

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 30 de mayo de 2019

Aceptado: 5 de julio de 2019

Publicado: 15 de julio de 2019

EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL Y PRIORIDADES^(*)

Joan R Villalbí (1,2,3,4,5), Josep M Suelves (5,6,7), Cristina Martínez (5,8,9,10), Araceli Valverde (5,6), Carmen Cabezas (5,6) y Esteve Fernández (5,8,9,10)

- 1) Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.
- 2) CIBER Epidemiología y Salud Pública. Madrid. España.
- 3) Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau. Barcelona. España.
- 4) Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, España. Barcelona. España.
- 5) Consell Assessor de Tabaquisme de Catalunya. Barcelona. España.
- 6) Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.
- 7) Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona. España.
- 8) Unitat de Control del Tabac, Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet del Llobregat. España.
- 9) Universitat de Barcelona. Barcelona. España.
- 10) Institut d'Investigació Biomèdica Bellvitge. L'Hospitalet del Llobregat. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(*)Financiación: La Unidad de Control del Tabaco está parcialmente financiada por la Secretaría de Investigación y Universidades del Gobierno Catalán (2017SGR399) y además, Fernández E. y Martínez C. reciben apoyo para la intensificación de sus actividades del Instituto de Salud Carlos III, Gobierno de España, cofinanciado por los Fondos Europeos de Desarrollo (FEDER) (EF: INT16/00211 y INT17/00103, y CM: INT17/00116) y Martínez C. recibe fondos de intensificación profesional del Gobierno catalán PERIS (9015-586920/2017).

RESUMEN

Este trabajo presenta un análisis estratégico de la prevención del tabaquismo en España. A partir de una revisión de la situación de la epidemia y de las políticas de prevención vigentes con los datos disponibles en el año 2019, se plantean los problemas prioritarios para mejorar la prevención del tabaquismo, proponiendo unas estrategias y acciones clave para el futuro. Considerando como grandes objetivos evitar el inicio en el tabaquismo y ayudar a los fumadores a dejar el consumo de tabaco, se valoran las diversas estrategias de actuación y las acciones clave a desarrollar. Además de ayudar a los fumadores a dejar de fumar desde los servicios sanitarios, destacan como acciones clave de prevención diversas políticas públicas como la política fiscal, la prohibición de la publicidad y otras formas de promoción, la regulación de los envases del tabaco, la generalización de los espacios sin humo, y la información a la ciudadanía sobre sus efectos perjudiciales. Algunas han seguido una evolución favorable en España, pero en otras hay amplio margen de mejora. La estrategia MPOWER de la Organización Mundial de la Salud ofrece una guía para el desarrollo de las políticas más efectivas de control del tabaquismo. A su luz, se recomienda poner énfasis en acciones relativas a ampliar las normas sobre aire limpio, en desarrollar servicios de apoyo a distancia para dejar de fumar, en realizar periódicamente campañas publicitarias de amplia cobertura para fomentar el abandono del tabaco, en reforzar el apoyo para dejar de fumar desde los servicios sanitarios, en financiar los tratamientos farmacológicos, en ampliar la prohibición de la publicidad de tabaco a los dispositivos electrónicos que liberan nicotina, y en incrementar la carga fiscal sobre el conjunto de labores de tabaco y otros productos con nicotina.

Palabras clave: Tabaquismo, Epidemiología, Prevención, Políticas públicas, Evaluación.

Correspondencia:

Joan R Villalbí.

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pl Lesseps 1.

08023 Barcelona, España.

jvillalb@aspb.cat

ABSTRACT

**Smoking control in Spain:
current situation and priorities**

This paper presents a strategic analysis of the prevention of smoking in Spain. After a review of the situation of the epidemic and of the current prevention policies with the data available in 2019, it identifies the main problems to improve the prevention of smoking, while proposing strategies and key actions for the future. Considering as major objectives reducing the initiation of smoking and helping smokers quit, the different strategies of action and the key actions to be developed. In addition to helping smokers to stop smoking from the health services, key preventive actions include several public policies including taxation, banning advertising and other forms of promotion, the regulation of tobacco packaging, the expansion of smoke-free spaces, and information to the public on its effects. Some of them have followed a positive path for prevention in Spain but for others there is wide room for improvement. The MPOWER strategy of the WHO offers a guide for the development of the most effective tobacco control policies. In its light it is recommended to put emphasis on actions related to expanding smoke-free areas, to develop distance support services to stop smoking, to periodically carry out advertising campaigns of wide coverage to encourage quitting, to reinforce support for quitting in health care services, to finance pharmacological treatments, to expand the advertising ban to electronic devices that release nicotine, and to increase the tax burden on tobacco and other products delivering nicotine.

Key words: Smoking, Epidemiology, Prevention, Public policy, Evaluation.

Cita sugerida: Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 15 de julio e201907044.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el consumo de tabaco sigue produciendo en España un elevado coste sanitario y social, a pesar de haberse observado una disminución en la carga que genera en la morbilidad española en comparación con las décadas anteriores⁽¹⁾. Además, el consumo de tabaco produce grandes costes económicos, empleando recursos que bien podrían dedicarse a otras finalidades. El rendimiento comparado de la prevención del tabaquismo en salud es muy elevado, por lo que controlar eficazmente el consumo de tabaco y reducir su morbilidad son prioridades sanitarias de primer orden.

El presente trabajo realiza un análisis global de la prevención del tabaquismo en España, inventariando las políticas aplicadas hasta el momento y comparándolas con las directrices de control del tabaquismo a nivel internacional. Al mismo tiempo, se valoran los nuevos retos que pueden constituir una amenaza respecto a los logros alcanzados. Para ello, se revisa la situación del tabaquismo a inicios del año 2019, se plantean los ejes prioritarios para reducir su impacto negativo en la salud de la población, revisándose las líneas de actuación y su grado de desarrollo en nuestro país, y proponiéndose acciones clave para el futuro. Este análisis se deriva del plan de actuación estratégico desarrollado por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT)⁽²⁾, actualizado a la luz de la estrategia MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽³⁾, e incorpora las recomendaciones del movimiento de prevención aglutinado alrededor del CNPT tras la adopción en 2005, 2006, 2010 y 2014 de diversas políticas públicas de valor preventivo⁽⁴⁾.

EPIDEMIOLOGÍA Y TENDENCIAS EN PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Los problemas de salud relacionados con el tabaco son consecuencia de la fabricación

industrial de cigarrillos, que generó la pandemia del tabaquismo. Esta epidemia global se inició a finales del siglo XIX, debido al consumo creciente y rápido de cigarrillos entre la población de los países más desarrollados. Este crecimiento, se produjo siguiendo el modelo de difusión de las innovaciones: primero, entre hombres de clases acomodadas; a continuación, en hombres de menor nivel socioeconómico; y, posteriormente, en mujeres, siguiendo el mismo patrón socioeconómico⁽⁵⁾. Posteriormente, tras ponerse de manifiesto su impacto en la salud, su consumo en estos países empezó a declinar. Sin embargo, y tras más de un siglo del inicio de la epidemia, la situación a nivel mundial es muy diversa. En algunos países desarrollados la proporción de fumadores ha descendido hasta prevalencias globales próximas al 10-12% mientras en otros es muy superior⁽⁶⁾. En algunos países de renta alta, la prevalencia se reduce a un ritmo lento, o casi nulo, mientras en otros países como Albania, Chile o China la prevalencia se está incrementando⁽⁶⁾.

Pese a que la evolución del tabaquismo tiene un patrón propio en cada sociedad, se aprecian patrones que llevan a proponer un modelo conceptual útil. Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica, Alan Lopez propone cuatro fases en la epidemia tabáquica^(7,8). De acuerdo con su perspectiva, en España estamos actualmente en la fase IV de la epidemia, con un largo descenso de la prevalencia en varones y que se inicia más tarde en las mujeres, y con una mortalidad atribuible al tabaquismo que baja en los varones mientras que aún sube en las mujeres (reflejando las prevalencias de años anteriores). El proceso de la epidemia en España tiene algunas peculiaridades que se derivan de causas económicas, políticas y culturales.

En efecto, la epidemia se mantuvo relativamente estancada durante años en la fase II⁽⁹⁾. Condicionantes económicos hicieron que, a lo largo de décadas, España tuviera una

prevalencia alta con un consumo medio bajo. Una gran parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza, situación que se extendió hasta los años sesenta del siglo XX. Este contexto y la pervivencia de numerosas enfermedades transmisibles prevenibles, hizo que el impacto visible del tabaco en el patrón de morbimortalidad fuera relativamente pequeño hasta finales del siglo XX. El inicio de la epidemia entre las mujeres se retrasó por condicionantes contextuales^(10,11). Por otra parte, la existencia del monopolio hasta la entrada en la Unión Europea, con la manufactura limitada a la empresa pública Tabacalera S.A. (salvo en las Islas Canarias), dificultó la regulación. Hasta la privatización de Tabacalera, consideraciones ajenas a la salud influyeron de forma directa en la política del Gobierno⁽¹²⁾.

Durante la dictadura franquista, el descubrimiento de los efectos del tabaco sobre la salud no tuvo ningún efecto práctico en España, al contrario de lo que sucedió en los países democráticos de su entorno, donde los poderes públicos se vieron impelidos a regularlo. La recuperación relativamente tardía de la democracia ha tenido otro efecto importante: durante años, las exigencias sociales en materia de sanidad se dirigieron a mejorar los dispositivos asistenciales de financiación pública, cuya situación al final de la dictadura estaba muy alejada de las necesidades y preferencias de la población. En este contexto, las primeras iniciativas de los responsables sanitarios dirigidas a intervenir sobre el tabaco fueron criticadas como inapropiadas, y tendentes a desviar la atención de otros aspectos, en los que el desempeño de los responsables sanitarios era percibido como insuficiente.

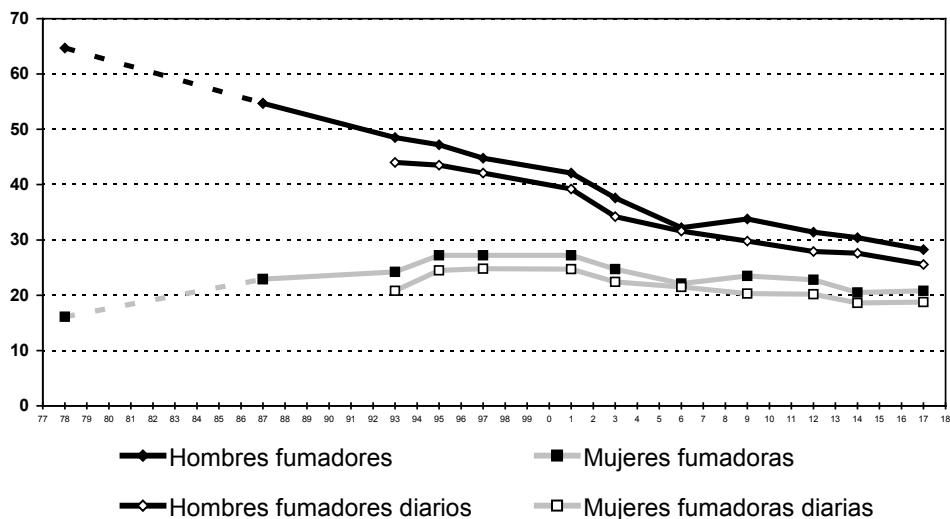
Finalmente, la existencia de una elevada prevalencia del tabaquismo en profesiones clave fue un obstáculo para avanzar. En aquel entonces, los profesionales sanitarios apenas desarrollaban intervenciones preventivas y de ayuda para dejar de fumar con sus pacientes⁽¹²⁾,

y tanto ellos como los docentes presentaban prevalencias de consumo similares a la población general. Además, en estas circunstancias, las corporaciones que agrupan a estos profesionales no tuvieron un rol preventivo destacado, ni de estímulo a la intervención de la administración. Sin embargo, la evolución de la epidemia tabáquica en los últimos años en nuestro país muestra tendencias que indican una disminución del consumo de tabaco en profesionales con un rol ejemplar y un incremento de las intervenciones de apoyo al fumador en los servicios sanitarios⁽¹⁴⁾.

Como se aprecia en la **figura 1**, hay una clara disminución entre los varones desde que se dispone de datos. En las mujeres se registró un incremento, seguido de un largo período de estabilización, hasta que se aprecia el inicio de la disminución, que se mantiene. Se registra una probable disminución de la incidencia respecto a años anteriores, con un menor uso regular por parte de los adolescentes⁽¹⁵⁾. Los datos de adolescentes de enseñanzas secundarias recogidos en las encuestas muestran un claro descenso de fumadores diarios en ambos géneros, aunque la proporción que declara haber experimentado se mantiene (**figura 2**). Los adolescentes que fuman diariamente son la base de la posterior población adulta fumadora.

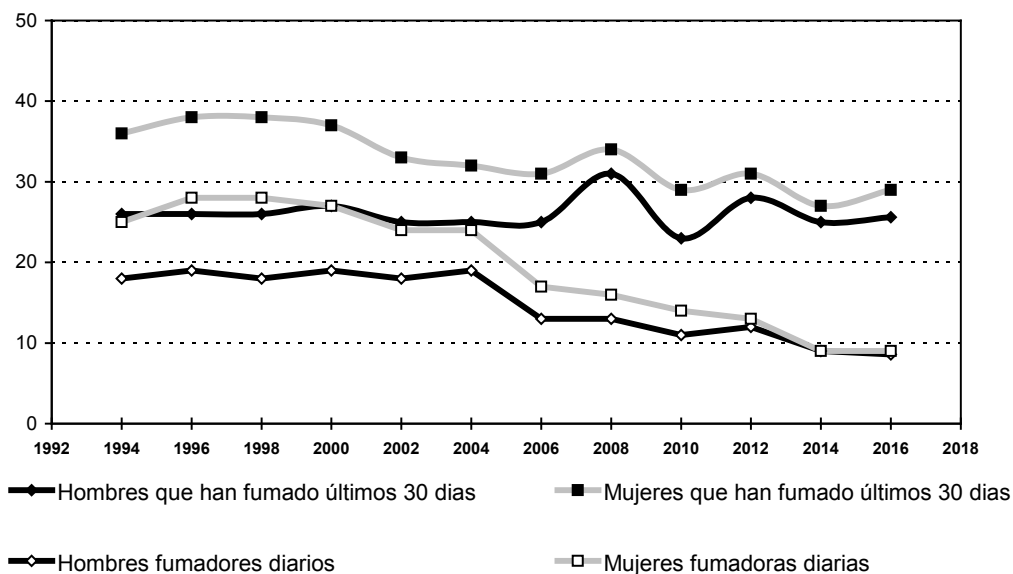
Hay otros cambios relevantes. Así, apareció un gradiente social, de manera muy evidente desde los años ochenta en los varones, y de forma más incipiente en las mujeres jóvenes; los ex fumadores alcanzan un peso visible, y además se producen más cesaciones precoces. Los datos de la **figura 3** muestran como entre las mujeres la generación más fumadora es la de las nacidas en los años sesenta del siglo XX. También muestran que hacia los 40 años de edad, la mitad de las personas fumadoras ha dejado el consumo. Incluso la mortalidad atribuible al tabaquismo en los varones muestra un claro descenso⁽¹⁾, pese al visible incremento en

Figura 1
Prevalencia de fumadores por sexo en las encuestas de salud. España, 1978-2017.



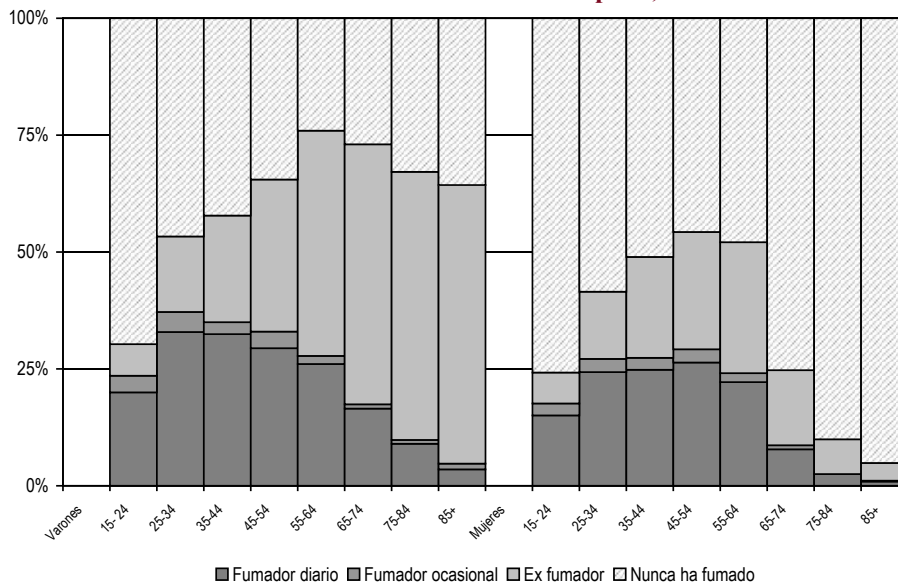
Fuente: elaboración propia a partir de la referencia 13 y los datos de las encuestas nacionales y europeas de salud accesibles en el portal del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

Figura 2
Prevalencia de tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria (14-18 años) por sexo en España, 1994-2016.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las encuestas sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) accesibles en los informes del Observatorio Español de la droga y las toxicomanías en el portal del Plan Nacional sobre Drogas.

Figura 3
Fumadores diarios y ocasionales, ex-fumadores y no fumadores por grupos de edad y sexo en la encuesta nacional de salud. España, 2017.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017, accesibles en www.ine.es.

las mujeres. La inmigración, muy intensa en la primera década del siglo XXI, comporta más cambios. Buena parte de los inmigrantes proceden de sociedades donde el tabaquismo no es frecuente; pero para otros, fumar es la norma social. En algunos subgrupos de población se dan frecuencias de tabaquismo muy elevadas (varones de etnia gitana o de origen chino, personas gays o lesbianas^(16,17,18)); en personas en prisión o en pacientes con patologías asociadas a la salud mental y adicciones también se registran frecuencias muy altas de consumo⁽¹⁹⁾. Por otra parte, en algunas profesiones clave como medicina o enfermería, la disminución del tabaquismo ha sido intensa^(14,20).

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

El desarrollo de las políticas de prevención y control del tabaquismo ha seguido internacionalmente un proceso diverso. En

general, al conocerse el daño causado por el tabaco, se desarrollaron acciones para informar a la población. Muchos profesionales sanitarios se esforzaron en estimular a sus pacientes fumadores a dejar de fumar, en especial a los que sufrían enfermedades causadas o agravadas por el tabaco. Por otra parte, se desarrollaron intervenciones dirigidas a los adolescentes, principalmente en las escuelas, intentando prevenir el inicio del consumo del tabaco por parte de los adolescentes. Con el paso del tiempo, se empezaron a abordar algunos determinantes del consumo como la publicidad, y diversos investigadores analizaron la efectividad de las diversas acciones. Paulatinamente se fue poniendo de manifiesto que algunas políticas e intervenciones parecían ser más útiles, mientras que los efectos de otras eran más limitados.

A menudo se recuerda que para abordar eficazmente el tabaquismo se deben producir dos procesos: por un lado, disminuir la incidencia de

consumo entre jóvenes (hoy, particularmente, entre las mujeres), lo que comporta reducir los nuevos adictos a la nicotina; y por otro lado, reducir la prevalencia a través de estrategias de apoyo a los fumadores para que consigan abandonar el consumo cuanto antes. En realidad, ambos objetivos están relacionados: si fuman menos adultos, los adolescentes no percibirán el fumar como algo normalizado en la sociedad y, por tanto, será más fácil que no empiecen a fumar.

Prevenir el inicio del tabaquismo entre los adolescentes es un objetivo prioritario, y suscita un amplio consenso social. Para lograrlo no basta con informar a los jóvenes de que el tabaco es nocivo, sino que hay que confrontar los esfuerzos de promoción de la industria tabaquera, que necesita reclutar nuevos adictos para sustituir a los que abandonan el consumo o mueren de enfermedades relacionadas con él. Una política efectiva de protección de los jóvenes pasa por la regulación estricta de la publicidad y la promoción del tabaco, que debe complementarse con un precio que lo haga poco asequible. Los programas educativos de prevención en las escuelas tienen resultados modestos, en el mejor de los casos. Hasta hace relativamente pocos años, en la mayoría de espacios donde los adolescentes estudiaban y pasaban el tiempo se fumaba de forma generalizada, pero las regulaciones existentes han propiciado entornos libres de humo. En la medida en que disminuye el número de adultos fumadores y se amplían los espacios sin humo, cambia la percepción social del tabaquismo de los menores⁽²¹⁾.

La otra cuestión prioritaria es fomentar el abandono del consumo de tabaco. Esto no es fácil, ya que la adicción a la nicotina es intensa. Por otra parte, entre los fumadores de nuestro país, muchos tienen dificultades para realizar un intento de abandono, al estar mayoritariamente en la fase denominada de precontemplación^(19,20). En esta fase es necesario proporcionar información que incremente la percepción

de los riesgos del consumo de tabaco, así como sobre los recursos disponibles para abandonarlo y sobre los beneficios de su cese. Así mismo, desnormalizar el consumo de tabaco en la sociedad es relevante, de modo que se extienda la percepción de que fumar es cada vez menos frecuente y poco aceptado. La existencia de espacios sin humo en el entorno personal y laboral contribuye al proceso de desnormalización.

Además, los profesionales sanitarios pueden tener un cometido clave. Identificar a los pacientes fumadores y proporcionarles consejos preventivos debería ser parte de su atención rutinaria, ya que produce efectos modestos pero visibles: en torno a un 5% de los pacientes aconsejados dejan de fumar al cabo del año⁽²⁴⁾. Sin embargo, aunque está incluido en la cartera de servicios de atención primaria y en los objetivos de estos centros, muchos profesionales no tienen tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo⁽²⁵⁾. En algunos centros de salud su abordaje se ha sistematizado más añadiendo al consejo en la consulta grupos de cese para fumadores (generalmente conducidos por personal de enfermería). En otros centros, un profesional con mayor formación y motivación actúa como referente, reservando unas horas de consulta para el tratamiento del tema. El uso de técnicas motivacionales mejora los resultados⁽²⁶⁾.

La respuesta a las intervenciones no es homogénea entre los fumadores: a los de clase baja y a los que fuman más (cuya adicción es probablemente mayor) les resulta más difícil dejar de fumar. El tratamiento farmacológico y otras opciones especializadas pueden ayudar a una parte de estos pacientes. Pese a ello, la posibilidad de acceder de forma gratuita a las terapias farmacológicas para dejar de fumar no parece cambiar la prevalencia poblacional; en Navarra, tras años financiando los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, los indicadores poblacionales de tabaquismo son

similares a las comunidades vecinas⁽²⁷⁾, aunque alrededor de un tercio de quienes inician el programa consiguen dejar de fumar al año, como muestra otro trabajo en esta revista. Aunque quienes precisan apoyo más intenso sean una fracción relativamente pequeña del total de fumadores, los beneficios potenciales derivados de ayudarlos son notables, ya que su riesgo es muy superior. Tanto las autoridades sanitarias como las corporaciones profesionales pueden desempeñar un papel relevante en este campo, fomentando la formación, la introducción de programas estructurados dentro de la cartera de servicios, y evaluando sistemáticamente la efectividad de los programas⁽²⁵⁾.

EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS Y POLÍTICAS EN ESPAÑA

La realidad autonómica añadió complejidad al desarrollo de políticas homogéneas pero, en cambio, favoreció la adopción de innovaciones en algunas comunidades autónomas, que a menudo inspiraron a otras actuando como pioneras (con la prohibición de la venta a menores, la creación de espacios sin humo o la restricción de la promoción) o bien suscitaron la aprobación de normas de ámbito estatal. Al mismo tiempo, la regulación de diversos aspectos del mercado interno que afectaban al tabaco desde la Unión Europea llevó a la adopción en España de diversas políticas de valor preventivo en el campo fiscal, de advertir a los consumidores y de regular la publicidad en medios potencialmente transfronterizos (TV, radio, prensa...). En general, estos aspectos eran regulados por directivas europeas que la administración general del Estado incorporó a las normativas españolas.

El movimiento de prevención se fue desarrollando, y a finales del siglo XX se creó el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) como una alianza de organizaciones de carácter científico-profesional orientada a

estimular la prevención, que alcanzó una notable visibilidad mediática⁽²⁸⁾ y cierta influencia ante el Gobierno. La entrada en escena de un movimiento de prevención organizado en España fue muy importante al abogar activamente por la prevención^(29,30). La aprobación de la Ley 28/2005 marcó un hito. Supuso la incorporación al alza de los contenidos de la *Directiva Europea de publicidad del tabaco*, y también introdujo diversos aspectos incluidos en el *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, firmado y ratificado por España como parte de la Unión Europea. Comportó un punto de inflexión claro. Esta ley prohíbe la venta a menores, regula severamente la publicidad y promoción del tabaco, y restringe el consumo en lugares de trabajo y espacios públicos cerrados. Aunque inicialmente contenía amplias exenciones en los sectores de restauración, hostelería y ocio nocturno, éstas se corrigieron en su revisión en 2010⁽³¹⁾. En las tablas se resumen los principales programas y políticas de prevención del tabaquismo que se han desarrollado en los últimos años, separando las políticas regulatorias que se detallan en la **tabla 1** de las intervenciones o programas que requieren de recursos específicos para poder desarrollarse, presentadas en la **tabla 2**.

DIFICULTADES Y RETOS DE FUTURO

Los progresos no son uniformes. Las regulaciones que se recogen en la tabla 1 afrontan las resistencias de la industria y su capacidad para plantear iniciativas para burlarlas. Los programas y acciones que requieren de recursos y esfuerzos mantenidos (como los de ayuda a los fumadores o los programas educativos de prevención en las escuelas) se enfrentan a amenazas derivadas de las restricciones presupuestarias y la emergencia de otras prioridades, como se ve en la **tabla 2**.

Las interferencias de la industria dirigidas a impedir la regulación de la promoción del

Tabla 1
Cronología, situación y propuestas de mejora de las principales políticas regulatorias de prevención del tabaquismo en España.

Regulaciones	Ámbito y cronología	Situación en 2019	Propuestas de mejora
Espacios sin humo	Regulación desarrollada desde 1985 en algunas CCAA limitada a algunos espacios, reforzada por el Decreto Ley 192/1988 modificado en 1999 para medios de transporte. Regulación ampliada al grueso de lugares de trabajo mediante ley 28/2005 y sus modificaciones posteriores, incluyendo algunos espacios al aire libre.	Se ha documentado un cumplimiento elevado. Los pequeños locales de restauración y hostelería, así como los de ocio nocturno tuvieron amplias exenciones, que se eliminaron en 2010. Actualmente se identifican las terrazas semicerradas y accesos retranqueados a locales de restauración y hostelería como espacios con mayor incumplimiento de la normativa, así como el uso de pipas de agua (que presuntamente usan productos sin tabaco) en algunos locales de ocio u hostelería. El uso de dispositivos electrónicos de liberación de nicotina está parcialmente limitado desde 2014, pero se permite en diversos espacios donde está prohibido fumar.	Extender las limitaciones de uso de tabaco a los dispositivos electrónicos que liberan nicotina y las pipas de agua, usen o no productos con nicotina. Ampliar la prohibición de consumo a algunos espacios abiertos (marquesinas de autobús, andenes de ferrocarril, estadios deportivos...) Prohibir fumar en vehículos de motor con menores.
Advertencias a los fumadores y regulación del empaquetado	Advertencias sanitarias introducidas con el RD 192/1988, mejoradas y ampliadas en 1992 y sobre todo gracias a Directivas Europeas, de 2003 y 2014. Incorporación de advertencias gráficas en 2011.	Las Directivas de productos de tabaco han marcado la consolidación de las advertencias en los paquetes. Las propuestas de empaquetado neutro iniciadas en Australia y adoptadas en algunos países de la UE no han prosperado todavía en España.	Sería muy deseable adoptar el empaquetado neutro, que bloquee el máquetin realizado mediante el paquete de tabaco.
Regulación de la publicidad	Desde 1985 en algunas CCAA en vallas en la vía pública y medios de comunicación institucionales. Prohibición en la televisión gracias a la Ley General de Publicidad de 1988, que traspone una Directiva Europea. Prohibición general en Ley 28/2005.	Sin publicidad visible desde 2006. Probable publicidad subliminal en medios, mediante emplazamiento publicitario (product placement) y visibilidad de personas fumando en medios, teleseries, redes sociales etc. La promoción de los dispositivos electrónicos que proporcionan nicotina ha vuelto a insertar imágenes que normalizan el fumar en medios y vía pública, lo que plantea nuevas amenazas.	Habría que ampliar la prohibición de dispositivos que proporcionan nicotina.
Regulación de la fiscalidad	Directiva Europea desde 1992, modificada en 2001 y 2010. Ampliación del componente lineal del impuesto desde 2006.	La Directiva fiscal de 1992 se tradujo en un mayor incremento de precios, especialmente entre 1992-97. En 2006 se adoptaron cambios orientados a incrementar el precio de las marcas más baratas buscando un precio mínimo por paquete, reforzados después. Sin embargo, otras labores (picadura, puritos, IQOS...) mantienen carga fiscal más baja. En su conjunto, el precio del tabaco se sitúa en la franja baja dentro de la UE.	Sería deseable garantizar una revisión anual que mantenga los efectos disuasorios sobre el precio. Habría que elevar la carga fiscal sobre aquellas labores del tabaco que la mantienen muy baja. Sería deseable un esquema fiscal que incluyera los productos distintos del tabaco que liberan nicotina.

Fuente: elaboración propia. CA: Comunidad Autónoma. RD: Real Decreto.

Tabla 2
Cronología, situación y propuestas de mejora de los principales programas de prevención del tabaquismo en España.

Programas y actividades	Ámbito y cronología	Situación en 2019	Propuestas de mejora
Información al público	<p>Campañas publicitarias en medios de comunicación de masas orientadas a estimular la cesación. Se han desarrollado de forma intermitente, en general con pocos recursos y cobertura modesta, salvo al entrar en vigor la Ley 28/2005 y ciertas campañas en alguna CA.</p>	<p>Se mantienen algunas actividades de información en medios. Se ha creado la web www.puedesdejarlo.es que se difunde mediante las advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco.</p>	<p>Sería necesario que se abordaran de forma más sistemática y con una cobertura más amplia, como hace la DGT.</p>
Programas comunitarios de cesación	<p>Iniciados de forma local en 1988, vinculados a iniciativas OMS ("Día mundial sin fumar") y continuados con esquemas del tipo "Quit & Win".</p>	<p>Continuados en algunas CCAA, a veces con uso del teléfono, SMS, correo, o internet. Parecen haberse reducido con las restricciones presupuestarias de los últimos años. En atención primaria se mantiene en muchas CCAA la "semana sin humo" a finales de mayo, con apoyo de sociedades profesionales.</p>	<p>Es deseable la existencia de iniciativas locales y comunitarias en este terreno.</p>
Intervenciones breves para dejar de fumar desde la atención primaria y otros servicios sanitarios	<p>Impulsadas desde 1987 por administraciones locales (como programas piloto) o asociaciones profesionales (PAPPS de la SEMFYC). Organizadas más tarde desde los servicios autonómicos de salud, a veces de forma intensiva (Andalucía, Cataluña, Navarra...).</p>	<p>Ampliadas de forma general por los servicios autonómicos de salud, de forma paralela a la disminución de la prevalencia entre los profesionales sanitarios, y la implantación de la reforma de la atención primaria de salud. Incluido en las carteras de servicios y en los contratos programa de atención primaria de salud. Las redes de hospitales sin humo existentes en alguna CA han mostrado su potencial para fomentar cesaciones, además de reforzar los espacios sin humo en los centros. Disponibilidad de fármacos con financiación pública en alguna CA, en general con restricciones.</p>	<p>Es muy importante reforzar la capacidad de intervenir de los profesionales desde los servicios. Se debería ofrecer de forma general formación en técnicas motivacionales a los profesionales. Se propone incluir los fármacos en la financiación del Sistema Nacional de Salud en igualdad de condiciones con otros fármacos de efectividad demostrada.</p>
Unidades de tabaquismo	<p>Existentes en diversas CCAA, con tipología variable. Pueden estar vinculadas a iniciativas de hospitales, equipos de atención primaria, y otros dispositivos. En algunas CCAA las asumen los centros que atienden otras adicciones.</p>	<p>Cobertura variable entre territorios. Aunque sin llegar a toda la población han crecido (especialmente en algunas CCAA). Las restricciones de gasto público las han afectado. Además de ofrecer atención, algunas actúan en su zona como catalizadoras (impulsando la formación y otras iniciativas).</p>	<p>Si bien las intervenciones deberían ser asumidas por la atención primaria, disponer de un recurso de segundo nivel puede ser necesario para algunas personas.</p>
Programas educativos de prevención en las escuelas	<p>Implantados nominalmente desde finales de los ochenta. Algunos han mostrado efectividad.</p>	<p>Desarrollados sistemáticamente en la práctica sólo en pocos casos, principalmente por iniciativa municipal o autonómica. Ha habido programa "educativos" fomentados por la industria tabaquera.</p>	<p>Sería deseable favorecer la implantación de los programas de eficacia probada existentes.</p>

Fuente: elaboración propia. CA: Comunidad Autónoma. DGT: Dirección General de Tráfico. OMS: Organización Mundial de la Salud. PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

tabaco y de espacios sin humo se desvelaron en los medios de comunicación, y se pusieron de nuevo de manifiesto durante la discusión de la Ley 28/2005⁽³²⁾. Está ampliamente documentado cómo la industria tabaquera se opone a la regulación en diversos países, y tenemos conocimiento de cómo actuó en España de manera concertada para influir en el Gobierno de modo que se favoreciera el consumo de tabaco y se obstaculizara la prevención^(31,32). Aunque la Ley redujo el número de puntos de venta en 2005, éstos volvieron a aumentar posteriormente mediante la difusión de máquinas de venta automática y la implicación de nuevos establecimientos en la venta (especialmente las tiendas de conveniencia). La desaparición de la publicidad más directa ha coexistido con la probable presencia de formas de promoción como el emplazamiento publicitario (*product placement*) en teleseries y películas o bien patrocinios más sutiles, algo documentado también en otros países.

La entrada en vigor en 2006 de la regulación sobre espacios sin humo puso de manifiesto los problemas que planteaba su cumplimiento efectivo y cómo hubo inicialmente niveles variables de cumplimiento⁽³³⁾. El contrabando organizado por las grandes multinacionales fue una característica de la década de los noventa, poseyendo bases en Gibraltar y en Andorra. Alcanzó cuotas de mercado cercanas al 20%, hasta que la intervención de la Unión Europea consiguió cambiar el panorama⁽³⁴⁾. Últimamente, parece haber reaparecido en Gibraltar, empleando nuevos canales.

Actualmente, la aparición de los dispositivos electrónicos que proporcionan nicotina y productos del tabaco por calentamiento plantea nuevos problemas. Por un lado, parecen frenar el proceso de abandono del tabaco de algunos fumadores maduros, retenidos en su adicción a la nicotina por un producto que se promueve

como menos dañino. Por otro, se acompañan de publicidad que en buena parte tiene elementos subliminales o explícitos que fomentan el fumar. La *Directiva Europea de productos de tabaco* de 2014 introdujo ciertas regulaciones en cuanto a las características y los contenidos de los cigarrillos electrónicos y líquidos de recarga que se comercializan en la Unión Europea e introdujo algunas limitaciones en su promoción. Parece que en España el uso de estos productos se limita a un uso muy minoritario entre personas que ya eran fumadoras, aunque entre adolescentes los niveles de experimentación alcanzan el 20%⁽³⁵⁾.

En el contexto internacional, se desarrolló la Escala de Control del Tabaquismo (ECT), que mide el grado de desarrollo de las principales políticas⁽³⁶⁾, de modo que facilita el progreso de los países en la aplicación de medidas y fomenta las comparaciones. (ver la web www.tobaccocontrolscale.org). La ECT correspondiente al año 2016 sitúa a España en la octava posición entre 35 países europeos. Además del margen de mejora en varias políticas, algunas medidas apenas se han desarrollado. Por ejemplo, el precio del tabaco nos sitúa lejos de los países líderes en control del tabaco, y sin embargo esta medida se ha descrito como la que tiene mayor impacto en la reducción de la prevalencia, especialmente entre las clases más desfavorecidas⁽²¹⁾. Además, las campañas de publicidad en los medios de comunicación son erráticas y con cobertura modesta. Tampoco contamos con una línea telefónica de ayuda a dejar de fumar con amplia cobertura y capacidad, susceptible de publicitarse en las advertencias de los mismos paquetes de tabaco, como así se hace en otros países (parcialmente paliado con la web www.puedesdejarlo.es). Finalmente, el empaquetado genérico, que ha mostrado su efectividad en los países en que se ha implantado, es una medida pendiente de adoptar en nuestro país.

CÓMO SEGUIR AVANZANDO

En nuestra situación actual, la actitud que parece imperar en muchos entornos es confiar en el proceso secular de cambio, interpretando que ya se han adoptado las políticas necesarias y que estamos siguiendo un proceso ineluctable de mejora. Sin embargo, la industria tabaquera sigue actuando para mantener su negocio. La promoción de espacios parcialmente cerrados para fumar en la hostelería, la mercadotecnia de los dispositivos electrónicos para fumar, y el creciente uso de las redes sociales para promocionar el tabaco muestran cómo se pueden erosionar las políticas de prevención y revertir los progresos conseguidos.

Aunque su impacto en las cifras poblacionales de fumadores sea limitado, es evidente que una de las cosas necesarias a mejorar es el fomento de programas desde los servicios sanitarios, básicamente orientados al cese del consumo. Es una respuesta que no suscita controversias, y que se centra en un problema importante desde una perspectiva biomédica: provocar abandonos precoces en los fumadores antes de que los efectos adversos del fumar se manifiesten. De hecho, el tratamiento del tabaquismo está incluido formalmente en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Probablemente, lo más importante sea el rol activo de los servicios de atención primaria, pues a un problema que afecta a una proporción tan grande de la población no se le puede dar respuesta desde unidades específicas. Pero aquí juegan también un papel clave la disponibilidad de terapias farmacológicas y psicológicas de apoyo, la existencia de recursos específicos como las unidades de tabaquismo, y otros dispositivos de ayuda al cese del consumo como las líneas telefónicas o los métodos de apoyo por correo o las redes sociales. Para afrontar el flujo de nuevos fumadores que las acciones de promoción de la industria siguen generando habría que movilizar un volumen

de recursos considerable, que nuestro sistema sanitario está lejos de haber dedicado a este problema.

UN ESQUEMA PARA PROGRESAR: MPOWER

Para fomentar el progreso, la OMS ha propuesto la estrategia MPOWER como guía para la acción en los diversos países, a partir de las grandes líneas del *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*⁽³⁾. MPOWER es el acrónimo en inglés de los verbos que designan los seis ejes de trabajo de la estrategia: M por monitorizar (*monitor* en inglés) la epidemia; P por proteger (*protect* en inglés) del humo de segunda mano; O por ofrecer (*offer* en inglés) ayuda para dejar de fumar; W por advertir (*warn* en inglés) del daño que hace el tabaco; E por hacer cumplir (*enforce* en inglés) la prohibición de la publicidad del tabaco; y finalmente R por subir (*raise* en inglés) la carga fiscal sobre el tabaco para incrementar su precio y así disminuir su uso. La estrategia MPOWER, se convierte en un plan completo para cualquier país, con medidas que facilitan una perspectiva amplia e integral⁽³⁷⁾. Sus contenidos e implantación en nuestro contexto se revisan a continuación.

Monitorizar. Sin datos de la evolución de la epidemia se hace difícil valorar los retos pendientes y ajustar las acciones de prevención, así como apreciar los progresos conseguidos. La información más básica es la de las ventas de tabaco, completada por la derivada de encuestas poblacionales y a adolescentes en el marco escolar.

En España, la información sobre ventas la compila el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Hacienda (que no incluye datos de las Islas Canarias). Entre las encuestas poblacionales destacan la *Encuesta Nacional de Salud* y la *Encuesta Europea de Salud*; hay otras, como la EDADES y las

de ámbito autonómico o local. Respecto a las encuestas a adolescentes escolarizados, la encuesta ESTUDES realizada por el *Plan Nacional sobre Drogas* cada dos años a los estudiantes de 14-18 años es la más utilizada. Hay otras encuestas a adolescentes de ámbito autonómico, local o incluso internacionales.

Proteger. La demostración de los efectos de la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) sobre la salud obliga a regular esta exposición. El HAT se considera carcinógeno por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), y es uno de los agentes causantes de cáncer laboral al que está expuesta una mayor proporción de la población ocupada⁽³⁸⁾. Además, desencadena episodios coronarios en personas de riesgo⁽³⁹⁾. Por ello hay que adoptar normativas rigurosas sobre espacios sin humo. Éstas suscitan amplio consenso social, y la mayoría de las personas fumadoras las acepta y cumple. En su proceso de implantación suele emerger una pequeña minoría que se resiste a respetarlas, de modo que las normas adoptadas han de aplicarse con rigor.

En nuestro país, las normativas parciales existentes desde los años ochenta se cumplían sólo parcialmente, pero la entrada en vigor de la Ley 28/2005 cambió totalmente el panorama. Con la excepción inicial (corregida desde 2010), de bares, restaurantes y espacios de ocio nocturno, la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados es la norma y repercute en una disminución de la prevalencia de exposición al HAT, incluso en ambientes como los hogares no regulados por ella^(40,41). Su aplicación se confía a las comunidades autónomas. Aunque el buen cumplimiento es general, hay ámbitos donde persisten algunos problemas. En el sector de la hostelería la proliferación de terrazas semicerradas o el tranqueamiento de las puertas crean problemas. En algunos entornos se detectan dificultades para especificar quién es responsable, quién puede inspeccionar su cumplimiento, y

para la operatividad de circuitos claros, ágiles y factibles de sanción. Pese a ello, los datos existentes sugirieron niveles altos de aceptación y cumplimiento por parte de los fumadores, así como cambios percibidos por la población y objetivados mediante estudios ambientales⁽⁴¹⁾. Las limitaciones para fumar en espacios públicos cerrados y centros de trabajo pueden favorecer el cese del consumo, aunque no sea este su objetivo principal. Además, tienen un probable efecto preventivo en los menores, que perciben el fumar como algo que no es normal.

El CNPT y otras sociedades científicas y profesionales en el ámbito de la salud hacen públicos diferentes posicionamientos pidiendo que la prohibición de fumar se extienda a diferentes espacios al aire libre de uso público, además de a los parques infantiles o los recintos escolares y sanitarios ya amparados en la ley actual (instalaciones deportivas y de espectáculos, paradas y andenes de transporte público, playas y otros espacios naturales, etc.) así como en espacios privados como los vehículos particulares. También se propone que el uso de cigarrillos electrónicos esté prohibido en todos los lugares donde está prohibido fumar⁽⁴⁾.

Ofrecer ayuda. La implicación de los profesionales sanitarios en el abandono de tabaco por parte de sus pacientes fumadores es habitual, pero aún no sistemática. La atención primaria de salud es el espacio principal para la intervención, pero es también apropiada en muchos otros entornos sanitarios donde se atienden situaciones en las que el tabaco es un factor relevante. Más allá de la mínima formación precisa, las condiciones de trabajo condicionan la disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales. Sin embargo, la continuidad de la atención primaria facilita un abordaje sistemático y progresivo. El uso de técnicas de entrevista motivacional es una poderosa herramienta para favorecer el cambio en los pacientes fumadores⁽²⁶⁾.

En España no se dispone de líneas telefónicas de apoyo al cese del consumo salvo experiencias concretas de cobertura limitada, nada comparable a la experiencia del Reino Unido. Los programas esporádicos del tipo “día mundial sin tabaco” o “*quit and win*” evolucionaron hacia la “semana sin humo” a finales de mayo, una iniciativa que se ha ido extendiendo desde la atención primaria de salud hacia otros ámbitos⁽⁴⁰⁾. Las experiencias de apoyo a distancia por correo de años atrás evolucionan con las nuevas tecnologías de la información (webs, SMS, *WhatsApp*, *Facebook*...). El movimiento de prevención sigue reclamando medidas encaminadas a facilitar el acceso de la población fumadora a tratamientos efectivos, así como una adecuada financiación pública de los diferentes tratamientos que han demostrado efectividad y seguridad en la cesación tabáquica⁽⁴⁾.

Advertir. Advertir del daño que causa el tabaco sigue siendo una tarea crucial. En los últimos años, la inclusión de advertencias sanitarias muy visibles y con apoyo gráfico, ocupando el grueso de la superficie de los paquetes de tabaco, se ha convertido en una herramienta de comunicación con los fumadores. Tradicionalmente, la realización de campañas de publicidad sobre el daño que causa el tabaco y los beneficios de dejar de fumar son una importante estrategia preventiva, desarrollada muy activamente en algunos países. Las organizaciones implicadas en la prevención se esfuerzan desde hace años por suscitar en los medios de comunicación mensajes favorables a la prevención y al abandono del tabaco por parte de los fumadores. En buena parte, se basan en la difusión de los estudios de investigación y la situación de la epidemia en cada contexto. Así, contribuyen a configurar la opinión pública sobre el tabaco y a desvelar los manejos de la industria tabaquera.

En España, los medios de comunicación tienen un papel muy relevante en el desarrollo de

un clima social favorable a la prevención, que fue la base para los cambios normativos sobre publicidad y espacios libres de humo de los que nos beneficiamos^(28,42). En cambio, las campañas de publicidad sobre el tabaco se limitan a acciones puntuales, en general de alcance modesto y bajo presupuesto (pese a excelentes campañas puntuales en alguna Comunidad Autónoma). Por lo que respecta a las advertencias sanitarias en los paquetes, éstas siguen desde hace años las directivas europeas sobre productos de tabaco, que han permitido un importante progreso. El CNPT y diversas organizaciones sanitarias proponen la incorporación del empaquetado genérico de los productos del tabaco, que en pocos años se ha implantado en un número creciente de países⁽⁴⁾.

Hacer cumplir. La publicidad está hoy satisfactoriamente regulada en España, que hasta hace poco era el país de la Unión Europea más permisivo con la promoción del tabaco. Persisten, probablemente, acciones de promoción más sutiles: el consumo de tabaco y los diálogos sobre el mismo en algunas teleseries y películas, su presencia en portadas de revistas o discos, y su consumo visible por parte de personajes mediáticos. Los perfiles de personas con influencia en redes sociales se utilizan para promover el tabaco. Son formas de promoción cuyo abordaje en un estado de derecho que respeta la libertad de expresión no resulta fácil. La implantación de los dispositivos electrónicos que proporcionan nicotina plantea nuevos retos. Su publicidad está escasamente regulada, y su promoción se ha convertido en un estímulo a su uso con imágenes que recuerdan la publicidad tabaquera del pasado, con claros indicios de inversión creciente por parte de la industria tabaquera. Sería muy deseable, como aboga el CNPT, que la promoción y la publicidad de los cigarrillos electrónicos esté sujeta a las mismas limitaciones que se aplican en el caso de los productos del tabaco⁽⁴⁾.

Subir el precio mediante impuestos. Parece oportuno elevar el precio del tabaco mediante

una política fiscal orientada a la salud. Está bien establecido que los incrementos de impuestos que comportan subidas del precio del tabaco se traducen en un menor consumo. En la Unión Europea el tabaco tiene un impuesto especial además del IVA (como lo tienen otros productos de relevancia sanitaria como el alcohol y los combustibles). Está emergiendo el interés por las regulaciones orientadas a garantizar un precio mínimo del tabaco, para contrarrestar así las tácticas de la industria para mantener productos de bajo coste⁽⁴³⁾.

En España, los incrementos de impuestos sobre los cigarrillos de tabaco negro derivados de la *Directiva Europea sobre fiscalidad del tabaco* en los años 1990 se tradujeron en importantes proporciones de abandono del tabaco por parte de varones de edad media y clase baja. En los últimos años, la estructura del impuesto se ha ajustado de modo que se ha mitigado la oferta de marcas baratas de cigarrillos, aunque el precio del tabaco sigue siendo bajo en el contexto europeo. Se ha pasado de una estructura de impuestos fijados exclusivamente en un porcentaje del precio, a incorporarse importes lineales, de mayor capacidad preventiva⁽⁴⁴⁾. Por otra parte, los productos de tabaco en picadura o similares así como los puros y puritos mantienen cargas fiscales inferiores a las de los cigarrillos, lo que se ha traducido en un incremento de su consumo⁽⁴⁵⁾. Debería revisarse esta situación para elevar el precio de venta de los productos del tabaco y los cigarrillos electrónicos, y evitar que la picadura y otros productos del tabaco novedosos estén sujetos a una menor fiscalidad⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018; 151:171–90.
2. Ariza C, Villalbi JR (Eds). *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000. Disponible en: http://www.cnpt.es/listado-recursos.asp?id_categoria=23&id_subcategoria=-1&pagina=14#.
3. WHO report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.
4. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España. Disponible en <http://www.cnpt.es/documentacion/publicaciones/952eada3a05d805dbef5a769714d81452aa204eafea966c2a79718fa7906a3a6.pdf>
5. Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Public Health* 2000; 90: 1459-62.
6. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization, 2017.
7. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-7.
8. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control*. 2012; 21:96-101.
9. Fernandez E, Schiaffino A, Borràs JM, Shafey O, Villalbi JR, La Vecchia C. Prevalence of cigarette smoking by birth cohort among males and females in Spain, 1910-1990. *Eur J Cancer Prev*. 2003; 13:56-60.
10. Schiaffino A, Fernandez E, Borrell C, García M, Borràs JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health* 2003; 13: 56-60.

11. Shafey O, Fernández E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokkinides V. Case studies in international tobacco surveillance: Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997. *Cancer* 2004; 100: 1744-49.
12. 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 (Eds) *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Grupo Aula Médica, 2004; 571-80.
13. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*. 2007; 7:115.
14. Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Antón L, Riccobene A, Fu M, Quirós N, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes. *Gac Sanit* 2016; 30:55-8.
15. Banegas JR, Díez-Gañan L. Epidemiología del tabaquismo. Morbimortalidad. En: Jiménez-Ruiz C, Fagerstrom KO. *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Aula Médica 2004; 11-27.
16. Usera-Clavero M, La Parra-Casado D, Caballero P, Vives-Cases C, Gil-González D. Smoking prevalence inequalities among Roma and Non-Roma population in Spain between 2006 and 2014. *J Immigr Minor Health*. 2019 Feb 1. doi: 10.1007/s10903-019-00863-z
17. Liu S, Zhang M, Yang L, Li Y, Wang M, Huang Z et al. Prevalence and patterns of tobacco smoking among Chinese adult men and women: findings of the 2010 national smoking survey. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71: 154–161.
18. Perales J, Checa I, Espejo B. Current active and passive smoking among adults living with same sex partners in Spain. *Gac Sanit*. 2018; 32(6):547-552.
19. Raich A, Pinet C, Ballbe M, Mondon S, Tejedor R, Arnau A, et al. Multimodal treatment for smoking cessation with varenicline in alcoholic, methadone-maintained, and psychotic patients: A one-year follow-up. *Tobacco Induced Diseases*. 2018 16; 58.
20. Iglesias Sanmartín JM, Furio Martínez A, Clemente Jiménez L, Barchilon Cohen V, Minué-Lorenzo C. Attitudes towards anti-smoking legislation and prevalence of tobacco consumption in Spanish primary healthcare personnel. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2019; 5: 9.
21. Hu Y, van Lenthe FJ, Platt S, Bosdriesz JR, Lahelma E, Menvielle G, et al. The impact of tobacco control policies on smoking among socioeconomic groups in nine European countries, 1990-2007. *Nicotine Tob Res*. 2017; 19:1441-9.
22. Prochaska JO, Velicer WF, Guadagnoli E, Rossi JS. Patterns of change: dynamic typology applied to smoking cessation. *Multiv Behav Res* 1991; 26: 83-107.
23. Fu M, Fernández E, Pascual JA, Martínez-Sánchez JM, Agudo A, Moncada A, Nebot M, Borrás JM; for the DCOT Study Investigators. Stages of change, smoking characteristics, and cotinine concentrations in smokers: Setting priorities for smoking cessation. *Prev Med* 2011; 52:139-45.
24. Nebot M, Cabezas C, Oller M. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 57-61.
25. Martínez C, Castellano Y, Andrés A, Fu M, Antón L, Ballbè M, et al. Factors associated with implementation of the 5A's smoking cessation model. *Tob Induc Dis*. 2017; 15: 41.
26. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodríguez-Blanco T, Martín C; ISTAPS Study Group. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011; 106:1696-706.
27. Azagra MJ, Echaury M, Pérez Jarauta MJ, Marín P. Financiación pública de los fármacos para dejar de fumar: utilización y coste en Navarra (1995–2007) *Gac Sanit*. 2010; 24:428-30.

28. Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. Medicina, comunicación y sociedad. Informe Quiral 1999. Barcelona: Rubes Editorial, 2000; 121.
29. Córdoba R, Villalbí JR, Salvador T, López V. El proceso para la adopción de una legislación eficaz en la prevención del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 631-45.
30. Fernández E, Villalbí JR, Córdoba R. Lecciones aprendidas en el control del tabaquismo en España. *Salud Pública de México* 2006; 48(Supl 1):S148-S154.
31. Fernández E, Nebot M. Spain: Beyond the 'Spanish model' to a total ban. *Tob Control*. 2011; 20:6-7.
32. Escolà C. Licencia para matar. Una historia del tabaco en España. Barcelona: Península, 2016.
33. Clemente Jiménez ML, Bartolomé Moreno C, Rubio Aranda E, Martín Cantera C, Puente D, Sobradíel Sierra N. Actitudes de los españoles frente a los espacios libres de humo de tabaco. *Aten Primaria*. 2012; 44: 138-44.
34. Joosens L, Raw M. How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ* 2000; 321: 947-50.
35. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Disponible en http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf
36. Joosens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues, 2017.
37. Fernández Muñoz E, Martínez Martínez C, Saltó Cerezuela E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la estrategia MPOWER. En: Jiménez-Ruiz C, Fagerström KO. *Tratado de Tabaquismo* (3ª ed). Madrid: Aula Médica; 2012. p. 483-490.
38. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: IARC 2004, Vol 38.
39. Institute of Medicine. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence. Washington, DC: The National Academies Press, 2010; 59-94.
40. Clemente Jiménez ML, Solbes Caro A, Amador Romero FJ, Aguilera García L, Cabezas Peña C, Córdoba García R, et al. Tres «Semanas Sin Humo»: un paso más allá en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *Aten Primaria*. 2003; 32: 163-8.
41. Fernández E, Fu M, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Sureda X, López MJ. Changes in secondhand smoke exposure after smoke-free legislation (Spain, 2006-2011). *Nicotine Tob Res*. 2017; 19:1390-4.
42. Fernández E. Tobacco and health. The changing role of the media. *MÉTODE Sci Studies J*. 2016; 6:221-5.
43. Whitehead R, Brown L, Riches E, Rennick L, Armour G, McAteer J et al. Strengths and limitations of tobacco taxation and pricing strategies. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2018. Disponible en: <http://www.healthscotland.scot/media/1829/rapid-evidence-review-strengths-and-limitations-of-tobacco-taxation-and-pricing-strategies.pdf>.
44. López-Nicolás A, Pinilla-Domínguez J. Prevención del tabaquismo en España: hacia políticas de impacto fuerte. Madrid: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, 2006. Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Informe_fiscalidad.pdf.
45. López-Nicolás Á, Cobacho MB, Fernández E. The Spanish tobacco tax loopholes and their consequences. *Tob Control*. 2013; 22(e1):e21-4.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el consumo de tabaco sigue produciendo en España un elevado coste sanitario y social, a pesar de haberse observado una disminución en la carga que genera en la morbilidad española en comparación con las décadas anteriores⁽¹⁾. Además, el consumo de tabaco produce grandes costes económicos, empleando recursos que bien podrían dedicarse a otras finalidades. El rendimiento comparado de la prevención del tabaquismo en salud es muy elevado, por lo que controlar eficazmente el consumo de tabaco y reducir su morbilidad son prioridades sanitarias de primer orden.

El presente trabajo realiza un análisis global de la prevención del tabaquismo en España, inventariando las políticas aplicadas hasta el momento y comparándolas con las directrices de control del tabaquismo a nivel internacional. Al mismo tiempo, se valoran los nuevos retos que pueden constituir una amenaza respecto a los logros alcanzados. Para ello, se revisa la situación del tabaquismo a inicios del año 2019, se plantean los ejes prioritarios para reducir su impacto negativo en la salud de la población, revisándose las líneas de actuación y su grado de desarrollo en nuestro país, y proponiéndose acciones clave para el futuro. Este análisis se deriva del plan de actuación estratégico desarrollado por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT)⁽²⁾, actualizado a la luz de la estrategia MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽³⁾, e incorpora las recomendaciones del movimiento de prevención aglutinado alrededor del CNPT tras la adopción en 2005, 2006, 2010 y 2014 de diversas políticas públicas de valor preventivo⁽⁴⁾.

EPIDEMIOLOGÍA Y TENDENCIAS EN PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Los problemas de salud relacionados con el tabaco son consecuencia de la fabricación

industrial de cigarrillos, que generó la pandemia del tabaquismo. Esta epidemia global se inició a finales del siglo XIX, debido al consumo creciente y rápido de cigarrillos entre la población de los países más desarrollados. Este crecimiento, se produjo siguiendo el modelo de difusión de las innovaciones: primero, entre hombres de clases acomodadas; a continuación, en hombres de menor nivel socioeconómico; y, posteriormente, en mujeres, siguiendo el mismo patrón socioeconómico⁽⁵⁾. Posteriormente, tras ponerse de manifiesto su impacto en la salud, su consumo en estos países empezó a declinar. Sin embargo, y tras más de un siglo del inicio de la epidemia, la situación a nivel mundial es muy diversa. En algunos países desarrollados la proporción de fumadores ha descendido hasta prevalencias globales próximas al 10-12% mientras en otros es muy superior⁽⁶⁾. En algunos países de renta alta, la prevalencia se reduce a un ritmo lento, o casi nulo, mientras en otros países como Albania, Chile o China la prevalencia se está incrementando⁽⁶⁾.

Pese a que la evolución del tabaquismo tiene un patrón propio en cada sociedad, se aprecian patrones que llevan a proponer un modelo conceptual útil. Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica, Alan Lopez propone cuatro fases en la epidemia tabáquica^(7,8). De acuerdo con su perspectiva, en España estamos actualmente en la fase IV de la epidemia, con un largo descenso de la prevalencia en varones y que se inicia más tarde en las mujeres, y con una mortalidad atribuible al tabaquismo que baja en los varones mientras que aún sube en las mujeres (reflejando las prevalencias de años anteriores). El proceso de la epidemia en España tiene algunas peculiaridades que se derivan de causas económicas, políticas y culturales.

En efecto, la epidemia se mantuvo relativamente estancada durante años en la fase II⁽⁹⁾. Condicionantes económicos hicieron que, a lo largo de décadas, España tuviera una

prevalencia alta con un consumo medio bajo. Una gran parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza, situación que se extendió hasta los años sesenta del siglo XX. Este contexto y la pervivencia de numerosas enfermedades transmisibles prevenibles, hizo que el impacto visible del tabaco en el patrón de morbimortalidad fuera relativamente pequeño hasta finales del siglo XX. El inicio de la epidemia entre las mujeres se retrasó por condicionantes contextuales^(10,11). Por otra parte, la existencia del monopolio hasta la entrada en la Unión Europea, con la manufactura limitada a la empresa pública Tabacalera S.A. (salvo en las Islas Canarias), dificultó la regulación. Hasta la privatización de Tabacalera, consideraciones ajenas a la salud influyeron de forma directa en la política del Gobierno⁽¹²⁾.

Durante la dictadura franquista, el descubrimiento de los efectos del tabaco sobre la salud no tuvo ningún efecto práctico en España, al contrario de lo que sucedió en los países democráticos de su entorno, donde los poderes públicos se vieron impelidos a regularlo. La recuperación relativamente tardía de la democracia ha tenido otro efecto importante: durante años, las exigencias sociales en materia de sanidad se dirigieron a mejorar los dispositivos asistenciales de financiación pública, cuya situación al final de la dictadura estaba muy alejada de las necesidades y preferencias de la población. En este contexto, las primeras iniciativas de los responsables sanitarios dirigidas a intervenir sobre el tabaco fueron criticadas como inapropiadas, y tendentes a desviar la atención de otros aspectos, en los que el desempeño de los responsables sanitarios era percibido como insuficiente.

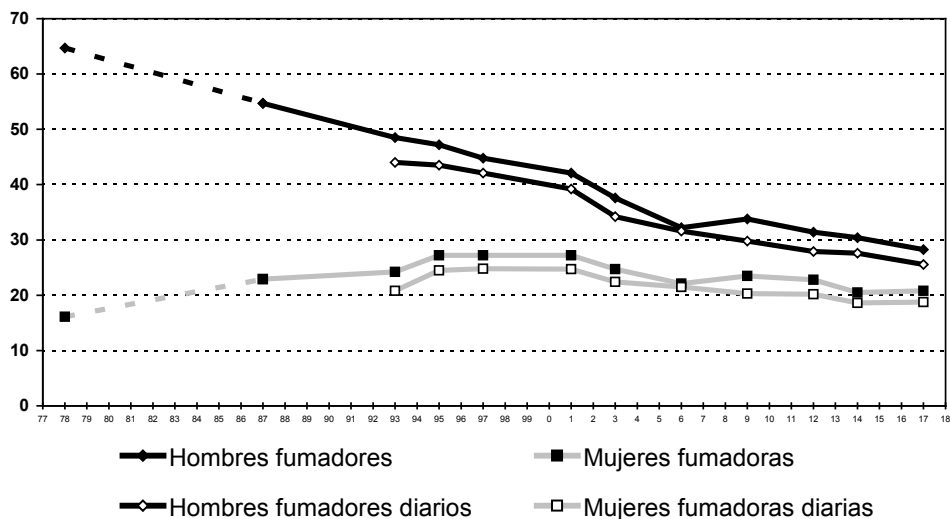
Finalmente, la existencia de una elevada prevalencia del tabaquismo en profesiones clave fue un obstáculo para avanzar. En aquel entonces, los profesionales sanitarios apenas desarrollaban intervenciones preventivas y de ayuda para dejar de fumar con sus pacientes⁽¹²⁾,

y tanto ellos como los docentes presentaban prevalencias de consumo similares a la población general. Además, en estas circunstancias, las corporaciones que agrupan a estos profesionales no tuvieron un rol preventivo destacado, ni de estímulo a la intervención de la administración. Sin embargo, la evolución de la epidemia tabáquica en los últimos años en nuestro país muestra tendencias que indican una disminución del consumo de tabaco en profesionales con un rol ejemplar y un incremento de las intervenciones de apoyo al fumador en los servicios sanitarios⁽¹⁴⁾.

Como se aprecia en la **figura 1**, hay una clara disminución entre los varones desde que se dispone de datos. En las mujeres se registró un incremento, seguido de un largo período de estabilización, hasta que se aprecia el inicio de la disminución, que se mantiene. Se registra una probable disminución de la incidencia respecto a años anteriores, con un menor uso regular por parte de los adolescentes⁽¹⁵⁾. Los datos de adolescentes de enseñanzas secundarias recogidos en las encuestas muestran un claro descenso de fumadores diarios en ambos géneros, aunque la proporción que declara haber experimentado se mantiene (**figura 2**). Los adolescentes que fuman diariamente son la base de la posterior población adulta fumadora.

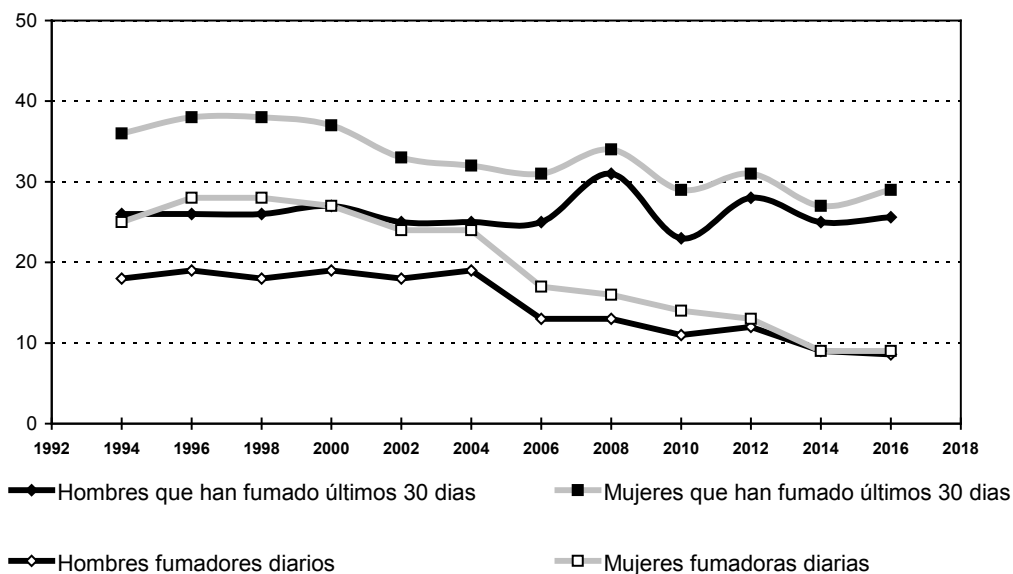
Hay otros cambios relevantes. Así, apareció un gradiente social, de manera muy evidente desde los años ochenta en los varones, y de forma más incipiente en las mujeres jóvenes; los ex fumadores alcanzan un peso visible, y además se producen más cesaciones precoces. Los datos de la **figura 3** muestran como entre las mujeres la generación más fumadora es la de las nacidas en los años sesenta del siglo XX. También muestran que hacia los 40 años de edad, la mitad de las personas fumadoras ha dejado el consumo. Incluso la mortalidad atribuible al tabaquismo en los varones muestra un claro descenso⁽¹⁾, pese al visible incremento en

Figura 1
Prevalencia de fumadores por sexo en las encuestas de salud. España, 1978-2017.



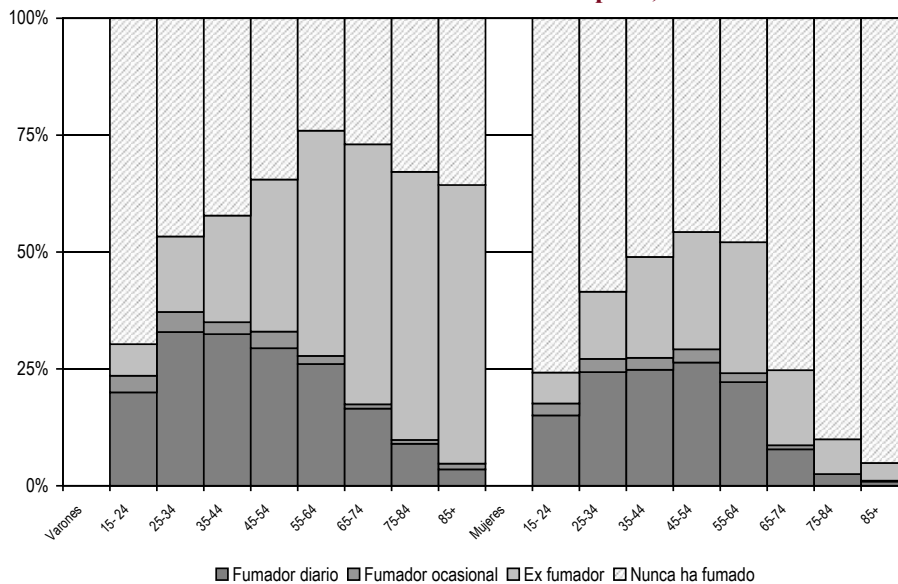
Fuente: elaboración propia a partir de la referencia 13 y los datos de las encuestas nacionales y europeas de salud accesibles en el portal del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

Figura 2
Prevalencia de tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria (14-18 años) por sexo en España, 1994-2016.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las encuestas sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) accesibles en los informes del Observatorio Español de la droga y las toxicomanías en el portal del Plan Nacional sobre Drogas.

Figura 3
Fumadores diarios y ocasionales, ex-fumadores y no fumadores por grupos de edad y sexo en la encuesta nacional de salud. España, 2017.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017, accesibles en www.ine.es.

las mujeres. La inmigración, muy intensa en la primera década del siglo XXI, comporta más cambios. Buena parte de los inmigrantes proceden de sociedades donde el tabaquismo no es frecuente; pero para otros, fumar es la norma social. En algunos subgrupos de población se dan frecuencias de tabaquismo muy elevadas (varones de etnia gitana o de origen chino, personas gays o lesbianas^(16,17,18)); en personas en prisión o en pacientes con patologías asociadas a la salud mental y adicciones también se registran frecuencias muy altas de consumo⁽¹⁹⁾. Por otra parte, en algunas profesiones clave como medicina o enfermería, la disminución del tabaquismo ha sido intensa^(14,20).

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

El desarrollo de las políticas de prevención y control del tabaquismo ha seguido internacionalmente un proceso diverso. En

general, al conocerse el daño causado por el tabaco, se desarrollaron acciones para informar a la población. Muchos profesionales sanitarios se esforzaron en estimular a sus pacientes fumadores a dejar de fumar, en especial a los que sufrían enfermedades causadas o agravadas por el tabaco. Por otra parte, se desarrollaron intervenciones dirigidas a los adolescentes, principalmente en las escuelas, intentando prevenir el inicio del consumo del tabaco por parte de los adolescentes. Con el paso del tiempo, se empezaron a abordar algunos determinantes del consumo como la publicidad, y diversos investigadores analizaron la efectividad de las diversas acciones. Paulatinamente se fue poniendo de manifiesto que algunas políticas e intervenciones parecían ser más útiles, mientras que los efectos de otras eran más limitados.

A menudo se recuerda que para abordar eficazmente el tabaquismo se deben producir dos procesos: por un lado, disminuir la incidencia de

consumo entre jóvenes (hoy, particularmente, entre las mujeres), lo que comporta reducir los nuevos adictos a la nicotina; y por otro lado, reducir la prevalencia a través de estrategias de apoyo a los fumadores para que consigan abandonar el consumo cuanto antes. En realidad, ambos objetivos están relacionados: si fuman menos adultos, los adolescentes no percibirán el fumar como algo normalizado en la sociedad y, por tanto, será más fácil que no empiecen a fumar.

Prevenir el inicio del tabaquismo entre los adolescentes es un objetivo prioritario, y suscita un amplio consenso social. Para lograrlo no basta con informar a los jóvenes de que el tabaco es nocivo, sino que hay que confrontar los esfuerzos de promoción de la industria tabaquera, que necesita reclutar nuevos adictos para sustituir a los que abandonan el consumo o mueren de enfermedades relacionadas con él. Una política efectiva de protección de los jóvenes pasa por la regulación estricta de la publicidad y la promoción del tabaco, que debe complementarse con un precio que lo haga poco asequible. Los programas educativos de prevención en las escuelas tienen resultados modestos, en el mejor de los casos. Hasta hace relativamente pocos años, en la mayoría de espacios donde los adolescentes estudiaban y pasaban el tiempo se fumaba de forma generalizada, pero las regulaciones existentes han propiciado entornos libres de humo. En la medida en que disminuye el número de adultos fumadores y se amplían los espacios sin humo, cambia la percepción social del tabaquismo de los menores⁽²¹⁾.

La otra cuestión prioritaria es fomentar el abandono del consumo de tabaco. Esto no es fácil, ya que la adicción a la nicotina es intensa. Por otra parte, entre los fumadores de nuestro país, muchos tienen dificultades para realizar un intento de abandono, al estar mayoritariamente en la fase denominada de precontemplación^(19,20). En esta fase es necesario proporcionar información que incremente la percepción

de los riesgos del consumo de tabaco, así como sobre los recursos disponibles para abandonarlo y sobre los beneficios de su cese. Así mismo, desnormalizar el consumo de tabaco en la sociedad es relevante, de modo que se extienda la percepción de que fumar es cada vez menos frecuente y poco aceptado. La existencia de espacios sin humo en el entorno personal y laboral contribuye al proceso de desnormalización.

Además, los profesionales sanitarios pueden tener un cometido clave. Identificar a los pacientes fumadores y proporcionarles consejos preventivos debería ser parte de su atención rutinaria, ya que produce efectos modestos pero visibles: en torno a un 5% de los pacientes aconsejados dejan de fumar al cabo del año⁽²⁴⁾. Sin embargo, aunque está incluido en la cartera de servicios de atención primaria y en los objetivos de estos centros, muchos profesionales no tienen tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo⁽²⁵⁾. En algunos centros de salud su abordaje se ha sistematizado más añadiendo al consejo en la consulta grupos de cese para fumadores (generalmente conducidos por personal de enfermería). En otros centros, un profesional con mayor formación y motivación actúa como referente, reservando unas horas de consulta para el tratamiento del tema. El uso de técnicas motivacionales mejora los resultados⁽²⁶⁾.

La respuesta a las intervenciones no es homogénea entre los fumadores: a los de clase baja y a los que fuman más (cuya adicción es probablemente mayor) les resulta más difícil dejar de fumar. El tratamiento farmacológico y otras opciones especializadas pueden ayudar a una parte de estos pacientes. Pese a ello, la posibilidad de acceder de forma gratuita a las terapias farmacológicas para dejar de fumar no parece cambiar la prevalencia poblacional; en Navarra, tras años financiando los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, los indicadores poblacionales de tabaquismo son

similares a las comunidades vecinas⁽²⁷⁾, aunque alrededor de un tercio de quienes inician el programa consiguen dejar de fumar al año, como muestra otro trabajo en esta revista. Aunque quienes precisan apoyo más intenso sean una fracción relativamente pequeña del total de fumadores, los beneficios potenciales derivados de ayudarlos son notables, ya que su riesgo es muy superior. Tanto las autoridades sanitarias como las corporaciones profesionales pueden desempeñar un papel relevante en este campo, fomentando la formación, la introducción de programas estructurados dentro de la cartera de servicios, y evaluando sistemáticamente la efectividad de los programas⁽²⁵⁾.

EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS Y POLÍTICAS EN ESPAÑA

La realidad autonómica añadió complejidad al desarrollo de políticas homogéneas pero, en cambio, favoreció la adopción de innovaciones en algunas comunidades autónomas, que a menudo inspiraron a otras actuando como pioneras (con la prohibición de la venta a menores, la creación de espacios sin humo o la restricción de la promoción) o bien suscitaron la aprobación de normas de ámbito estatal. Al mismo tiempo, la regulación de diversos aspectos del mercado interno que afectaban al tabaco desde la Unión Europea llevó a la adopción en España de diversas políticas de valor preventivo en el campo fiscal, de advertir a los consumidores y de regular la publicidad en medios potencialmente transfronterizos (TV, radio, prensa...). En general, estos aspectos eran regulados por directivas europeas que la administración general del Estado incorporó a las normativas españolas.

El movimiento de prevención se fue desarrollando, y a finales del siglo XX se creó el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) como una alianza de organizaciones de carácter científico-profesional orientada a

estimular la prevención, que alcanzó una notable visibilidad mediática⁽²⁸⁾ y cierta influencia ante el Gobierno. La entrada en escena de un movimiento de prevención organizado en España fue muy importante al abogar activamente por la prevención^(29,30). La aprobación de la Ley 28/2005 marcó un hito. Supuso la incorporación al alza de los contenidos de la *Directiva Europea de publicidad del tabaco*, y también introdujo diversos aspectos incluidos en el *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, firmado y ratificado por España como parte de la Unión Europea. Comportó un punto de inflexión claro. Esta ley prohíbe la venta a menores, regula severamente la publicidad y promoción del tabaco, y restringe el consumo en lugares de trabajo y espacios públicos cerrados. Aunque inicialmente contenía amplias exenciones en los sectores de restauración, hostelería y ocio nocturno, éstas se corrigieron en su revisión en 2010⁽³¹⁾. En las tablas se resumen los principales programas y políticas de prevención del tabaquismo que se han desarrollado en los últimos años, separando las políticas regulatorias que se detallan en la **tabla 1** de las intervenciones o programas que requieren de recursos específicos para poder desarrollarse, presentadas en la **tabla 2**.

DIFICULTADES Y RETOS DE FUTURO

Los progresos no son uniformes. Las regulaciones que se recogen en la tabla 1 afrontan las resistencias de la industria y su capacidad para plantear iniciativas para burlarlas. Los programas y acciones que requieren de recursos y esfuerzos mantenidos (como los de ayuda a los fumadores o los programas educativos de prevención en las escuelas) se enfrentan a amenazas derivadas de las restricciones presupuestarias y la emergencia de otras prioridades, como se ve en la **tabla 2**.

Las interferencias de la industria dirigidas a impedir la regulación de la promoción del

Tabla 1
Cronología, situación y propuestas de mejora de las principales políticas regulatorias de prevención del tabaquismo en España.

Regulaciones	Ámbito y cronología	Situación en 2019	Propuestas de mejora
<p>Espacios sin humo</p>	<p>Regulación desarrollada desde 1985 en algunas CCAA limitada a algunos espacios, reforzada por el Decreto Ley 192/1988 modificado en 1999 para medios de transporte. Regulación ampliada al grueso de lugares de trabajo mediante ley 28/2005 y sus modificaciones posteriores, incluyendo algunos espacios al aire libre.</p>	<p>Se ha documentado un cumplimiento elevado. Los pequeños locales de restauración y hostelería, así como los de ocio nocturno tuvieron amplias exenciones, que se eliminaron en 2010. Actualmente se identifican las terrazas semicerradas y accesos retranqueados a locales de restauración y hostelería como espacios con mayor incumplimiento de la normativa, así como el uso de pipas de agua (que presuntamente usan productos sin tabaco) en algunos locales de ocio u hostelería. El uso de dispositivos electrónicos de liberación de nicotina está parcialmente limitado desde 2014, pero se permite en diversos espacios donde está prohibido fumar.</p>	<p>Extender las limitaciones de uso de tabaco a los dispositivos electrónicos que liberan nicotina y las pipas de agua, usen o no productos con nicotina. Ampliar la prohibición de consumo a algunos espacios abiertos (marquesinas de autobús, andenes de ferrocarril, estadios deportivos...) Prohibir fumar en vehículos de motor con menores.</p>
<p>Advertencias a los fumadores y regulación del empaquetado</p>	<p>Advertencias sanitarias introducidas con el RD 192/1988, mejoradas y ampliadas en 1992 y sobre todo gracias a Directivas Europeas, de 2003 y 2014. Incorporación de advertencias gráficas en 2011.</p>	<p>Las Directivas de productos de tabaco han marcado la consolidación de las advertencias en los paquetes. Las propuestas de empaquetado neutro iniciadas en Australia y adoptadas en algunos países de la UE no han prosperado todavía en España.</p>	<p>Sería muy deseable adoptar el empaquetado neutro, que bloquee el máquetin realizado mediante el paquete de tabaco.</p>
<p>Regulación de la publicidad</p>	<p>Desde 1985 en algunas CCAA en vallas en la vía pública y medios de comunicación institucionales. Prohibición en la televisión gracias a la Ley General de Publicidad de 1988, que traspone una Directiva Europea. Prohibición general en Ley 28/2005.</p>	<p>Sin publicidad visible desde 2006. Probable publicidad subliminal en medios, mediante emplazamiento publicitario (product placement) y visibilidad de personas fumando en medios, teleseries, redes sociales etc. La promoción de los dispositivos electrónicos que proporcionan nicotina ha vuelto a insertar imágenes que normalizan el fumar en medios y vía pública, lo que plantea nuevas amenazas.</p>	<p>Habría que ampliar la prohibición de dispositivos que proporcionan nicotina.</p>
<p>Regulación de la fiscalidad</p>	<p>Directiva Europea desde 1992, modificada en 2001 y 2010. Ampliación del componente lineal del impuesto desde 2006.</p>	<p>La Directiva fiscal de 1992 se tradujo en un mayor incremento de precios, especialmente entre 1992-97. En 2006 se adoptaron cambios orientados a incrementar el precio de las marcas más baratas buscando un precio mínimo por paquete, reforzados después. Sin embargo, otras labores (picadura, puritos, IQOS...) mantienen carga fiscal más baja. En su conjunto, el precio del tabaco se sitúa en la franja baja dentro de la UE.</p>	<p>Sería deseable garantizar una revisión anual que mantenga los efectos disuasorios sobre el precio. Habría que elevar la carga fiscal sobre aquellas labores del tabaco que la mantienen muy baja. Sería deseable un esquema fiscal que incluyera los productos distintos del tabaco que liberan nicotina.</p>

Fuente: elaboración propia. CA: Comunidad Autónoma. RD: Real Decreto.

Tabla 2
Cronología, situación y propuestas de mejora de los principales programas de prevención del tabaquismo en España.

Programas y actividades	Ámbito y cronología	Situación en 2019	Propuestas de mejora
Información al público	<p>Campañas publicitarias en medios de comunicación de masas orientadas a estimular la cesación. Se han desarrollado de forma intermitente, en general con pocos recursos y cobertura modesta, salvo al entrar en vigor la Ley 28/2005 y ciertas campañas en alguna CA.</p>	<p>Se mantienen algunas actividades de información en medios. Se ha creado la web www.puedesdejarlo.es que se difunde mediante las advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco.</p>	<p>Sería necesario que se abordaran de forma más sistemática y con una cobertura más amplia, como hace la DGT.</p>
Programas comunitarios de cesación	<p>Iniciados de forma local en 1988, vinculados a iniciativas OMS ("Día mundial sin fumar") y continuados con esquemas del tipo "Quit & Win".</p>	<p>Continuados en algunas CCAA, a veces con uso del teléfono, SMS, correo, o internet. Parecen haberse reducido con las restricciones presupuestarias de los últimos años. En atención primaria se mantiene en muchas CCAA la "semana sin humo" a finales de mayo, con apoyo de sociedades profesionales.</p>	<p>Es deseable la existencia de iniciativas locales y comunitarias en este terreno.</p>
Intervenciones breves para dejar de fumar desde la atención primaria y otros servicios sanitarios	<p>Impulsadas desde 1987 por administraciones locales (como programas piloto) o asociaciones profesionales (PAPPS de la SEMFYC). Organizadas más tarde desde los servicios autonómicos de salud, a veces de forma intensiva (Andalucía, Cataluña, Navarra...).</p>	<p>Ampliadas de forma general por los servicios autonómicos de salud, de forma paralela a la disminución de la prevalencia entre los profesionales sanitarios, y la implantación de la reforma de la atención primaria de salud. Incluido en las carteras de servicios y en los contratos programa de atención primaria de salud. Las redes de hospitales sin humo existentes en alguna CA han mostrado su potencial para fomentar cesaciones, además de reforzar los espacios sin humo en los centros. Disponibilidad de fármacos con financiación pública en alguna CA, en general con restricciones.</p>	<p>Es muy importante reforzar la capacidad de intervenir de los profesionales desde los servicios. Se debería ofrecer de forma general formación en técnicas motivacionales a los profesionales. Se propone incluir los fármacos en la financiación del Sistema Nacional de Salud en igualdad de condiciones con otros fármacos de efectividad demostrada.</p>
Unidades de tabaquismo	<p>Existentes en diversas CCAA, con tipología variable. Pueden estar vinculadas a iniciativas de hospitales, equipos de atención primaria, y otros dispositivos. En algunas CCAA las asumen los centros que atienden otras adicciones.</p>	<p>Cobertura variable entre territorios. Aunque sin llegar a toda la población han crecido (especialmente en algunas CCAA). Las restricciones de gasto público las han afectado. Además de ofrecer atención, algunas actúan en su zona como catalizadoras (impulsando la formación y otras iniciativas).</p>	<p>Si bien las intervenciones deberían ser asumidas por la atención primaria, disponer de un recurso de segundo nivel puede ser necesario para algunas personas.</p>
Programas educativos de prevención en las escuelas	<p>Implantados nominalmente desde finales de los ochenta. Algunos han mostrado efectividad.</p>	<p>Desarrollados sistemáticamente en la práctica sólo en pocos casos, principalmente por iniciativa municipal o autonómica. Ha habido programa "educativos" fomentados por la industria tabaquera.</p>	<p>Sería deseable favorecer la implantación de los programas de eficacia probada existentes.</p>

Fuente: elaboración propia. CA: Comunidad Autónoma. DGT: Dirección General de Tráfico. OMS: Organización Mundial de la Salud. PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

tabaco y de espacios sin humo se desvelaron en los medios de comunicación, y se pusieron de nuevo de manifiesto durante la discusión de la Ley 28/2005⁽³²⁾. Está ampliamente documentado cómo la industria tabaquera se opone a la regulación en diversos países, y tenemos conocimiento de cómo actuó en España de manera concertada para influir en el Gobierno de modo que se favoreciera el consumo de tabaco y se obstaculizara la prevención^(31,32). Aunque la Ley redujo el número de puntos de venta en 2005, éstos volvieron a aumentar posteriormente mediante la difusión de máquinas de venta automática y la implicación de nuevos establecimientos en la venta (especialmente las tiendas de conveniencia). La desaparición de la publicidad más directa ha coexistido con la probable presencia de formas de promoción como el emplazamiento publicitario (*product placement*) en teleseries y películas o bien patrocinios más sutiles, algo documentado también en otros países.

La entrada en vigor en 2006 de la regulación sobre espacios sin humo puso de manifiesto los problemas que planteaba su cumplimiento efectivo y cómo hubo inicialmente niveles variables de cumplimiento⁽³³⁾. El contrabando organizado por las grandes multinacionales fue una característica de la década de los noventa, poseyendo bases en Gibraltar y en Andorra. Alcanzó cuotas de mercado cercanas al 20%, hasta que la intervención de la Unión Europea consiguió cambiar el panorama⁽³⁴⁾. Últimamente, parece haber reaparecido en Gibraltar, empleando nuevos canales.

Actualmente, la aparición de los dispositivos electrónicos que proporcionan nicotina y productos del tabaco por calentamiento plantea nuevos problemas. Por un lado, parecen frenar el proceso de abandono del tabaco de algunos fumadores maduros, retenidos en su adicción a la nicotina por un producto que se promueve

como menos dañino. Por otro, se acompañan de publicidad que en buena parte tiene elementos subliminales o explícitos que fomentan el fumar. La *Directiva Europea de productos de tabaco* de 2014 introdujo ciertas regulaciones en cuanto a las características y los contenidos de los cigarrillos electrónicos y líquidos de recarga que se comercializan en la Unión Europea e introdujo algunas limitaciones en su promoción. Parece que en España el uso de estos productos se limita a un uso muy minoritario entre personas que ya eran fumadoras, aunque entre adolescentes los niveles de experimentación alcanzan el 20%⁽³⁵⁾.

En el contexto internacional, se desarrolló la Escala de Control del Tabaquismo (ECT), que mide el grado de desarrollo de las principales políticas⁽³⁶⁾, de modo que facilita el progreso de los países en la aplicación de medidas y fomenta las comparaciones. (ver la web www.tobaccocontrolscale.org). La ECT correspondiente al año 2016 sitúa a España en la octava posición entre 35 países europeos. Además del margen de mejora en varias políticas, algunas medidas apenas se han desarrollado. Por ejemplo, el precio del tabaco nos sitúa lejos de los países líderes en control del tabaco, y sin embargo esta medida se ha descrito como la que tiene mayor impacto en la reducción de la prevalencia, especialmente entre las clases más desfavorecidas⁽²¹⁾. Además, las campañas de publicidad en los medios de comunicación son erráticas y con cobertura modesta. Tampoco contamos con una línea telefónica de ayuda a dejar de fumar con amplia cobertura y capacidad, susceptible de publicitarse en las advertencias de los mismos paquetes de tabaco, como así se hace en otros países (parcialmente paliado con la web www.puedesdejarlo.es). Finalmente, el empaquetado genérico, que ha mostrado su efectividad en los países en que se ha implantado, es una medida pendiente de adoptar en nuestro país.

CÓMO SEGUIR AVANZANDO

En nuestra situación actual, la actitud que parece imperar en muchos entornos es confiar en el proceso secular de cambio, interpretando que ya se han adoptado las políticas necesarias y que estamos siguiendo un proceso ineluctable de mejora. Sin embargo, la industria tabaquera sigue actuando para mantener su negocio. La promoción de espacios parcialmente cerrados para fumar en la hostelería, la mercadotecnia de los dispositivos electrónicos para fumar, y el creciente uso de las redes sociales para promocionar el tabaco muestran cómo se pueden erosionar las políticas de prevención y revertir los progresos conseguidos.

Aunque su impacto en las cifras poblacionales de fumadores sea limitado, es evidente que una de las cosas necesarias a mejorar es el fomento de programas desde los servicios sanitarios, básicamente orientados al cese del consumo. Es una respuesta que no suscita controversias, y que se centra en un problema importante desde una perspectiva biomédica: provocar abandonos precoces en los fumadores antes de que los efectos adversos del fumar se manifiesten. De hecho, el tratamiento del tabaquismo está incluido formalmente en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Probablemente, lo más importante sea el rol activo de los servicios de atención primaria, pues a un problema que afecta a una proporción tan grande de la población no se le puede dar respuesta desde unidades específicas. Pero aquí juegan también un papel clave la disponibilidad de terapias farmacológicas y psicológicas de apoyo, la existencia de recursos específicos como las unidades de tabaquismo, y otros dispositivos de ayuda al cese del consumo como las líneas telefónicas o los métodos de apoyo por correo o las redes sociales. Para afrontar el flujo de nuevos fumadores que las acciones de promoción de la industria siguen generando habría que movilizar un volumen

de recursos considerable, que nuestro sistema sanitario está lejos de haber dedicado a este problema.

UN ESQUEMA PARA PROGRESAR: MPOWER

Para fomentar el progreso, la OMS ha propuesto la estrategia MPOWER como guía para la acción en los diversos países, a partir de las grandes líneas del *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*⁽³⁾. MPOWER es el acrónimo en inglés de los verbos que designan los seis ejes de trabajo de la estrategia: M por monitorizar (*monitor* en inglés) la epidemia; P por proteger (*protect* en inglés) del humo de segunda mano; O por ofrecer (*offer* en inglés) ayuda para dejar de fumar; W por advertir (*warn* en inglés) del daño que hace el tabaco; E por hacer cumplir (*enforce* en inglés) la prohibición de la publicidad del tabaco; y finalmente R por subir (*raise* en inglés) la carga fiscal sobre el tabaco para incrementar su precio y así disminuir su uso. La estrategia MPOWER, se convierte en un plan completo para cualquier país, con medidas que facilitan una perspectiva amplia e integral⁽³⁷⁾. Sus contenidos e implantación en nuestro contexto se revisan a continuación.

Monitorizar. Sin datos de la evolución de la epidemia se hace difícil valorar los retos pendientes y ajustar las acciones de prevención, así como apreciar los progresos conseguidos. La información más básica es la de las ventas de tabaco, completada por la derivada de encuestas poblacionales y a adolescentes en el marco escolar.

En España, la información sobre ventas la compila el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Hacienda (que no incluye datos de las Islas Canarias). Entre las encuestas poblacionales destacan la *Encuesta Nacional de Salud* y la *Encuesta Europea de Salud*; hay otras, como la EDADES y las

de ámbito autonómico o local. Respecto a las encuestas a adolescentes escolarizados, la encuesta ESTUDES realizada por el *Plan Nacional sobre Drogas* cada dos años a los estudiantes de 14-18 años es la más utilizada. Hay otras encuestas a adolescentes de ámbito autonómico, local o incluso internacionales.

Proteger. La demostración de los efectos de la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) sobre la salud obliga a regular esta exposición. El HAT se considera carcinógeno por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), y es uno de los agentes causantes de cáncer laboral al que está expuesta una mayor proporción de la población ocupada⁽³⁸⁾. Además, desencadena episodios coronarios en personas de riesgo⁽³⁹⁾. Por ello hay que adoptar normativas rigurosas sobre espacios sin humo. Éstas suscitan amplio consenso social, y la mayoría de las personas fumadoras las acepta y cumple. En su proceso de implantación suele emerger una pequeña minoría que se resiste a respetarlas, de modo que las normas adoptadas han de aplicarse con rigor.

En nuestro país, las normativas parciales existentes desde los años ochenta se cumplían sólo parcialmente, pero la entrada en vigor de la Ley 28/2005 cambió totalmente el panorama. Con la excepción inicial (corregida desde 2010), de bares, restaurantes y espacios de ocio nocturno, la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados es la norma y repercute en una disminución de la prevalencia de exposición al HAT, incluso en ambientes como los hogares no regulados por ella^(40,41). Su aplicación se confía a las comunidades autónomas. Aunque el buen cumplimiento es general, hay ámbitos dónde persisten algunos problemas. En el sector de la hostelería la proliferación de terrazas semicerradas o el tranqueamiento de las puertas crean problemas. En algunos entornos se detectan dificultades para especificar quién es responsable, quién puede inspeccionar su cumplimiento, y

para la operatividad de circuitos claros, ágiles y factibles de sanción. Pese a ello, los datos existentes sugirieron niveles altos de aceptación y cumplimiento por parte de los fumadores, así como cambios percibidos por la población y objetivados mediante estudios ambientales⁽⁴¹⁾. Las limitaciones para fumar en espacios públicos cerrados y centros de trabajo pueden favorecer el cese del consumo, aunque no sea este su objetivo principal. Además, tienen un probable efecto preventivo en los menores, que perciben el fumar como algo que no es normal.

El CNPT y otras sociedades científicas y profesionales en el ámbito de la salud hacen públicos diferentes posicionamientos pidiendo que la prohibición de fumar se extienda a diferentes espacios al aire libre de uso público, además de a los parques infantiles o los recintos escolares y sanitarios ya amparados en la ley actual (instalaciones deportivas y de espectáculos, paradas y andenes de transporte público, playas y otros espacios naturales, etc.) así como en espacios privados como los vehículos particulares. También se propone que el uso de cigarrillos electrónicos esté prohibido en todos los lugares donde está prohibido fumar⁽⁴⁾.

Ofrecer ayuda. La implicación de los profesionales sanitarios en el abandono de tabaco por parte de sus pacientes fumadores es habitual, pero aún no sistemática. La atención primaria de salud es el espacio principal para la intervención, pero es también apropiada en muchos otros entornos sanitarios donde se atienden situaciones en las que el tabaco es un factor relevante. Más allá de la mínima formación precisa, las condiciones de trabajo condicionan la disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales. Sin embargo, la continuidad de la atención primaria facilita un abordaje sistemático y progresivo. El uso de técnicas de entrevista motivacional es una poderosa herramienta para favorecer el cambio en los pacientes fumadores⁽²⁶⁾.

En España no se dispone de líneas telefónicas de apoyo al cese del consumo salvo experiencias concretas de cobertura limitada, nada comparable a la experiencia del Reino Unido. Los programas esporádicos del tipo “día mundial sin tabaco” o “*quit and win*” evolucionaron hacia la “semana sin humo” a finales de mayo, una iniciativa que se ha ido extendiendo desde la atención primaria de salud hacia otros ámbitos⁽⁴⁰⁾. Las experiencias de apoyo a distancia por correo de años atrás evolucionan con las nuevas tecnologías de la información (webs, SMS, *WhatsApp*, *Facebook*...). El movimiento de prevención sigue reclamando medidas encaminadas a facilitar el acceso de la población fumadora a tratamientos efectivos, así como una adecuada financiación pública de los diferentes tratamientos que han demostrado efectividad y seguridad en la cesación tabáquica⁽⁴⁾.

Advertir. Advertir del daño que causa el tabaco sigue siendo una tarea crucial. En los últimos años, la inclusión de advertencias sanitarias muy visibles y con apoyo gráfico, ocupando el grueso de la superficie de los paquetes de tabaco, se ha convertido en una herramienta de comunicación con los fumadores. Tradicionalmente, la realización de campañas de publicidad sobre el daño que causa el tabaco y los beneficios de dejar de fumar son una importante estrategia preventiva, desarrollada muy activamente en algunos países. Las organizaciones implicadas en la prevención se esfuerzan desde hace años por suscitar en los medios de comunicación mensajes favorables a la prevención y al abandono del tabaco por parte de los fumadores. En buena parte, se basan en la difusión de los estudios de investigación y la situación de la epidemia en cada contexto. Así, contribuyen a configurar la opinión pública sobre el tabaco y a desvelar los manejos de la industria tabaquera.

En España, los medios de comunicación tienen un papel muy relevante en el desarrollo de

un clima social favorable a la prevención, que fue la base para los cambios normativos sobre publicidad y espacios libres de humo de los que nos beneficiamos^(28,42). En cambio, las campañas de publicidad sobre el tabaco se limitan a acciones puntuales, en general de alcance modesto y bajo presupuesto (pese a excelentes campañas puntuales en alguna Comunidad Autónoma). Por lo que respecta a las advertencias sanitarias en los paquetes, éstas siguen desde hace años las directivas europeas sobre productos de tabaco, que han permitido un importante progreso. El CNPT y diversas organizaciones sanitarias proponen la incorporación del empaquetado genérico de los productos del tabaco, que en pocos años se ha implantado en un número creciente de países⁽⁴⁾.

Hacer cumplir. La publicidad está hoy satisfactoriamente regulada en España, que hasta hace poco era el país de la Unión Europea más permisivo con la promoción del tabaco. Persisten, probablemente, acciones de promoción más sutiles: el consumo de tabaco y los diálogos sobre el mismo en algunas teleseries y películas, su presencia en portadas de revistas o discos, y su consumo visible por parte de personajes mediáticos. Los perfiles de personas con influencia en redes sociales se utilizan para promover el tabaco. Son formas de promoción cuyo abordaje en un estado de derecho que respeta la libertad de expresión no resulta fácil. La implantación de los dispositivos electrónicos que proporcionan nicotina plantea nuevos retos. Su publicidad está escasamente regulada, y su promoción se ha convertido en un estímulo a su uso con imágenes que recuerdan la publicidad tabaquera del pasado, con claros indicios de inversión creciente por parte de la industria tabaquera. Sería muy deseable, como aboga el CNPT, que la promoción y la publicidad de los cigarrillos electrónicos esté sujeta a las mismas limitaciones que se aplican en el caso de los productos del tabaco⁽⁴⁾.

Subir el precio mediante impuestos. Parece oportuno elevar el precio del tabaco mediante

una política fiscal orientada a la salud. Está bien establecido que los incrementos de impuestos que comportan subidas del precio del tabaco se traducen en un menor consumo. En la Unión Europea el tabaco tiene un impuesto especial además del IVA (como lo tienen otros productos de relevancia sanitaria como el alcohol y los combustibles). Está emergiendo el interés por las regulaciones orientadas a garantizar un precio mínimo del tabaco, para contrarrestar así las tácticas de la industria para mantener productos de bajo coste⁽⁴³⁾.

En España, los incrementos de impuestos sobre los cigarrillos de tabaco negro derivados de la *Directiva Europea sobre fiscalidad del tabaco* en los años 1990 se tradujeron en importantes proporciones de abandono del tabaco por parte de varones de edad media y clase baja. En los últimos años, la estructura del impuesto se ha ajustado de modo que se ha mitigado la oferta de marcas baratas de cigarrillos, aunque el precio del tabaco sigue siendo bajo en el contexto europeo. Se ha pasado de una estructura de impuestos fijados exclusivamente en un porcentaje del precio, a incorporarse importes lineales, de mayor capacidad preventiva⁽⁴⁴⁾. Por otra parte, los productos de tabaco en picadura o similares así como los puros y puritos mantienen cargas fiscales inferiores a las de los cigarrillos, lo que se ha traducido en un incremento de su consumo⁽⁴⁵⁾. Debería revisarse esta situación para elevar el precio de venta de los productos del tabaco y los cigarrillos electrónicos, y evitar que la picadura y otros productos del tabaco novedosos estén sujetos a una menor fiscalidad⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018; 151:171–90.
2. Ariza C, Villalbi JR (Eds). *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000. Disponible en: http://www.cnpt.es/listado-recursos.asp?id_categoria=23&id_subcategoria=-1&pagina=14#.
3. WHO report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.
4. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España. Disponible en <http://www.cnpt.es/documentacion/publicaciones/952eada3a05d805dbef5a769714d81452aa204eafea966c2a79718fa7906a3a6.pdf>
5. Borrás JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Public Health* 2000; 90: 1459-62.
6. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization, 2017.
7. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-7.
8. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control*. 2012; 21:96-101.
9. Fernandez E, Schiaffino A, Borràs JM, Shafey O, Villalbi JR, La Vecchia C. Prevalence of cigarette smoking by birth cohort among males and females in Spain, 1910-1990. *Eur J Cancer Prev*. 2003; 13:56-60.
10. Schiaffino A, Fernandez E, Borrell C, García M, Borràs JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health* 2003; 13: 56-60.

11. Shafey O, Fernández E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokkinides V. Case studies in international tobacco surveillance: Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997. *Cancer* 2004; 100: 1744-49.
12. 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 (Eds) *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Grupo Aula Médica, 2004; 571-80.
13. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*. 2007; 7:115.
14. Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Antón L, Riccobene A, Fu M, Quirós N, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes. *Gac Sanit* 2016; 30:55-8.
15. Banegas JR, Díez-Gañan L. Epidemiología del tabaquismo. Morbimortalidad. En: Jiménez-Ruiz C, Fagerstrom KO. *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Aula Médica 2004; 11-27.
16. Usera-Clavero M, La Parra-Casado D, Caballero P, Vives-Cases C, Gil-González D. Smoking prevalence inequalities among Roma and Non-Roma population in Spain between 2006 and 2014. *J Immigr Minor Health*. 2019 Feb 1. doi: 10.1007/s10903-019-00863-z
17. Liu S, Zhang M, Yang L, Li Y, Wang M, Huang Z et al. Prevalence and patterns of tobacco smoking among Chinese adult men and women: findings of the 2010 national smoking survey. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71: 154–161.
18. Perales J, Checa I, Espejo B. Current active and passive smoking among adults living with same sex partners in Spain. *Gac Sanit*. 2018; 32(6):547-552.
19. Raich A, Pinet C, Ballbe M, Mondon S, Tejedor R, Arnau A, et al. Multimodal treatment for smoking cessation with varenicline in alcoholic, methadone-maintained, and psychotic patients: A one-year follow-up. *Tobacco Induced Diseases*. 2018 16; 58.
20. Iglesias Sanmartín JM, Furio Martínez A, Clemente Jiménez L, Barchilon Cohen V, Minué-Lorenzo C. Attitudes towards anti-smoking legislation and prevalence of tobacco consumption in Spanish primary healthcare personnel. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2019; 5: 9.
21. Hu Y, van Lenthe FJ, Platt S, Bosdriesz JR, Lahelma E, Menvielle G, et al. The impact of tobacco control policies on smoking among socioeconomic groups in nine European countries, 1990-2007. *Nicotine Tob Res*. 2017; 19:1441-9.
22. Prochaska JO, Velicer WF, Guadagnoli E, Rossi JS. Patterns of change: dynamic typology applied to smoking cessation. *Multiv Behav Res* 1991; 26: 83-107.
23. Fu M, Fernández E, Pascual JA, Martínez-Sánchez JM, Agudo A, Moncada A, Nebot M, Borrás JM; for the DCOT Study Investigators. Stages of change, smoking characteristics, and cotinine concentrations in smokers: Setting priorities for smoking cessation. *Prev Med* 2011; 52:139-45.
24. Nebot M, Cabezas C, Oller M. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 57-61.
25. Martínez C, Castellano Y, Andrés A, Fu M, Antón L, Ballbè M, et al. Factors associated with implementation of the 5A's smoking cessation model. *Tob Induc Dis*. 2017; 15: 41.
26. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodríguez-Blanco T, Martín C; ISTAPS Study Group. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011; 106:1696-706.
27. Azagra MJ, Echaui M, Pérez Jarauta MJ, Marín P. Financiación pública de los fármacos para dejar de fumar: utilización y coste en Navarra (1995–2007) *Gac Sanit*. 2010; 24:428-30.

28. Observatorio de la Comunicación Científica y Médica de la Universitat Pompeu Fabra. Medicina, comunicación y sociedad. Informe Quiral 1999. Barcelona: Rubes Editorial, 2000; 121.
29. Córdoba R, Villalbí JR, Salvador T, López V. El proceso para la adopción de una legislación eficaz en la prevención del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 631-45.
30. Fernández E, Villalbí JR, Córdoba R. Lecciones aprendidas en el control del tabaquismo en España. *Salud Pública de México* 2006; 48(Supl 1):S148-S154.
31. Fernández E, Nebot M. Spain: Beyond the 'Spanish model' to a total ban. *Tob Control*. 2011; 20:6-7.
32. Escolà C. Licencia para matar. Una historia del tabaco en España. Barcelona: Península, 2016.
33. Clemente Jiménez ML, Bartolomé Moreno C, Rubio Aranda E, Martín Cantera C, Puente D, Sobradíel Sierra N. Actitudes de los españoles frente a los espacios libres de humo de tabaco. *Aten Primaria*. 2012; 44: 138-44.
34. Joosens L, Raw M. How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ* 2000; 321: 947-50.
35. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Disponible en http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf
36. Joosens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues, 2017.
37. Fernández Muñoz E, Martínez Martínez C, Saltó Cerezuela E. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la estrategia MPOWER. En: Jiménez-Ruiz C, Fagerström KO. *Tratado de Tabaquismo* (3ª ed). Madrid: Aula Médica; 2012. p. 483-490.
38. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: IARC 2004, Vol 38.
39. Institute of Medicine. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence. Washington, DC: The National Academies Press, 2010; 59-94.
40. Clemente Jiménez ML, Solbes Caro A, Amador Romero FJ, Aguilera García L, Cabezas Peña C, Córdoba García R, et al. Tres «Semanas Sin Humo»: un paso más allá en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *Aten Primaria*. 2003; 32: 163-8.
41. Fernández E, Fu M, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Sureda X, López MJ. Changes in secondhand smoke exposure after smoke-free legislation (Spain, 2006-2011). *Nicotine Tob Res*. 2017; 19:1390-4.
42. Fernández E. Tobacco and health. The changing role of the media. *MÉTODE Sci Studies J*. 2016; 6:221-5.
43. Whitehead R, Brown L, Riches E, Rennick L, Armour G, McAteer J et al. Strengths and limitations of tobacco taxation and pricing strategies. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2018. Disponible en: <http://www.healthscotland.scot/media/1829/rapid-evidence-review-strengths-and-limitations-of-tobacco-taxation-and-pricing-strategies.pdf>.
44. López-Nicolás A, Pinilla-Domínguez J. Prevención del tabaquismo en España: hacia políticas de impacto fuerte. Madrid: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, 2006. Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Informe_fiscalidad.pdf.
45. López-Nicolás Á, Cobacho MB, Fernández E. The Spanish tobacco tax loopholes and their consequences. *Tob Control*. 2013; 22(e1):e21-4.