

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

Isabel Saiz Martínez-Acitores (1), Jesús Rubio Colavida (1), Isabel Espiga López (1), Begoña Alonso de la Iglesia (2), Javier Blanco Aguilar (3), Mercedes Cortés Mancha (4), José Domingo Cabrera Ortega (5), Pepa Pont Martínez (6), José María Saavedra Rodríguez (7), Javier Toledo Pallarés (8)

- (1) Ministerio de Sanidad y Consumo
- (2) Comunidad Autónoma de Galicia
- (3) Comunidad Autónoma de Andalucía
- (4) Comunidad Autónoma de Extremadura
- (5) Comunidad Foral de Navarra
- (6) Comunidad Valenciana
- (7) Comunidad Autónoma de Canarias
- (8) Comunidad Autónoma de Aragón

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco, fundamentalmente en forma de cigarrillos, se encuentra incorporado en los hábitos de conducta de nuestra sociedad de forma extensa desde los años treinta, coincidiendo con la expansión de la fabricación industrial del cigarrillo y su transformación en una rentable industria.

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de 2001 (ENSE 2001) la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 16 y más años es del 34,4%, lo que representa un ligero descenso respecto a la prevalencia de 1987 (ENSE 1987) que fue del 38,4%. Sin embargo, España es uno de los países de la Unión Europea que presenta una mayor prevalencia de consumo, tanto en hombres como en mujeres. (figura 1).

Paralelamente a la generalización del consumo de tabaco empezaron a aparecer las primeras pruebas sobre su nocividad. El estudio epidemiológico de Doll y Hill en los años cincuenta, en el que se evidenció la relación entre el consumo de tabaco y el exceso de mortalidad, marcó el principio de una extensa lista de nuevos informes en los que se ha relacionado al tabaco como factor

de riesgo de un gran número de problemas de salud.

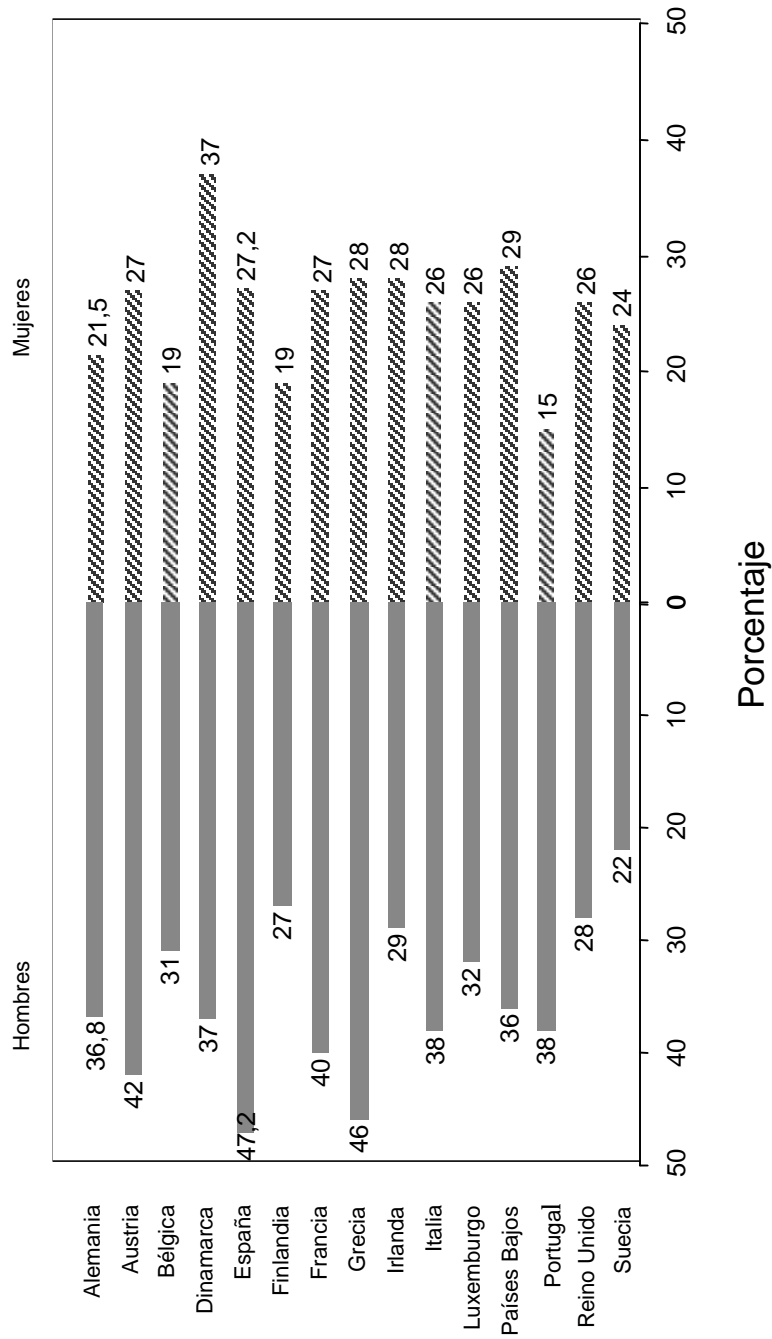
En los países industrializados, el tabaquismo se ha convertido en la primera causa de morbi-mortalidad evitable.

En España, en el año 1998, la mortalidad atribuible al tabaco se estimó en un 16% de la mortalidad total. Esto, junto al alto coste sanitario y social, unido al hecho de que el tabaquismo es un factor de riesgo susceptible de prevención, ha convertido a «la reducción de la prevalencia de consumo del tabaco» en uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud de cualquier país de nuestro entorno socioeconómico.

El tabaquismo, considerado durante años un hábito, es en realidad una dependencia. La nicotina, el principio activo del tabaco es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica.

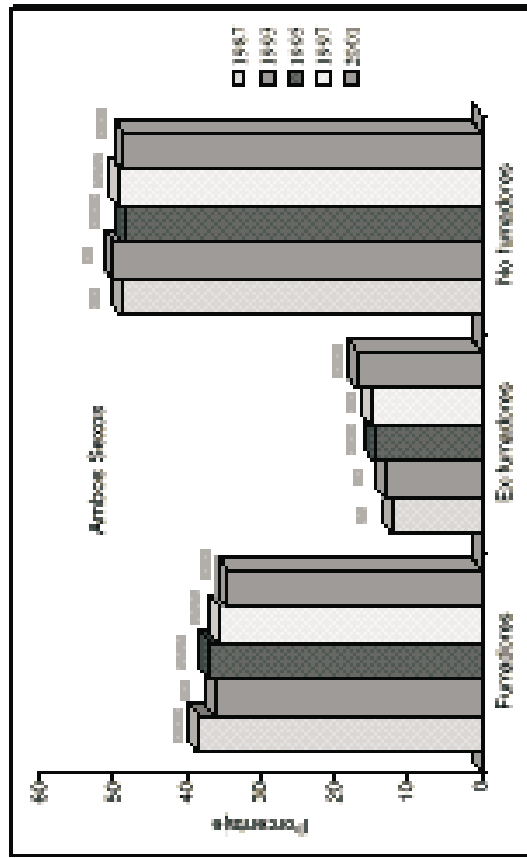
La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV).

Figura 1
Prevalencia del consumo de tabaco en hombres y mujeres. Estados de la UE. Población de más de 15 años



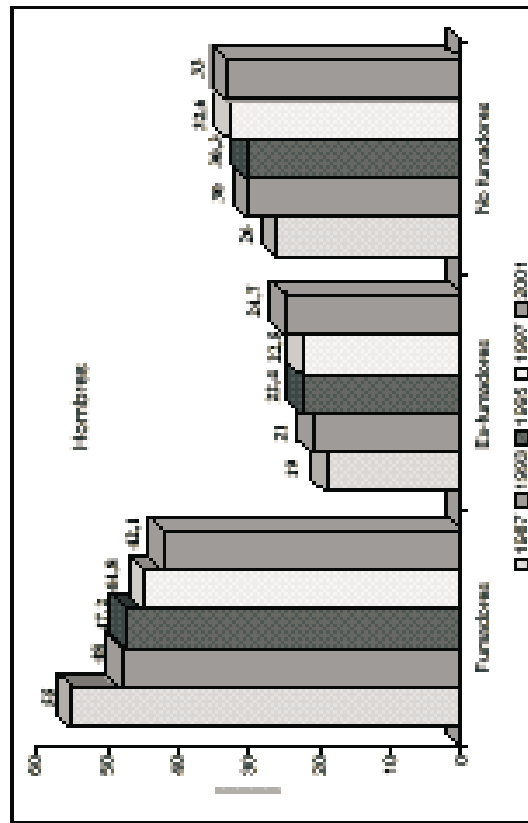
Fuente: Perfiles sobre tabaco. OMS; 1996

Figura 2
Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años. España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001



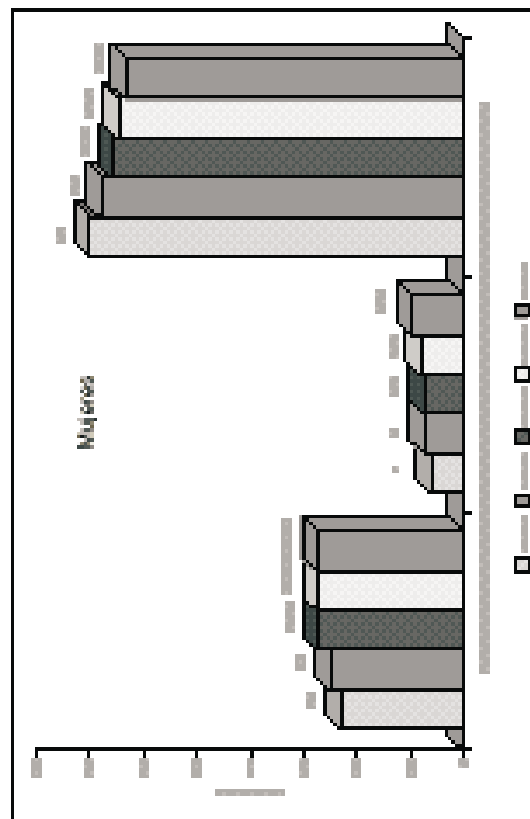
Fuente: Perfiles sobre tabaco. OMS; 1996

Figura 3
Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años según género. España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001



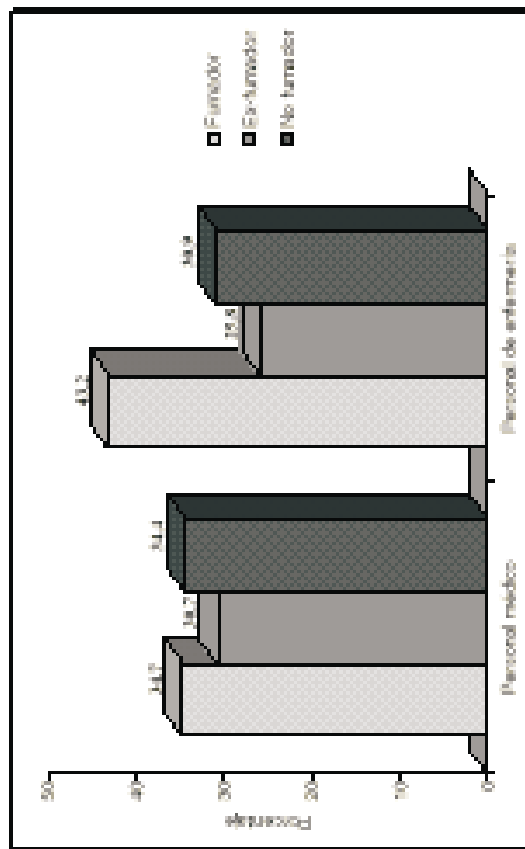
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001

Figura 4
Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años según género. España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001



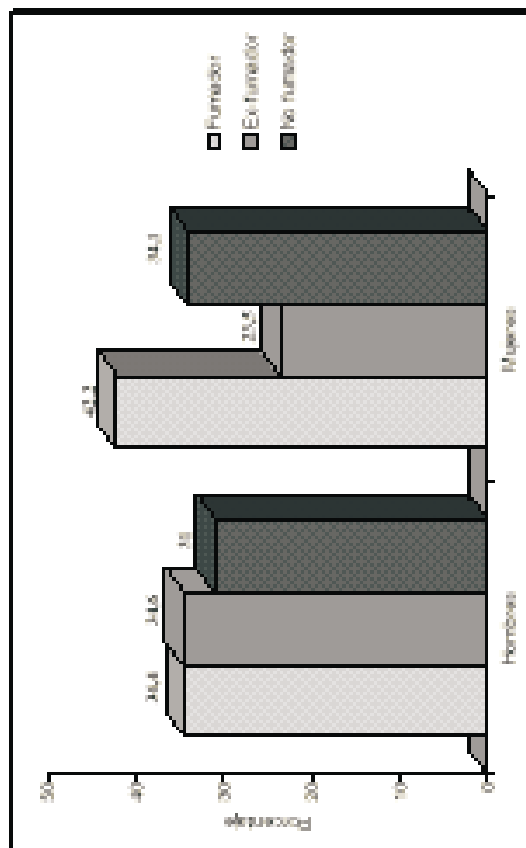
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001

Figura 5
Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios, según el nivel profesional. IN-SALUD, España 1998



Fuente: Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998.

Figura 6
Prevalencia del consumo de tabaco en el personal sanitario, según el género. INSALUD, España 1998



Fuente: Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN ESPAÑA

Como se ha comentado anteriormente en España, según los datos de la ENSE 2001, la prevalencia del tabaquismo en la población española de 16 y más años, fue del 34,4%. Comparando con los resultados obtenidos en la ENSE 1987, en la que la prevalencia fue del 38,4%, se observa un ligero descenso del consumo de tabaco en España (figura 2).

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el género y la edad. En la ENSE 2001, el porcentaje de hombres fumadores fue del 42,1% y del 27,2% en las mujeres.

Al analizar la evolución del tabaquismo en España de 1987 a 2001, podemos observar que el consumo de tabaco en los hombres ha descendido sensiblemente (de 55% a 42,1%), en contraposición al aumento que ha experimentado el consumo en las mujeres, de 23% a 27,2%. Este aumento de mujeres fumadoras tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias (figuras 3 y 4).

Por grupos de edad, el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25 a 44 años (48,2%) seguido del grupo de 16 a 24 años (41,7%).

Observando la tendencia durante este periodo, en cada uno de los dos géneros, se comprueba que en los hombres la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido en todos los grupos de edad, produciéndose en las mujeres el fenómeno contrario. Por grupos de edad, la prevalencia del consumo es mayor en los hombres, excepto en el grupo de 16 a 24 años (40,8% hombres, 42,7% mujeres) en el que el consumo de tabaco es mayor en las mujeres jóvenes. (tabla 1).

Un grupo de especial importancia es la población adolescente y joven. Según la última Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar, 2000 (Plan Nacional sobre Drogas), el 30,5% de los escolares de 14-18 años han fumado en el último mes y el 5% se definen como exfumadores. Las chicas tienen una prevalencia de consumo mayor que los chicos, 35,8% frente al 25,2%.

El consumo medio de cigarrillos en jóvenes de 14 a 18 años es de 7 (el 47,5% con-

Tabla 1

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes según edad. España 1987-2001

Grupos de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1987	2001	1987	2001	1987	2001
16 a 44	51,8	41,7	54,5	40,8	49,0	42,7
25 a 44	48,9	48,2	64,2	52,6	33,6	43,5
45 a 64	28,0	29,7	54,0	42,6	5,1	17,5
65 y más	15,3	9,3	33,8	19,2	1,8	2,1
Total	38,4	34,4	55,1	42,1	22,9	27,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987-2001.

sume 1-5 cigarrillos al día). La edad media de inicio al consumo se sitúa en los 13,2 años.

Tanto por su función modélica dentro de la sociedad como por su actuación profesional, se ha de resaltar la importancia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios. En 1998, el 38,9% de los sanitarios (personal médico y de enfermería) eran fumadores, el 34,7% en el personal médico y 43,2% en el de enfermería (figura 5).

Según el género, la prevalencia de fumadores en los hombres sanitarios fue del 34,4% y del 42,2% en las mujeres (figura 6).

EFFECTOS DEL TABACO SOBRE LA SALUD

Morbilidad

El consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades y es el principal factor causante del 30% de todos los cánceres: cáncer de pulmón (se estima que en un 85% de los casos es provocado por el tabaquismo), cáncer de la cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), y el cáncer de laringe, faringe, esófago, vejiga y riñones.

También enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Así mismo, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen unos riesgos adicionales para la salud específicos de su género. El tabaquismo contribuye a una reducción de la fertilidad e incrementa el riesgo de menopausia precoz, contribuye a la pérdida de calcio óseo y a la osteoporosis en las mujeres en fase postmenopáusica. El consumo de tabaco cuando se combina con el uso de anticonceptivos ora-

les incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Se ha asociado el consumo de tabaco durante el embarazo con un mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones durante el embarazo, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato.

La exposición involuntaria al humo del tabaco está provocando un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable para la población no fumadora. La población expuesta tiene un riesgo aumentado de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

La población infantil que está sometida al aire contaminado por humo de tabaco, presenta una mayor incidencia de infecciones de las vías respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías, asma y muerte súbita del lactante.

Mortalidad

En España, se estima que el consumo de tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas de 35 y más años, durante el periodo 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual.

Sólo en el último año (1992) de este mismo periodo, las muertes atribuibles al consumo de tabaco en ese grupo de población, han pasado de 37.259 a 46.226, lo que representa un 24% de aumento en la mortalidad debida al consumo de tabaco. Un tercio de estas muertes fueron prematuras con la consiguiente pérdida de años potenciales de vida (entre 10 y 20 años por persona).

Aunque la mayoría de estas muertes ocurrieron en hombres (93,4% en 1992), hay que destacar que la mortalidad en las mujeres ha experimentado un aumento considerable entre 1978 y 1992, siendo el incremento anual promedio del 6%, frente a una disminución promedio de -0,2% en los hombres.

Por último señalar, que la mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998, se ha estimado en 55.613 muertes, que representan el 16% de todos los fallecimientos ocurridos en población de 35 o más años. El 92,5% de estas muertes se produjeron en hombres (51.431), y el 7,5% en mujeres (4.182). De todas estas muertes, 26,5% se debieron a cáncer de pulmón, 20,9% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 12,8% a cardiopatía isquémica, y 9,2% a enfermedad cerebrovascular.

COSTES SANITARIOS Y SOCIALES DEL CONSUMO DE TABACO

El Banco Mundial ha evaluado los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y de la morbilidad atribuibles al tabaquismo, estimando que un aumento de 1.000 toneladas en el consumo de tabaco representa 2,6 millones de dólares de beneficios y 29,8 millones de costes. Esto supone una pérdida neta de 27,2 millones de dólares.

En 1988, se estimó que la sola reducción del consumo de tabaco en un 10% evitaría costes equivalentes al 0,18% del PIB en España.

Según un estudio realizado en el año 2001 por la Universidad Pompeu Fabra, los costes sanitarios directos generados por el consumo de tabaco, en seis enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y bajo peso al nacer), en España en el año 2001 se estimaron entre 437.000 y 604.000 millones de pesetas (según las distintas fracciones atribuibles al consumo de tabaco en las enfermedades estudiadas).

MARCO INTERNACIONAL

En la Primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco, celebrada en Madrid en

1988, se adoptó una Carta Europea contra el Tabaco en la que se reconocía el derecho de la población a ser protegida, no sólo de las enfermedades causadas por el tabaco, sino también de la contaminación creada por el humo del tabaco. Se recomendaron diez estrategias a seguir para posibilitar los derechos establecidos en la Carta, así como las medidas a tomar para desarrollar cada estrategia.

Las principales estrategias propuestas en la Carta de Madrid han sido ratificadas en la II Conferencia Europea y I Iberoamericana sobre Tabaco o Salud celebrada en Canarias en 1999, y en el I Congreso Nacional sobre la Prevención y el Tratamiento del Tabaquismo celebrado en Sevilla en 2001.

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es contundente: deben ponerse en marcha programas de disminución del tabaquismo que integren acciones educativas, legislativas y asistenciales. Desde la Oficina Regional Europea se destaca que una reducción en el consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía.

La Oficina Regional Europea de la OMS incluyó entre los objetivos de la estrategia «Salud para Todos 2000» la reducción del hábito de fumar (Objetivo 16). En el documento Salud 21, la OMS vuelve a incorporar entre sus prioridades las intervenciones para reducir el consumo de tabaco y los daños para la salud que se derivan del tabaquismo. En su objetivo 12, propone: reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco; y en particular el objetivo 12.1 señala que para el año 2015, el porcentaje de no fumadores debe ser, al menos, el 80% entre las personas mayores de 15 años y prácticamente el 100% de los menores de 15 años.

En la 52 sesión del Comité Regional Europeo de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Copenhague en septiem-

bre de 2002, se acordó mediante Resolución, la «**Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo**», que establece un marco estratégico referencial para el control del tabaquismo en la región Europea, con una serie de medidas que deben ser contempladas en los correspondientes planes nacionales, según sus necesidades y realidades, para continuar intensificando su tarea y seguir explorando acciones innovadoras. Tiene en consideración los tres anteriores Planes de Actuación para una Europa sin Tabaco y sus evaluaciones, los principios rectores de la Declaración de Varsovia y es acorde con la estructura y contenido del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco representa un instrumento jurídico internacional para el control mundial del tabaquismo y complemento global a los programas y planes de control del tabaquismo a nivel nacional, que surge en 1996 con la resolución WHA49.17 ante la necesidad de dar una respuesta mundial a este problema que no tiene fronteras, y que liderado por la OMS el proceso de su desarrollo desde la resolución EB103.R11 de la Asamblea Mundial de la Salud, se adoptará en el año 2003 por los 192 Estados miembros, al objeto de hacer progresar sinérgicamente las políticas nacionales de salud pública.

Además del firme apoyo a las políticas de la OMS, la **Unión Europea** promueve acciones de protección de la salud y control del tabaquismo mediante **Recomendaciones** a los Estados miembros, y desarrolla su capacidad legislativa a través de la promulgación de **Directivas** que deben ser transpuestas a las respectivas normativas nacionales.

Cada año, los productos del tabaco son responsables de 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la OMS. Se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, estos productos serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos

los fallecimientos) para el año 2020. Además de enfermedad y muerte, provocan unas pérdidas económicas netas en el mundo de al menos 200.000 millones de dólares (USD) al año.

Para conseguir disminuir la elevada prevalencia (más del 30% en población adulta), se precisa reducir la accesibilidad tan extendida de los productos de tabaco, y poner especial atención en jóvenes y mujeres.

En España, desde la publicación del Real Decreto 192/1988 del 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, se han venido incrementando las actividades dirigidas a disminuir el consumo de tabaco en todos los ámbitos sociales del Estado, de las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, y a fomentar una cultura sin tabaco. **El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo** pretende impulsar y coordinar todas las acciones encaminadas a prevenir y controlar el tabaquismo en España.

CONCLUSIONES

En los últimos 15 años las diferentes administraciones y en especial los distintos gobiernos autonómicos, han desarrollado programas de actuación para la prevención del tabaquismo. Aunque su grado de desarrollo es heterogéneo y los recursos empleados muy desiguales, estas iniciativas suponen sin duda oportunidades que favorecen e impulsan las políticas para la prevención y el control del tabaquismo que constituyen los objetivos prioritarios del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

La mayoría de las Comunidades y Ciudades Autónomas están realizando intervenciones que tienen básicamente los mismos objetivos y proponen fundamentalmente las mismas líneas de actuación.

Es por tanto de gran utilidad, aprovechar la experiencia acumulada por todas las administraciones públicas en el desarrollo de este tipo de intervenciones y especialmente los logros de aquellas Comunidades que han podido llevar a cabo programas más sistemáticos de actuación, siendo a la vez necesario reforzar las políticas de control del tabaquismo en España, y aumentar los recursos humanos y materiales destinados a la prevención del consumo de tabaco y a reducir su prevalencia, para lograr desarrollar este Plan Nacional.

La preocupación y actividad de numerosas sociedades científicas y la progresiva implicación de las asociaciones sociales en las actuaciones destinadas a la prevención del tabaquismo, es sin duda otro instrumento de incuestionable valor que el Plan Nacional contempla.

Un ejemplo de la importancia de estos movimientos asociativos lo representa el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT). Actualmente lo constituye 33 organizaciones, principalmente asociaciones de profesionales sanitarios, que mantiene vínculos con otras organizaciones implicadas e interesadas en la prevención del tabaquismo. Además, forma parte de la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, que agrupa a coaliciones similares de los diversos países de la Unión Europea.

Desde su fundación, el CNPT ha trabajado para ampliar la prevención del tabaquismo en España y ha desarrollado acciones de educación e información dirigidas a la población, de formación y trabajo con los profesionales de la salud, de colaboración con las autoridades sanitarias, y de contacto con los representantes políticos de la población.

La existencia de la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo y el Convenio Marco para el Control del Tabaco, de la Organización Mundial de la Salud, así como las iniciativas legislativas de la Unión Euro-

pea, son también aspectos que propician, refuerzan y favorecen el desarrollo del Plan Nacional.

El objetivo principal del Plan Nacional es conseguir la armonización entre las diferentes Administraciones para afrontar globalmente el control y prevención del tabaquismo, evitando la dispersión de competencias, la insuficiente difusión sistemática de las acciones realizadas, la escasez de recursos disponibles para afrontar un problema de salud pública de tal magnitud, la falta de homogeneidad en algunos criterios de seguimiento y evaluación del control del tabaquismo, o las dificultades para realizar un seguimiento eficaz del cumplimiento de la normativa que regula la venta, el consumo, y la publicidad del tabaco.

Es necesario impulsar programas que eviten la incorporación al consumo (o al menos retrasen la edad de inicio) y también actividades destinadas a disminuir la prevalencia del tabaquismo, facilitando la deshabitación de la población fumadora. Este descenso en la prevalencia es el único mecanismo para reducir un gran número de enfermedades y muertes, en su mayoría prematuras, atribuidas al tabaquismo. Conviene que estas intervenciones, incluyan acciones específicas por género para evitar que la prevalencia del consumo de tabaco siga aumentando entre las mujeres.

Es fundamental que las intervenciones sean multisectoriales y de amplio alcance, para garantizar su máxima eficacia. También es necesario que sean sólidamente mantenidas, sabiendo que la reducción del consumo se refleja en el tiempo como una disminución de las enfermedades y muertes asociadas al tabaquismo.

Se pone de manifiesto de manera constante en foros nacionales e internacionales, la necesidad de incrementar las actividades informativas y educativas, los desarrollos normativos, ampliar las restricciones para la

venta, el consumo y la publicidad del tabaco, aumentar los recursos destinados a la deshabituación de la población fumadora, incrementar la investigación para mejorar nuestro conocimiento sobre los factores que determinan el inicio y la consolidación del consumo de tabaco (especialmente en la población joven y entre las mujeres).

La gravedad del problema y la posibilidad de obtener ganancias de salud, mediante políticas estables y comprometidas, obligan a intervenir decididamente. Es un gran reto, como grande debe ser el esfuerzo ante la existencia de poderosos obstáculos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1995.
2. Barnum HN. La política del Banco Mundial sobre el tabaco. IX Conferencia sobre el Mundial sobre el Tabaco en la Salud. París; 1994.
3. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Saiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.
4. González Enríquez J, Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:577-82.
5. Banegas Banegas JR, Díaz Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez Regadera A, Villar Alvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:692-4.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (pendiente de publicación).
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
11. Ministerio del Interior. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2000. Madrid: Ministerio de Interior. Disponible en: www.mir.es/pnd.
12. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
14. Organización Mundial de la Salud. Se puede lograr: Una Europa libre de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
15. Organización Mundial de la Salud. Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco 1997-2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Europea para el Control del Tabaco. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; 2002.
17. Organización Mundial de la Salud: Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.
18. Organización Mundial de la Salud: Perfiles sobre tabaco en la Región Europea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
19. Rovira J, Escribano M. Estimación del impacto económico a largo plazo de una reducción del consumo de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
20. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.