

«Spain is different» en la prevención y control del tabaquismo

«Spain is different» es una frase tópica que se ha utilizado en muchas ocasiones en el pasado, para resaltar las diferencias que teníamos en nuestra organización política en comparación con nuestros vecinos europeos. Hoy día ya no hay diferencias en la organización política, pero nos estamos alejando del abordaje social que están haciendo nuestros vecinos occidentales en la prevención y el control del tabaquismo.

La evidencia es incuestionable: el tabaquismo es la primera causa de muerte evitable en España. El epidemiólogo británico Richard Peto, una autoridad mundial en epidemiología del tabaquismo, utiliza una analogía para explicar los riesgos que asumen los fumadores por fumar. Coge una moneda, la tira al aire y la recoge con la palma de la mano. Cara o cruz: ése es el riesgo (50%) que tienen los fumadores inveterados de morir por el tabaco. Así de sencillo y contundente.

Pese a ello, el porcentaje de fumadores en España se sitúa en el 34,4% de la población general mayor de 15 años. Al compararlo con el de países europeos que, históricamente, han sido nuestra referencia socioeconómica, como Alemania (27,5%), Reino Unido (27%), Suecia (20%), Dinamarca (27%), Italia (27,5%) o los Países Bajos (27,5%), nuestro país se sitúa por encima, sin llegar a situaciones de prevalencia de tabaquismo de países con sistemas sanitarios y sociales en profunda crisis, como Rusia (45%) y Turquía (40%). La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es reducir a menos del 20% el número de fumadores en cada país.

Este alto porcentaje de fumadores se explica en gran parte por la deficiente toma de conciencia de nuestra sociedad, de nuestros gobernantes y, por qué no decirlo, de los profesionales sanitarios, sobre la importancia del tabaco como agente adictivo y productor de enfermedades para los que fuman y los que rodean al fumador.

La conciencia de los profesionales en otros países de nuestro entorno queda reflejada en el contundente editorial publicado en *The Lancet* el 6 de diciembre de 2003 titulado: «¿Cómo duerme por las noches, Mr. Blair?», en el que se pide a Mr. Blair que prohíba el tabaco. Dieciocho colegios de médicos del Reino Unido han criticado abiertamente la política de salud pública gubernamental y han condenado la ineficacia para introducir una legislación que prohíba fumar en lugares públicos, algo que han hecho otros países.

La escasa conciencia profesional explica que el porcentaje de médicos fumadores en nuestro país fuera, hasta hace poco tiempo, superior al de la media de la población española general; si se compara con el porcentaje de médicos fumadores en otros países del entorno, el resultado puede ser aleccionador. En España, el porcentaje de médicos fumadores se sitúa alrededor del 30%, frente a un 5-10% de médicos fumadores en el Reino Unido. ¿Realmente los médicos españoles han tomado conciencia del problema de salud que supone el tabaquismo?

Los gobernantes están empezando, tímidamente según muchas opiniones, a implicarse en el problema de la prevención y el control del tabaquismo. El pasado 16 de junio de 2003, el Gobierno español firmó el convenio marco de la OMS para el control del tabaco (CMCT). Éste es el primer tratado de salud pública internacional para abordar una epidemia mundial relativamente fácil de abordar: sólo se necesita voluntad política por parte de los gobernantes. El preámbulo del convenio explica las razones de su existencia:

– Reconocen que el tabaquismo es un problema mundial de graves consecuencias que requiere la más amplia cooperación internacional para proteger la salud pública, y que hay inquietud en la comunidad internacional por las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales del consumo y la exposición al humo de tabaco en todo el mundo; sin embargo, siguen aumentando el consumo y la producción de tabaco en el mundo entero, sobre todo en los países en desarrollo.

– No hay duda científica de que el consumo y la exposición al tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y de que sus efectos no aparecen inmediatamente después de su consumo; asimismo, hay claras pruebas científicas de que la exposición prenatal al humo de tabaco genera condiciones adversas para la salud y el desarrollo del niño.

– Los cigarrillos están diseñados de una manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia; y hay preocupación por el impacto de las formas de publicidad, promoción y patrocinio encaminadas a estimular el consumo de tabaco.

– Se ha detectado un importante aumento de fumadores entre los niños y adolescentes en el mundo entero, y cada

vez se empieza a fumar a una edad más temprana; asimismo, se ha dado la voz de alarma ante el aumento de mujeres fumadoras, lo que demanda políticas específicas en función del sexo.

– El CMCT recuerda el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1996, en el que se declara que todas las personas tienen derecho al disfrute más alto posible de salud física y mental.

Toda estrategia de prevención y control del tabaquismo debe normalizar dos ámbitos: uno de relación social, libre de presión hacia el hábito tabáquico, y el ámbito de apoyo a la deshabituación. El primero se logra mediante políticas de espacios libres de humo del tabaco, libres de publicidad, patrocinio de marcas y de la conducta de fumar, así como un despliegue de medidas que aseguren una protección real de los menores frente al acceso al tabaco. El segundo debe facilitar ayuda efectiva a las personas para que logren dejar de fumar, y reducir el riesgo de recaída con apoyo terapéutico no sólo farmacológico, sino también psicosocial. Aplicadas estas recomendaciones a nuestro país, urge:

1. Eliminar la publicidad para proteger a los menores: la publicidad del tabaco va dirigida a reclutar a nuevos fumadores para mantener el negocio, sustituyendo a los fumadores que fallecen o dejan de fumar, por lo que la publicidad ejerce una presión importante sobre los jóvenes; por este motivo, es necesario aplicar políticas rigurosas de control de la publicidad. Es necesaria una pronta transposición de la directiva europea de publicidad de tabaco por el gobierno y la adopción de normas que impidan la publicidad en vallas y marquesinas, en cines y medios estáticos, y la distribución de muestras de tabaco gratuitas.

2. Establecer una política fiscal que refuerce la prevención: países de nuestro entorno, como Francia, han modificado la fiscalidad del tabaco, de modo que elevan el coste de fumar y, especialmente, el de las marcas más baratas mediante un incremento sostenido del componente lineal del impuesto especial sobre las labores de tabaco. El precio medio del paquete de 20 cigarrillos se sitúa en España en 2,15 euros, frente a los 4,65 euros de Francia, los 7,05 euros del Reino Unido o los 4,31 euros de Suecia y 7,18 euros de Noruega.

Actualmente, el coste sanitario de sólo las 6 enfermedades principales asociadas al consumo activo de tabaco supone por sí mismo el 75% de la recaudación anual por impuestos sobre las labores del tabaco. Dejar de fumar genera salud en el fumador, pero también ahorro en costes sanitarios para la colectividad.

3. La creación de espacios sin humo: es necesario un compromiso firme de las administraciones públicas y sus responsables políticos para establecer espacios sin humo. Se ha

estimado que en España cada año mueren al menos 700 personas por enfermedades generadas por el tabaquismo pasivo; las más importantes son el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos respiratorios.

La realidad de que el aire contaminado por humo de tabaco es cancerígeno obliga a proteger a todos los trabajadores contra este riesgo. Las experiencias realizadas en algunas empresas que han asumido un compromiso firme con la salud de sus trabajadores muestran que es una opción viable que debe extenderse a todos los centros de trabajo mediante una regulación rigurosa.

4. El tratamiento de la adicción a la nicotina debe formar parte de la cartera de servicios de atención primaria y se debe financiar el apoyo farmacológico a la deshabituación tabáquica.

No basta con que muchos profesionales hayan integrado el consejo mínimo de dejar de fumar en sus consultas, hay que ampliar la intervención con ayuda y seguimiento a los fumadores. Se necesitan más recursos desde el primer escalón. Un tratamiento adecuado puede multiplicar hasta por 10 las posibilidades de dejar de fumar con éxito si se compara con el esfuerzo personal aislado del fumador sin apoyo profesional (de un 3 a un 30%). La administración sanitaria debe incluir en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud los tratamientos farmacológicos de deshabituación tabáquica. No es aceptable que los abordajes de eficacia probada queden fuera de una cartera de servicios que financia muchos otros tratamientos de inferior coste-efectividad.

El preámbulo del CMCT destaca la contribución de las organizaciones profesionales y científicas sanitarias en las actividades de control del tabaquismo. Entre estas actividades, destaca en España la organización de la «Semana sin humo», cuyos objetivos son: sensibilizar a la población general sobre las consecuencias sanitarias del tabaco, informar a los fumadores de las posibilidades de tratamiento y reforzar la motivación e implicación de los médicos de familia. Del 24 al 31 de mayo de 2004 se ha celebrado la V Semana sin humo, con el lema «yo también lo dejo». La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), su Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) y el Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) han movilizado a sus asociados para participar en esta actividad y se han situado en primera línea en las acciones de prevención y control del tabaquismo.

Nuestro deseo es que dejemos de ser un país diferente en la prevención y el control del tabaquismo.

F. Camarelles Guillem

Coordinador del Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de la semFYC.