontró cambios importantes. No obstante, cabe destacar que, pese a las disminuciones observadas en la prevalencia de exposición, la proporción de expuestos es aún muy elevada, tal como pone de manifiesto otro estudio<sup>11</sup> publicado recientemente, en el cual se estima que más de la mitad de la población no fumadora sigue expuesta al humo ambiental de tabaco.

Otros trabajos de evaluación han medido el impacto de la ley sobre los niveles de humo ambiental de tabaco. Para ello utilizan muestras ambientales o biológicas en las que se miden marcadores de exposición al tabaco. En uno de ellos<sup>12</sup> se midió la nicotina en fase vapor en el ambiente, un marcador específico del humo ambiental de tabaco, en lugares de trabajo y hostelería, de ocho Comunidades Autónomas. Todos los lugares de trabajo estudiados experimentaron una disminución significativa y muy importante de los niveles de humo ambiental de tabaco un año después de la implantación de la ley, con niveles muy bajos de exposición. Sin embargo, en el caso de la hostelería los cambios en la exposición están claramente asociados al tipo de política que los dueños del local decidieron adoptar. En aquellos locales que prohibieron fumar, la disminución de la exposición ha sido drástica, mientras que en los que siguen permitiendo fumar no se observan cambios significativos. Por otro lado, en aquellos locales con áreas separadas para fumadores y no fumadores, las áreas de fumadores seguían teniendo niveles de exposición muy elevados, mientras que en las de no fumadores hubo una disminución significativa, pero no tan importante como en los locales con prohibición total. Estos datos demuestran que los trabajadores de este tipo de locales siguen expuestos a niveles de humo ambiental de tabaco perjudiciales para su salud. En este sentido, otro estudio<sup>13</sup>

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inaki.galan@salud.madrid.org (I. Galán).

que determinó la concentración de cotinina, un metabolito de la nicotina, en la saliva de los trabajadores de este sector, mostraba resultados similares: una disminución significativa de la exposición al humo ambiental de tabaco en los trabajadores de locales donde está prohibido fumar, pero no en los trabajadores de locales con prohibición parcial o sin prohibición. Este estudio consideraba también los síntomas respiratorios asociados a dicha exposición, que disminuían significativamente en los trabajadores no fumadores de los locales donde se había prohibido fumar. El mismo trabajo pone igualmente de manifiesto un efecto beneficioso de la prohibición incluso en los trabajadores fumadores, que presentan una tasa de abandono y de reducción del consumo de tabaco más elevada que la observada en la población general<sup>14</sup>.

### Efecto sobre el consumo

Un aspecto más complejo es la valoración del impacto en el consumo de tabaco. Las principales líneas articuladas en la ley están relacionadas con un control también de la prevalencia de consumo. Por un lado, la prohibición total de fumar en el trabajo está asociada a una disminución del tabaquismo del 3,8%<sup>15</sup>. Teniendo en cuenta que cerca del 60% de la población trabaja en espacios cerrados donde tienen efecto estas políticas, podría esperarse un descenso de la prevalencia poblacional cercano a un 2%. Por otro, el contexto positivo (norma social) que genera la legislación podría influir en un descenso de este hábito, bien por una menor iniciación del consumo en las cohortes jóvenes<sup>16</sup>, como por un incremento del abandono<sup>17</sup>. Sin embargo, todavía no disponemos de suficiente información para evaluar el efecto que haya podido tener la puesta en marcha de la regulación sobre el consumo de tabaco. Considerando la tendencia reciente, la prevalencia observada en 2006 en la Encuesta Nacional de Salud<sup>18</sup> no parece que se haya diferenciado de los valores esperados. Tampoco los datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) en la Comunidad de Madrid, cuyas últimas estimaciones publicadas llegan al año 2007<sup>19</sup>, apoyan una aceleración del descenso del consumo que ya se venía observando desde el comienzo de la década actual. En sintonía con esta información, los datos de ventas de cigarrillos del Comisionado para el Mercado de Tabaco<sup>20</sup> (trasladados a consumo per cápita) durante el año 2008 (de enero a octubre) son similares a los del mismo periodo del año anterior.

### La ley y la estrategia de la prevención

La OMS<sup>21</sup> resume en el acrónimo MPOWER un plan de medidas basado en el Convenio Marco para el Control del Tabaco, para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo: *Monitor* (vigilar el consumo de tabaco), *Protect* (proteger a la población del humo de tabaco), *Offer* (ofrecer ayuda para el abandono del tabaco), *Warn* (advertir de los peligros del tabaco), *Enforce* (hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio) y *Raise* (aumentar los impuestos al tabaco). Todas estas medidas, excepto la última, están contempladas en la Ley 28/2005.

- *Monitor*: la vigilancia del consumo de tabaco en España está basada, para el conjunto nacional, en indicadores muy básicos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud<sup>18</sup> (prevalencia de consumo, abandono y en 2006 se incluyeron unas preguntas sobre exposición pasiva), de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y de la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) del Plan Nacional de Drogas<sup>22</sup>. Esta vigilancia podría fortalecerse con la identificación y la monitorización de indicadores que recojan de forma más

específica aspectos relacionados con la exposición ambiental, consejos preventivos o tratamiento, de vital interés para la planificación. El liderazgo de esta monitorización debería recaer en el reciente Observatorio para la Prevención del Tabaquismo.

- *Protect*: puesto que no hay un nivel seguro de exposición al humo ambiental de tabaco, debe garantizarse a la población una protección total en espacios públicos y de trabajo, teniendo en consideración que las restricciones parciales no han demostrado ser tan eficaces, como ha ocurrido en el caso de los servicios de hostelería<sup>23</sup>. La legislación debe modificarse, por tanto, en lo que compete a bares, restaurantes y otros centros de ocio, siguiendo el modelo de restricción total desarrollado en Irlanda, Malta, Italia, Suecia y Reino Unido, medida que además es popular, ya que se acoge con el apoyo mayoritario de la población<sup>21</sup>. El sector de la hostelería cuenta con más de 1.500.000 trabajadores<sup>24</sup> distribuidos en más de 300.000 bares, cafeterías y restaurantes, así como pubs y discotecas, y gran parte de ellos se encuentran expuestos a concentraciones extraordinariamente elevadas de este contaminante. A la vista de los resultados comentados anteriormente, no deja de sorprender la paradoja de la Ley 28/2005 en relación al sector de la hostelería, ya que una ley que tiene entre sus principales objetivos proteger a la población de los efectos del tabaquismo pasivo, deja desprotegido al sector ocupacional expuesto a los niveles de humo ambiental de tabaco más elevados.

- *Offer*: la probabilidad de éxito de lograr una deshabituación en el fumador que desea abandonar el consumo se duplica o triplica si ésta se realiza bajo tratamiento médico<sup>25</sup>. Sin embargo, sólo una mínima parte de los que dejan de fumar, alrededor del 5%, lo han conseguido con ayuda sanitaria, y en proporciones parecidas piden ayuda al sistema sanitario para dejar de fumar. Además, sólo uno de cada dos fumadores ha recibido alguna vez en la vida consejo médico preventivo<sup>26</sup>. Estos datos revelan que, aunque se ha mejorado notablemente en los últimos años, la organización del sistema sanitario para el tratamiento del tabaquismo todavía es muy deficiente en España, y que gran parte de las iniciativas asistenciales se basan en la voluntariedad de los profesionales, mayoritariamente médicos y psicólogos. También debería clarificarse el papel que tienen los profesionales de enfermería y los dentistas en el control del tabaquismo, ya que las intervenciones desde estos colectivos han demostrado ser eficaces para ayudar a dejar el tabaco<sup>27,28</sup>. Por otro lado, en España, a diferencia de otros países europeos como Irlanda, Noruega o Suecia, la formación de los estudiantes de profesiones sanitarias no incluye los programas de cesación tabáquica en el currículo académico<sup>29</sup>. Finalmente, los medicamentos utilizados en la deshabituación no están financiados como una prestación sanitaria más, a pesar de haber demostrado su eficacia. Esta discriminación es paradójica, ya que los productos de tabaco produjeron en 2007 unos ingresos en España, derivados sólo del impuesto especial, de 7235 millones de euros. La utilización de ésta u otra modalidad tributaria<sup>30</sup> echa por tierra cualquier argumento de limitación presupuestaria para retrasar la financiación de los programas de cesación tabáquica.

- *Warn*: en general, la mayoría de las personas sabe que el consumo de tabaco es perjudicial. Sin embargo, es menos consciente de la velocidad e intensidad de la adicción que provoca, y sobrestima en gran medida la capacidad de dejarlo por voluntad propia. También es posible sensibilizar más sobre los peligros de la exposición pasiva, en especial de los entornos privados donde la legislación no regula. Sería deseable desarrollar, en un marco de coordinación con las Comunidades Autónomas, una campaña de educación y sensibilización mantenida en el tiempo, tal y como se vienen planificando las de seguridad vial.

- *Enforce*: la Ley prohíbe todo tipo de publicidad, patrocinio y promoción de los productos de tabaco. Sin embargo, todavía persiste la promoción indirecta del consumo en programas de

televisión, películas y revistas. Ésta es una vieja fórmula empleada por la industria tabaquera para incentivar su consumo, principalmente en la población juvenil y en las mujeres<sup>31</sup>. Es importante vigilar posibles estrategias de la industria para identificar nuevos tipos de actividades de mercadotecnia y promoción que eluden las prohibiciones, incluso las más exhaustivas.

- *Raise*: el incremento de los impuestos y del precio del tabaco es la estrategia más efectiva para el control del tabaquismo, especialmente en la población juvenil. Se estima que por cada aumento del 10% en los precios, el consumo se reduce alrededor del 2,5 a 5% en los países con ingresos elevados<sup>32</sup>. A pesar de que el gobierno estableció a comienzos de 2006 el impuesto mínimo impositivo de 55 euros por cada 1000 cigarrillos, con el objetivo de que las marcas baratas subieran el precio de las cajetillas, el precio del tabaco en España sigue siendo bajo; de hecho, es el país de Europa occidental donde es más barato<sup>29</sup>. Por ejemplo, en Francia y Reino Unido el precio del cigarrillo es dos y tres veces más caro que en España, respectivamente. La meta de los impuestos al tabaco es conseguir que sus productos sean progresivamente menos asequibles, lo que significa que deben aumentarse periódicamente para asegurarse de que los precios reales aumenten más deprisa que el poder adquisitivo de los consumidores. Éste es un reto pendiente que el Ministerio de Hacienda tiene que acometer en un futuro inmediato.

Los resultados de las primeras evaluaciones de la Ley 28/2005 ponen de manifiesto que esta regulación está teniendo un impacto positivo en la protección frente a la exposición al humo ambiental de tabaco en el trabajo y en menor medida en los locales de restauración, de forma coherente con la restricción total y parcial en estos espacios cerrados. De momento no se observan cambios en la prevalencia de consumo que se puedan atribuir a la puesta en marcha de esta normativa. Como consecuencia, el Ministerio de Sanidad y Consumo debería proponer la modificación de la Ley 28/2005 introduciendo, como en muchos países de nuestro entorno, la prohibición total del consumo de tabaco en todos los espacios públicos, y asumir el liderazgo ante el Ministerio de Economía y Hacienda para aumentar los impuestos a este producto. Por otro lado, es necesario relanzar el Plan Nacional de Tabaquismo, "encogido" desde la puesta en marcha de la ley, y el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, con el fin de liderar la coordinación de iniciativas entre la Administración central y las Comunidades Autónomas. Las Administraciones regionales y locales tienen una importante responsabilidad en el control de la legislación, principalmente en el cumplimiento de las limitaciones a la venta y el consumo de los productos de tabaco. Su actuación, salvo excepciones, puede considerarse demasiado permisiva e incluso algún gobierno regional ha elaborado legislación posterior poco acorde con los objetivos de salud pública que inspiraron la ley y el consenso político y social que generó. En general, las inspecciones que se realizan suelen ser como consecuencia de denuncias<sup>33</sup>, en vez de inspecciones de oficio bien planificadas, y es frecuente observar todavía que se vende tabaco en establecimientos no permitidos por la legislación, lo que amplía su accesibilidad sobre todo a los más jóvenes. Además, las Administraciones autonómicas tienen también la responsabilidad de articular el sistema sanitario para favorecer la cesación tabáquica, así como la de desarrollar estrategias de promoción y prevención de acuerdo a sus competencias en salud pública y educación.

No cabe duda de que se ha progresado en la protección frente a la exposición ambiental al humo de tabaco, ni de que el aire que respiramos está más limpio que hace tres años, pero globalmente la epidemia de tabaquismo en España dista mucho de estar controlada. Tenemos que recuperar la iniciativa política, de la sociedad civil y científica, para fortalecer la estrategia de prevención y control del tabaquismo.

## Bibliografía

1. Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco. L. N.º28/2005 (27 diciembre 2005) [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: [http://www.boe.es/ges/bases\\_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2005/21261](http://www.boe.es/ges/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2005/21261).
2. Fernández E. Spain: going smoke free. *Tob Control.* 2006;15:79-80.
3. Centro de Investigaciones Sociológicas. Tabaquismo y nueva normativa antitabaco. Estudio N.º 2627 [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=5058](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=5058).
4. Centro de Investigaciones Sociológicas. Tabaquismo y nueva normativa antitabaco 2006. Estudio N.º 2665 [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=6097](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=6097).
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2006\\_total\\_mar.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2006_total_mar.pdf).
6. Haw SJ, Gruer L, Amos A, et al. Legislation on smoking in enclosed public places in Scotland: how will we evaluate the impact? *J Public Health (Oxf).* 2006; 28:24-30.
7. López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control.* 2007;16:373-7.
8. Galán I, Mata N, Estrada C, et al. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health.* 2007;7:224.
9. Jiménez-Ruiz CA, Miranda JA, Hurt RD, et al. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health.* 2008;18:622-5.
10. Fong GT, Hyland A, Borland R, et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control.* 2006;15(Suppl 3):iii51-8.
11. Lushchenkova O, Fernández E, López MJ, et al. Secondhand smoke exposure in Spanish adult non-smokers following the introduction of an anti-smoking law. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:687-94.
12. Nebot M, López MJ, Ariza C, et al. Impact of the Spanish Smoking Law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: before and after study. *Environ Health Perspect.* 2009;117:344-7.
13. Fernández E, Fu M, Pascual JA, et al. Impact of the Spanish smoking control law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *Plos One.* 2009;4:e4244.
14. Martínez-Sánchez JM, Fernández E, Fu M, et al. Spanish Smoking Law Evaluation Group. Impact of the Spanish Smoking Law in smoker hospitality workers. *Occup Environ Med.* Submitted.
15. Fichtenberg C, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ.* 2002;325:188.
16. Verdonk-Kleinjan WM, Knibbe RA, Bieleman B, et al. The tobacco sales ban and tobacco purchases by adolescents: a general population study in The Netherlands. *Eur J Public Health.* 2008;18:498-503.
17. Wilson N, Sertsoy G, Edwards R, et al. A new national smokefree law increased calls to a national quitline. *BMC Public Health.* 2007;7:75.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.
19. Mata N, Díez-Gañán L, Galán I. Vigilancia del consumo de tabaco, exposición ambiental y mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid. *Consejería de Sanidad. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.* 2007;13:2-50 [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202765810371&ssbinary=true>.
20. Comisionado para el Mercado de Tabaco [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: [http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/verEstadistica.php?a=2008&f=2008\\_comun-u](http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/verEstadistica.php?a=2008&f=2008_comun-u).
21. Organización Mundial de la Salud. MPOWER, un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/index.html>.
22. Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
23. López MJ, Nebot M, Albertini M, et al. Secondhand smoke exposure in hospitality venues in Europe. *Environ Health Perspect.* 2008;116:1469-72.
24. Contratos registrados por sexo, ocupación, indicador y periodo (2006). Instituto Nacional de Estadística [acceso 9 enero 2009] Disponible en: [www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t22/a062/a1998/10/&file=m30038.px&type=pcaxis&L=0](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t22/a062/a1998/10/&file=m30038.px&type=pcaxis&L=0).
25. McRobbie H, Thornley S. The importance of treating tobacco dependence. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:620-8.
26. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo. Encuesta de tabaco a población general 2005 [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheader=1=filename%3DENCUESTA\\_TABACO\\_POBLACION\\_GENERAL.pdf&blobwhere=1158581317461&](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheader=1=filename%3DENCUESTA_TABACO_POBLACION_GENERAL.pdf&blobwhere=1158581317461&)

- blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf.
27. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;1:CD001188.
  28. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;1:CD005084.
  29. World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E89842.pdf>.
  30. Antoñanzas F, Rodríguez R, Juárez C, et al. Utilización de un impuesto sobre ventas de tabaco en la fase minorista destinado a la financiación de la farmacoterapia para la deshabituación tabáquica. *Gac Sanit.* 2006;20(Suppl 3):33-41.
  31. Pierce JP, García M, Saltó E, et al. La publicidad del tabaco, ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? Datos desde California. 2002 Dec;16(Suppl 2):70-6.
  32. Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, et al. Tobacco addiction 2006. Disease control priorities in developing countries 2nd ed. New York: Oxford University Press. DOI:10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-46. p.869-86. [acceso 12 diciembre 2008]. Disponible en: <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>.
  33. Villalbí JR, Cusí M, Madrueno V, et al. Espacios sin humo: persuasión y obligación. *Gac Sanit.* 2008;22:614-7.