

Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo
de la Sociedad Española de Epidemiología

20 años de aplicación de las medidas del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para la prevención y control del tabaquismo en España



Grupo de trabajo de tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología



La presente edición recoge la opinión de los correspondientes autores, por lo que las Instituciones de los autores no se hacen necesariamente partícipes de su contenido.

© 2025, Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología.
Se permite la reproducción con fines divulgativos, citando la referencia completa de esta obra.

Edición: Iñaki Galán Labaca y Mónica Pérez Ríos.
Maquetación: Artenova.
ISBN: 978-84-09-74059-8

**Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo
de la Sociedad Española de Epidemiología**

20 años de aplicación de las medidas del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para la prevención y control del tabaquismo en España

Coordinación: Iñaki Galán Labaca · Mónica Pérez Ríos

Xavier Continente García

Agència de Salut Pública de Barcelona.
CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
Institut de Recerca Sant Pau (IR Sant Pau).

Marcela Fu Balboa

Unidad del Control del Tabaco, Institut Català d'Oncologia-Centro colaborador de la OMS para el control del tabaco; Grupo de investigación en control del tabaco, Programa EPIBELL, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil, Facultad de Enfermería-Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES).

Iñaki Galán Labaca

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid.

Carla Guerra Tort

Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade de Santiago de Compostela.
Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS).

María José López Medina

Agència de Salut Pública de Barcelona.
CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
Institut de Recerca Sant Pau (IR Sant Pau).

José M. Martínez Sánchez

Grupo de Evaluación de Determinantes de la Salud y Políticas Sanitarias, Universidad de Extremadura.

Cristina Martínez Martínez

Unidad del Control del Tabaco, Institut Català d'Oncologia-Centro colaborador de la OMS para el control del tabaco; Grupo de investigación en control del tabaco, Programa EPIBELL, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil, Facultad de Enfermería-Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES).

Agustín Montes Martínez

Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade de Santiago de Compostela.

Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS).

Miren Idoia Pardavila Belio

Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra.

Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA).

Mónica Pérez Ríos

Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade de Santiago de Compostela.

Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS).

Julia Rey Brandariz

Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade de Santiago de Compostela.

Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS).

Anna Schiaffino Rubinat

Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Institut Català d'Oncologia.

Grup de Recerca en Control del Tabac, Programa EPIBELL, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge.

Francisca Sureda Llull

Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá.

Roberto Valiente Borox

Grupo de Investigación en Tecnologías de la Información Geográfica y Análisis Territorial, Departamento de Geología, Geografía y Medio Ambiente, Universidad de Alcalá.

Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá.

CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES).

Índice

Presentación	15
Resumen ejecutivo	17
Capítulo I. Políticas de prevención y control del tabaco en España	21
Capítulo II. El movimiento profesional y ciudadano para la prevención y control del tabaco en España	37
Capítulo III. Consumo de tabaco	47
Capítulo IV. Exposición al humo ambiental de tabaco	59
Capítulo V. Carga de enfermedad asociada al consumo y a la exposición al humo ambiental de tabaco	75
Capítulo VI. Abandono del consumo de tabaco	83
Capítulo VII. Desigualdades en el consumo, abandono, y exposición al humo ambiental de tabaco	93
Capítulo VIII. Otros productos del tabaco y nuevos patrones de consumo	105
Capítulo IX. Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	115
Capítulo X. Interferencia de la industria del tabaco en las políticas de prevención y control	127
Capítulo XI. Retos, riesgos y oportunidades en la prevención y control de los productos del tabaco y nicotina	137

Abreviaturas

A

AECC: Asociación Española Contra el Cáncer

ASH: *Action on Smoking and Health*

AVAD: años de vida ajustados por discapacidad

C

CC. AA.: comunidades autónomas

CETARSA: Compañía Española de Tabaco en Rama S.A., S.M.E

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco

CNPT: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo

D

DSLN: dispositivos susceptibles de liberación de nicotina

E

EDADES: Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España

EESE: Encuesta Europea de Salud en España

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

ENSP: *European Network of Smoke free Prevention*

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña

ESCAV: Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco

ESdE: Encuesta de Salud de España

ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España

G

GNTH: *Global Network for Tobacco-Free Healthcare Services*

H

HAT: humo ambiental de tabaco

O

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

P

PIB: Producto Interior Bruto

PIT: Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo

PM_{2,5}: materia particulada 2,5

PTC: productos de tabaco calentado

R

REUPS: Red Española de Universidades Promotoras de Salud

S

SEDET: Sociedad Española de Expertos en Tabaco

SEE: Sociedad Española de Epidemiología

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

SICRI: Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia

SIVFRENT: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en la Comunidad de Madrid

T

TCS: *Tobacco Control Scale*

TSN: Terapia sustitutiva de nicotina

Presentación

Han transcurrido 20 años desde que España ratificó en 2005 el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco. Desde entonces, se han desarrollado importantes iniciativas legislativas y medidas de salud pública para lograr revertir la epidemia de tabaquismo. Estas medidas se estructuran en la estrategia MPOWER de la OMS, que se basa en la monitorización del consumo de tabaco y la evaluación de las políticas (*Monitor*), en la protección frente al humo ambiental del tabaco (*Protect*), en la ayuda a los fumadores para abandonar el consumo (*Offer*), en la advertencia de los peligros del tabaco (*Warn*), en hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio (*Enforce*) y en aumentar los impuestos a los productos del tabaco (*Raise*).

El Ministerio de Sanidad ha impulsado recientemente el Plan Integral de Prevención del Tabaquismo 2024-2027, actualizando el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007, planteando unas propuestas alineadas con las directrices de la estrategia MPOWER. Su objetivo general es reducir la prevalencia del consumo de tabaco y productos relacionados y de la exposición ambiental a sus emisiones.

Mientras tanto, la industria del tabaco adapta su estrategia de negocio a un sistema con regulaciones cada vez más estrictas buscando nuevos consumidores e incorporando otros productos alternativos al cigarrillo convencional, como son los cigarrillos electrónicos, las bolsas de nicotina o el tabaco calentado, productos sobre los que no existe todavía suficiente evidencia científica acerca de los daños que originan en la salud y que suponen, por tanto, nuevos retos para la salud pública.

En las dos monografías anteriores elaboradas por el Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo, se puso énfasis en conocer el impacto de las dos Leyes de medidas sanitarias frente al tabaquismo (Leyes 28/2005 y 42/2010), sintetizando los resultados de diversos estudios científicos que habían evaluado los ámbitos de acción de estas regulaciones. El objetivo de este nuevo documento es valorar de forma integral los 20 años de aplicación de medidas de prevención y control en España, analizando globalmente su impacto en la evolución de la epidemia de tabaquismo. La monografía se estructura en 11 capítulos, comenzando por una descripción de las políticas de prevención y control del tabaco en España (Capítulo I) y el desarrollo del movimiento profesional y ciudadano para su prevención y control (Capítulo II); posteriormente

se analiza la evolución del consumo de tabaco (Capítulo III), la exposición al humo ambiental de tabaco (Capítulo IV) y la carga de enfermedad atribuible (Capítulo V); la cesación o abandono del consumo se describe en el Capítulo VI; las desigualdades asociadas tanto al consumo, abandono como a la exposición al humo ambiental de tabaco se analizan en el Capítulo VII; otros productos de tabaco y nuevos patrones de consumo (Capítulo VIII); publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Capítulo IX); la interferencia de la industria del tabaco en las políticas de prevención y control (Capítulo X); y el documento finaliza con una mirada al futuro, trazando los retos, riesgos y oportunidades en la prevención y control de los productos del tabaco y nicotina (Capítulo XI).

Con este documento técnico, el Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología quiere contribuir a mejorar las políticas de prevención y control del tabaco a partir de la evidencia científica, documentando la necesidad de una tercera Ley de control del tabaco que impulse e intensifique las medidas incluidas en la estrategia MPOWER y que permita planificar el *endgame* o final de esta epidemia.

Resumen ejecutivo

España ratificó en 2005 el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco introduciendo una regulación integral para su prevención, la Ley 28/2005. En estos últimos 20 años, se han continuado implementado numerosas medidas para reducir la demanda de tabaco siguiendo las disposiciones del Convenio Marco de la OMS.

Estas medidas han supuesto un avance significativo en la salud pública, logrando un importante impacto en la reducción de la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) y en la desnormalización del consumo. Sin embargo, la disminución de la prevalencia de consumo de tabaco no ha sido tan rápida como se esperaba, y tampoco se observa una aceleración del abandono del consumo a partir de 2005, incluso se ha estabilizado desde 2014.

Otro aspecto preocupante es el aumento de la desigualdad. En hombres se observa un aumento de la inequidad del consumo de tabaco según el nivel de estudios (fuman más los de menor nivel educativo). En ambos sexos la inequidad en el abandono del tabaco es muy elevada (las personas con bajo nivel educativo dejan de fumar menos frecuentemente) y se ha incrementado notablemente con el paso de los años.

La exposición de la población adulta al HAT en lugares públicos cerrados se redujo considerablemente a partir de la implementación de las legislaciones de control del tabaco, aunque en los últimos años parece haber cierto estancamiento. Además, diversos estudios han mostrado porcentajes elevados de exposición al HAT en espacios públicos abiertos que no están regulados o donde la regulación es ambigua, destacando la exposición en terrazas de hostelería, donde los niveles de nicotina ambiental son similares a los de una casa con personas fumadoras.

La carga de enfermedad debida al tabaco continúa siendo de enorme magnitud, originando en España entre 50.000 y 60.000 fallecimientos al año. Esta mortalidad atribuible está descendiendo en hombres, pero aumentando en mujeres debido a la diferente evolución de la epidemia de tabaquismo entre sexos. Una estupenda noticia es que la carga de enfermedad debida al HAT se ha reducido en este periodo, lo que demuestra el éxito de las regulaciones en la prevención de la exposición ambiental y en su impacto, por tanto, en una menor mortalidad.

El mercado de tabaco está en continua evolución. En la actualidad, el tabaco manufacturado no es el único producto de la industria tabaquera disponible para la población. Desde el inicio del siglo XXI, el tabaco de liar, los cigarrillos electrónicos, los productos de tabaco calentado o las pipas de agua, se han popularizado rápidamente, especialmente en la población más joven. Estos productos, junto con la reciente introducción en el mercado de las bolsas de nicotina y cigarrillos herbales, están suponiendo un nuevo reto para el control del tabaco.

La implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) ha supuesto avances importantes en la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y de los productos de tabaco. Sin embargo, las excepciones en puntos de venta, donde aún es posible la exhibición de productos, y la falta de un empaquetado neutro para los productos de tabaco limitan la efectividad de estas medidas. Por otro lado, la Ley 13/2022 ha dado pasos importantes para regular la creciente publicidad indirecta del tabaco en redes sociales, pero aún persisten riesgos relacionados con la difusión ejercida por *influencers* no incluidos en esta disposición e *influencers* internacionales que operan en países sin regulaciones equivalentes.

Históricamente, la industria tabaquera ha empleado diversas estrategias para influir en las políticas de salud pública destinadas al control del tabaco. Algunas de estas estrategias son las presiones para llegar a acuerdos e influir en procesos políticos, la manipulación de los medios de comunicación, la financiación de la investigación o las contribuciones filantrópicas para crear una imagen pública positiva. Para analizar en qué medida los países firmantes del Convenio Marco se ven afectados por la interferencia de la industria del tabaco, la OMS hace uso del Índice Global del Tabaco. En la última versión de este Índice, España se situó en el puesto 36 entre los 90 países valorados. Esta puntuación refleja un empeoramiento respecto a 2021, cuando España ocupó el puesto 32.

El control del tabaco en España ha progresado notablemente gracias a una articulación eficaz entre las instituciones públicas, las sociedades científicas, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), asociaciones y colectivos de profesionales y una ciudadanía cada vez más activa. Este ecosistema colaborativo ha desempeñado un papel clave tanto en la generación de evidencia como en la promoción de políticas públicas ambiciosas y socialmente legitimadas. La cooperación multisectorial, el compromiso sostenido de la sociedad civil y la incorporación activa de las nuevas generaciones, son clave para afrontar los desafíos actuales y futuros del tabaquismo.

En un contexto donde la mayoría de los países han mejorado los indicadores de tabaquismo, ha surgido un nuevo movimiento o estrategia que se conoce como el *endgame* del tabaco, cuyo objetivo es buscar el final de la epidemia más que su control, reduciendo el porcentaje de fumadores a menos del 5%. Por ejemplo, países de nuestro entorno como Bélgica, Francia, Irlanda, Reino Unido, Holanda, Finlandia, Noruega, Suecia y Eslovenia, han definido objetivos de *endgame* a nivel gubernamental. Algunas de las acciones propuestas están centradas en los productos de tabaco, como la regulación de la concentración de nicotina, con el objetivo de reducir o incluso eliminar la adicción. Además, se incluyen acciones dirigidas a las personas fumadoras, donde destacan las restricciones de venta para personas nacidas a partir de cierto año, lo que se conoce como «Generación libre de tabaco». También medidas centradas en el mercado del tabaco, limitando el número, localizaciones y horario de los establecimientos de venta y aumentando notablemente el precio del producto para hacerlo más inaccesible.

Sin embargo, la alta prevalencia de fumadores en España (22,1% en 2020) está todavía lejos de los objetivos del *endgame*. Para avanzar hacia el final de la epidemia de tabaquismo de manera efectiva es imprescindible un proceso de transición donde se implementen con más intensidad y efectividad las medidas de control del tabaco basadas en el Convenio Marco de la OMS, acompañado de una ordenada fase de divulgación y sensibilización para que la población entienda el significado del *endgame* con el fin de conseguir un gran apoyo social, así como un fuerte consenso político, tal y como se logró en la primera Ley de control del tabaco de 2005.

Políticas de prevención y control del tabaco en España

■ Políticas de control del tabaco en España. 1988-2024

La regulación nacional para el control del tabaco en España se remonta al año 1988, con la promulgación del Real Decreto 192/1988. Este decreto marcó el inicio de las primeras medidas formales para controlar el consumo de tabaco en el país, estableciendo restricciones en la publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco, así como limitaciones en la venta a menores y la prohibición de fumar en ciertos espacios públicos.

Desde entonces, se han ido sucediendo diversas regulaciones que han permitido que España avance de manera significativa en el control del tabaco. En la Figura 1.1 se incluyen las principales regulaciones implementadas en España desde 1988. La adhesión al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005 supuso un hito fundamental en este proceso (1). Este convenio impulsó la implementación de medidas clave, como la creación de espacios sin humo, la regulación estricta de la venta de productos del tabaco, la prohibición de la publicidad y promoción y el establecimiento de advertencias sanitarias gráficas en los envases.

A lo largo de estas dos décadas, España ha adoptado una serie de leyes y decretos que han fortalecido el marco normativo para el control del tabaco. Estas políticas han sido fundamentales para la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco y la protección de la salud pública. No obstante, a pesar de los importantes avances logrados, todavía existen desafíos pendientes, como la regulación de nuevos productos del tabaco, la implementación del empaquetado neutro y la ampliación de los espacios libres de humo en zonas exteriores como terrazas de bares y restaurantes.

Esta cronología ofrece un recorrido detallado por las principales medidas legislativas adoptadas en España desde 1988 hasta 2024, destacando tanto los logros como los retos que aún persisten en el camino hacia un país libre de tabaco.

Primeras regulaciones nacionales. 1988

La regulación nacional para el control del tabaco en España se inició con la Ley 34/1988, que prohibió la publicidad del tabaco en televisión. El mismo año, a través del Real Decreto 192/1988 se establecieron las primeras restricciones de consumo de tabaco en lugares públicos como hospitales o centros educativos (1), aunque la norma permitía aún fumar en aviones y otros medios de transporte, y tuvo un bajo cumplimiento. Estas incipientes medidas legislativas representaron un paso significativo hacia la regulación del consumo de tabaco en el país. Posteriormente, surgió la Ley 22/1999, que prohibió la publicidad televisiva directa e indirecta de cigarrillos y demás productos del tabaco. Otros Decretos como el 1199/1999 y el 1293/1999 regularon el consumo en transportes ferroviarios y marítimos y la fabricación, exportación e importación de productos del tabaco en España, respectivamente (1,2).

Inicio del control del tabaco en España. 2003

Entre 1999 y 2002 existe un total vacío en la regulación del tabaco en España. No es hasta el 2002 que se regula el contenido máximo de nicotina con el Real Decreto 1079/2002. En enero de 2003, el Consejo Interterritorial de Salud aprobó el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo y estableció una agenda integral de prevención entre el Ministerio de Salud y las comunidades autónomas. Además, se facilitó la firma y ratificación del CMCT de la OMS, lo que marcó un avance significativo en las políticas de control del tabaco en España (3).

Participación de la sociedad civil y amenazas iniciales. 2003-2005

Sociedades científicas, como la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y organizaciones, como el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), desempeñaron un papel crucial en la promoción de políticas de control del tabaco. Sin embargo, antes de la aprobación de la Ley 28/2005, la industria tabaquera intentó socavar estas iniciativas promoviendo la «política de acomodación» de espacios ventilados y separados, especialmente en la hostelería, y ejerciendo presiones políticas en la Comunidad de Madrid (4).

Aprobación de la Ley 28/2005 y sus limitaciones

La Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, introdujo restricciones importantes al consumo de tabaco en lugares públicos, pero permitió fumar en bares y restaurantes dependiendo de su tamaño (5), lo que dio como resultado una «ley parcial» (6). Este modelo fue promovido por la industria como el «modelo español» para influir en las políticas en otros países firmantes del CMCT (3,7).

Modificaciones legislativas posteriores. 2006-2010

En 2006, el Real Decreto-ley 2/2006 ajustó los tipos impositivos del impuesto sobre las labores del tabaco. En 2010, la Ley 42/2010 modificó significativamente la Ley 28/2005, eliminando las excepciones y ampliando la prohibición de fumar a todos los espacios públicos y de trabajo cerrados, incluidos bares y restaurantes. También se extendió la prohibición a algunos espacios al aire libre, como parques infantiles, recintos hospitalarios, y centros educativos en los que hubiera presencia de menores (8).

Eurovegas y la presión para modificar la ley. 2010-2013

El proyecto Eurovegas, liderado por Sheldon Adelson, intentó revertir los avances de la Ley 42/2010, que había reforzado las restricciones en espacios cerrados. Adelson exigió excepciones para permitir fumar en hoteles y casinos, generando un amplio debate público y la oposición de sociedades científicas y organizaciones sociales. Finalmente, el proyecto no prosperó por razones económicas, pero representó una amenaza significativa al control del tabaco (9).

Retos emergentes: cigarrillos electrónicos y nuevos productos. 2010-2017

La introducción de los cigarrillos electrónicos en 2010 planteó nuevos desafíos. En 2014, la Directiva 2014/40/UE del Parlamento y el Consejo Europeo reguló su venta y uso en ciertos espacios. En 2017, el Real Decreto 579/2017 reguló aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de productos del tabaco y relacionados, pero excluyendo los cigarrillos electrónicos y productos de tabaco por calentamiento (2).

Transposición de la Directiva Europea sobre Productos del Tabaco (2014/40/UE)

La Directiva 2014/40/UE, aplicable desde 2016, estableció advertencias sanitarias gráficas en los envases de tabaco y reguló los cigarrillos electrónicos. En 2017, el Real Decreto-ley 17/2017 modificó la Ley 28/2005 para transponer esta directiva, introduciendo restricciones adicionales en publicidad, promoción y patrocinio y prohibiendo ventas transfronterizas (2).

Propuesta de empaquetado neutro. 2016

En 2016, la OMS instó a los gobiernos a implementar el empaquetado neutro como parte de las políticas de control del tabaco (10). Aunque algunos países europeos adoptaron esta medida, España ha avanzado lentamente en esta dirección (11).

Modificaciones recientes y Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2021-2025

El Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT) 2021-2025 representa una renovación en la estrategia nacional para el control del tabaco, con un enfoque integral alineado con las recomendaciones de la OMS y la Unión Europea. El Plan establece cinco metas y 21 objetivos, organizados en cuatro ejes: sanitario, normativo, protección del medio ambiente y coordinación. Entre sus objetivos está la reducción de la prevalencia del tabaquismo al 18,4% para 2025 y el impulso de medidas como el empaquetado neutro y la ampliación de espacios libres de humo (12).

En 2024, el Real Decreto 47/2024 modificó el Real Decreto 579/2017, actualizando la normativa sobre fabricación, presentación y comercialización de productos del tabaco, incluyendo regulaciones para nuevos productos emergentes como las bolsas de nicotina y cigarrillos electrónicos sin nicotina (2,13).

Resumen en las políticas de control del tabaco. 1988-2024

Desde la implementación del Real Decreto 192/1988, España ha avanzado significativamente en el control del tabaco mediante una combinación de medidas legislativas y de salud pública. Las políticas se han centrado en la creación de espacios sin humo, la regulación estricta de la publicidad y promoción del tabaco y la imposición

de impuestos especiales. La firma del CMCT en 2005 marcó un hito, alineando las políticas nacionales con las Leyes 28/2005 y 42/2010, aplicando los estándares internacionales.

■ Ley 42/2010 por la que se modifica la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo

Desde que España ratificó el CMCT se han implementado dos leyes de medidas sanitarias frente al tabaquismo. La Ley 28/2005 entró en vigor el 1 de enero de 2006 y prohibía fumar en todos los espacios públicos cerrados con importantes excepciones en el sector de la hostelería (5). En vista de los resultados de las evaluaciones de la Ley 28/2005, se puso de manifiesto que, aunque la Ley había tenido un impacto positivo en la protección frente a la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT), quedaba desprotegida una parte importante del sector de la restauración y la hostelería. Como resultado de las intensas campañas a favor de fortalecer la ley y las demandas de los ciudadanos, entró en vigor el 2 de enero de 2011 la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (8).

La Ley 42/2010 extiende la anterior Ley a todos los espacios públicos cerrados, incluyendo los locales de restauración y hostelería, (bares, cafés, pubs, restaurantes, discoteca y casinos), sin excepción. Además, ha sido la primera vez que se prohíbe fumar en Europa en algunos sitios al aire libre, como parques y lugares de ocio infantil, colegios y recintos hospitalarios (14). Esta nueva normativa también incluye la prohibición de fumar en las terrazas de locales de la hostelería cuando estas tienen toldo y más de dos paramentos, paredes y/o muros laterales (14).

La prioridad de esta norma es proteger al colectivo de menores, retrasando la edad de inicio del consumo, y proteger a los fumadores pasivos, sobre todo a los trabajadores del sector de la hostelería. Como excepción, se puede fumar en las habitaciones que los dueños de hoteles decidan habilitar para ello, con un máximo del 30% del total disponible. También se permite fumar en espacios al aire libre de universidades y centros exclusivamente dedicados a la formación de adultos. Finalmente, se pueden habilitar salas cerradas y zonas exteriores en prisiones y centros psiquiátricos de media y larga estancia y en residencias de mayores y/o personas con discapacidad (8).

■ Transposición de la Directiva 2014/40/EU

La Ley 42/2010, que modificó la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, marcó un hito en las políticas de control del tabaco en España. Desde su implementación, se han producido varios cambios legislativos relevantes, tanto a nivel estatal como autonómico, para reforzar la prevención y el control del consumo de tabaco.

Un cambio significativo fue la transposición de la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y productos relacionados (15). En noviembre del 2017, el Real Decreto-ley 17/2017 modificó la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo. Esta directiva introdujo importantes novedades:

- Se aumentó el tamaño de las advertencias sanitarias en los envases de productos del tabaco, ocupando ahora el 65% de las superficies anterior y posterior.
- Se prohibieron los cigarrillos y el tabaco de liar con aromas característicos, como el mentol.
- Se establecieron normas específicas para la fabricación, presentación y venta de cigarrillos electrónicos y envases de recarga.
- Se implementó un sistema de seguimiento y trazabilidad para combatir el comercio ilícito de productos del tabaco.

■ Desarrollo normativo en algunas comunidades autónomas

Las comunidades autónomas y los municipios tienen atribuidas, y ejercen, competencias en materia de salud pública. A nivel autonómico, diversas comunidades han desarrollado normativas específicas de prevención y control del tabaco para reforzar el marco legislativo nacional y adaptarlo a sus contextos particulares. Si bien la Ley 28/2005, modificada por la Ley 42/2010, se implementa y debe cumplirse en todo el Estado Español, las comunidades autónomas tienen la competencia para desarrollar y ampliar estas medidas dentro de sus territorios. Entre las intervenciones que se han hecho a nivel autonómico se incluyen la ampliación de espacios libres de humo. Por ejemplo, la Generalitat Valenciana, la Junta de Andalucía, Cataluña o las Islas Baleares

han promovido la adhesión de municipios a la red de «playas sin humo» y ya se prohíbe fumar en algunas playas de estas comunidades. En País Vasco, además de playas, también se prohíbe fumar alrededor de centros escolares. En Galicia, la Ley 7/2021, de 17 de febrero, de museos y otros centros museísticos de Galicia, prohibió fumar en las inmediaciones de museos y centros culturales. Otras intervenciones han ido dirigidas a regular el uso de dispositivos de vapeo en espacios públicos o a financiar los tratamientos para dejar de fumar:

■ Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT) 2024-2027

El PIT 2024-2027, aprobado por el Consejo de ministros el 30 de abril de 2024, surge como una respuesta urgente a la necesidad de actualizar y fortalecer las medidas de prevención y control del tabaco en España (16). La iniciativa se desarrolla tras más de una década desde la última modificación sustancial de la Ley 28/2005, que posicionó a España como líder europeo en medidas antitabaco. El Ministerio de Sanidad, reconociendo la urgencia de revitalizar las acciones contra el tabaquismo, ha impulsado este Plan con el objetivo de alinear la política española con los estándares y recomendaciones actuales de la Unión Europea y la OMS.

Entre las principales motivaciones del Plan, están la situación epidemiológica actual y los datos de prevalencia de consumo de tabaco, la preocupación por las nuevas formas de consumo, especialmente entre la población joven, avanzar en las políticas de prevención y control del tabaco y que España vuelva a estar a la vanguardia en la aplicación de estas medidas y cumplir con las metas y compromisos establecidos a nivel europeo e internacional.

El PIT 2024-2027 se ha elaborado con un enfoque colaborativo, involucrando a comunidades autónomas, sociedades científicas del ámbito sanitario, organizaciones y asociaciones que trabajan frente al tabaquismo, otros departamentos ministeriales como el Ministerio de Hacienda y la propia ciudadanía. Esta amplia participación refleja el alto grado de consenso existente en la sociedad española sobre la necesidad de medidas más contundentes y eficaces contra el tabaquismo.

El Plan supone un cambio de las políticas de tabaco, integrando todos los elementos del tabaquismo: prevenir que las personas empiecen a fumar, ayudar a los fumadores y proteger a los no fumadores. Implica una combinación de medidas legislativas, de concienciación y sanitarias. Asimismo, el Plan establece un objetivo ambicioso:

lograr una «Generación libre de tabaco» para 2040, en consonancia con las metas europeas y de la OMS. Para alcanzar este objetivo general, el PIT define cinco metas principales y 23 objetivos específicos:

1. Prevenir el inicio del consumo de tabaco y productos relacionados.
2. Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar ayuda para dejar de fumar.
3. Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados, y reducir la huella ecológica.
4. Promover la investigación aplicada y la monitorización en el control del tabaco.
5. Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas.

Entre las líneas de actuación más relevantes se incluyen:

- Modificaciones legislativas: Ley 28/2005 y Real Decreto 579/2017.
- Ampliación de espacios sin humo.
- Empaquetado neutro.
- Reforzar la regulación de productos emergentes, especialmente cigarrillos electrónicos.
- Potenciar las medidas fiscales que contribuyan a desincentivar el consumo de tabaco o productos relacionados.
- Actuaciones para ayudar a la cesación tabáquica.
- Reforzar la vigilancia y el control del cumplimiento de la normativa vigente.
- Campañas de sensibilización.
- Reforzar la coordinación entre instituciones.
- Promover la investigación en tabaquismo.

■ Situación de España en relación con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

A pesar de estos avances, el tabaquismo sigue siendo la principal causa evitable de muerte en España. La prevalencia de consumo ha disminuido del 44% al 25,9% en hombres y del 20,8% al 18,5% en mujeres entre 1993 y 2020 (17). Sin embargo, la aparición de nuevos productos del tabaco, la interferencia de la industria y la necesidad de regulación más estricta en ciertos ámbitos, representan desafíos continuos. La implementación de medidas como el empaquetado neutro, la regulación de productos emergentes y la ampliación de espacios libres de humo serán clave para avanzar hacia un país libre de tabaco.

En la última década, el desarrollo de políticas de control del tabaco ha sufrido un estancamiento. La falta de nuevas medidas y el cumplimiento desigual de las leyes existentes han conllevado un retroceso en el liderazgo que España había alcanzado en Europa. Tanto la herramienta *Tobacco Control Scale* (TCS) como la MPOWER de la OMS permiten identificar de manera sistemática los puntos fuertes y débiles del modelo español.

La TCS, que se realiza periódicamente desde el 2006 (18), indica en su último informe del 2021 que España ocupa el puesto número 11 del total de 37 países europeos incluidos, con una puntuación total de 58 sobre 100 (17). Aunque obtiene una valoración alta en cuanto a espacios sin humo (21 de 22 puntos posibles), su puntuación en otras áreas clave es baja: 12 de 30 en precio, 1 de 10 en presupuesto y 5 de 10 en advertencias sanitarias.

Por su parte, la herramienta MPOWER de la OMS (19), que resume las prioridades del CMCT, indica en su informe del 2023 (18,20) que en cuanto a «Proteger» (*Protect*), España presenta un desempeño muy sólido, reflejo de las leyes que garantizan espacios 100% libres de humo en interiores, incluidos bares y restaurantes. También ha habido progresos en «Ofrecer ayuda para dejar de fumar» (*Offer*), especialmente desde que en 2020 se inició la financiación pública de algunos tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica. No obstante, persisten retos estructurales importantes en otras áreas del marco MPOWER. La vigilancia sistemática del consumo de tabaco y la influencia de la industria (*Monitor*) siguen siendo limitadas, con una ausencia de sistemas de información estables y transparentes. En cuanto a «Advertir» (*Warn*), si bien existen advertencias gráficas en los paquetes, España aún no ha implementado el empaquetado neutro, medida altamente efectiva para reducir la

prevalencia de consumo de tabaco a nivel población, según la OMS. La dimensión de «Hacer cumplir prohibiciones de publicidad» (*Enforce*) muestra brechas, ya que, aunque la publicidad directa está prohibida, persisten formas indirectas y falta una legislación que regule de forma estricta todos los canales, incluyendo los puntos de venta. Finalmente, el componente «Aumentar impuestos» (*Raise*), considerado por la OMS como la medida más coste-efectiva, es precisamente uno de los puntos más débiles en el caso español, con una década sin incrementos fiscales significativos sobre los productos del tabaco.

En resumen, ambas herramientas reflejan la falta de incremento en los impuestos al tabaco durante los últimos diez años, la inversión pública insuficiente en campañas de prevención y la no adopción del empaquetado neutro, una de las medidas más eficaces recomendadas por la OMS.

El reciente PIT, promovido por el Ministerio de Sanidad, representa una oportunidad relevante para retomar el liderazgo perdido. El Plan incluye propuestas ambiciosas como la introducción del empaquetado neutro, la ampliación de los espacios exteriores libres de humo y el fortalecimiento de los servicios de ayuda para dejar de fumar. También contempla, por primera vez de forma explícita, la necesidad de una coordinación interministerial para garantizar su implementación efectiva, dado que algunas de las medidas más importantes, como el aumento de impuestos o la reconversión del cultivo de tabaco, no dependen exclusivamente del Ministerio de Sanidad.

Sin embargo, este Plan aún no ha sido desarrollado ni cuenta con un calendario vinculante. La experiencia previa —como la del Plan Nacional de 2003, que se quedó en una mera declaración de intenciones— pone de manifiesto la importancia de establecer una hoja de ruta clara y una firme voluntad política para garantizar la transformación de las propuestas en medidas legislativas efectivas.

Si bien España ha mostrado un compromiso temprano con el CMCT y ha alcanzado logros significativos en regulación de espacios sin humo y apoyo a la cesación, el país enfrenta actualmente una etapa de estancamiento. Para avanzar, resulta urgente aumentar la inversión pública en prevención, adoptar medidas fiscales más estrictas y establecer mecanismos eficaces para frenar la interferencia de la industria tabaquera en la formulación de políticas. Solo así será posible cumplir con los compromisos asumidos en el marco del CMCT y reducir la carga que el tabaco continúa representando para la salud pública en España.

■ Algunas amenazas al control del tabaco en España

A pesar de todo lo que se ha avanzado en políticas de prevención y control del tabaco existen diferentes amenazas que dificultan el progreso hacia el *endgame* (o fin de la epidemia).

Este concepto, que se refiere a estrategias y políticas orientadas a eliminar de forma definitiva el consumo de tabaco en la sociedad, va más allá del control tradicional buscando reducir la prevalencia a niveles cercanos a cero. Implica medidas innovadoras, como eliminar la venta comercial o limitar el contenido de nicotina. El objetivo es una generación libre de tabaco y un futuro sin enfermedades relacionadas.

La industria del tabaco usa su influencia económica y política para oponerse a los esfuerzos de control del tabaco. En relación con esto, la industria tabaquera ha mostrado una fuerte oposición a medidas como el empaquetado neutro, argumentando que podrían aumentar el contrabando y afectar negativamente a la economía nacional. Estas afirmaciones buscan influir en la opinión pública y en los responsables políticos para frenar la implementación de nuevas normativas e intervenciones para frenar la epidemia de tabaquismo.

Otra amenaza serían los nuevos productos del tabaco. La equiparación regulatoria de cigarrillos electrónicos y bolsas de nicotina al tabaco tradicional, propuesta en el PIT 2024-2027, ha generado controversia (16). La falta de consenso en este ámbito puede obstaculizar la implementación de estrategias efectivas.

Para poder avanzar en políticas de control del tabaco también es fundamental superar las resistencias de la industria y que exista consenso político y social. Aunque el PIT 2024-2027 fue aprobado con el respaldo de todas las comunidades autónomas, inicialmente hubo discrepancias sobre su implementación. Algunas comunidades autónomas expresaron preocupaciones respecto a la ampliación de espacios libres de humo. Por ejemplo, se ha manifestado la necesidad de ampliar la prohibición de fumar a la totalidad de las terrazas de bares y restaurantes. Sin embargo, hubo argumentos en contra de esta prohibición, ya que el sector hostelero y la industria del tabaco alegan que podría afectar negativamente a la hostelería.

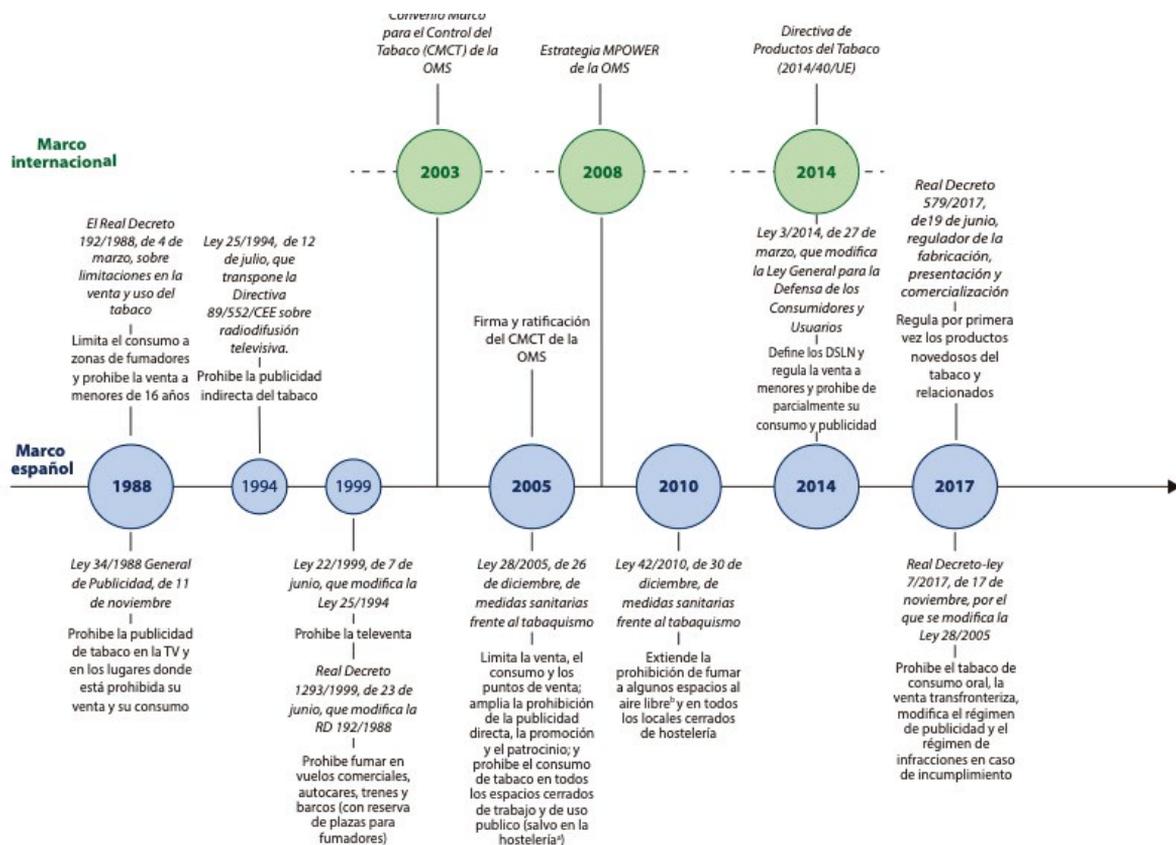
■ Conclusiones

Desde que se puso en marcha el Real Decreto 192/1988, en España se han implementado una serie de regulaciones que han permitido avanzar en la prevención y control del tabaco.

La entrada de la Ley 42/2010 en el 2011, que modificó la Ley 28/2005, supuso un hito importante en el control del tabaco en España al prohibir el consumo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo sin excepción. Esta Ley ha demostrado ser una de las intervenciones de salud pública más efectivas en España, logrando una transformación social en la percepción y hábitos relacionados con el consumo de tabaco y la exposición al HAT. Sin embargo, desde la entrada en vigor de la Ley 42/2010, han tenido lugar pocos avances en materia de control del tabaco. En noviembre del 2017, se aprobó el Real Decreto-ley 17/2017 para transponer la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo. La situación epidemiológica actual en España y los datos de prevalencia de consumo de tabaco y exposición al HAT, o el consumo de nuevas formas de tabaco, especialmente entre la gente joven, ponen en evidencia que se necesita seguir avanzando en las políticas de prevención y control del tabaco. Es por ello que, en el año 2024, se aprueba el PIT 2024-2027. Estos avances son necesarios para cumplir con las metas y compromisos establecidos a nivel europeo e internacional.

La experiencia de estos años en avances en el control del tabaco en España pone de manifiesto que las políticas de salud pública sustentadas en la evidencia científica y con amplio consenso político, pueden lograr avances en la reducción del principal factor de riesgo evitable para la salud, constituyendo un modelo de intervención efectiva que debe ser continuado y reforzado para seguir avanzando en el control del tabaco en España.

Figura I.I. Cronología de la legislación de control del tabaco en el marco español e internacional.



a) La prohibición de fumar en los locales cerrados de uso público excluye los locales de hostelería (bares, cafés, pubs, restaurantes, discotecas y casinos), al permitir que se habiliten áreas para fumadores si su superficie es igual o superior a 100 m² y, en caso de ser <100 m², el propietario está en disposición de decidir si permite o no fumar:

b) La prohibición de fumar se extiende a algunos espacios al aire libre, que son los recintos de los parques infantiles y las áreas de juegos para la infancia, los centros docentes y formativos dedicados a menores de 18 años y los recintos de los centros sanitarios.

RD: Real Decreto; DSLN: Dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

Fuente: Feliu, et.al, 2022 (20).

■ Bibliografía

1. Ministerio para las Administraciones Públicas. Clasificación provisional de la Secretaría de las comarcas. 1988.
2. Ministerio de Sanidad. Legislación para el Control del Tabaco España. 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/legislacion.htm>
3. Lopez MJ, Nebot M, Schiaffino A, et al. Two-year impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke: evidence of the failure of the "Spanish model." *Tob Control*. 2012;21(4):407–11.
4. Muggli ME, Lockhart NJ, Ebbert JO, et al. Legislating tolerance: Spain's national public smoking law. *Tob Control*. 2010;19(1):24–30.
5. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/12/27/pdfs/A42241-42250.pdf>
6. Villalbí JR. Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(6):805–20.
7. Schneider NK, Sebríé EM, Fernández E. The so-called "Spanish model" - Tobacco industry strategies and its impact in Europe and Latin America. *BMC Public Health*. 2011;11.
8. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>
9. Guardian T. Spain warned it could lose Eurovegas unless it allows smoking in casinos. Vol. 2013. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2013/sep/18/spain-warned-eurovegas-smoking-casinos>
10. Vardavas CI, Kyriakos CN, Driezen P, et al. Awareness and correlates of noticing changes to cigarette packaging design after implementation of the European Tobacco Products Directive: findings from the EUREST-PLUS ITC European Surveys. *Eur J Public Health*. 2020;30:III98–107.

11. Vardavas C, Filippidis FT, Ward B, et al. Plain packaging of tobacco products in the European Union: An EU success story? *Eur Respir J*. 2017 Nov 22;50(5):1701232.
12. Córdoba García R. About the New Comprehensive Tobacco Control Plan. *Aten Primaria*. 2022 Feb;54(2):102290.
13. Instituto Nacional de Estadística. Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda). 2021. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
14. Schneider NK, Sebríe EM, Fernández E. The so-called "Spanish model" - tobacco industry strategies and its impact in Europe and Latin America. *BMC Public Health*. 2011;11:907.
15. Unión Europea. Directiva (UE) 2014/40/ del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE. 2014. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2014-80847>
16. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027. 2024. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/planIntegralPrevencionyControlTabaquismo\(PIT\)2024_2027.htm](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/planIntegralPrevencionyControlTabaquismo(PIT)2024_2027.htm).
17. Leagues C, Joossens L, Olefir L, et al. The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. 2022. Disponible en: <https://tobaccocontrolscale.org/>
18. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tob Control*. 2006;15(3):247-53.
19. Organización Mundial de la Salud. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023. Protect people from tobacco smoke fresh and alive. Executive summary. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/book-orders>
20. Feliu A, Martínez C, Fernández E. Luces y sombras para la salud pública: análisis crítico de la legislación sobre el tabaco en España. *Gac Sanit*. 2022;36(1):48-52.

El movimiento profesional y ciudadano para la prevención y control del tabaco en España

■ Sociedades científicas y organizaciones no gubernamentales en el control del tabaco

El control del tabaco no puede abordarse únicamente como una responsabilidad gubernamental o del sistema sanitario. A lo largo de las últimas décadas, un tejido diverso y dinámico de actores sociales, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales (ONGs), plataformas ciudadanas y colectivos y asociaciones de profesionales, ha desempeñado un papel fundamental en la configuración de las políticas públicas sobre tabaco, en la vigilancia de su cumplimiento y en la transformación del imaginario social en torno a su consumo. Esta movilización colectiva ha sido esencial para contrarrestar la influencia de la industria tabaquera y avanzar en los objetivos del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), que reconoce expresamente la importancia de la sociedad civil y de los profesionales sanitarios como impulsores del cambio.

En este contexto, las sociedades científicas y profesionales han desempeñado un papel técnico y académico crucial. Entre ellas destaca la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), particularmente activa a través de su Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo. Este grupo ha liderado la elaboración de varias monografías clave en la evaluación del impacto de las políticas españolas para la prevención y control del tabaco. La primera de ellas, «Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaco» publicada en 2009 (1), y la segunda, «Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España» publicada en 2017 (2). Ambas con la colaboración del Ministerio de Sanidad, constituyen un análisis riguroso de la Ley 28/2005 y su posterior modificación, la Ley 42/2010, tanto en términos normativos como de salud pública (1,2). La tercera monografía la conforma este trabajo, en el que se profundiza en la evolución de las políticas de control del tabaco en nuestro país desde la aplicación de las medidas del CMCT, aportando recomendaciones para avanzar

en un marco de políticas de prevención y control más ambicioso. Estas publicaciones han servido de referencia tanto para responsables políticos como para entidades sociales comprometidas con la prevención.

Otras sociedades, como la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) o la Sociedad Española de Expertos en Tabaco (SEDET), han impulsado la formación continuada de profesionales sanitarios, la difusión de evidencia científica y la participación en procesos de incidencia política (*advocacy*). Desde un enfoque clínico y comunitario, han contribuido a integrar la prevención y el tratamiento del tabaco en la práctica asistencial.

Por su parte, las ONGs han sido igualmente determinantes en el control del tabaco. Las ONGs son fundamentales para romper la asimetría de poder entre los intereses de salud pública y los de la industria tabaquera (3), ya que actúan como intermediarias entre el conocimiento técnico y la acción política, traduciéndolos en campañas, movilización social y presión sobre las autoridades. En el caso español, organizaciones como Nofumadores.org han liderado la defensa del derecho a respirar aire sin humo, impulsando iniciativas legislativas y participando en redes europeas como la *European Network of Smoke free Prevention* (ENSP). Este papel de defensa activa ha sido reconocido incluso por la OMS, que concedió a esta entidad el Premio del Día Mundial sin Tabaco en 2022. Otra organización altamente activa en el control del tabaco ha sido la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), que trabaja alineadamente con el resto de las ligas del cáncer con una fuerte determinación en reducir el primer factor de riesgo evitable del cáncer, el tabaco.

Una estructura especialmente relevante es el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), que agrupa a más de 35 sociedades miembros (entre ellas la SEE) y siete entidades colaboradoras. Su capacidad de generar posicionamientos consensuados, actuar como interlocutor ante las autoridades sanitarias y promover campañas de sensibilización lo sitúa como un actor clave en el avance normativo del país (ver apartado *Declaración de Madrid*) (4).

La participación de la sociedad civil, en sentido amplio, es otro de los factores clave para el éxito de las políticas de control del tabaco. Los movimientos ciudadanos — organizados o espontáneos— aportan legitimidad social, amplifican el alcance de las medidas y pueden desempeñar un papel central en la implementación efectiva de la legislación (5). En España, experiencias como «Porqué nosotros sí» (XQNS), nacida como «Porque nosotros no» como respuesta a las excepciones de la Ley 28/2005,

ilustran cómo la presión social puede influir en decisiones políticas y corregir vacíos legislativos. Estas expresiones de la sociedad civil han conseguido situar el derecho a la salud como una prioridad pública, contribuyendo a cambiar actitudes sociales y generando un entorno más favorable para la adopción de medidas de salud pública.

A nivel internacional, entidades como *Action on Smoking and Health USA (ASH)*, *Truth Initiative* o *Smoke Free Partnership*, junto con iniciativas como los Simposios internacionales organizados por el Instituto Catalán de Oncología (centro colaborador de la OMS para el control del tabaco), han aportado marcos estratégicos, espacios de debate y modelos de buenas prácticas que han influido directamente en la acción local.

La cooperación multisectorial y la movilización social son esenciales para contrarrestar la influencia de la industria tabaquera y avanzar en medidas eficaces, como los espacios sin humo, la fiscalidad, la cesación y el empaquetado neutro. A este respecto, las sociedades científicas españolas —como la SEE, SEPAR o SEDET— han asumido un liderazgo técnico fundamental, mientras que entidades como el CNPT o Nofumadores.org han ejercido una función clave de presión social y política, en línea con el «Código de prácticas para organizaciones de profesionales de la salud» promovido por la OMS. Este entramado colaborativo ha logrado posicionar el control del tabaco como una prioridad en la agenda pública española, generando avances significativos en legislación, prácticas clínicas y transformación del imaginario colectivo.

En conjunto, la acción coordinada de sociedades científicas, ONGs y ciudadanía organizada ha permitido legitimar, sostener y ampliar las políticas de control del tabaco en España. Esta arquitectura de cooperación representa un modelo eficaz para enfrentar los retos actuales y futuros que plantea la industria del tabaco, y para garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en el marco del CMCT.

■ **Despliegue de intervenciones a nivel territorial y comunitario: hospitales, escuelas, playas y sociedad civil**

En el marco de las políticas de control del tabaco, la descentralización del sistema sanitario en España ha permitido a las comunidades autónomas (CC.AA.) desarrollar iniciativas propias que complementan la legislación estatal. Entre estas intervenciones destacan las acciones orientadas a la creación de entornos completamente libres de

humo en espacios clave para la salud pública: centros sanitarios, centros educativos y espacios abiertos como las playas. Estas medidas, aunque en algunos casos ya están contempladas en la normativa estatal (como en hospitales y centros escolares), se han consolidado como estrategias eficaces de prevención y desnormalización del consumo de tabaco.

Hospitales sin humo: coherencia sanitaria y liderazgo institucional

Los entornos sanitarios han sido tradicionalmente espacios clave para la desnormalización del tabaco. En este contexto, los hospitales asumen un papel ejemplar ante la sociedad (6). La Red Global de Centros Sanitarios sin Humo (*Global Network for Tobacco-Free Healthcare Services*, GNTH) ha sido un referente internacional en la promoción de espacios libres de humo, inspirando la creación de redes autonómicas en Cataluña, Galicia, Comunidad de Madrid, Andalucía y Comunidad Valenciana, entre otras. Esta iniciativa va más allá de garantizar espacios interiores y exteriores sin humo: promueve una cultura institucional activa de prevención y tratamiento del tabaco. El personal sanitario adopta un rol proactivo y ejemplar (6,7) y se impulsa la formación continua para realizar intervenciones breves y acompañar a las personas fumadoras, tanto en hospitales como en atención primaria. Estas acciones se integran progresivamente en la práctica clínica, reforzando un enfoque asistencial coherente con la promoción de la salud.

Los centros adheridos se comprometen a implementar estándares estructurados que incluyen señalización visible, programas de formación, recursos para la cesación tabáquica y campañas de sensibilización dirigidas a pacientes, familiares y visitantes. El objetivo es no solo reducir el consumo de tabaco, sino posicionar a los centros sanitarios como agentes de cambio social.

Actualmente, más de 150 centros sanitarios en España forman parte de esta estrategia, con especial implantación en comunidades como Cataluña, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Galicia y Andalucía. Su labor contribuye no solo a reforzar el mensaje de que el tabaco es una amenaza prevenible para la salud, sino también a ofrecer entornos seguros y coherentes para los pacientes más vulnerables, como personas con enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cáncer u otras patologías crónicas agravadas por el tabaco.

Clases sin humo: prevención en el entorno escolar

El programa «Clases sin Humo» es una iniciativa de prevención primaria dirigida a alumnado de 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria (12 a 14 años), cuyo objetivo es retrasar o evitar el inicio en el consumo de tabaco y productos relacionados. Inspirado en campañas europeas como «*Smoke-free class*», su implantación en España ha sido progresiva y depende de las políticas de promoción de salud escolar de cada comunidad autónoma.

Actualmente, está activo en comunidades como Cataluña, Galicia, Aragón, Castilla-La Mancha, Canarias e Islas Baleares. Las consejerías de salud o educación lo impulsan con diferentes grados de desarrollo, financiación y coordinación. Los centros educativos participantes se comprometen a promover estilos de vida saludables, desarrollar actividades de sensibilización y mantener la abstinencia del tabaco en sus aulas durante varios meses. El programa emplea dinámicas participativas y refuerza la cohesión grupal como herramienta preventiva. Las evaluaciones disponibles han mostrado resultados positivos, como la reducción de la intención de fumar y el aumento del rechazo social al tabaco entre adolescentes (8).

En este ámbito de la prevención, destaca también el Proyecto Zero, iniciativa juvenil impulsada por la Fundación Lo Que De Verdad Importa, con el apoyo de la AECC, que tiene como objetivo lograr la primera generación libre de tabaco en España para 2030. El proyecto forma a 60 jóvenes de entre 15 y 21 años como líderes del movimiento antitabaco, proporcionándoles herramientas en liderazgo, innovación y comunicación. Los participantes, seleccionados por su motivación y capacidad de movilización, diseñan estrategias de sensibilización, desarrollan propuestas de incidencia político-ciudadana y promueven acciones para implicar a otros jóvenes, instituciones y agentes sociales. El enfoque del proyecto se basa en tres ejes: cero consumo, cero exposición y cero manipulación por parte de la industria tabaquera.

Proyecto Zero representa un modelo innovador de prevención que sitúa a los jóvenes como protagonistas del cambio, alineado con los principios del artículo 12 del CMCT y con los componentes W «advertir» (*Warn*) y P «proteger» (*Protect*) de la estrategia MPOWER de la OMS. Este modelo fortalece el papel de la sociedad civil en la lucha contra el tabaco desde una perspectiva participativa y generacional.

Campus universitarios sin humo

La iniciativa «Campus sin Humo» tiene como objetivo convertir las universidades en espacios libres de humo de tabaco y de nuevos productos como los cigarrillos electrónicos. Esta estrategia busca proteger la salud de la comunidad universitaria, prevenir el inicio del consumo y fomentar la cesación, alineándose con las recomendaciones internacionales de la OMS. En España, la iniciativa está siendo impulsada por un número creciente de universidades, con el apoyo de la Red Española de Universidades Promotoras de Salud (REUPS), que coordina acciones para integrar la promoción de la salud en todos los ámbitos universitarios. Además, la AECC colabora activamente ofreciendo apoyo técnico, materiales de sensibilización, señalización de espacios sin humo y programas de ayuda para dejar de fumar. Juntas, estas entidades promueven un cambio cultural hacia entornos universitarios más saludables, sostenibles y comprometidos con el bienestar de toda la comunidad.

Playas sin humo: protección en espacios naturales

La iniciativa «Playas sin Humo», impulsada en parte por campañas ciudadanas como la de Nofumadores.org, ha ganado popularidad como estrategia para proteger tanto a la población como el medioambiente. En ausencia de una legislación estatal que prohíba fumar en estos espacios, su implementación depende de las CC. AA., diputaciones y ayuntamientos, en virtud de sus competencias en ordenación del territorio y medioambiente.

El despliegue territorial es heterogéneo: Galicia fue pionera con la creación de una red autonómica de playas sin humo; Canarias, Islas Baleares, Comunidad Valenciana, Región de Murcia, Cataluña y Andalucía cuentan con múltiples municipios adheridos. En muchos casos, se trata de prohibiciones voluntarias, simbólicas o señalizadas sin régimen sancionador, aunque algunas regiones están empezando a incorporar restricciones más formales, como la Ley de residuos y suelos contaminados para una economía circular (Ley 7/2022), que permite a los municipios regular el consumo de tabaco por razones medioambientales.

Estas medidas no solo buscan evitar la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT), sino también reducir la contaminación por colillas, uno de los residuos más abundantes y dañinos en entornos naturales. Además, cuentan con una alta aceptación ciudadana, especialmente entre familias con menores y en sectores turísticos que desean proyectar una imagen saludable y sostenible (9).

Declaración de Madrid

La Declaración de Madrid por la Salud y para el Avance de la Regulación del Tabaco en España es un documento elaborado por el CNPT y con el apoyo de numerosas organizaciones científicas, sanitarias y sociales españolas sensibilizadas con la necesidad de avanzar en las políticas para la prevención y control del tabaco España. Fue publicada inicialmente el 16 de junio de 2018 y actualizada el 21 de enero de 2019. Esta Declaración es un llamamiento a los poderes públicos españoles para que adopten una serie de medidas urgentes dirigidas a reducir el consumo de tabaco en el país. Reconoce los avances logrados con las Leyes de medidas sanitarias de 2005 y 2010 (Ley 28/2005 y Ley 42/2010), que han contribuido a la disminución de la exposición al HAT, la desnormalización del consumo y una mejora notable de la salud de la población. Sin embargo, subraya que el consumo de tabaco sigue siendo el principal problema de salud pública en España, causando más de 50.000 muertes anuales y afectando especialmente a los grupos sociales más desfavorecidos.

La Declaración propone una serie de medidas específicas, basadas en la evidencia científica y en las recomendaciones del CMCT de la OMS, agrupadas en torno a varios artículos clave del convenio:

- **Fiscalidad:** equiparar al alza la fiscalidad de todos los productos del tabaco y de los productos relacionados con el tabaco que contengan nicotina, así como incrementar la presión fiscal para disminuir su accesibilidad, especialmente entre los menores.
- **Espacios libres de humo:** exigir el cumplimiento de la legislación vigente en lugares públicos cerrados y cuasi-cerrados, ampliar la regulación a todos los productos relacionados (cigarrillos electrónicos y productos a base de hierbas para fumar), prohibir fumar en vehículos, ampliar los espacios libres de humo en lugares al aire libre y promover los hogares libres de humo.
- **Empaquetado neutro:** introducir el empaquetado neutro para disminuir el atractivo de los productos, especialmente para los jóvenes, y aumentar la percepción de riesgo.
- **Concienciación y educación:** realizar campañas de concienciación segmentadas para mejorar la percepción del riesgo del consumo de tabaco.
- **Tratamientos de deshabituación:** facilitar el acceso de la población fumadora

- a profesionales sanitarios entrenados en el abordaje del consumo de tabaco y financiar intervenciones eficaces y seguras para el tratamiento del tabaco.
- Publicidad, promoción y patrocinio: reforzar y equiparar la regulación sobre publicidad, promoción y patrocinio a todos los productos del tabaco y relacionados, incluyendo los dispositivos de consumo, y eliminar la publicidad en los puntos de venta.
 - Venta a menores: reforzar la prohibición de venta a menores, incluyendo los productos distribuidos por Internet.

La Declaración de Madrid es en sí misma una declaración de intenciones y una propuesta de hoja de ruta, más que una medida implementada directamente. Su impacto principal reside en influir en la agenda política y social, generando conciencia sobre la necesidad de avanzar en el control del tabaco en España. Al ser firmada por numerosas organizaciones relevantes, busca ejercer presión sobre los poderes públicos para que adopten las medidas propuestas. El documento se basa en la premisa de que la aplicación de estas medidas, tal y como ha ocurrido en otros países, contribuirá decisivamente a reducir el consumo de tabaco (10).

■ Conclusiones

El control del tabaco en España ha progresado notablemente gracias a una articulación eficaz entre las instituciones públicas, las sociedades científicas, las ONGs, asociaciones y colectivos de profesionales y una ciudadanía cada vez más activa. Este ecosistema colaborativo ha desempeñado un papel clave tanto en la generación de evidencia como en la promoción de políticas públicas ambiciosas y socialmente legitimadas.

Iniciativas como la Red Global de Centros Sanitarios sin Humo, el programa «Clases sin Humo» o la extensión de las playas libres de tabaco, evidencian la capacidad de las CC. AA. para innovar y adaptar las estrategias de prevención a sus contextos territoriales. Al mismo tiempo, plataformas como el CNPT o entidades como Nofumadores.org han fortalecido la incidencia política y la movilización social, contribuyendo a un entorno normativo cada vez más exigente con respecto a la regulación del tabaco.

En este panorama, emergen también nuevas formas de participación, como el movimiento juvenil Proyecto Zero, que aspira a lograr la primera generación libre de humo en España. Esta iniciativa, centrada en el liderazgo joven y la movilización social, representa una renovada vía de implicación ciudadana, plenamente alineada con los principios del CMCT y con un enfoque transformador y sostenible.

También destaca el liderazgo institucional en hospitales, el compromiso docente en escuelas y universidades, y la demanda ciudadana en espacios abiertos, que demuestran una creciente capacidad de los territorios para asumir un rol protagonista en la prevención del tabaco. Estas experiencias fortalecen la aplicación de la normativa vigente y contribuyen activamente a la desnormalización del consumo de tabaco en la vida cotidiana, reforzando los principios del artículo 8 del CMCT y el componente «Proteger» de la estrategia MPOWER.

Finalmente, la Declaración de Madrid sintetiza estas aspiraciones colectivas y ofrece una hoja de ruta para profundizar en la agenda del control del tabaco, con medidas basadas en el CMCT. En conjunto, el caso español demuestra que la cooperación multisectorial, el compromiso sostenido de la sociedad civil, y la incorporación activa de las nuevas generaciones son clave para afrontar los desafíos actuales y futuros del tabaco.

■ Bibliografía

1. Nebot M, Ariza C, Fu M, et al. Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Barcelona: Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010): revisión de la evidencia. 2017. Disponible en: <https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/V9.0%20-%20Libro%20Tabaquismo%202017%20-%20Abierto%20Final.pdf>
3. Mamudu HM, Gonzalez ME, Glantz S. The nature, scope, and development of the global tobacco control epistemic community. *Am J Public Health.* 2011;101(11):2044-54.

4. Fernandez E, Villalbi JR, Cordoba R. Lessons learned from tobacco control in Spain. *Salud Publica Mex.* 2006;48 Suppl 1:S148-54.
5. Malinowska-Sempruch K, Bonnell R, Hoover J. Civil society-A leader in HIV prevention and tobacco control. *Drug Alcohol Rev.* 2006;25(6):625-32.
6. Martinez C. Barriers and challenges of implementing tobacco control policies in hospitals: applying the institutional analysis and development framework to the Catalan Network of Smoke-Free Hospitals. *Policy Polit Nurs Pract.* 2009;10(3):224-32.
7. Fu M, Castellano Y, Feliu A, et al. Compliance with the smoke-free policy in hospitals in Spain: the patients' perspective. *European Journal of Cancer Prevention.* 2022:1-8.
8. Leiva A, Estela A, Torrent M, et al. Effectiveness of a complex intervention in reducing the prevalence of smoking among adolescents: study design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2014; 14:373.
9. Valmayor S, González K, López MJ, et al. Evaluation of a smoke-free beaches intervention in Barcelona: a quasi-experimental study. *Tob Control.* 2024;33:820-24.
10. Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España. Adoptada y proclamada por la Conferencia Internacional de Control del Tabaco ENSP-CNPT. Madrid, 16 de junio de 2018. Disponible en: <https://cnpt.es/wp-content/uploads/2025/03/declaracion-madrid-2018.pdf>

Consumo de tabaco

Con la adopción en 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos países han implementado cambios legislativos orientados a disminuir la prevalencia de consumo de tabaco. Si bien, un análisis del impacto global muestra que el descenso en el consumo *per cápita* de cigarrillos que se venía observando desde antes de la implementación del CMCT no se ha acelerado tras la adopción de este (1).

Diferentes estudios que valoran el impacto a nivel global de la implementación del CMCT reflexionan sobre cómo el grado de desarrollo de las políticas de prevención y control, junto con diferencias en la interferencia de la industria del tabaco, condicionan el impacto de las leyes internacionales a nivel poblacional. Así, las políticas integrales de control del tabaco serían más efectivas si se aplicasen en un país al nivel más restrictivo (2). Monitorizar los indicadores de consumo, junto con limitar las zonas donde se puede fumar, aumentar los impuestos y la edad a partir de la cual se puede comprar tabaco, prohibir la publicidad o las advertencias sanitarias, son algunas medidas que si se aplican simultáneamente podrán impactar de forma positiva en la prevalencia de consumo (3).

España en 2005, además de ratificar el CMCT, implementó la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (4); y en 2010, la Ley 42/2010 por la que se modifica la Ley 28/2005 (5). Ambas tuvieron entre sus objetivos la disminución de la prevalencia de consumo de tabaco, además de regular la limitación de espacios donde se podía fumar y la prohibición de la publicidad, aspectos que podrían influir en una disminución de la prevalencia de consumo. Evaluar el impacto que ambas Leyes han tenido en dos indicadores clave, como son la prevalencia de consumo y el número de cigarrillos fumados, debe realizarse en un contexto en el que convergen varios aspectos como la crisis financiera de 2008, la evolución de la epidemia de tabaquismo en España o la disponibilidad de información. Por un lado, la prevalencia de consumo de tabaco está disminuyendo en España desde antes de que se implementasen las Leyes 28/2005 y 42/2010. Por otro, cuándo y cómo ha sido la variación temporal de la prevalencia de consumo de tabaco es difícil de capturar, ya que los primeros datos de prevalencia de consumo de tabaco en España datan de

1987 (hay datos previos de 1978 de los que no se dispone de los microdatos para consulta pública). Y, desde entonces, la periodicidad de las encuestas es irregular y con un tiempo entre encuestas muy amplio. Así, la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE), para el periodo de 38 años comprendido entre 1987 y 2025, ha publicado datos de 12 encuestas con una periodicidad irregular.

Para poder valorar cómo ha evolucionado la prevalencia de consumo de tabaco en España en los últimos 20 años, coincidiendo con la entrada en vigor de la Ley 28/2005, se dispone de varias fuentes de información de ámbito estatal basadas en encuestas seriadas con estimaciones de prevalencia de consumo de tabaco. Para el presente análisis y teniendo en cuenta la importancia de conocer la tendencia reciente, se han seleccionado aquellas encuestas estatales con información accesible con al menos cinco estimaciones posteriores a 2005. Estas encuestas deben incluir población adulta, entendida como población de 15 años y más y/o población adolescente/juvenil, entendida como población de 18 años y menos. De acuerdo con estos criterios, las fuentes de información analizadas son las siguientes:

- Población adulta: Encuesta Nacional de Salud de España (6) (1987, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006, 2011/12) y Encuesta Europea de Salud en España (7) (2009, 2014, 2017, 2020) – ENSE/ESEE – (Ministerio de Sanidad).
- Población adolescente: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2021, 2023) (8) – ESTUDES – (Plan Nacional sobre Drogas).

El periodo y la población estudiada en cada encuesta se muestran en la Tabla 3.1 y Tabla 3.2. Se han analizado cambios en la tendencia y se han calculado los porcentajes de cambio anual mediante modelos de regresión joinpoint, utilizando el software *Joinpoint Regresión Program v.3.4.2.* (9). Además, se han calculado las variaciones absolutas en la prevalencia y en el número medio de cigarrillos fumados estableciendo dos periodos: previo a 2005 y posterior a 2005.

■ Estudios sobre prevalencia de consumo de tabaco en población adulta

En la Tabla 3.1 y Figura 3.1 se describe la evolución en población adulta de las prevalencias de consumo de tabaco y del número de cigarrillos fumados.

A partir del análisis de los datos de la ENSE/EESE se observa en los hombres, durante el periodo 1987 a 2020, un descenso medio anual del 2,2% en la prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales). De forma resumida, se podría afirmar que desde el año 2005, a partir del análisis de las estimaciones puntuales de prevalencia de consumo de tabaco de las diferentes ENSE/EESE en España, en los hombres se mantiene la tendencia decreciente observada en los años previos.

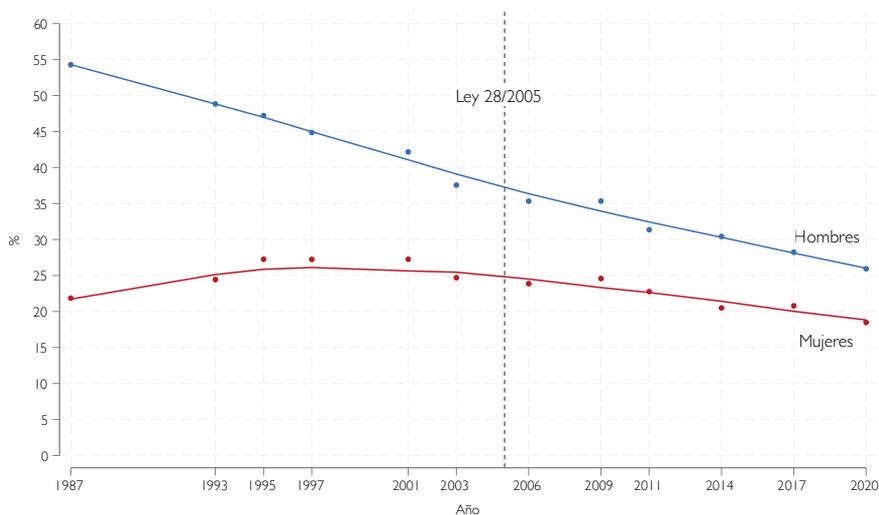
En las mujeres, se identifican dos periodos temporales: un primer periodo desde 1987 a 1997, donde se observa un incremento medio anual de la prevalencia de fumadoras del 2,2%, y un segundo periodo desde 1997 a 2020 en el que la prevalencia desciende anualmente un 1,6%. Estudios epidemiológicos previos concluyeron que entre las mujeres la incorporación masiva al consumo de tabaco se produjo durante la década de los ochenta (10).

Al diferenciar dos periodos temporales, estableciendo como punto en la comparación el año 2005, se observa que durante el periodo de aplicación de las medidas del CMCT se mantiene el descenso global en la prevalencia de consumo observado en los años previos. Así, en el periodo comprendido entre 1987-2003 el porcentaje de cambio global se situaba en -0,48% anual frente al -0,57% observado entre 2006 y 2020 (Tabla 3.2).

El consumo medio de cigarrillos en la población fumadora disminuyó de 17,1 cigarrillos/día en 1987 a 12,4 cigarrillos/día en 2020, lo que supone un descenso durante este periodo de 4,7 cigarrillos.

A partir del análisis del número de cigarrillos consumidos por los fumadores, se observa una reducción a partir de 2005, es decir, durante el periodo de aplicación de las medidas del CMCT. Así, en el periodo 1987-2003 el descenso medio absoluto anual se fijó en el -0,06% frente al -0,23% del periodo 2006-2020. En este caso, el descenso se observa en ambos sexos. Si bien asociar este descenso a medidas legislativas es difícil en cuanto a que a lo largo de este periodo el impacto de la crisis financiera de 2008, que se extendió hasta 2012, el aumento de la prevalencia de consumo de otras formas de tabaco como los cigarrillos de liar, o la irrupción de nuevas formas de consumo como los cigarrillos electrónicos, se pueden reflejar en los indicadores de consumo activo (Tabla 3.2).

Figura 3.1. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) en población adulta en España, por sexo, en el periodo 1987-2024.



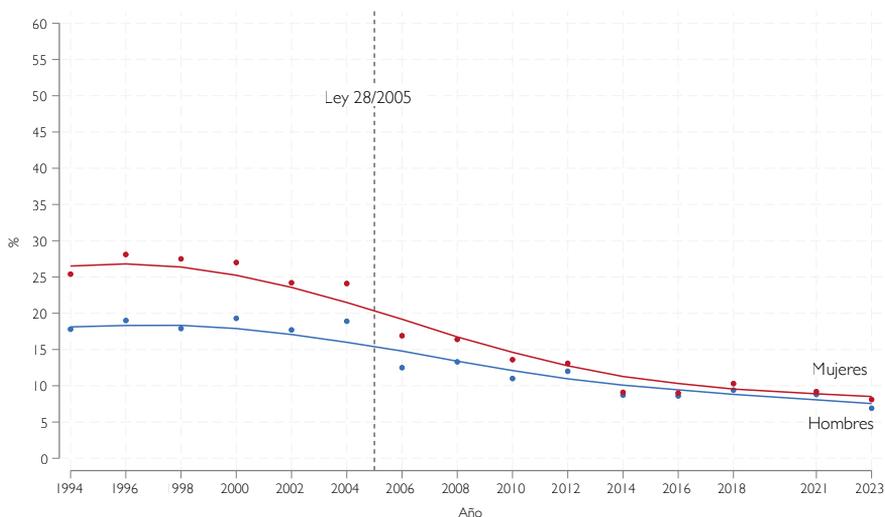
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España (ENSE/EESE).

■ Estudios sobre prevalencia de consumo de tabaco en población adolescente

En los adolescentes, donde los datos mantienen una periodicidad bienal, se observa un descenso en la prevalencia de consumo de tabaco desde mediados de los años 90.

En la Tabla 3.3 y Figura 3.2 se describe la prevalencia de consumo diario de tabaco en población adolescente. La prevalencia de fumadores diarios entre 14 y 18 años en España en 2023 era del 7,5%, con un descenso medio anual desde 1994 del 4,3%, superior en las mujeres (1,4%) que en los hombres (0,7%). Se aprecia un fuerte descenso en la prevalencia de este indicador en 2006 respecto a 2004, que se estabiliza en 2008. Este descenso, aunque coincide con los periodos previo y posterior a la Ley, debe ser interpretado con prudencia, dado que en 2006 se modificó el formato de la parte del cuestionario que afectaba a la medición del número de fumadores diarios. Si analizamos la variación absoluta de la prevalencia durante el periodo previo y posterior a 2005, se observa una notable disminución de los fumadores diarios tanto en hombres como en mujeres, destacando la aceleración que se produce a partir de 2014.

Figura 3.2. Evolución de la prevalencia de fumadores diarios en población adolescente en España, por sexo, en el periodo 1994-2023.



Fuente: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

■ Conclusiones

No se observa un impacto sobre los indicadores de consumo activo de tabaco tras la aplicación de las medidas del CMCT. En general, el descenso en la prevalencia de consumo de tabaco y en el número medio de cigarrillos consumidos, reflejan una continuación de la evolución temporal a corto y medio plazo observada con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 28/2005.

Desde 2005, la continua introducción de nuevas formas de tabaco o incluso el aumento de la prevalencia de consumo de tabaco de liar pueden haber impactado en la prevalencia de consumo de tabaco convencional, si bien esto es difícil de valorar con los datos disponibles. Diferentes estudios que analizaron el impacto tanto de la Ley 28/2005 como de la Ley 42/2010 no demostraron un efecto directo sobre la prevalencia de consumo de tabaco (11, 12). Esta incertidumbre en cuanto al impacto de diferentes medidas legislativas en la prevalencia de consumo de tabaco también se ha observado en otros países (13).

Estos resultados ponen de manifiesto la urgente necesidad de que en España se produzcan avances legislativos hacia políticas globales y sólidas de control del tabaquismo

que refuercen el descenso de la prevalencia de consumo. Asimismo, es fundamental para poder monitorizar el impacto de las medidas legislativas disponer de fuentes de información que midan de forma regular y sistemática la prevalencia de este factor de riesgo.

■ Bibliografía

1. Hoffman SJ, Poirier MJP, Rogers Van Katwyk S, et al. Impact of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on global cigarette consumption: quasi-experimental evaluations using interrupted time series analysis and in-sample forecast event modelling. *BMJ*. 2019;365:l2287.
2. Flor LS, Reitsma MB, Gupta V, et al. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nature Medicine*. 2021;27(2):239-43.
3. Perez-Rios M, Ahluwalia J, Guerra-Tort C, et al. Towards stronger tobacco control policies to curb the smoking epidemic in Spain. *Clin Transl Oncol*. 2024;26(7):1561-9.
4. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>.
5. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-20138>.
6. Encuesta Nacional de Salud de España. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.
7. Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>.

8. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES. Plan Nacional Sobre Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm.
9. Joinpoint Regression Program, Version 3.4.2.; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
10. Fernández E, Schiaffino A, García M, et al. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Medicina Clínica*. 2003;120(1):14-6.
11. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
12. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010). Revisión de la evidencia. Ministerio de Igualdad y Políticas Sociales. 2017.
13. Wilson LM, Avila Tang E, Chander G, et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *J Environ Public Health*. 2012;2012:961724.

Tabla 3.1. Tendencia de diversos indicadores de consumo de tabaco en la población adulta, según sexo. España, periodo 1987-2020.

Ámbito (periodo)	Fuente de información (Institución)	Población (años)	Indicador	Sexo	Primer año	Prevalencia primer año		Último año	Prevalencia último año	Prevalencia más reciente antes de la Ley 28/2005	Porcentaje de cambio anual relativo ¹		
						Año	%				Año	%	Periodo
Estatal (1987-2020)	ENSE-EESE (Ministerio de Sanidad)	15 y más ²	Consumo actual (diario+ocasional)	Total	1987	38,2	31,0	2020	22,1			1987-1997 1997-2020	-0,5 -2,0*
				Hombres	1987	54,9	37,6	2020	25,9			1987-2020	-2,2*
				Mujeres		22,9	24,7		18,5			1987-1997 1997-2020	+2,2* -1,6*
Estatal (1987-2020)	ENSE-EESE (Ministerio de Sanidad)	15 y más ²	N.º medio de cigarrillos en fumadores diarios	Total	1987	17,1	16,2	2020	12,4			1987-2001 2001-2020	-0,0 -1,9*
				Hombres	1987	19,3	18,3	2020	13,3			1987-2001 2001-2020	-0,1 -2,0*
				Mujeres		11,9	13,3	2020	11,3			1987-2001 2001-2020	1,1 -1,5*

1 Calculado mediante regresión joinpoint. *Resultados estadísticamente significativos bajo un nivel de significación del 5%.

2 En las ediciones previas a 2011/12 la población objetivo es la población española de 16 y más años. Posteriormente, pasa a ser la población de 15 y más años.

Tabla 3.2. Prevalencia de consumo de tabaco y número medio de cigarrillos consumidos por sexo en la población adulta. España, periodo 1987-2020.

Año	Consumo actual (diario+ocasional)			Número medio de cigarrillos/día en fumadores diarios		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
15 y más años						
	%	%	%	%	%	%
1987	38,2	54,3	21,9	17,1	19,3	11,9
1993	36,4	48,8	24,4	17,3	18,9	14,1
1995	36,9	47,2	27,3	16,8	19	13,2
1997	35,8	44,9	27,2	16,8	18,7	13,8
2001	34,5	42,2	27,3	17,7	19,5	15,3
2003	31,0	37,6	24,7	16,2	18,3	13,3
Δ 1987-2003	-0,48	-1,11	+0,19	-0,06	-0,07	+0,09
2006	29,5	35,3	23,9	15,4	17,0	13,1
2009	29,9	35,3	24,6	14,8	16,5	12,6
2011	27,0	31,4	22,8	13,8	15,1	12,2
2014	25,3	30,4	20,5	13,2	14,3	11,7
2017	24,4	28,8	20,8	12,3	13,3	10,9
2020	22,1	25,9	18,5	12,4	12,7	11,1
Δ 2006-2020	-0,57	-0,72	-0,41	-0,23	-0,33	-0,15

Δ Cambio absoluto promedio anual.

Tabla 3.3. Tendencia del consumo diario de tabaco en la población adolescente, según sexo, España, periodo 1994-2023.

Ámbito (periodo)	Fuente de información (Institución)	Población (años)	Indicador	Sexo	Primer año	Prevalencia primer año		Prevalencia más reciente antes de la Ley 28/2005	Último año	Prevalencia último año	Porcentaje de cambio anual relativo ¹	
						Año	%				Año	%
Estatal (1994-2023)	ESTUDES (Plan Nacional Sobre Drogas)	14-18	Consumo diario	Total	1994	21,6	2004	21,5	2023	7,5	1994-2023	-4,3*
				Hombres	1994	17,8	2004	18,9	2023	6,9	1994-2023	-0,7*
				Mujeres	1994	25,4	2004	24,1	2023	8,1	1994-2023	-1,4*

¹ Calculado mediante regresión joinpoint. * Resultados estadísticamente significativos bajo un nivel de significación del 5%.

Tabla 3.4. Prevalencia de consumo de tabaco en la población adolescente, según sexo. España, periodo 1994-2023.

Consumo diario de tabaco			
14-18 años			
Año	Total	Hombres	Mujeres
	%	%	%
1994	21,6	17,8	25,4
1996	23,7	19,0	28,1
1998	23,1	17,9	27,5
2000	23,0	19,3	27,0
2002	21,0	17,7	24,2
2004	21,5	18,9	24,1
Δ 1994-2004	+0,0	+0,1	-0,1
2006	14,8	12,5	16,9
2008	14,8	13,3	16,4
2010	12,3	11,0	13,6
2012	12,5	12,0	13,1
2014	8,9	8,7	9,1
2016	8,8	8,6	9,0
2018	9,8	9,4	10,3
2021	9,0	8,8	9,2
2023	7,5	6,9	8,1
Δ 2006-2023	-0,46	-0,35	-0,55

Δ Cambio absoluto promedio anual.

Exposición al humo ambiental de tabaco

La exposición pasiva al humo de tabaco o exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) se origina cuando una persona inhala involuntariamente el humo de tabaco procedente de una persona fumadora y/o de su cigarrillo u otro producto relacionado con el tabaco. El HAT contiene más de 1.100 sustancias, 69 de las cuales han sido reconocidas como cancerígenas (1). La literatura demuestra que existen efectos adversos para la salud derivados de exposiciones al HAT a largo plazo (1). La exposición al HAT se asocia causalmente con cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares y respiratorias en población adulta (1,2) y con un mayor riesgo de trastornos respiratorios, exacerbación del asma, síndrome de muerte súbita del lactante y otitis media en población infantil (2).

Existen distintos métodos para medir la exposición al HAT, tanto métodos indirectos, como la observación de indicadores de consumo o la recogida de información autorreportada, como métodos directos, que utilizan medidas objetivas de exposición, entre las que se incluyen los marcadores ambientales y los biológicos.

A lo largo de las últimas dos décadas, diversos sistemas de información han recogido información autorreportada sobre la exposición al HAT. Entre ellos se encuentran las encuestas de salud autonómicas y municipales, la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) y el Eurobarómetro, que recogen información de alcance nacional a nivel europeo. Asimismo, también se han llevado a cabo estudios de investigación puntuales que han abordado la exposición al HAT mediante el uso de cuestionarios. Sin embargo, no hay un consenso claro sobre los indicadores a utilizar para estudiar la exposición autorreportada al HAT, de manera que existen grandes diferencias tanto entre los distintos sistemas de información existentes como entre las distintas ediciones de un mismo sistema de información en cuanto a las preguntas utilizadas y el ámbito de exposición estudiado. Esto se debe, en parte, a la propia evolución de las políticas de control del tabaco a lo largo de los años, que ha conllevado modificaciones en el interés de los ámbitos de exposición que se deben analizar para el seguimiento y el avance de dichas políticas.

A continuación, se describe la exposición de la población al HAT en los últimos 20 años en España, basada en fuentes de información seriadadas y en algunos estudios puntuales que utilizan cuestionarios, observación directa y marcadores objetivos de exposición.

■ Estimación de la exposición al humo ambiental de tabaco mediante métodos indirectos

Exposición de la población adulta al humo ambiental de tabaco

El hogar, el lugar de trabajo y los entornos de ocio interiores son los ámbitos de mayor seguimiento en la vigilancia de la exposición al HAT. Las encuestas de salud autonómicas con más información histórica son la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA, población de 15 y más años) (3), el Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI, población de 16 y más años) (4), el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles de la Comunidad de Madrid (SIVFRENT, población de 18 a 64 años) (5) y la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESCAV, población de 15 y más años) (6). En la Figura 4.1 se muestran los datos de exposición al HAT en los ámbitos citados en población adulta desde 2005 hasta 2023 para dichas comunidades autónomas (CC. AA.).

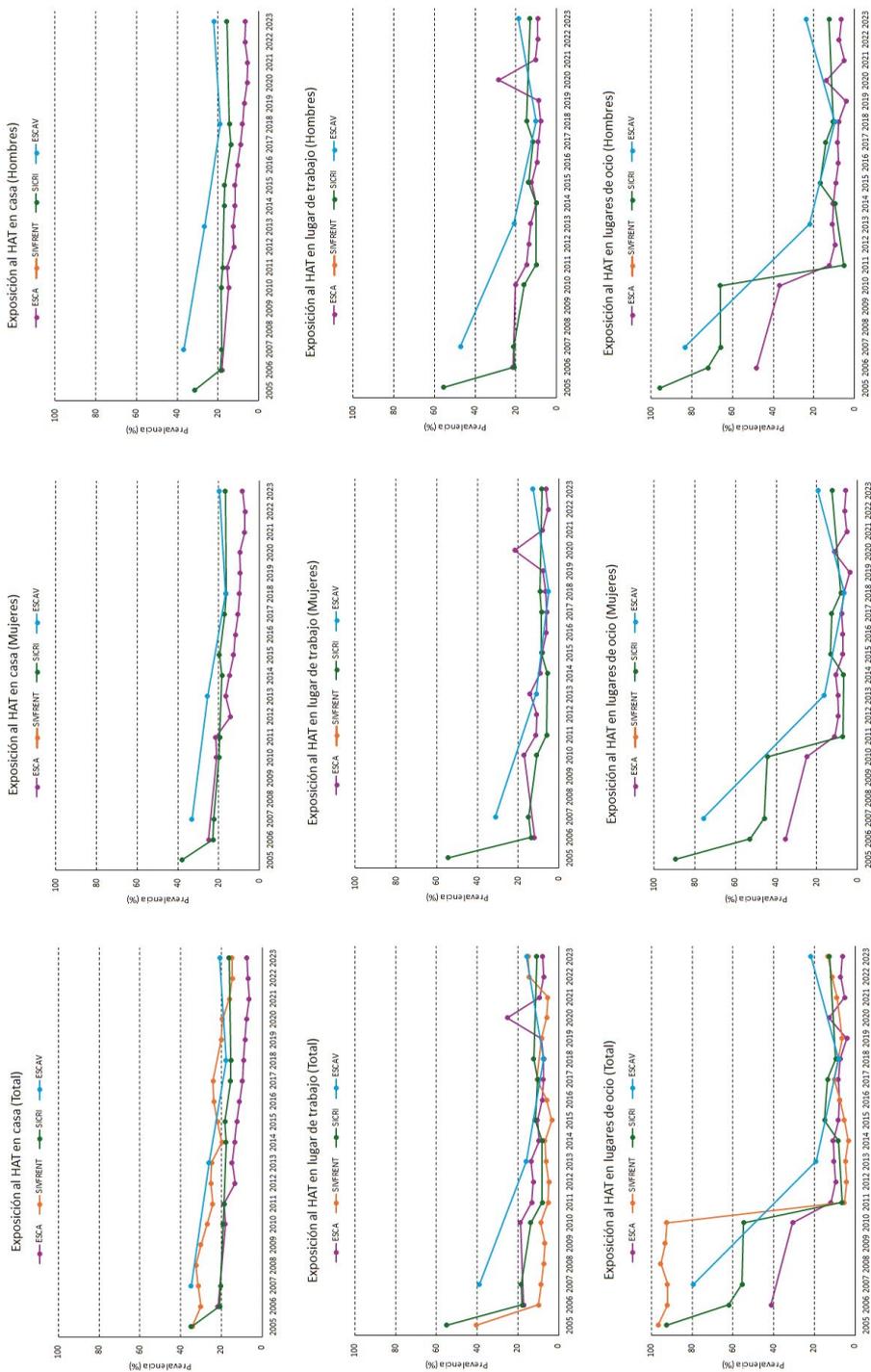
Históricamente, la exposición al HAT en el hogar se ha estimado en base a la presencia de personas fumadoras. La tendencia de la prevalencia de exposición al HAT en el hogar es similar en las CC. AA. incluidas, observando una mayor disminución de la prevalencia en 2006 en Galicia, justo después de la implementación de la Ley 28/2005, y en 2012 en Cataluña, justo después de la implementación de la Ley 42/2010, más acusada entre las mujeres. A partir de ese momento, se observa un ligero decremento de la prevalencia de exposición en todas las CC. AA., con un estancamiento en los últimos años. En 2023, en Cataluña es donde se observa la menor prevalencia de exposición en el hogar (7,5%), siendo del doble o casi el triple en las otras tres CC. AA. (14,8% en Comunidad de Madrid, 16,2% en Galicia y 20,7% en País Vasco).

La Ley 28/2005 supuso un gran avance en la reducción de la exposición al HAT en lugares de trabajo, de manera que la exposición disminuyó notablemente en las CC.

AA. que disponían de información previa a la implementación de la Ley; se pasó de un 40,5% en 2005 a un 9,8% en 2006 en Comunidad de Madrid y de un 55,2% a un 17,8% en Galicia. Asimismo, la implementación de la Ley 42/2010 también supuso una reducción importante en la prevalencia de exposición, siendo esta de entre el 5,1% (Comunidad de Madrid) y el 13% (Cataluña) en 2011. A partir de ese año la prevalencia de exposición en este ámbito se ha mantenido más o menos estable en Galicia y ha disminuido ligeramente en Cataluña (con prevalencias superiores entre los hombres), de manera que la prevalencia de exposición en 2023 fue del 7,8% y el 10,7% en estas CC. AA., respectivamente. En la Comunidad de Madrid, se observó un incremento de la prevalencia de exposición a partir de 2022, de manera que pasó de un 5,2% en 2021 a un 14,4% en 2022 y a un 15% en 2023. En el País Vasco es donde se observó la mayor prevalencia de exposición el último año (15,6%), con una prevalencia de exposición mayor entre los hombres en todo el periodo (3-6).

En cuanto a la exposición al HAT en lugares de ocio, existen diferencias en los espacios incluidos entre las encuestas de salud de las distintas CC. AA. No obstante, en todas ellas se incluye el interior de bares y restaurantes. Entre los años 2005 y 2010 se observan grandes diferencias entre CC. AA. que pueden ser debidas a diferencias metodológicas en la estimación del indicador. Sin embargo, en todas las regiones hay una gran disminución de la prevalencia de exposición después de la implementación de las leyes de control del tabaco. En Galicia se observan dos disminuciones marcadas, primero entre 2005 (92,8%) y 2006 (62,1%), siendo esta disminución mayor entre las mujeres, y posteriormente entre 2010 (54,8%) y 2011 (6,3%), también mayor entre las mujeres. En la Comunidad de Madrid, el gran descenso de la prevalencia se observa entre 2010 (92,5%) y 2011 (5,2%). Para Cataluña y País Vasco no se dispone de información previa a la Ley 28/2005, pero sí se observa, al igual que en las otras dos CC. AA., una disminución de la exposición al HAT en lugares de ocio después de la Ley de 2010. En 2023, la prevalencia de exposición fue del 6,1% en Cataluña, del 12,6% en Galicia, del 13,2% en Comunidad de Madrid y del 21,6% en País Vasco, sin diferencias notables por sexo. Cabe destacar que el indicador utilizado en la ESCA se diferencia del utilizado en el resto de las CC. AA., ya que incluye otros lugares de ocio distintos de los locales de hostelería, lo que podría explicar la estimación de una prevalencia de exposición inferior durante el periodo analizado (3-6).

Figura 4.1. Evolución de la exposición al humo ambiental de tabaco en casa, el lugar de trabajo o centro educativo, y en lugares de ocio en población adulta, según sexo, Cataluña¹, Galicia², Comunidad de Madrid³ y País Vasco⁴, 2005-2023.



La información sobre la exposición al HAT en espacios específicos al aire libre es más limitada y se basa principalmente en estudios de investigación puntuales (Figura 4.2). Un estudio europeo realizado en 2017-2018 en el contexto del Proyecto TackSHS, en el que se administró una encuesta a la población de 15 y más años de 12 países europeos, estimó la prevalencia de exposición al HAT en distintos espacios al aire libre (7). Este estudio mostró que, en España, el 48,7% de las personas había estado expuesta al HAT en parques infantiles, el 86% en paradas de transporte público y el 92% en terrazas de bares y restaurantes. Estos porcentajes eran superiores a los observados para toda la población europea en todos los espacios (39,5%, 69,9% y 71,4%, respectivamente).

En 2020 y 2023, el Eurobarómetro también proporcionó datos sobre exposición al HAT en estos espacios públicos. En España, se observaron prevalencias inferiores a las observadas en el Proyecto TackSHS en 2017-2018. En 2023, la prevalencia de exposición fue del 41% en parques infantiles, 54% en paradas de transporte público y 81% en terrazas de bares y restaurantes (8,9).

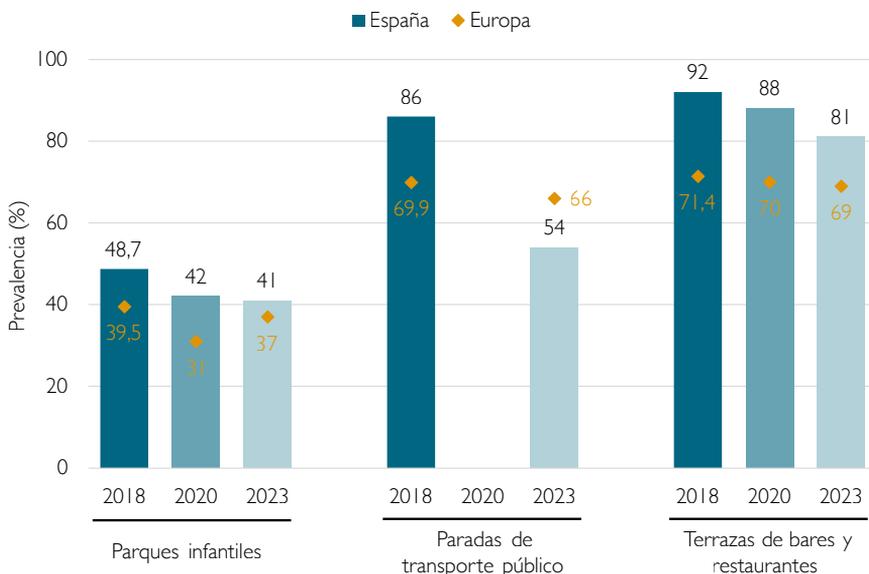
1 Datos obtenidos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) para población de 15 y más años (3). La exposición al HAT en casa se obtiene a partir de la presencia de personas fumadoras en casa. La exposición al HAT en lugares de trabajo se obtiene para población de 15 a 64 años, excluyendo aquellas que no trabajan o lo hacen solas. La exposición al HAT en lugares de ocio se refiere a estar en ambientes cargados de humo fuera de casa y del lugar de trabajo en fin de semana. El trabajo de campo realizado en la edición del año 2020 sufrió cambios notables debido a la situación epidémica producida por la COVID-19. Para el cálculo de los porcentajes solo se tiene en cuenta personas no fumadoras.

2 Datos obtenidos del Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo (SICRI) de Galicia para población de 16 y más años (4). La exposición al HAT en casa se obtiene a partir de la presencia de personas fumadoras en casa. La exposición al HAT en lugares de trabajo se refiere al puesto de trabajo o centro educativo. La exposición al HAT en lugares de ocio se refiere a estar expuesto al HAT en bares, cafeterías, pubs, clubes sociales, etc.

3 Datos obtenidos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) de la Comunidad de Madrid para población de 18 a 64 años (5). La exposición al HAT en casa se obtiene a partir de la presencia de personas fumadoras en casa. La exposición al HAT en lugares de ocio se refiere a estar expuesto al HAT en bares y cafeterías. Para el cálculo de los porcentajes se tiene en cuenta tanto personas no fumadoras como personas fumadoras. No se dispone de información por sexo.

4 Datos obtenidos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ESCAV) para población de 15 y más años (6). La exposición al HAT en casa se obtiene a partir de la presencia de personas fumadoras en casa. La exposición al HAT en lugares de trabajo se refiere al puesto de trabajo o centro educativo. La exposición al HAT en lugares de ocio se refiere a estar expuesto en bares, cafeterías, pubs, clubes sociales, etc.

Figura 4.2. Exposición al humo ambiental de tabaco en espacios al aire libre en población española y europea de 15 y más años. Proyecto TackSHS¹ y Eurobarómetro², 2018-2023.



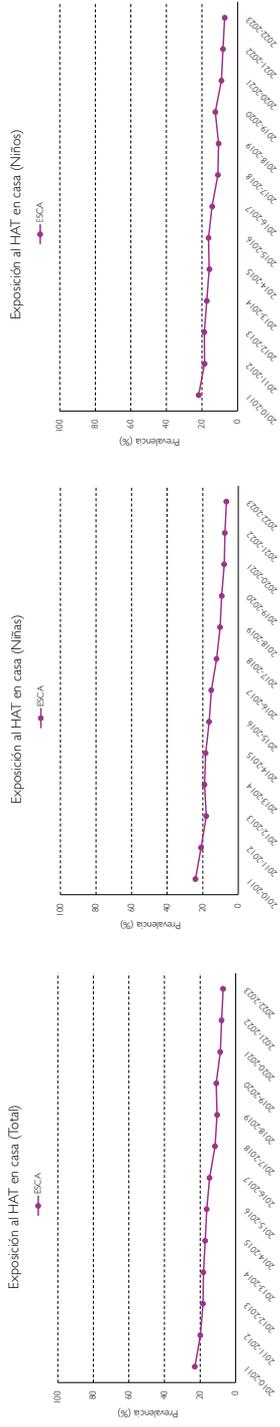
1 Datos para el año 2017-2018 obtenidos del Proyecto TackSHS realizado en 12 países europeos.

2 Datos para los años 2020 y 2023 obtenidos del Eurobarómetro realizado en los 27 países de la Unión Europea.

Exposición al humo ambiental de tabaco en población infantil

Existen pocos sistemas de información que monitoricen de forma continuada la exposición al HAT en población infantil. La ESCA proporciona datos de exposición al HAT en casa en población de 0 a 14 años desde el año 2010. Este indicador se mide en base a la presencia de personas fumadoras en casa y los primeros datos son posteriores a la implementación de la Ley 42/2010, por lo que se desconoce el impacto de esta. No obstante, se observa una tendencia descendente en la prevalencia de exposición en niños y niñas entre 2010 y 2023, de manera que esta prevalencia pasa del 22,9% en 2010 al 7% en 2023 (Figura 4.3) (3).

Figura 4.3. Evolución de la exposición al humo ambiental de tabaco en casa en población menor de 15 años, por sexo. Cataluña, 2010-2023.



IDatos obtenidos de la Encuesta de Salud de Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2025). La exposición al HAT en casa se obtiene a partir de la presencia de personas que fuman dentro de casa, sin tener en cuenta sitios exteriores como terrazas, balcones o jardines.

A nivel nacional, un estudio realizado en 2019 mediante una encuesta a una muestra de hogares españoles en los que vivían menores de 12 años, mostró que el 29,8% de estos menores estaba expuesto al HAT en casa y el 3,6% en coches. En este estudio, se consideraba que había exposición al HAT en el hogar cuando alguna persona fumaba en el interior de la casa o en un espacio exterior de esta, como una terraza o un balcón. En cuanto a espacios públicos, un 35,1% de la población infantil había estado expuesta al HAT en la entrada de la escuela, un 15% en un parque infantil y un 31% en una terraza de un bar o restaurante (10).

■ Estimación de la exposición al humo ambiental de tabaco mediante mediciones ambientales

A lo largo de estos últimos 20 años, y en el marco de diversos proyectos de investigación, se han llevado a cabo estudios de estimación de la exposición al HAT utilizando mediciones ambientales y observacionales de los niveles de HAT en diferentes espacios, que han incluido desde el ámbito privado como casas y coches, hasta diferentes espacios públicos como hospitales, edificios públicos, parques infantiles o locales de hostelería. Un marcador ambiental de exposición frecuentemente utilizado para estudiar la exposición al HAT es la nicotina medida en el aire, dada su alta especificidad (11).

Exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar

Un estudio realizado en 2015-2016 en Barcelona en hogares en los que vivían menores de 12 años mostró que en los hogares de personas fumadoras en los que estaba permitido fumar, las concentraciones de nicotina en el comedor y la habitación del menor eran de 1,04 y 0,48 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ respectivamente, mientras que en los hogares donde nadie fumaba la concentración mediana de nicotina en estos puntos de medición se encontraba por debajo del límite de detección (límite mínimo detectable por el instrumento de medición) (12). Dos años más tarde, un estudio realizado en hogares de fumadores de nueve países de Europa, entre los que se incluía España, mostraba que la mediana global de concentración de nicotina era de 0,85 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y se detectaba nicotina en el 93% de los hogares. Las concentraciones de nicotina en el hogar fueron significativamente más altas en aquellos países con mayor prevalencia reportada de tabaquismo y de exposición al HAT. En el caso de España, la concentración fue de 0,74 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, detectándose nicotina en el 100% de los hogares medidos (13).

Exposición al humo ambiental de tabaco en coches

Entre 2017-2018 se llevó a cabo un estudio en el que se midió la concentración de nicotina en 45 vehículos de España y Reino Unido. En la muestra se incluyeron coches de personas no fumadoras, de fumadores que no fumaban dentro del coche y de fumadores que sí fumaban en el coche. Las muestras de nicotina ambiental registradas durante 24 horas mostraron concentraciones medianas por debajo del límite de detección en los automóviles de no fumadores, de $0,23 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en los automóviles de personas que fumaban, pero no lo hacían en el interior de sus coches, y de $3,53 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en los automóviles de personas fumadoras que sí lo hacían. Por otra parte, las muestras de nicotina tomadas durante los trayectos de un día habitual en los coches de personas fumadoras que fumaban en su coche mostraron concentraciones medianas mucho más elevadas ($21,44 \mu\text{g}/\text{m}^3$), que eran más de 20 veces superiores a las concentraciones encontradas en hogares de personas fumadoras ($0,85 \mu\text{g}/\text{m}^3$) (14).

Exposición al humo ambiental de tabaco en locales de hostelería

Los locales de hostelería han sido uno de los espacios públicos más estudiados a lo largo del tiempo en lo que se refiere a la exposición al HAT. Los estudios se han centrado en evaluar el impacto de las leyes de control del tabaco en los niveles de exposición en estos espacios, debido a la aplicación de distintos niveles de restricción del consumo de tabaco desde la implementación de la primera Ley de 2005. Un estudio realizado en 2001-2002 (15) midió los niveles de nicotina ambiental en restaurantes de diversas ciudades europeas. En España, concretamente en Barcelona, la concentración mediana fue de $7,8 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Posteriormente, en el marco de otro estudio europeo (16) se midió la concentración de nicotina en locales de hostelería de Barcelona entre 2004-2005, encontrando en esta ocasión una concentración mediana de $3,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en restaurantes y una concentración que alcanzaba los $114 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en discotecas y otros locales de ocio nocturno.

En 2006 entró en vigor la Ley 28/2005, y en un estudio (17) llevado a cabo en ocho CC.AA. se estudiaron las concentraciones de nicotina en locales de hostelería antes y después de la implementación de la Ley. El estudio mostró una disminución en la concentración mediana de nicotina ambiental del 97% en el global de locales estudiados, pasando de $2,71$ a $0,09 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en bares y restaurantes en los que se había prohibido fumar, mientras que en el resto no se observaron variaciones significativas.

Los datos fueron consistentes con otro estudio paralelo (18), que analizó la exposición individual al HAT de trabajadores de la hostelería que no fumaban. En dicho estudio se observó una disminución significativa de la cotinina en saliva en aquellos que trabajaban en locales en los que se prohibió fumar completamente. Asimismo, entre 2010-2011, y con el objetivo de evaluar la Ley 42/2010 (que incluyó la prohibición total de fumar en el interior de todos los locales de hostelería), se llevó a cabo otro estudio (19) en el que se midió la concentración de nicotina antes y después de la entrada en vigor de la Ley en locales de hostelería de tres CC.AA. En este caso, la concentración de nicotina disminuyó en más de un 90% (de 5,73 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ a 0,57 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

La Ley 42/2010 desplazó el consumo de tabaco hacia las zonas exteriores de los locales de hostelería, y en muchos casos se habilitaron zonas para fumar en sus accesos, usualmente junto a la puerta. Un estudio realizado en Barcelona en 2013 investigó la difusión del humo del tabaco desde zonas exteriores hacia el interior de los locales, midiendo simultáneamente nicotina ambiental dentro y fuera de 47 locales. En todas las zonas interiores se detectó nicotina. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la concentración mediana de nicotina en el interior (0,65 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) y en la entrada exterior (0,41 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) (20).

Con relación a las terrazas de hostelería, la Ley 42/2010 restringió por primera vez el consumo de tabaco en estos espacios, estableciendo la prohibición de fumar en aquellas terrazas cubiertas a modo de techo y con dos o más paramentos. El mismo estudio citado en el párrafo anterior midió la concentración de nicotina en terrazas abiertas y cerradas, y en todas ellas se detectó nicotina. La concentración mediana de nicotina fue de 0,54 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0,44 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en las terrazas abiertas y 0,72 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en las terrazas cerradas) (20). Otro estudio similar realizado en 2016 en Madrid midió nicotina ambiental y $\text{PM}_{2,5}$ en 92 terrazas al aire libre. Se detectó nicotina en el 71% de las terrazas. La concentración mediana de nicotina en todas las terrazas fue de 0,42 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, mientras que la concentración global de $\text{PM}_{2,5}$ fue de 10,40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Se encontraron diferencias significativas en la concentración de ambos marcadores según el nivel de cerramiento de la terraza (21).

Cabe destacar los datos de un estudio europeo (22), cuyo trabajo de campo se realizó entre 2017-2018 en terrazas de hostelería de 11 ciudades europeas, en el que en el caso de Barcelona la concentración mediana de nicotina fue de 0,87 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, observándose un elevado incumplimiento en aquellas terrazas en las que por ley debería estar prohibido fumar, ya que tenían dos o más paramentos y algún tipo de

cubierta superior: Por último, cabe destacar un estudio más reciente (23) realizado en 2023 en 120 terrazas de esta misma ciudad, en el que se recogieron variables observacionales como el número de personas fumando, y se demostró un incumplimiento del 100% en terrazas en las que estaba prohibido fumar.

■ Exposición a otros productos de tabaco

Con la aparición de los cigarrillos electrónicos primero y de otros productos del tabaco y de nicotina más recientemente, ha crecido el interés por estudiar la exposición pasiva a las emisiones de estos productos y sus posibles efectos nocivos para la salud (24). Los cigarrillos electrónicos se promocionaron desde un principio como un producto más seguro que el tabaco convencional, informando erróneamente que solo generaban vapor de agua y convirtiéndolos en una alternativa aparentemente inocua para su uso en lugares públicos (25). Sin embargo, diversas investigaciones han identificado numerosas sustancias en el aerosol generado por el uso de estos dispositivos, entre ellas, humectantes (propilenglicol, glicerol), aromatizantes (por ejemplo, diacetilo), carbonilos, alcaloides menores del tabaco, nitrosaminas, radicales libres, trazas de metales y otros tóxicos. Además, algunas de estas sustancias son carcinógenas, como el formaldehído, el acetaldehído y la acroleína (26). Asimismo, se ha demostrado que estos dispositivos generan dosis extremadamente altas de material particulado en el sistema respiratorio humano. Siguiendo un principio de precaución, la actual legislación prohíbe su uso en todos los lugares públicos cerrados, excepto en los lugares relacionados con la restauración, y también en áreas al aire libre de parques infantiles, escuelas y centros sanitarios (27).

En España, los estudios que se centran en la exposición pasiva al aerosol de los cigarrillos electrónicos u otros productos del tabaco o nicotina son escasos y relativamente recientes. Además, esta exposición no se contempla en ninguna encuesta seriada a nivel nacional o autonómico. El Eurobarómetro ha preguntado sobre la exposición pasiva tanto a los cigarrillos electrónicos como a los productos de tabaco calentado en las dos últimas ediciones especiales sobre tabaco, preguntando si se habían visto personas utilizándolos en diferentes espacios públicos en los últimos 6 meses. La edición de 2020 se centró en la exposición en espacios cerrados y la de 2023 en la exposición en espacios abiertos, razón por la cual no existen datos que nos permitan analizar la evolución de la exposición. En 2020, año en que hubo una situación excepcional de pandemia, un 27% de los españoles señaló haber estado

expuesto al aerosol de cigarrillos electrónicos o de productos de tabaco calentado en los últimos 6 meses en un bar, un 21% en un restaurante y un 26% en espacios interiores donde no se fuma, sin grandes diferencias respecto a la media europea. En 2024 también se preguntó por la exposición en este último espacio, donde la exposición aumentó hasta el 31% (8). El resto de los lugares estudiados en 2024 fueron espacios públicos, terrazas, estaciones de transporte público, eventos al aire libre y espacios dedicados a los menores. La exposición en todos estos sitios oscilaba entre el 37% en los espacios dedicados a los menores hasta el 67% en terrazas, y fue inferior a la media europea en todos estos ámbitos. La mayor diferencia respecto a la media europea se observó para las estaciones de transporte público al aire libre (47% en España frente a 70% en la Unión Europea) (9).

Otros datos disponibles corresponden a estudios puntuales. Una encuesta a nivel nacional realizada en 2016 a personas que fumaban en España, mostró una prevalencia de exposición al aerosol de cigarrillos electrónicos del 12% en lugares públicos, del 5,7% en lugares interiores donde estaba prohibido fumar tabaco y del 4% en áreas interiores del lugar de trabajo. A las personas que no los utilizaban, se les preguntó cuán frecuentemente estaban expuestas al aerosol de los cigarrillos electrónicos; 1,2% respondieron estar expuestas a menudo o muy frecuentemente, 16,5% raramente o a veces y 82,3% respondió que nunca lo estaban (28).

Uno de los estudios del Proyecto TackSHS, en 2017-2018 recogió variables observacionales sobre consumo de tabaco y el uso de cigarrillos electrónicos en las entradas de escuelas primarias, parques infantiles y lugares de hostelería al aire libre de las principales ciudades de 11 países europeos. Mientras que en el conjunto de los 11 países se observó utilizar cigarrillos electrónicos en el 11% de las entradas de escuelas, el 4% de los parques infantiles y el 21,3% de los lugares de hostelería valoradas, en España no se observó a nadie utilizar estos dispositivos en estos espacios (29).

Un estudio realizado en Barcelona investigó la exposición pasiva a los cigarrillos electrónicos durante 30 minutos en espacios reducidos mediante información autorreportada y marcadores objetivos. Durante el uso de un cigarrillo electrónico, se encontraron niveles de $PM_{2,5}$ que doblaron los observados en la situación basal, antes de su uso, alcanzando los $21 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en una oficina y $16 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en el interior de un coche, mientras que los niveles de nicotina ambiental y los biomarcadores medidos en las personas expuestas se encontraron por debajo del límite de detección antes y durante el uso del cigarrillo electrónico en ambos espacios. Sin embargo, las

personas expuestas reportaron algunos síntomas de irritación a corto plazo, como sequedad de garganta, nariz y ojos, y flemas (30).

Otro estudio basado en marcadores ambientales estudió durante 30 minutos la exposición pasiva al humo procedente del uso de pipas de agua en 20 locales que ofrecían este producto. Estos lugares son de particular interés, ya que sistemáticamente incumplen la prohibición de fumar en espacios cerrados. Se encontró una concentración mediana de nicotina de $1,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ y de $\text{PM}_{2,5}$ de $230,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$, mientras que las concentraciones observadas en lugares de control en áreas exteriores fueron significativamente menores, de $0,03$ y $10,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$, respectivamente. Se observó una mayor concentración de nicotina en los locales de más de 100 m^2 , situados en zonas turísticas, con más de 15 pipas de agua encendidas, más de ocho pipas de agua por 100 m^2 y una proporción de dos usuarios por pipa de agua o menos (31).

■ Conclusiones

La exposición de la población adulta al HAT en lugares públicos cerrados se redujo considerablemente a partir de la implementación de las legislaciones de control del tabaco, aunque en los últimos años parece haber cierto estancamiento. Esta mejoría ha puesto el foco en la exposición al HAT en espacios públicos abiertos que no están regulados por ley o donde la regulación es ambigua. En los últimos años, diversos estudios han mostrado porcentajes elevados de exposición al HAT en estos espacios, destacando la exposición en terrazas de hostelería, donde los niveles de nicotina ambiental son similares a los de una casa con personas fumadoras, incluso en terrazas donde por ley no se debería fumar. En cuanto a la exposición al aerosol de cigarrillos electrónicos, a pesar de que la prevalencia de exposición no es muy elevada, se ha incrementado en los últimos años, en base a indicadores autorreportados.

■ Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 83. 2004.
2. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National

- Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
3. Enquesta de Salut de Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/esca/>
 4. Sistema de Información sobre Conduas de Risco. Dirección General de Salud Pública, Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-Sistema-Informaci%C3%B3n-sobre-Conduas-de-Risco?idioma=es>
 5. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública. Vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo de tabaco en la Comunidad de Madrid. 2024. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informeeepivita2024.pdf>
 6. Eusko Jaurlaritz. Encuesta de Salud. Departamento de Salud. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/encuesta-salud/inicio/>
 7. Henderson E, Lugo A, Liu X, et al. Secondhand smoke presence in outdoor areas in 12 European countries. *Environ Res.* 2021;195:110806.
 8. Comisión Europea. Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Bruselas: Comisión Europea; 2021. Disponible en: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
 9. Comisión Europea. Special Eurobarometer 539: Actitudes de los europeos hacia los productos de tabaco y relacionados. Bruselas: Comisión Europea; 2024. Disponible en: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2995>
 10. Sanz-Mas M, Contente X, Henderson E, et al. Changes in prevalence and socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure in Spanish children, 2016-2019. *Tob Induc Dis.* 2024; 22:116.
 11. Hammond SK. Evaluating exposure to environmental tobacco smoke. In: Winer ED, Keith LH, eds. *Sampling and Analysis of Airborne Pollutants*. Boca Raton, FL: Lewis Publishers, 1993:319e38.

12. Arechavala T, Contiente X, Pérez-Ríos M, et al. Second-hand smoke exposure in homes with children: Assessment of airborne nicotine in the living room and children's bedroom. *Tob Control*. 2018;27:399–406.
13. Henderson E, Rodriguez Guerrero LA, Contiente X, et al. Measurement of airborne nicotine, as a marker of secondhand smoke exposure, in homes with residents who smoke in 9 European countries. *Environ Res*. 2023;219:115118.
14. Contiente X, Henderson E, López-González L, et al. Exposure to second-hand and thirdhand smoke in private vehicles: Measurements in air and dust samples. *Environ Res*. 2023; 235:116681.
15. Nebot M, López MJ, Gorini G, et al. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005;14:60-3.
16. Lopez MJ, Nebot M, Albertini M, et al. (2008). Secondhand smoke exposure in hospitality venues in Europe. *Environ Health Perspect*. 2008;116:1469-72.
17. Nebot M, López MJ, Ariza C, et al. Impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: before-and-after study. *Environ Health Perspect*. 2009;117:344–7.
18. Fernández E, Fu M, Pascual JA, et al. Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS One*. 2009;4:e4244.
19. López MJ, Fernández E, Pérez-Ríos M, et al. Impact of the 2011 Spanish smoking ban in hospitality venues: indoor secondhand smoke exposure and influence of outdoor smoking. *Nicotine Tob Res*. 2013;15:992-6.
20. Fu M, Fernández E, Martínez-Sánchez JM, et al. Second-hand smoke exposure in indoor and outdoor areas of cafés and restaurants: Need for extending smoking regulation outdoors? *Environ Res*. 2016;148:421-428.
21. Sureda X, Bilal U, Fernández E, et al. Second-hand smoke exposure in outdoor hospitality venues: Smoking visibility and assessment of airborne markers. *Environ Res*. 2018;165:220-227.
22. Henderson E, Contiente X, Fernández E, et al. Secondhand smoke exposure assessment in outdoor hospitality venues across 11 European countries. *Environ Res*. 2021;200:111355.

23. López M], Fu M, Fernández E, et al. [How is the compliance with the tobacco control law in hospitary terraces?]. *Gac Sanit.* 2024;38:102422.
24. Hess IM, Lachireddy K, Capon A. A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour. *Public Health Res Pract.* 2016;26(2):2621617.
25. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation.* 2014;129(19):1972-86.
26. Stratton K, Kwan LY, Eaton DL, et al. Public health consequences of e-cigarettes. Washington (DC): National Academies Press, 2018.
27. Ministerio de Sanidad. Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
28. Tigova O, Amalia B, Castellano Y, et al. Secondhand exposure to e-cigarette aerosols among smokers: A cross-sectional study in six European countries of the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *Tob Induc Dis.* 2019;16:A11.
29. Amalia B, Rodríguez A, Henderson E, et al. How widespread is electronic cigarette use in outdoor settings? A field check from the TackSHS project in 11 European countries. *Environ Res.* 2021;193:110571.
30. Amalia B, Fu M, Tigova O, et al. Environmental and individual exposure to secondhand aerosol of electronic cigarettes in confined spaces: Results from the TackSHS Project. *Indoor Air.* 2021;31(5):1601-1613.
31. Feliu A, Fu M, Russo M, et al. Exposure to second-hand tobacco smoke in waterpipe cafés in Barcelona, Spain: An assessment of airborne nicotine and PM2.5. *Environ Res.* 2020;184:109347.

Carga de enfermedad asociada al consumo y a la exposición al humo ambiental de tabaco

Los efectos en la salud producidos por el consumo de tabaco y la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) han sido ampliamente estudiados en los últimos 75 años. Gracias a ello, actualmente conocemos que el consumo de tabaco está relacionado con más de 20 patologías, entre las que se encuentran varios tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares y respiratorias (1). Por su parte, la exposición al HAT en personas adultas aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cáncer de pulmón, cáncer de mama, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus tipo 2 e infecciones de las vías respiratorias bajas (2). En la infancia, la exposición al HAT aumenta el riesgo de desarrollar asma, infecciones de las vías respiratorias bajas, otitis media y muerte súbita del lactante (3).

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la monitorización de la evolución de la epidemia de tabaquismo en las poblaciones. Esto implica llevar a cabo una vigilancia integral que no se limite únicamente a estimar la prevalencia de consumo o exposición al HAT, sino que también contemple otros indicadores como la morbimortalidad asociada al tabaco. Disponer de datos sobre morbilidad y mortalidad atribuibles al consumo de tabaco y a la exposición al HAT permite cuantificar de manera objetiva el impacto de ambos factores en la salud de las poblaciones. Además, esta información es fundamental para identificar cambios en las tendencias de enfermedades relacionadas con el tabaco, evaluar la efectividad de las políticas de control del tabaco implementadas y ajustar las estrategias de prevención en función de la evolución de la epidemia de tabaquismo.

En este capítulo se reflexiona sobre los datos disponibles de morbilidad y mortalidad asociados al consumo de tabaco y a la exposición al HAT en la población española desde la implementación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

■ Impacto de las regulaciones de control del tabaco en la morbilidad

En las dos últimas décadas, son anecdóticos los estudios que han analizado el impacto del consumo de tabaco y de la exposición al HAT en la morbilidad de la población española. Solo un estudio realizado en población infantil en 2015 estimó el impacto de la exposición al HAT en términos de morbilidad. Los resultados de este estudio indicaron que la exposición al HAT había causado 9.058 casos nuevos de asma, 120.248 de otitis media y 7.097 de infecciones de las vías respiratorias bajas en población de 0 a 14 años (4). El resto de los estudios se centran en evaluar el impacto de las Leyes de control del tabaco de 2005 y 2010 sobre diversos indicadores de morbilidad, prestando especial atención a los ingresos hospitalarios. Estudios previos realizados en la Comunidad Valenciana, que analizaron este impacto en los ingresos por enfermedades cardiovasculares, observaron un descenso en la tasa de ingresos hospitalarios tras la implementación de las regulaciones (5, 6). Sin embargo, otro estudio realizado en 14 provincias españolas en población adulta mostró una tendencia descendente no significativa en el número de admisiones diarias por infarto agudo de miocardio, por cardiopatía isquémica y por enfermedad cerebrovascular tras la implementación de la Ley 28/2005 (2006-2011) y la Ley 42/2010 (2011-2012) (7). En relación con las enfermedades respiratorias, un estudio realizado en 14 provincias en población de 40 años y más observó un descenso en la tasa de ingresos hospitalarios diarios por EPOC. Sin embargo, observó un aumento en la tasa de ingresos relacionados con el asma inmediatamente después de la Ley 28/2005 y una posterior disminución tras la Ley 42/2010 (8). El impacto de las Leyes de control del tabaco también fue valorado en términos de los ingresos hospitalarios asociados a seis tipos de cáncer, que presentaron un descenso significativo en los hombres entre 2011 y 2013. En las mujeres, no se observaron cambios (5).

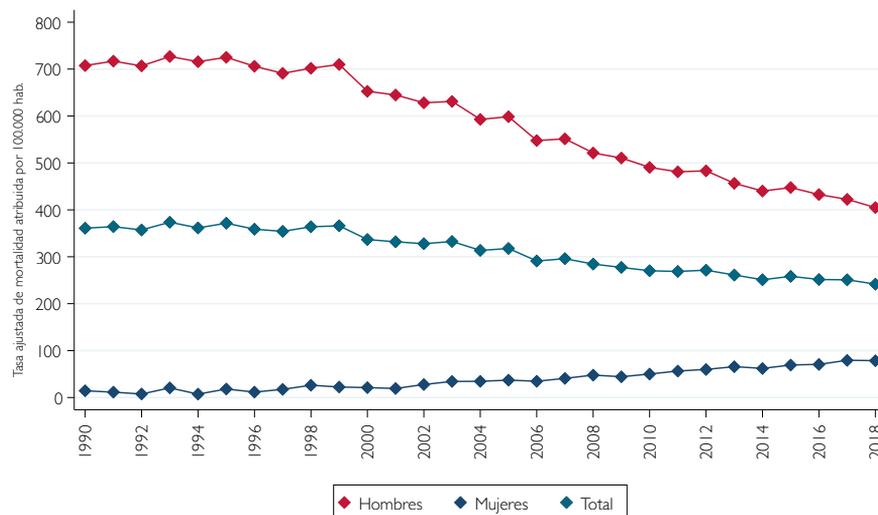
El impacto del consumo de tabaco y de la exposición al HAT también ha sido valorado a través de diversos indicadores de salud perinatal. Así, no se observaron cambios en la tasa de parto prematuro (<37 semanas) después de la Ley 28/2005, pero sí un descenso inmediato del 4,5% tras la Ley 42/2010. Las tasas de bajo peso al nacer (<2.500) tampoco presentaron cambios después de la Ley 28/2005, pero descendieron un 2,3% inmediatamente después de la Ley 42/2010. Las tasas de recién nacido pequeño para su edad gestacional disminuyeron un 4,9% inmediatamente después de la Ley 28/2005 y se mantuvieron sin cambios después de la Ley 42/2010 (9).

A nivel europeo, el impacto del consumo de tabaco y de la exposición al HAT en términos de morbilidad se analiza, mayoritariamente, a partir de la estimación de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (10, 11). Así, España presenta un valor de AVAD por consumo de tabaco similar a Alemania e Irlanda, pero por debajo de Francia, Portugal e Italia y por encima de Reino Unido o Dinamarca (10). En términos de exposición al HAT, tanto en población infantil como en población adulta, España se encuentra en una posición intermedia en el valor de AVAD, siendo de mayor magnitud en los países de Europa del este (12, 13).

■ Impacto del consumo de tabaco en la mortalidad

Desde la implementación de la Ley 28/2005 varios estudios han estimado el impacto del consumo de tabaco en la mortalidad de la población española (14). La información más actualizada, que data de 2018, estimó que el consumo de tabaco causa en España entre 50.000 y 60.000 muertes anuales. Cabe resaltar que para esta estimación se aplicó una metodología de cálculo diferente a la que se venía empleando en los estudios realizados previamente. Además, en este estudio se analizó la evolución de las tasas de mortalidad atribuida al consumo de tabaco en el periodo 1990 a 2018. La tasa de mortalidad ajustada por edad evolucionó de forma diferente en función del sexo, observándose un descenso en los hombres y un aumento en las mujeres (Figura 5.1) (15). Este aspecto se explica por la diferencia temporal en la incorporación de hombres y mujeres al consumo de tabaco.

Figura 5.1. Tasas ajustadas de mortalidad atribuida al consumo de tabaco en España en el periodo 1990-2018.



La mayoría de las estimaciones sobre mortalidad atribuida al consumo de tabaco en España fueron realizadas a nivel nacional. No fue hasta 2022 cuando se publicó la primera estimación de mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas (CC.AA.). A partir de esta estimación se pudo conocer que la carga de mortalidad asociada al consumo de tabaco difiere entre las regiones españolas en hombres y en mujeres. CC.AA. como Extremadura o Principado de Asturias presentaron, en 2017, las mayores tasas de mortalidad atribuida en hombres, mientras que en mujeres las tasas más altas se observaron en Comunidad de Madrid y País Vasco (16).

En comparación con otros países europeos, España se encuentra en una posición intermedia en términos de mortalidad atribuida al consumo de tabaco en hombres y como uno de los países con el menor impacto en mortalidad en mujeres. Así, un estudio realizado en 2014 en 29 países europeos mostró que en España el porcentaje de mortalidad atribuida al consumo de tabaco era del 24,4% en hombres y que estas cifras variaban entre un 11% en Suecia y un 41% en Hungría. En mujeres, este mismo porcentaje se estimó en un 4,2% en España y varió entre el 0,1% en Bielorrusia y el 27% en Dinamarca (17).

■ Impacto de la exposición al humo ambiental de tabaco en la mortalidad

En España, hasta la fecha, se han realizado tres estimaciones de mortalidad atribuida a la exposición al HAT en población de 35 años y más para los años 2002, 2011 y 2020 (18-20). Las dos primeras estimaciones fueron realizadas en población nunca fumadora, mientras que la estimación realizada en 2020 ofrece resultados en función del consumo de tabaco: para fumadores, exfumadores y nunca fumadores. La mortalidad atribuida a la exposición al HAT en nunca fumadores ha disminuido de 1.228 muertes atribuidas en 2002 a 1.028 muertes en 2011 y a 195 muertes en 2020. Este descenso se observó tanto en hombres como en mujeres.

También se dispone de una estimación a nivel de las CC.AA. realizada para el periodo 2016 a 2021. En esta estimación se observa que las muertes atribuidas a la exposición al HAT varían entre hombres y mujeres en las CC.AA. A pesar de esta variación, Andalucía es la región con las tasas de mortalidad atribuida a la exposición al HAT más altas tanto en hombres como en mujeres (21).

En relación con la situación de España respecto a otros países, un estudio analizó la carga de mortalidad por cáncer atribuida a la exposición al HAT en 204 países en 2019. Los resultados muestran que España presenta una tasa de mortalidad atribuida a la exposición al HAT similar a la de otros países del sur de Europa como Italia, más baja que otros países de Europa central como Hungría y del sureste de Europa como Serbia o Bulgaria, pero más alta que países del norte de Europa (22).

■ Conclusiones

Apenas existen estudios en España que hayan estimado la morbilidad atribuida al consumo de tabaco y a la exposición al HAT, y el único estudio disponible se centra en población infantil. La mayoría de los estudios analizan el impacto de las leyes de control del tabaco sobre diversos indicadores de morbilidad, principalmente en los ingresos hospitalarios. Los resultados de los estudios parecen indicar descensos inmediatos en las tasas de ingresos hospitalarios por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, cáncer y para algunos indicadores de salud perinatal después de la implementación de la Ley 28/2005 y la Ley 42/2010. En relación con la mortalidad atribuida al consumo de tabaco, son varios los estudios que han analizado el impacto del consumo de tabaco en términos de mortalidad a nivel nacional en las últimas dos décadas. Gracias a ello, conocemos que la tasa de mortalidad atribuida al consumo de tabaco en España está disminuyendo, pero que la tendencia es diferente cuando la analizamos por sexo. En hombres la evolución es descendente mientras que en las mujeres es ascendente. Las estimaciones de la mortalidad atribuida a la exposición al HAT son escasas, pero muestran que el impacto de la exposición al HAT ha disminuido desde la primera estimación en 2002.

■ Bibliografía

1. National Center for Chronic Disease Prevention, Health Promotion Office on Smoking and Health. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
2. Flor LS, Anderson JA, Ahmad N, et al. Health effects associated with exposure to secondhand smoke: a Burden of Proof study. *Nat Med.* 2024;30(1):149-67.

3. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011;377(9760):139-46.
4. Contente X, Arechavala T, Fernández E, et al. Burden of respiratory disease attributable to secondhand smoke exposure at home in children in Spain (2015). *Prev Med*. 2019;123:34-40.
5. Carrión-Valero F, Quiles-Izquierdo J, González-Monte C, et al. Impact of the 2005 and 2010 Spanish smoking laws on hospital admissions for tobacco-related diseases in Valencia, Spain. *Public Health*. 2020;180:29-37.
6. Carrión-Valero F, Quiles-Izquierdo J, González-Monte C, et al. Association between a comprehensive smoking ban and hospitalization for acute myocardial infarction: An observational study in the Autonomous Community of Valencia, Spain. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)*. 2020;39(2):77-84.
7. Galán I, Simón L, Boldo E, et al. Impact of 2 Successive Smoking Bans on Hospital Admissions for Cardiovascular Diseases in Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2018;71(9):726-34.
8. Galán I, Simón L, Boldo E, et al. Changes in hospitalizations for chronic respiratory diseases after two successive smoking bans in Spain. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177979.
9. Simón L, Pastor-Barriuso R, Boldo E, et al. Smoke-Free Legislation in Spain and Prematurity. *Pediatrics*. 2017;139(6).
10. He H, Pan Z, Wu J, et al. Health Effects of Tobacco at the Global, Regional, and National Levels: Results From the 2019 Global Burden of Disease Study. *Nicotine Tob Res*. 2022;24(6):864-70.
11. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;389(10082):1885-906.
12. Carreras G, Lachi A, Cortini B, et al. Burden of disease from second-hand tobacco smoke exposure at home among adults from European Union countries in 2017: an analysis using a review of recent meta-analyses. *Prev Med*. 2021;145:106412.

13. Carreras G, Lachi A, Cortini B, et al. Burden of disease from exposure to secondhand smoke in children in Europe. *Pediatr Res*. 2021;90(1):216-22.
14. Rey-Brandariz J, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, et al. Smoking-attributable mortality in Spain: A systematic review. *Adicciones*. 2023;35(2):185-96.
15. Rey-Brandariz J, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, et al. Trends in smoking-attributable mortality in Spain: 1990-2018. *Eur J Public Health*. 2022;32(6):919-25.
16. Rey J, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, et al. Smoking-attributable mortality in the autonomous communities of Spain, 2017. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022;75(2):150-8.
17. Janssen F, El Gewily S, Bardoutsos A. Smoking epidemic in Europe in the 21st century. *Tob Control*. 2021;30(5):523-9.
18. López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control*. 2007;16(6):373-7.
19. López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, et al. Mortality Attributable to Second-hand Smoke Exposure in Spain (2011). *Nicotine Tob Res*. 2016;18(5):1307-10.
20. Pérez-Ríos M, López-Medina DC, Guerra-Tort C, et al. Mortality Attributable to Environmental Tobacco Smoke Exposure in Spain in 2020. *Arch Bronconeumol*. 2023;59(5):305-10.
21. Rey-Brandariz J, Guerra-Tort C, López-Medina DC, et al. Mortality attributable to secondhand smoke exposure in the autonomous communities of Spain. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2024;77(11):912-8.
22. Maimaitiming M, Wang M, Luo Y, et al. Global trends and regional differences in the burden of cancer attributable to secondhand smoke in 204 countries and territories, 1990-2019. *Front Oncol*. 2022;12:972627.

Abandono del consumo de tabaco

Dejar de fumar resulta beneficioso a cualquier edad, ya que mejora significativamente el estado de salud y la calidad de vida, reduce el riesgo de muerte prematura y puede aumentar la esperanza de vida hasta una década. También supone un importante beneficio para quienes ya han sido diagnosticados de problemas cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diversos tipos de cáncer (1). La cesación tabáquica es una de las seis medidas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estrategia MPOWER para reducir el consumo de tabaco y la mortalidad asociada. Esta estrategia promueve el asesoramiento sanitario y el acceso a tratamientos farmacológicos de bajo coste (2).

Según el último Eurobarómetro de 2023 (3), el 24% de la población española de 15 y más años era exfumadora, igualándose por primera vez a la prevalencia de la población fumadora actual. De esta manera, España se suma a otros países europeos como Bélgica y Austria donde también se han equilibrado estas prevalencias, aunque se mantiene lejos de lo observado en países del norte de Europa (Suecia, Dinamarca, Finlandia), donde la proporción de abandono del consumo duplica o triplica el porcentaje de fumadores actuales.

■ Técnicas de intervención en cesación tabáquica

Para conseguir una cesación eficaz, esto es, un abandono mantenido en el tiempo, la intervención debe ser lo más integral posible. Para ello existen múltiples abordajes, entre los que destacan el apoyo motivacional, el apoyo cognitivo-conductual y el farmacológico. Los dos primeros son fundamentales para el control de la dependencia psicológica y el último para el control de la dependencia física.

El apoyo motivacional trata de ayudar al fumador a avanzar en el proceso de dejar de fumar mediante dos herramientas fundamentales:

- La entrevista motivacional: es un tipo de entrevista clínica, centrada en el paciente, que le ayuda a explorar y resolver ambivalencias sobre conductas poco saludables para promover cambios hacia estilos de vida más saludables.

- El balance decisional: el fumador realiza un balance entre los beneficios (pros) y costes (contras), para sí mismo y para los demás, de las diferentes alternativas conductuales para abandonar el consumo de tabaco.

El apoyo cognitivo-conductual consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma, que encuentre maneras de evitar las situaciones de riesgo y a que desarrolle estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso del tabaco. Las herramientas más utilizadas en este tipo de abordaje son el registro del consumo y las técnicas de control del *craving* (deseo intenso de fumar).

El tratamiento farmacológico del tabaquismo tiene por objetivo combatir la dependencia física provocada por la nicotina. Trata de evitar, o paliar, la aparición del síndrome de abstinencia nicotínico, por ello no está indicado en fumadores con bajo nivel de dependencia. Los tratamientos de primera línea en la actualidad son la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), Bupropión, Vareniclina y el más reciente, Citisina (o Citisiniclina). Excepto la TSN, todos ellos necesitan receta médica para su dispensación en la oficina de farmacia.

Desde el 1 de enero de 2020 la Vareniclina y el Bupropión, y desde febrero de 2023 la Citisina o Citisiniclina, son fármacos de primera elección para la cesación tabáquica que pueden ser prescritos con financiamiento por el Sistema Nacional de Salud. Para que puedan ser financiados, deben reunirse una serie de requisitos:

- Los pacientes deben ser incluidos en un programa de apoyo individual y/o grupal.
- Se financiará un intento anual de dejar de fumar con apoyo farmacológico por paciente.
- Los pacientes deben mostrar una motivación expresa para dejar de fumar que se puede comprobar con un intento de dejar de fumar en el último año.
- Los pacientes deben fumar 10 o más cigarrillos al día, y además presentar un alto nivel de dependencia con una valoración de 7 o más puntos en el test de Fagerström.

Resulta difícil analizar las variaciones en la utilización de estos medicamentos, ya que su uso se ha visto distorsionado por fallos en la producción (contaminación

en la producción de la Vareniclina) y suministro (desabastecimiento de Bupropión). Actualmente, todos ellos se encuentran disponibles en las oficinas de farmacia españolas.

Estos abordajes para la cesación han sido recogidos en las diferentes guías clínicas. En España podemos citar, entre otros, los siguientes documentos:

- Enfoque Integral del tabaquismo en Atención Primaria de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) (4).
- Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) (5).
- Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria (6), junto con actualización sobre el tratamiento farmacológico mediante la Guía SEPAR de práctica clínica de tratamiento farmacológico del tabaquismo (7), ambos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
- Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) (8).

■ Prevalencia de abandono del consumo de tabaco

Teniendo como referencia los datos de las Encuestas Nacionales de Salud y de las Encuestas Europeas de Salud en España, se describe la evolución del abandono del consumo (proporción de personas que han abandonado el tabaco respecto al total de personas que fuman o han fumado a lo largo de la vida) durante dos periodos: 1987-2003, correspondiente al periodo previo al desarrollo de las medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, y 2006-2020, donde se han implementado estas medidas.

Al inicio del primer periodo, en el año 1987, el 24,4% de la población adulta española fumadora había abandonado el consumo, incrementándose un 0,69% anual (incremento absoluto) hasta 2003. Durante el periodo 2006-2020, este incremento fue de un 0,89% anual, debido principalmente al aumento del abandono de las mujeres y población joven, alcanzando en 2020 un 49,9% el abandono del consumo, es decir, una de cada dos personas con antecedentes de tabaquismo había cesado el consumo.

En los hombres y en la población mayor de 34 años, durante el periodo de aplicación de las medidas del CMCT, se observa una desaceleración en la proporción de abandono (Tabla 6.1 y Figura 6.1). Conviene resaltar la estabilización observada desde 2014, un fenómeno que parece ser consistente, ya que se detecta en ambos sexos y todos los grupos de edad. Esto podría interpretarse como una saturación de este indicador sustentada en un porcentaje de fumadores con mayores dificultades para lograr la cesación del consumo de tabaco. De hecho, en el último año del que se dispone de información (2017), solo un 25% de los fumadores realizó un intento de dejar de fumar, definido como «permanecer al menos 24 horas sin consumir tabaco», mientras que en 2011 fue de un 30%.

Tabla 6.1. Proporción de abandono¹ del consumo de tabaco por sexo en España en el periodo 1987-2020. Población de 15 y más años.

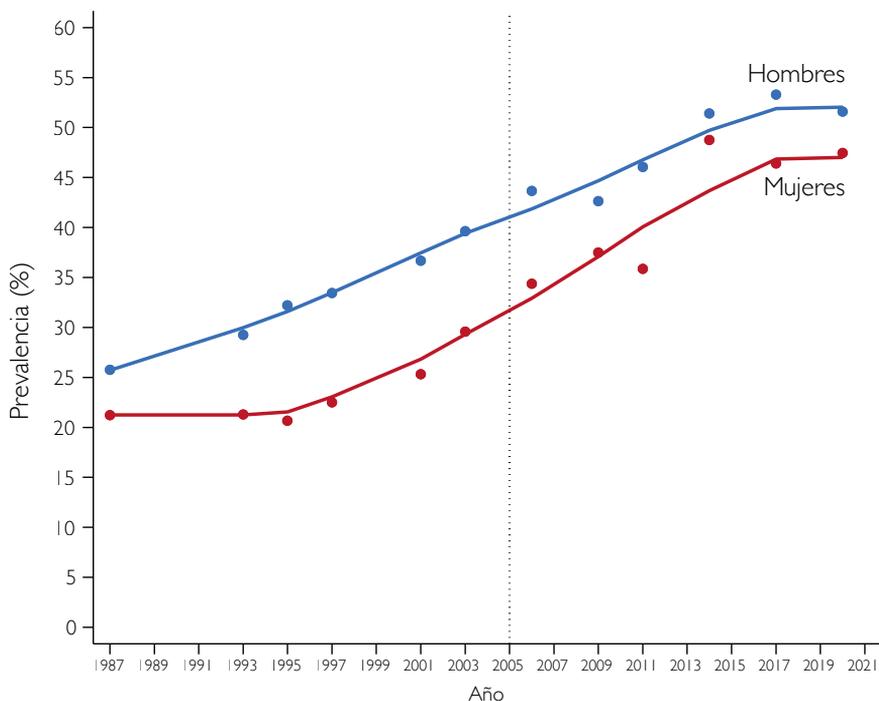
Año	Total		Sexo		Edad			
	N	%	Hombres %	Mujeres %	15-34 %	35-49 %	50-64 %	≥65 %
1987	14.568	24,4	27,7	21,2	14,1	21,6	34,6	55,7
1993	10.369	26,7	29,3	21,3	15,7	22,3	38,4	58,7
1995	3229	28,2	32,2	20,7	15,7	26,5	39,2	64,9
1997	3239	29,5	33,4	22,5	15,4	27,2	42,7	68,8
2001	10.642	32,5	36,7	25,3	17,5	28,7	42,0	71,1
2003	10.027	35,9	39,6	29,6	16,9	34,0	47,1	74,6
Δ 1987-2003		+0,69	+0,86	+0,49	+0,19	+0,73	+0,70	+1,23
2006	13.888	40,1	43,7	34,4	22,8	38,1	51,1	65,4
2009	10.422	40,6	42,6	37,5	24,1	36,2	50,8	73,6
2011	9497	42,1	46,1	35,9	22,5	36,2	51,2	76,2
2014	11.601	50,4	51,4	48,8	29,5	45,9	55,2	79,2
2017	11.360	50,5	53,3	46,4	29,7	43,9	54,9	77,7
2020	10.017	49,9	51,6	47,5	25,4	44,9	52,8	76,9
Δ 2006-2020		+0,89	+0,78	+1,08	+2,6	+0,37	+0,25	+0,73

¹Exfumadores / exfumadores + fumadores actuales (%).

Δ Incremento absoluto promedio anual.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España (ENSE/EESE).

Figura 6.1. Proporción de abandono¹ del consumo de tabaco por sexo en España en el periodo 1987-2020. Población de 15 y más años.



¹Proporción de [exfumadores / exfumadores + fumadores actuales]. Los puntos representan la proporción real observada y las líneas un suavizado de la tendencia.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España (ENSE/EESE).

■ Ayuda para el abandono del consumo de tabaco

De acuerdo con los datos ofrecidos por los Eurobarómetros especiales sobre Actitudes de los Europeos sobre tabaco (3) (Tabla 6.2), la mayoría de los españoles abandonan el consumo de tabaco sin ningún tipo de ayuda. Este porcentaje ha ido en aumento en las primeras oleadas del estudio y se mantiene estable en las últimas.

La evidencia científica es consistente respecto a la eficacia de la terapia farmacológica en el abandono del tabaquismo. A pesar de ello y de la disponibilidad de tratamiento farmacológico, son pocos los españoles que lo utilizan para dejar de fumar (menos de 1 de cada 10), y su uso ha ido disminuyendo con los años. Sin embargo, se observó un repunte en el año 2020, que podría estar relacionado con la finan-

ciación de este tipo de fármacos introducida en ese mismo año, aunque de nuevo volvió a descender en 2023.

El uso de dispositivos electrónicos ha ido aumentando y descendiendo en las sucesivas oleadas de los Eurobarómetros, siendo actualmente, junto con los medicamentos, el método más frecuentemente empleado por los fumadores españoles, pero con unas prevalencias de uso bajas (4% en ambos casos en 2023). Es conveniente mencionar que los cigarrillos electrónicos con nicotina han demostrado ser tan eficaces como la TSN en la cesación tabáquica (9), aunque su uso comercial en España es de tipo recreativo y no como medicamento. También es necesario recordar que la TSN, y en su caso los cigarrillos electrónicos, está indicada para los fumadores con dependencia media. Sin embargo, no existe evidencia de que los cigarrillos electrónicos tengan igual o mayor eficacia que las otras alternativas farmacológicas utilizadas en los fumadores con dependencia alta o muy alta. Además, se ha sugerido que los cigarrillos electrónicos podrían ser una puerta de entrada al uso de los cigarrillos convencionales (10), lo que no ocurre con la TSN. Por otro lado, la evidencia del tabaco calentado como medida de abandono del consumo de tabaco convencional es incierta (11).

Otro aspecto destacable es la baja proporción de personas que contaron con la ayuda de médicos y profesionales sanitarios para dejar de fumar: En el año 2023, solo 2 de cada 100 fumadores que intentaron dejar de fumar lo hicieron con ayuda profesional. Posiblemente, esta falta de apoyo sanitario esté relacionada con la baja expectativa de éxito dado el alto número de recaídas que se producen (diferentes estudios realizados en España estiman que las recaídas entre los 6 y los 12 meses después del abandono alcanzan entre el 50% y el 75%), pero también con la escasa cobertura de este tipo de atención en el Sistema Nacional de Salud.

En relación con la información proporcionada por los Eurobarómetros (Tabla 6.2), debe clarificarse que se recogen diferentes tipos de ayuda para dejar de fumar que pueden cambiar según la oleada. Todos los fármacos (TSN y otros tratamientos farmacológicos) se recogen conjuntamente excepto en el estudio de 2006, donde únicamente se preguntó por la TSN. Tampoco se recoge el consejo médico, sino la ayuda médica o de otros profesionales de la salud para dejar de fumar. En las últimas oleadas se recoge también en esta categoría la ayuda telefónica e Internet.

Tabla 6.2. Porcentaje de utilización de diferentes tipos de ayuda para dejar de fumar en España.

	2023	2020	2017	2014	2012	2009	2006
Tipo de ayuda utilizada para dejar de fumar	% ¹						
TSN u otros fármacos	4	8	3	6	11	ND	13
Cigarrillos electrónicos o tabaco calentado	4	10	5	7	5	ND	ND
Asistencia médica, otro profesional de la salud o clínicas especializadas	2	5	2	2	5	ND	12
Otros	2	ND	2	ND	12	ND	ND
Sin ayuda	89	82	90	80	74	66	ND

TSN: terapia sustitutiva con nicotina; ND: no disponible.

1 El total de ayudas pueden superar el 100% ya que se permiten varias respuestas.

Fuente: Eurobarómetro (3).

■ Abandono del consumo de tabaco en colectivos vulnerables

Existen determinados grupos poblacionales en los que el abandono del consumo de tabaco presenta mayores dificultades y requiere intervenciones específicas. Es el caso de los adolescentes y jóvenes, por las características propias de esta etapa del desarrollo; y de las mujeres embarazadas, por el impacto que el consumo tiene tanto en su salud como en la del feto. La cesación tabáquica en jóvenes supone un desafío debido a los patrones específicos de consumo y las barreras únicas que enfrentan. Abordar este problema requiere estrategias que combinen enfoques basados en entornos con intervenciones personalizadas de educación para la salud y concienciación individual. Estas deben prevenir la iniciación, evitar la progresión en el consumo y fomentar el abandono del tabaco.

En sus últimas cuatro ediciones la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) (12) proporciona datos del abandono por parte de los jóvenes de 14 a 18 años en España. La Tabla 6.3 muestra el porcentaje de estudiantes que han fumado diariamente en los últimos 30 días y que se han planteado alguna vez dejar de fumar. En las tres últimas encuestas se observa una tendencia ligeramente decreciente de los intentos de abandono entre los fumadores diarios. Solo se dispone de la distribución por sexo en la última encuesta, siendo mayor la proporción de intentos de abandono en las mujeres que en los hombres.

Tabla 6.3. Porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que han fumado diariamente en los últimos 30 días y que se han planteado alguna vez dejar de fumar:

Año	Total	Hombre	Mujer
2023	37,8	35	40,2
2021	39,8	-	-
2018	40	-	-
2016	37,1	-	-

Fuente: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) (12).

La prevalencia de tabaquismo en la mujer embarazada es elevada en España (15,7%) (13). El tabaco continúa siendo el factor de riesgo modificable más importante para la salud de la madre y del feto, y por ello los profesionales que atienden a las mujeres embarazadas deberían dirigir sus esfuerzos al abandono del consumo por parte de la gestante.

Las guías de práctica clínica publicadas en diferentes países ofrecen una serie de recomendaciones generales, así como diferentes tipos de intervenciones que pueden ser efectivas para abandonar el tabaquismo en este colectivo. Estas incluyen el consejo sanitario, el apoyo profesional, las intervenciones farmacológicas, las intervenciones a través de medios digitales y el seguimiento.

■ Conclusiones

No se observan grandes cambios en el abandono del consumo de tabaco a partir de 2005 en España, año donde comienza la aplicación de las medidas del CMCT. Incluso desde 2014, se observa una estabilización que podría representar una saturación de este indicador. A la baja proporción de fumadores que pretenden dejar de fumar (solo 1 de cada 4 lo intentaron en los últimos 12 meses) se une que la mayoría de ellos no buscan ningún tipo de ayuda. Es especialmente preocupante la escasa ayuda que los fumadores demandan de los profesionales sanitarios en la cesación tabáquica, lo cual refleja una posible falta de acceso o de confianza en estos recursos. Asimismo, actualmente, el uso de dispositivos electrónicos se ha equiparado al uso de tratamiento farmacológico como métodos más utilizados para dejar de fumar.

■ Bibliografía

1. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. 2008. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43891>
3. Comisión Europea. Special Eurobarometers 539, 506, 458, 429, 385, 332, 272. Bruselas: Comisión Europea. Disponible en: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/browse/all>
4. de Simón Gutiérrez R, Bilbie Lupchian L, Cobos García I, Madrona Rodríguez H. Enfoque Integral del tabaquismo en Atención Primaria. Madrid: SEMERGEN; 2025. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/tabaquismo/enfoqueIntegraldelTabaquismo.pdf>
5. Camarelles F, Barchilon V, Clemente L, et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados. Barcelona: semFYC; 2024. Disponible en: <https://www.semfy.com/storage/publication/163.pdf>
6. de Higes Martínez EB, Perera López L (coordinadoras). Manual 32: Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. En Manual SEPAR de Procedimientos. Barcelona: RESPIRA-FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL PULMÓN-SEPAR; 2015. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/manual_32?e=3049452/13885360
7. Rábade-Castedo C, de Granda-Orive JI, Riesco-Miranda JA, et al. Guía SEPAR de práctica clínica de tratamiento farmacológico del tabaquismo. Documentos y publicaciones del Área de Tabaquismo de la SEPAR; 2023. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1xj1eO67NvEOz2dTalM_qtKsvNYsmoj-l/view
8. Comité Nacional para la de Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med Clin (Barc). 2013;140(6):272.e1-272.e12.

9. Lindson_N, Butler_AR, McRobbie_H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 1. Art. No.: CD010216.
10. Barufaldi LA, Guerra RL, Albuquerque RCR, et al. Risk of initiation to smoking with the use of electronic cigarettes: systematic review and meta-analysis]. Cien Saude Colet. 2021;26(12):6089-6103. Portuguese.
11. Tattan-Birch H, Hartmann-Boyce J, Kock L, et al. Heated tobacco products for smoking cessation and reducing smoking prevalence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 1. Art. No.: CD013790.
12. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES. Plan Nacional Sobre Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
13. Martín-Agudiez N, Rodríguez-Muñoz MF. Revisión del tabaquismo en el embarazo: prevalencia, perfil sociodemográfico, depresión perinatal, variables psicológicas implicadas y tratamiento. Rev Esp Salud Publica. 2024;1198:e202410055.

Desigualdades en el consumo, abandono, y exposición al humo ambiental de tabaco

El tabaco es uno de los principales factores de riesgo evitables de enfermedad y muerte en España y en el mundo. No solo causa daño, sino que lo hace de forma injusta y desigual, afectando con mayor intensidad a determinados grupos sociales. Estas desigualdades se producen tanto en su consumo como en la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT).

Las desigualdades se manifiestan, por un lado, en los patrones de consumo, donde la interseccionalidad juega un papel clave, ya que las desigualdades por género descritas en los capítulos anteriores no se originan de manera aislada, sino que se acentúan cuando se tiene en cuenta el nivel socioeconómico. Por otro lado, también se observan desigualdades en la exposición al HAT, donde los grupos sociales más vulnerables sufren con mayor frecuencia situaciones de exposición.

Este patrón responde, en parte, a la situación de la epidemia de tabaquismo actual en la que se encuentra España (1), caracterizada por una concentración creciente del consumo en los grupos más desfavorecidos. Como ha ocurrido en otros países de ingresos altos, a medida que se han implementado políticas de control del tabaco y ha aumentado la conciencia social sobre sus riesgos, el consumo ha disminuido en los sectores más privilegiados, quedando más concentrado en grupos con menos recursos y menor acceso a estrategias de prevención o abandono. Estos grupos desfavorecidos, no solo enfrentan estas desigualdades, sino que además pueden sufrir un mayor estigma social, especialmente cuando el consumo de tabaco se asocia a contextos de vulnerabilidad o exclusión (2).

■ Desigualdades en el consumo de tabaco

El modelo teórico sobre la evolución de la epidemia de tabaquismo, descrito por López (1994) (3) y posteriormente ampliado por Thun (2012) (1), identifica distintas fases en función de las desigualdades en los cambios de prevalencia de consumo

y mortalidad por tabaco entre hombres y mujeres. Inicialmente, el hábito de fumar fue predominantemente masculino, incorporándose las mujeres en etapas posteriores. Actualmente, es posible identificar que ciertas regiones y grupos poblacionales se encuentran en fases diferentes en la evolución de la epidemia, en función de las tendencias diferenciadas de los patrones de consumo entre hombres y mujeres, y de su nivel socioeconómico. Existe una buena cantidad de investigaciones en la literatura que detallan cómo la industria del tabaco organiza estrategias de promoción específicamente dirigidas a niñas y mujeres y a población desfavorecida socioeconómicamente, que han podido acompañar a los discursos de género y sociales sobre el uso del tabaco, contribuyendo así a las desigualdades de consumo entre grupos de población (4–7).

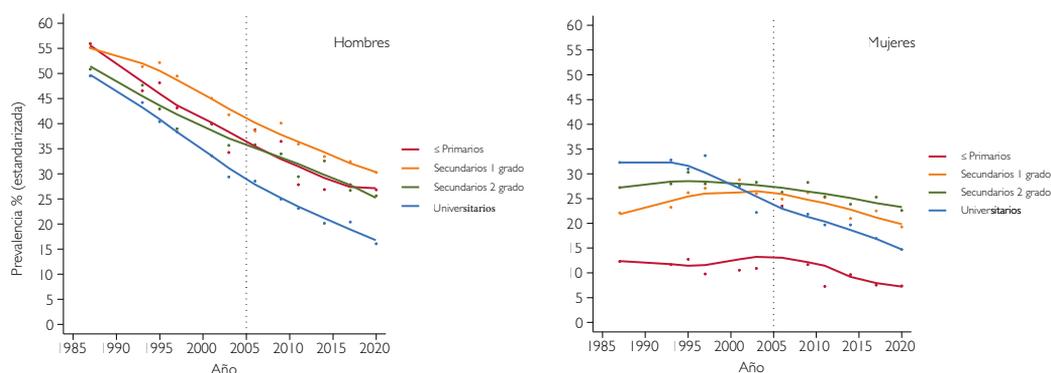
Para analizar las desigualdades en el consumo de tabaco entre distintas regiones y grupos, resulta imprescindible utilizar un enfoque interseccional que integre los diferentes ejes de desigualdad. En este capítulo, nos centraremos en las diferencias de género, edad y nivel socioeconómico, este último aproximado, en muchos casos, a través del nivel educativo o de la ocupación.

Tal y como se describió en el Capítulo III, el consumo de tabaco sigue siendo más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, aunque en los últimos años las desigualdades de género han ido disminuyendo, especialmente en los grupos de edad más jóvenes donde la edad media de inicio de consumo se ha estabilizado en la última década en 14,1 años tanto para chicos como para chicas (8).

Analizando la serie de datos de consumo de tabaco desde 1987 a 2020 según el nivel de estudios a partir de las Encuestas Nacionales (ENSE) y Europeas (EESE) de Salud en España, se observa un patrón diferenciado para hombres y mujeres con diferente nivel educativo. En hombres, la tendencia es descendente en todas las categorías de nivel de estudios, pero el grupo con educación universitaria es el que describe la menor prevalencia a lo largo de todo el periodo. Además, se aprecia un incremento gradual de la desigualdad por nivel de estudios con el paso de los años, que, lejos de reducirse, se ha ido incrementando a partir de 2005 cuando comienza la introducción de las medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la población femenina se observa un patrón muy diferente, siendo las mujeres que tienen estudios primarios o sin estudios las que muestran una menor prevalencia a lo largo de todo el periodo. Por el contrario, aquellas con educación universitaria describen las prevalencias más

altas hasta el año 2000, coincidiendo con el máximo pico de la epidemia tabáquica en la población femenina, y a partir de ese año comienzan a reducir el consumo de una forma constante.

Figura 7.1. Prevalencia estandarizada por edad de personas fumadoras según nivel de estudios en España en el periodo 1987-2020. Población de 15 y más años.



Los puntos representan los valores observados y las líneas la tendencia suavizada.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España (ENSE/EESE).

Los datos sobre diferencias en el consumo de tabaco según la ocupación laboral comportan patrones muy similares a las diferencias según nivel educativo comentadas anteriormente, debido a la estrecha relación entre ambos indicadores. Un estudio transversal publicado en 2022 analizó datos de consumo de cigarrillos de la EESE de 2014 y su relación con el nivel de ocupación como aproximación al nivel socioeconómico (9). Los resultados de los modelos, ajustados por género y edad, indicaron que la probabilidad de consumo era un 47% mayor entre trabajadores no cualificados en comparación con personas con un perfil de ocupación más alto y con puestos de responsabilidad. Además, este estudio observó que, entre las personas fumadoras, los trabajadores no cualificados tenían un 50% más de probabilidad de tener un mayor nivel de consumo (más de 10 cigarrillos al día) respecto a los trabajadores más cualificados. Las diferencias por género de los modelos ajustados por nivel socioeconómico mostraron que estas probabilidades de consumo eran más elevadas en los hombres que en las mujeres.

Un estudio reciente sobre el consumo de tabaco en mujeres embarazadas en España, basado en una muestra de 40.934 mujeres atendidas en hospitales entre 1980 y 2016, también encontró diferencias significativas según el nivel educativo (10).

Estudiar estas desigualdades resulta especialmente relevante, ya que fumar durante el embarazo no solo compromete la salud de la madre, sino también el desarrollo del feto, aumentando el riesgo de complicaciones como bajo peso al nacer o parto prematuro. A lo largo de toda la serie, las mujeres con estudios universitarios presentaron de media un 41% menos de probabilidades de fumar durante el embarazo frente a aquellas con estudios primarios o menos. A lo largo del tiempo, las diferencias se intensificaron: en los años ochenta, fumaban más las universitarias (23,5%) que las mujeres con estudios primarios o menos (12,7%), pero a partir de los años noventa esta tendencia se invirtió. Entre 2007 y 2016, las universitarias gestantes tenían un 66% menos de probabilidades de fumar, reflejando un descenso sostenido de la prevalencia de consumo en este grupo y un estancamiento entre las menos formadas, lo que evidencia un claro aumento de las desigualdades en los últimos años.

En determinados subgrupos de población especialmente vulnerables amenazados por procesos de marginación o exclusión social, se han identificado prevalencias de consumo de tabaco significativamente elevadas y edades de inicio más tempranas. Un estudio publicado en 2019 analizó la prevalencia, nivel de consumo y edad de inicio entre población de etnia gitana y población general utilizando datos de la EENSE/EESE entre 2006 y 2014. Los resultados de los modelos ajustados por género y edad determinaron que en 2014 los varones de etnia gitana tenían un 19% más de probabilidades de fumar; fumaban una media de 4,2 cigarrillos más al día y su edad de inicio era dos años más temprana en comparación con los varones de la población general. No obstante, en 2006 se reportaron diferencias más amplias, observándose una reducción en el nivel de consumo y un retraso en la edad de inicio entre los varones de etnia gitana a lo largo de la serie temporal. Las mujeres de etnia gitana tenían una prevalencia de consumo mucho menor que los varones de etnia gitana (20,2% frente a 61,1%) y que las mujeres de la población general (24,5%) en 2006. No obstante, el estudio reportó un aumento significativo del consumo entre las mujeres de etnia gitana a lo largo de la serie (11).

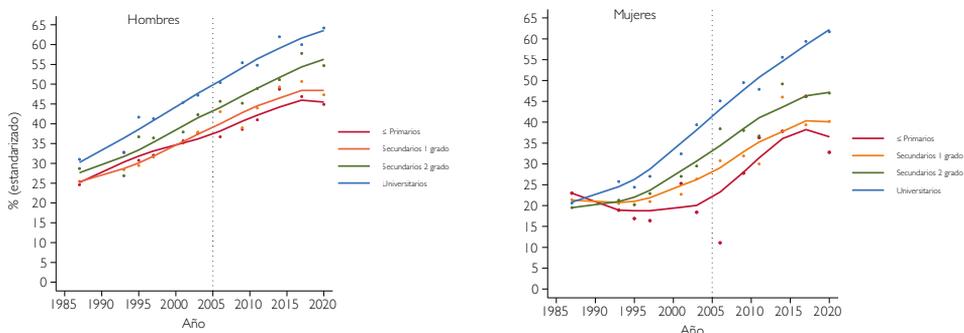
Otros grupos socialmente vulnerables como las personas del colectivo LGTBIQ+ también han mostrado mayores prevalencias de consumo. Un artículo que exploró diferencias en el consumo de tabaco en población del colectivo LGTBIQ+ en comparación con población heterosexual, observó que la población homosexual reportó una prevalencia de consumo 2,7 veces mayor a la de la población heterosexual, y que estas diferencias eran más importantes en mujeres (12).

■ Desigualdades en el abandono del consumo de tabaco

Si bien las desigualdades en el consumo de tabaco son fundamentales para entender el inicio y mantenimiento del hábito, analizar las diferencias en el abandono resulta igualmente crucial, dado que las oportunidades y barreras para dejar de fumar también se distribuyen de manera desigual entre los distintos grupos socioeconómicos, perpetuando así las inequidades en salud asociadas al tabaquismo. Siguiendo el modelo de transición epidemiológica anteriormente descrito por Lopez (1994) (3) y Thun (2012) (1), datos a nivel mundial muestran que son los hombres y la población de clase social más alta los primeros en abandonar el consumo de tabaco. Resulta imprescindible destacar que son las personas de clase social más alta las que encuentran más recursos para dejar de fumar cuando adquieren una mayor conciencia del impacto del tabaco en la salud (13). En cambio, las poblaciones de clase social más baja encuentran más dificultades para dejar de fumar, debido a un peor acceso a recursos de cesación y a la adopción del hábito de fumar como un elemento de identidad comunitaria y resiliencia ante determinadas circunstancias de estrés vital (14).

En España, la proporción de abandono, definida como el porcentaje de población exfumadora dividido por los exfumadores más los fumadores actuales, muestra un incremento a lo largo de todo el periodo para todas las categorías de nivel de estudios, siendo los hombres y mujeres universitarios los que muestran la proporción más elevada, y, por el contrario, los de menor nivel educativo los que menos abandonan el consumo (15). En este indicador se observa claramente un incremento de la desigualdad con el transcurso de los años en la población masculina y femenina, que no se ha conseguido reducir con la aplicación de las medidas del CMCT (Figura 7.2). Resulta además destacable, que estas desigualdades en la tasa de abandono entre poblaciones con estudios universitarios y el resto de las categorías (especialmente estudios primarios e inferiores) en los últimos años son más acusadas entre la población femenina que entre la población masculina.

Figura 7.2. Proporción de abandono¹ del consumo de tabaco según nivel de estudios en España en el periodo 1987-2020. Población de 15 y más años.



¹Proporción estandarizada por edad (exfumadores / fumadores + exfumadores).

Los puntos representan los valores observados y las líneas la tendencia suavizada.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Encuesta Europea de Salud en España (ENSE/EESE).

■ Desigualdades en la mortalidad atribuible al consumo de tabaco

Teniendo en cuenta la desigualdad previamente descrita en el consumo (y abandono) de tabaco entre distintos grupos socioeconómicos, es lógico que esta se traduzca en importantes diferencias en la carga de enfermedad. Además, debe considerarse que entre el inicio del consumo de tabaco y la aparición de enfermedades relacionadas existe un periodo de latencia, por lo que las tendencias en las tasas de enfermedad y mortalidad reflejarán un cierto desfase temporal respecto a las tendencias de prevalencia descritas anteriormente entre los distintos grupos sociales. En el Capítulo V, se describe un descenso en la tasa de mortalidad atribuida al tabaco entre la población masculina. Este descenso, va en consonancia con el decremento de la prevalencia de consumo en los hombres durante las últimas décadas. En cambio, en las mujeres se ha venido observando un incremento de la mortalidad desde los años noventa, que se relaciona con la tendencia alcista de la prevalencia de consumo hasta el año 2000.

En un trabajo donde se estudiaron las desigualdades sociales en la mortalidad atribuible en España en 2016 desde una perspectiva interseccional, analizando los ejes de género, edad y nivel educativo, la mitad de las muertes atribuibles al tabaco

ocurrieron en las personas con el nivel de estudios más bajo. Además, la magnitud y la dirección de estas desigualdades variaban entre hombres y mujeres y los grupos de edad, siendo superior la mortalidad a medida que aumentaba el nivel educativo en mujeres menores de 55 años y en hombres de todas las edades, e inferior al disminuir el nivel educativo en mujeres de 55 o más años (16). Estos resultados de mortalidad se relacionan con los patrones de consumo comentados anteriormente. En la serie entre 1987 y 2020, la prevalencia de consumo en hombres fue significativamente mayor entre la población con menor nivel educativo. Entre las mujeres, en cambio, las personas con menor nivel educativo reportaron menor consumo de tabaco en toda la serie.

Otro estudio reciente, donde se estimó la mortalidad atribuible al tabaco y su contribución a la desigualdad en la esperanza de vida según el nivel educativo entre 2016-2020, concluyó que en los hombres el tabaquismo tuvo una mayor contribución a la reducción de la esperanza de vida en los individuos con bajo nivel de estudios (3,1 años), y una menor contribución entre los de alto nivel educativo (2,1 años). Por el contrario, la contribución del tabaquismo entre las mujeres dio lugar a diferencias mucho más estrechas, siendo además inferior la reducción en la esperanza de vida en las de menor nivel de estudios (0,6 años) respecto a las que tenían mayor nivel educativo (0,9 años) (17).

■ Desigualdades geográficas y de entorno relacionadas con el consumo de tabaco

Las desigualdades socioeconómicas en el consumo, el abandono y la carga de mortalidad por tabaco descritas previamente a nivel individual, también se reflejan en el ámbito geográfico, dado que la población de cada región presenta estructuras sociodemográficas distintas. Dos estudios recientes han analizado las diferencias regionales en los patrones de consumo (18) y de mortalidad (19) en España. Las comunidades autónomas con menor Producto Interior Bruto (PIB), Extremadura y Andalucía, presentan históricamente mayores tasas de prevalencia de consumo y de mortalidad atribuible al tabaco entre la población masculina.

En el caso de las mujeres, se observan patrones diferentes. En algunas regiones como Comunidad Foral de Navarra y País Vasco – dos de las comunidades con mayor nivel socioeconómico – la prevalencia de consumo ha mostrado un descenso progresivo a lo largo de toda la serie estudiada (1987-2020). Sin embargo, estas regiones regis-

tran ahora tasas más elevadas de mortalidad atribuible al tabaco, lo que sugiere que se encuentran en un estadio más avanzado del modelo de transición epidemiológica del tabaco en comparación con otras comunidades.

■ Desigualdades en la exposición al humo ambiental de tabaco

Aunque, como se comenta en el Capítulo IV, la prevalencia de exposición al HAT tanto en adultos como en menores, en términos globales, ha disminuido considerablemente desde la implementación de la Ley 28/2005, diferentes encuestas y estudios han observado desigualdades individuales en la exposición al HAT. Resultados del Proyecto TackSHS, que incluye datos de España, mostraron diferencias significativas en la exposición al HAT en adultos según nivel educativo y nivel socioeconómico. La exposición fue mayor en hogares con menor nivel educativo y menor nivel de ingresos (20). Concretamente, este estudio europeo destaca que la probabilidad de encontrar un hogar libre de humo era un 9% más elevada entre las familias con estudios universitarios en comparación con los hogares con un bajo nivel de estudios.

La exposición al HAT puede ser especialmente crítica entre la población menor de edad por sus consecuencias sobre la salud en esa etapa de la vida. En 2016 se llevó a cabo un estudio en una muestra representativa de la población menor de 12 años en España (21). Los datos mostraron que la exposición general era mayor en los niños y niñas cuyos padres tenían estudios primarios o secundarios en comparación con aquellos que tenían estudios universitarios. Así, los niños cuyos padres tenían estudios primarios mostraron una exposición general un 12% mayor en comparación con los niños de familias con padres universitarios. Estas diferencias eran especialmente marcadas en el caso de la exposición en casa y en coches. Los niños de familias con un nivel de estudios primario o inferior registraron 2,07 y 1,89 veces mayor exposición al HAT en casa y en el coche, respectivamente, con respecto a los niños de familias con estudios universitarios. En 2019 se repitió la misma encuesta a una muestra similar y no se encontraron cambios en la exposición al HAT. Además, las desigualdades socioeconómicas en el caso de los hogares se mantenían, de manera que aquellos hogares con menor nivel educativo tenían mayor prevalencia de exposición al HAT en comparación con aquellos con estudios universitarios (22).

Se hace necesario destacar también la existencia de desigualdades en la exposición al HAT a nivel de ocupación profesional. En este sentido, un estudio longitudinal a nivel europeo, entre 2005-2015, determinó que, en España, el 8,6% de los trabaja-

dores estuvo expuesto al HAT en 2015. Aunque la exposición al HAT ha disminuido para todas las categorías ocupacionales desde 2005, los trabajadores con menor nivel de cualificación presentaban mayores niveles de exposición al HAT, siendo los trabajadores de la hostelería los más afectados en comparación con otros sectores. Además, se observó que estas desigualdades estaban aumentando. Los trabajadores con menor nivel de cualificación presentaron 1,3, 1,5, y 2,1 veces mayor exposición al HAT que los trabajadores con mayor nivel de cualificación en 2005, 2010 y 2015, respectivamente (23).

Las desigualdades de exposición al HAT, también describen un patrón geográfico. En el marco de un proyecto europeo, se midieron las concentraciones de nicotina a las puertas de entradas de escuelas de primaria y en parques infantiles de 11 países europeos, incluyendo España. Los resultados del estudio mostraron que en aquellas escuelas y parques situadas en barrios de menor nivel socioeconómico el porcentaje de mediciones con presencia de nicotina fue significativamente mayor que en aquellos de nivel socioeconómico más favorecido (24,25). En relación con estas diferencias a nivel de barrio, dos estudios en Madrid crearon un mapa continuo sobre la visibilidad de fumadores (26) y presencia de colillas (27) en todas las calles de la ciudad, determinando valores más altos de visibilidad en barrios con menor nivel socioeconómico. Si bien estos estudios no midieron exposición directa al HAT, vivir en zonas con mayor visibilidad de fumadores y colillas puede aumentar el riesgo de exposición al HAT, además de contribuir a la normalización y aceptación del consumo de tabaco.

■ Conclusiones

La prevalencia de consumo de tabaco y la exposición al HAT es mayor entre personas con bajo nivel educativo, renta más baja y en colectivos en situación de vulnerabilidad o en contextos de exclusión social. No obstante, a la hora de estudiar estas desigualdades entre grupos sociales se hace necesario adoptar un enfoque interseccional, ya que existen diferencias importantes por género.

En los hombres, la reducción del consumo, aunque generalizada, ha sido más marcada entre quienes tienen estudios superiores. Ello ha contribuido a un descenso en la mortalidad atribuible al tabaco, aunque esta sigue afectando en mayor medida a los hombres con menor nivel educativo. En las mujeres, el patrón ha sido diferente: tras un aumento hasta el año 2000, principalmente en la población con mayor nivel

educativo, el consumo de tabaco comenzó a descender, con mayores tasas de abandono entre las mujeres que tenían formación universitaria. Como consecuencia, la mortalidad atribuible al tabaco en mujeres ha aumentado, especialmente entre las de mayor nivel educativo.

■ Bibliografía

1. Thun M, Peto R, Boreham J, et al. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control*. 2012;21(2):96–101.
2. Thompson L, Pearce J, Barnett JR. Moralising geographies: stigma, smoking islands and responsible subjects. *Area*. 2007;39(4):508–17.
3. Lopez AD, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3(3):242–7.
4. Ferrence R. Diffusion theory and drug use. *Addiction*. 2001;96(1):165–73.
5. Marron D. Smoke gets in your eyes: what is sociological about cigarettes? *Sociol Rev*. 2017;65(4):882–97.
6. Einstein S, Epstein A. Cigarette Smoking Contagion. *Int J Addict*. 1980;15(1):107–14.
7. Poland B. The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tob Control*. 2006;15(1):59–63.
8. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES. Plan Nacional Sobre Drogas. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
9. Martín Álvarez JM, Barrientos Marín J, Millán JM. La relación entre el gradiente socioeconómico y el consumo de cigarrillos en España. *Adicciones*. 2021;34(2):94–109.
10. Salinas-Vilca A, Cuevas L, ECEMC Peripheral Group, et al. Smoking during pregnancy: changes and associated risk factors in Spain, 1980-2016. *J Public Health*. 2022;44(2):438–46.

11. Usera-Clavero M, La Parra-Casado D, Caballero P, et al. Smoking Prevalence Inequalities Among Roma and Non-Roma Population in Spain Between 2006 and 2014. *J Immigr Minor Health*. 2019;21(6):1282–9.
12. 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):547–52.
13. Katainen A. Social class differences in the accounts of smoking – striving for distinction? *Sociol Health Illn*. 2010;32(7):1087–101.
14. Stead M, MacAskill S, MacKintosh AM, et al. “It’s as if you’re locked in”: qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health Place*. 2001;7(4):333–43.
15. Montes Martínez A, Pérez-Ríos M, Ortiz C, et al. Cambios en el abandono del consumo de tabaco en España, 1987-2020. *Med Clin*. 2023;160(6):237–44.
16. Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, et al. Social inequalities in tobacco-attributable mortality in Spain. The intersection between age, sex and educational level. *Devleesschauwer B, editor. PLOS ONE*. 2020;15(9):e0239866.
17. Piñeiro B, Trias-Llimós S, Spijker JJA, et al. Estimation of smoking-related mortality and its contribution to educational inequalities in life expectancy in Spain: an observational study, 2016–2019. *BMJ Open*. 2022;12(8):e059370.
18. Rey-Brandariz J, Ruano-Ravina A, Santiago-Pérez MI, et al. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en España y sus 17 comunidades autónomas (1987-2020). *Med Clin*. 2024;162(9):417–24.
19. Rey J, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, et al. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas de España, 2017. *Rev Esp Cardiol*. 2022;75(2):150–8.
20. Tigova O, Stival C, Castellano Y, et al. Prevalence and determinants of smoke-free homes in 12 European countries: the TackSHS Survey. *ERJ Open Res*. 2025;11(2):00950–2024.
21. López M, Arechavala T, Continente X, et al. Social inequalities in secondhand smoke exposure in children in Spain. *Tob Induc Dis*. 2018;16.

22. Sanz-Mas M, Contente X, Henderson E, et al. Changes in prevalence and socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure in Spanish children, 2016–2019. *Tob Induc Dis.* 2024;22:1–13.
23. Schneider S, Lunau T, Eikemo TA, et al. Better air but not for all? Changes in second-hand smoke exposure at workplaces in 29 European countries over 10 years. *Eur J Public Health.* 2021;31(4):708–14.
24. Henderson E, Contente X, Fernández E, et al. Secondhand smoke exposure in outdoor children's playgrounds in 11 European countries. *Environ Int.* 2021;149:105775.
25. Henderson E, Contente X, Fernández E, et al. Secondhand smoke exposure and other signs of tobacco consumption at outdoor entrances of primary schools in 11 European countries. *Sci Total Environ.* 2020;743:140743.
26. Valiente R, Escobar F, Pearce J, et al. Mapping the visibility of smokers across a large capital city. *Environ Res.* 2020;180:108888.
27. Valiente R, Escobar F, Pearce J, et al. Estimating and mapping cigarette butt littering in urban environments: A GIS approach. *Environ Res.* 2020;183:109142.

Otros productos del tabaco y nuevos patrones de consumo

Los cigarrillos manufacturados son el producto del tabaco más popular, aunque no es la única forma de tabaco consumida en España. Minoritariamente también se consumen otras formas de tabaco, como el tabaco de liar, puros, puritos, picadura de pipa o más recientemente los cigarrillos electrónicos o los productos de tabaco calentado. Sin embargo, desde el inicio del siglo XXI se ha observado un cambio en el patrón de consumo de tabaco. En este sentido, el patrón de consumo también se ha visto afectado por el auge de nuevos productos de tabaco, que son utilizados principalmente por la población más joven. El aumento en el uso y consumo de estos nuevos productos se asocia a fuertes campañas de marketing, una regulación laxa o inexistente y precios más asequibles, así como a las falsas creencias sobre su seguridad. La rápida popularización de estas nuevas formas de consumo representa un reto para el control del tabaco.

■ Tabaco de liar

En las últimas décadas se ha constatado una disminución del consumo *per cápita* de cigarrillos manufacturados a expensas de un aumento en el consumo de tabaco de liar, tal como muestra un estudio que analizó los datos del Comisionado para el Mercado de Tabacos sobre las ventas de estos productos entre 1990 y 2012 (1). Dos estudios realizados en Galicia (2) y Barcelona (3), basados en encuestas, corroboran estos hallazgos. En ellos, se muestra un aumento del consumo de tabaco de liar paralelo a una disminución del consumo de cigarrillos manufacturados. De hecho, se ha observado un aumento de la prevalencia del consumo de tabaco de liar antes y después de la entrada en vigor de las Leyes 28/2005 y 42/2010 de control del tabaco, pasando del 0,4% al 3,7% (3). Este aumento del consumo de tabaco de liar se ha producido especialmente entre los jóvenes (1-4), y podría ser explicado por tres motivos principales: 1) su menor precio, 2) su mejor sabor, y 3) la creencia de que es más saludable que los cigarrillos manufacturados (5).

■ Nuevos productos del tabaco y nicotina

Cigarrillos electrónicos

Los sistemas electrónicos de administración de nicotina, más conocidos como cigarrillos electrónicos, son dispositivos que mediante un mecanismo eléctrico vaporizan una solución líquida creando un aerosol similar al humo de los cigarrillos convencionales y simulando el efecto de fumar. Popularmente, al uso del cigarrillo electrónico se le ha conocido con el nombre de «vapear». La aparición en 2014 de los cigarrillos electrónicos marca el punto de inicio de la promoción de nuevas formas de consumo de tabaco, que surgieron como nuevas estrategias del mercado de la industria del tabaco y representan un gran reto para el control del tabaco en España, Europa y el mundo. Promocionados desde sus inicios como un producto menos nocivo, los cigarrillos electrónicos fueron objeto de atención debido a la controversia sobre sus efectos beneficiosos o perjudiciales para los usuarios, en un periodo en que la evidencia científica todavía era escasa e insuficiente. Algunos investigadores, profesionales sanitarios y ciudadanos, en particular personas que fumaban, usuarios de cigarrillos electrónicos y partes interesadas, los consideraban una herramienta útil para dejar de fumar o para reducir el consumo de tabaco. Algunas personas y organizaciones incluso los sugirieron como una estrategia de reducción de daños para fumadores (6). Por otro lado, la mayoría de los investigadores y activistas en el control del tabaco veían el cigarrillo electrónico como una vía para la renormalización de los productos de tabaco en lugares públicos y de trabajo, y una nueva adicción potencial a la nicotina entre la población joven, incluidos aquellos que nunca han fumado (7). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó rápidamente (octubre de 2014) a los gobiernos de los países a que regularan los cigarrillos electrónicos, incluida la prohibición de su uso en lugares de trabajo cerrados y lugares públicos, su mercado y el acceso a ellos por parte de los jóvenes. El principal argumento que se esgrimió para su regulación en los centros de trabajo y lugares públicos fue el riesgo de normalización del tabaco.

Los fabricantes y vendedores de cigarrillos electrónicos basan su negocio en dos puntos: 1) los cigarrillos electrónicos son útiles para dejar de fumar tabaco o para reducir su consumo, y 2) los cigarrillos electrónicos son la nueva forma de «seguir fumando» sin efectos nocivos para la salud. Sin embargo, las investigaciones han puesto de manifiesto que las empresas de cigarrillos electrónicos utilizan estrategias

de marketing similares a las que utilizó la industria tabaquera en el pasado para los productos de tabaco convencional. Además, el debate sobre sus posibles efectos beneficiosos o perjudiciales para la salud ha sido un tema delicado por la falta de evidencia científica concluyente. Por ello, se hacía especialmente importante la regulación de la publicidad de estos dispositivos. También cabe destacar que el uso de los cigarrillos electrónicos podía suponer una nueva vía para generar adicción a la nicotina, convirtiendo a los usuarios en nuevos fumadores, lo que se conoce como la «hipótesis de la puerta de entrada».

El primer estudio que estimó la prevalencia de uso de cigarrillos electrónicos en España se realizó en Barcelona en 2013-2014, mostrando que el 6,5% de la población adulta los había utilizado alguna vez, mientras que un 1,6% eran usuarios actuales (8). Un estudio más reciente realizado entre 2017-2018 en 12 países de la Unión Europea, incluido España, mostró que el 0,6% de los españoles eran usuarios actuales de cigarrillos electrónicos (9). Según datos de la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España, EDADES, en 2024 el 19% de la población de 15 a 64 años (20,3% de los hombres y 17,7% de las mujeres) había consumido cigarrillos electrónicos con o sin nicotina alguna vez en la vida. La prevalencia de consumo era mayor en hombres para todos los tramos de edad, y el grupo de 15 a 24 años mostraba las mayores prevalencias de consumo, tanto entre hombres como entre mujeres (10). Otro estudio, realizado en seis países europeos, mostró un aumento global del uso de cigarrillos electrónicos, al menos semanalmente, del 1,7% al 2,2% entre 2016 y 2018, con cifras similares en España (11). En otro estudio que encuestó a la población general adulta de 12 países europeos en 2017-2018, incluido España, se constató que el 2,4% de los encuestados declararon usar actualmente cigarrillos electrónicos (desde el 0,6% en España al 7,2% en Inglaterra). Cabe mencionar que lo utilizaban el 0,4% de las personas que nunca habían fumado cigarrillos y el 4,4% de los fumadores actuales. Su uso era más frecuente entre los más jóvenes y entre las personas con un nivel educativo alto (9).

Productos de tabaco calentado

Después de los cigarrillos electrónicos, la aparición de los productos de tabaco calentado (PTC) representa otra amenaza al control del tabaco. Los PTC son productos de tabaco procesado que se calientan sin llegar a la combustión. Al calentarlos, producen aerosoles que contienen nicotina y otras sustancias químicas nocivas.

Estos productos se comercializaron por primera vez a finales de 2014 en Italia y Japón, y en los últimos años se han extendido a la mayoría de los países de la Unión Europea. En un estudio reciente que incluyó a personas que fumaban actualmente o habían dejado de fumar recientemente en seis países europeos, incluido España, se observó que el conocimiento sobre los PTC había aumentado globalmente del 7,9% al 17,2% entre 2016 y 2018 (del 5,3 al 10,8% en España), mientras que su uso al menos una vez en la vida había aumentado del 1,1% al 1,9% (del 1,4% al 0,9% en España) (11). Cabe mencionar que, en 2018, globalmente, el 0,8% utilizaban estos productos al menos ocasionalmente (0,6% en España). La prevalencia de consumo de estos productos fue mayor entre quienes los percibían como menos peligrosos que los cigarrillos convencionales, los que habían intentado dejar de fumar cigarrillos en los últimos 12 meses, o los que habían probado los cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida (10). Otro estudio realizado en 2017-2018 en 12 países europeos mostró que el 1,8% de la población general europea había consumido alguna vez los PTC, siendo este porcentaje del 0,6% en España (12). En población europea, la prevalencia de consumo era mayor en personas de 15 a 25 años (2,7%), en hombres (2,1%) y en personas fumadoras (4,4%). El Eurobarómetro incluyó por primera vez datos sobre el consumo de PTC en la edición del año 2020 (13). Esta encuesta mostró prevalencias idénticas en la población europea y la población española mayor de 15 años. El 6% de la población había consumido alguna vez PTC y un 1% era consumidora actual (13). Estos porcentajes se mantuvieron estables hasta el año 2024, cuando se observó una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 4% en población española, siendo ligeramente inferior a la observada en la población europea (7%) (13).

Pipas de agua

Las pipas de agua, también llamadas *shishas* o cachimbos, son dispositivos que se usan de manera colectiva para fumar tabaco, hierbas u otras sustancias impregnadas en melaza que se depositan en una cazoleta, donde se prenden con pequeños carbones. El humo que se genera pasa por un tallo vertical hasta un depósito de agua, que lo enfría y humidifica antes de ser aspirado por la boquilla de una o varias mangueras (14). Aunque se utilizan tradicionalmente en Oriente Medio y en algunos países africanos, se han vuelto populares en muchos lugares del mundo, incluida España. Debido a su alto potencial de toxicidad, su uso se lleva monitorizando en el Eurobarómetro desde hace algunos años. Los datos para España muestran una ten-

dencia decreciente desde 2009, cuando un 8% de la población los había consumido diaria u ocasionalmente, hasta el 3% que lo hizo en 2023 (13).

La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias, ESTUDES, recoge información desde 2018-2019 sobre el uso de pipas de agua alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en estudiantes de 14 a 18 años. En 2018-2019 el 47,3% de los estudiantes las había usado alguna vez en su vida (el 46,6% de los chicos y el 48,0% de las chicas), cifra que disminuyó al 40,5% en 2021, sin diferencias por sexo, para luego aumentar en 2023, alcanzando una prevalencia de uso del 57,9% (59,1% en los chicos y 56,7% en las chicas). En 2023 se preguntó también por el uso de pipas de agua en los últimos 12 meses. En este caso, la prevalencia de uso fue del 44,8%, siendo ligeramente superior en los chicos (46,2%) que en las chicas (43,4%) (15).

Otros datos que informan sobre el uso de pipas de agua provienen de estudios puntuales, la mayoría en adolescentes. Un estudio realizado en 2014 en tres institutos de enseñanza secundaria de Sevilla constató que el 28% de los adolescentes fumaba tabaco de forma habitual (diaria o semanalmente), ya fuese en forma de cigarrillos o en pipas de agua. El 13% utilizaban habitualmente pipas de agua y 69% las habían utilizado alguna vez (16). Otro estudio realizado en 2017 por el mismo equipo investigador en adolescentes de entre 12 y 18 años de tres escuelas secundarias de Sevilla, encontró que el 13,4% usaba pipas de agua de manera habitual (15,5% de los chicos y 12,5% de las chicas) y el 9,2% fumaba tabaco habitualmente (9,8% de los chicos y 9,3% de las chicas). Globalmente, el 20,2% usaba exclusivamente un producto y el 3,2% usaba habitualmente ambos productos (17).

Otro estudio realizado en 2015-2016 en 15 escuelas universitarias de enfermería en Cataluña encontró que el 10% de los estudiantes usaba pipas de agua al menos una vez a la semana (10,3% de los hombres y el 9,9% de las mujeres) (18). En el contexto de un estudio realizado en 2019-2020 en el suroeste español sobre susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 16 años, se observó que el 19,7% de las chicas y el 9,9% de los chicos habían fumado pipas de agua en los últimos 30 días (19).

Una encuesta realizada en 2020-2021 en centros de educación secundaria de Galicia a estudiantes de entre 12 y 18 años recogió información sobre el uso de pipas de agua como forma de consumir tabaco y cannabis en el último año y en el último mes. Se observó que el 19,4% de los adolescentes había usado pipas de agua para fumar tabaco en el último año y el 7,7% lo había hecho en el último mes, sin dife-

rencias por sexo. Por otra parte, el 8,5% de los adolescentes afirmó haber usado pipas de agua para fumar cannabis en el último año, mientras que el 3,7% lo hizo en el último mes, siendo el consumo mayor entre los chicos (20). Además, el uso de pipas de agua se asoció con la adopción de nuevas formas de consumo de sustancias, incluyendo alcohol con bebidas energéticas, «jarabe violeta» que se utiliza para combinados, así como el consumo intensivo de alcohol. Asimismo, se constató que el 37,8% de los adolescentes atribuyó poco o ningún riesgo al consumo de tabaco o cannabis en cachimba (19).

Bolsas de nicotina y cigarrillos herbales

Recientemente han entrado en el mercado español las bolsas de nicotina como alternativa al tabaco convencional. Las bolsas de nicotina son pequeños paquetes que contienen nicotina, tratada con aromas y otros ingredientes. La nicotina puede derivarse de plantas de tabaco o puede ser sintética. La industria las promociona como una alternativa libre de humo para que los fumadores puedan utilizarlas en los centros de trabajo y en los espacios públicos donde está prohibido fumar.

Otro producto que está adquiriendo cierto auge son las hierbas aromáticas. Los cigarrillos herbales están hechos a partir de mezclas de hierbas naturales, entre las que se encuentra la manzanilla o la menta. Como ocurrió con los cigarrillos electrónicos, la industria intenta vender los cigarrillos herbales como productos más saludables y menos adictivos que el tabaco convencional, por no contener nicotina.

Dada su reciente incorporación al mercado español, actualmente se desconoce la prevalencia de uso de estos nuevos productos de tabaco.

■ Conclusión

El mercado de tabaco está en continua evolución. En la actualidad, el tabaco manufacturado no es el único producto de la industria tabaquera. Desde el inicio del siglo XXI, el tabaco de liar, los cigarrillos electrónicos, los PTC o las pipas de agua se han popularizado rápidamente entre la población, especialmente entre los más jóvenes. Estos productos, junto con la reciente introducción en el mercado de las bolsas de nicotina y cigarrillos herbales, están siendo un importante problema para el control del tabaco. Por ello, es necesario reforzar la estrategia transversal de monitorización, dentro de las seis medidas propuestas por el MPOWER, para establecer sistemas eficaces de vigilancia, supervisión y evaluación. En este sentido, las encuestas seria-

das en España tienen que adaptarse para incluir estos nuevos productos y realizar una correcta y exhaustiva monitorización de la epidemia de tabaquismo y de los nuevos patrones de consumo. Además, las nuevas legislaciones nacionales deberían contemplar el registro de los nuevos productos de tabaco, así como los controles y regulación de su producción, publicidad, acceso, venta y tasación.

■ Bibliografía

1. Fu M, Martínez-Sánchez JM, Clèries R, et al. Opposite trends in the consumption of manufactured and roll-your-own cigarettes in Spain (1991-2020). *BMJ Open*. 2014;4(12):e006552.
2. Tarrazo M, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, et al. Cambios en el consumo de tabaco: auge del tabaco de liar e introducción de los cigarrillos electrónicos [Changes in tobacco consumption: boom of roll-your-own cigarettes and emergence of e-cigarettes]. *Gac Sanit*. 2017;31(3):204-209.
3. Sureda X, Fu M, Martínez-Sánchez JM, et al. Manufactured and roll-your-own cigarettes: A changing pattern of smoking in Barcelona, Spain. *Environ Res*. 2017;155:167-174.
4. Lidón-Moyano C, Fu M, Pérez-Ortuño R, et al. Impact of the Spanish smoking legislation among smokers: A longitudinal study with biomarkers in Barcelona (Spain). *Addict Behav*. 2018;87:101-108.
5. Brown AK, Nagelhout GE, van den Putte B, et al. Trends and socioeconomic differences in roll-your-own tobacco use: findings from the ITC Europe Surveys. *Tob Control*. 2015;24 Suppl 3(03):iii11-iii16.
6. Statement from specialists in nicotine science and public health policy. Nicotine Science and Policy. Letter of concern by 53 public health experts to WHO with regard to the FCTC and electronic. 2014.
7. Centre for Tobacco Control Research and Education. Letter of support from 129 public health experts for WHO's evidence-based approach to electronic cigarettes. 2014.
8. Martínez-Sánchez JM, Ballbè M, Fu M, et al. Electronic cigarette use among adult population: a cross-sectional study in Barcelona, Spain (2013-2014). *BMJ Open*. 2014 25;4(8):e005894.

9. Gallus S, Lugo A, Stival C, et al. Electronic Cigarette Use in 12 European Countries: Results From the TackSHS Survey. *J Epidemiol.* 2023;33(6):276-284.
10. Peruga A, Martínez C, Fu M, et al. Consumo actual de cigarrillos electrónicos entre estudiantes de secundaria que nunca han fumado. *Gac Sanit.* 2022;36(5):433-438.
11. Maria Lotrean L, Trofor A, Radu-Loghin C, et al. Awareness and use of heated tobacco products among adult smokers in six European countries: findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *Eur J Public Health.* 2020;30(Suppl_3):iii78-iii83.
12. Gallus S, Lugo A, Liu X. Use and Awareness of Heated Tobacco Products in Europe. *J Epidemiol.* 2022;32:139-44.
13. Comisión Europea. Special Eurobarometers 2009, 2012, 2014, 2017, 2020, 2023. Bruselas: Comisión Europea. Disponible en: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/browse/all>
14. Shihadeh A, Schubert J, Klaiany J, et al. Toxicant content, physical properties and biological activity of waterpipe tobacco smoke and its tobacco-free alternatives. *Tob Control.* 2015;24:i22-30.
15. Ministerio de Sanidad. Portal estadístico. ESTUDES. Datos sobre drogas. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS//estudes/datos-sobre-uso-de-drogas>.
16. Sáenz-Lussagnet JM, Rico-Villademoros F, Luque Romero LG. Waterpipe and cigarette smoking among adolescents in Seville (Spain): prevalence and potential determinants. *Adicciones.* 2019;31(2):170-173.
17. Sáenz-Lussagnet JM, Rico-Villademoros F, Luque-Romero LG. Use of waterpipes and other substances in adolescents: Prevalence and potential associations with mental and behavioral well-being, a cross-sectional study. *Tob Prev Cessat.* 2021;7:50.
18. Martínez C, Baena A, Castellano Y, et al. Prevalence and determinants of tobacco, e-cigarettes, and cannabis use among nursing students: A multicenter cross-sectional study. *Nurse Educ Today.* 2019 Mar;74:61-68.

19. Santano-Mogena E, Franco-Antonio C, Cordovilla-Guardia S. Gender differences in susceptibility to smoking among high school students. *J Adv Nurs.* 2023;79(5):1912-1925.
20. García-Couceiro N, Isorna M, Braña T, et al. Waterpipe use among adolescents. Possible implications and related variables. *Adicciones.* 2023;35(4):445-454.

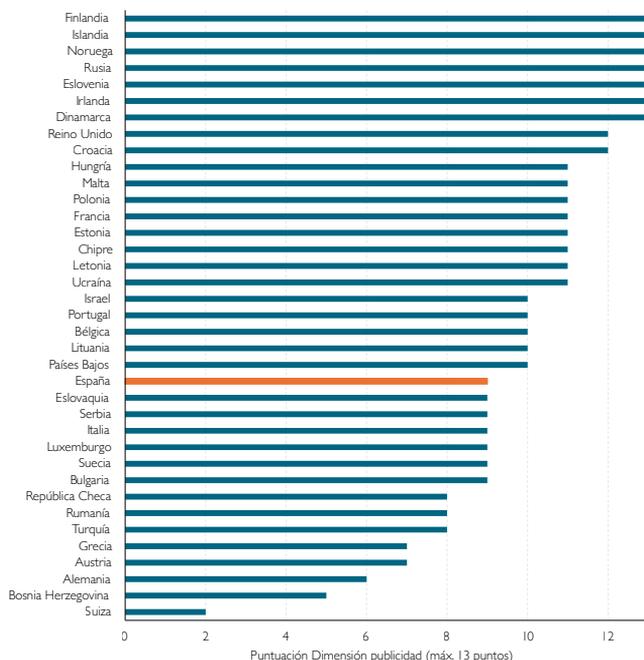
Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

En España, la publicidad directa del tabaco ha sido ampliamente regulada conforme al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), siguiendo especialmente las recomendaciones MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo la letra «E» (*Enforce bans*), que promueve prohibiciones amplias sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Desde 2005, gracias a las Leyes 28/2005 y 42/2010, y posteriormente con el Real Decreto-ley 17/2017 de 17 de noviembre, se ha establecido la prohibición total de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco y sus derivados en todos los medios y soportes, incluyendo los servicios de la sociedad de la información y la comunicación. Sin embargo, se permiten ciertas excepciones, como la publicidad en puntos de venta de tabaco, en publicaciones destinadas exclusivamente a profesionales del comercio del tabaco y en publicaciones impresas y editadas en terceros países, siempre que no estén dirigidas principalmente al mercado comunitario ni se distribuyan desde él.

Cabe señalar que, a pesar de estas Leyes, y según datos del Eurobarómetro del año 2020, en España el 45% de la población mayor de 15 años declaró haber visto al menos alguna vez publicidad sobre tabaco, siendo este porcentaje 10 puntos superior al de la media europea. La mayoría de las personas que habían estado expuestas a publicidad del tabaco lo fue, principalmente, en puntos de venta (63%), seguido del interior o alrededores de un local de hostelería (21%), en pósteres de espacios públicos (17%), en Internet (16%) y en revistas (15%). Asimismo, en España, un 47% declaró haber visto alguna vez publicidad sobre cigarrillos electrónicos o accesorios y un 33% sobre productos de tabaco calentado. En Europa, estos porcentajes fueron del 34% y 25%, respectivamente (1).

La escala de control de tabaco (*Tobacco Control Scale*, TCS) es una herramienta diseñada para medir y comparar la implementación de políticas de control de tabaco a nivel nacional, incluyendo específicamente la dimensión relacionada con la publicidad. En cuanto a esta dimensión, en las últimas ediciones de la TCS, España ha obtenido una puntuación de 9 sobre 13 puntos – a mayor puntuación mayor grado de implementación de las políticas eficaces para el control del tabaco –, ubicándose así en la posición 23 del ranking de 36 países en el año 2021 (Figura 9.1) (2).

Figura 9.1. Ranking de países por puntuación en la dimensión de publicidad de la *Tobacco Control Scale*. Edición 2021.



Fuente: Tobacco Control Scale (TCS), 2021 (2).

A pesar del avance que supusieron las Leyes 28/2005 y 42/2010 en términos de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, desde entonces se ha ralentizado su progreso en comparación con otros países europeos, como Irlanda, Dinamarca, Francia o Croacia. Así, aunque estas Leyes se enmarcan claramente dentro del MPOWER y el CMCT, siendo España uno de los países que ha avanzado significativamente en su implementación, aún no existen restricciones tan completas como en otros países. Por ejemplo, en Canadá, las prevalencias de consumo adolescente disminuyeron un 30% tras la implementación de prohibiciones completas, es decir, medidas legales integrales que eliminan totalmente cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco en todos los medios (televisión, radio, prensa, puntos de venta, eventos deportivos, publicidad exterior, redes sociales e Internet) (3).

A todo lo anterior se suma la rápida penetración y uso masivo de las redes sociales entre los jóvenes, lo que plantea un nuevo reto: la regulación de la publicidad indirecta, utilizada por la industria tabaquera como medio alternativo para eludir las res-

tricciones tradicionales y alcanzar especialmente a las poblaciones más vulnerables (4-6). Para hacer frente a esta problemática, surge la Ley 13/2022 y el Real Decreto 444/2024, que tiene como objetivo regular la promoción encubierta del tabaco en redes sociales en España.

■ Publicidad directa

Como se ha mencionado previamente, España ha avanzado significativamente en la regulación de la publicidad directa del tabaco, prohibiéndose la publicidad en puntos de venta si es visible desde el exterior. Sin embargo, esto no siempre se cumple. En este contexto, cabe destacar que el Real Decreto-ley 17/2017, con el objetivo específico de transponer a la legislación española la Directiva Europea 2014/40/UE, realizó un avance importante en materia de etiquetado y advertencias sanitarias, ya que incrementó significativamente el tamaño, la visibilidad y la especificidad de las advertencias gráficas en los productos del tabaco, fortaleciendo así el impacto preventivo. Además, introdujo regulaciones específicas para productos novedosos derivados del tabaco y la nicotina, como los cigarrillos electrónicos, estableciendo requisitos concretos sobre etiquetado, advertencias sanitarias y limitaciones adicionales en publicidad y promoción, alineándose con las recomendaciones internacionales sobre control del tabaco.

Sin embargo, aunque en España se han introducido advertencias sanitarias gráficas en los paquetes, todavía no se ha avanzado hacia medidas más contundentes como el empaquetado neutro. Esta medida, implementada con éxito en varios países europeos, limita considerablemente la promoción visual al eliminar logotipos y diseños atractivos, constituyendo un desafío clave para el control del tabaco.

Publicidad en puntos de venta

A pesar de que la normativa vigente en España prohíbe explícitamente la publicidad y promoción del tabaco en los puntos de venta cuando estos elementos publicitarios puedan ser visibles desde el exterior del establecimiento, la realidad muestra que esta prohibición no siempre se cumple en la práctica. En concreto, sigue siendo habitual observar en los estancos elementos promocionales como expositores, vitrinas y cartelera – en ocasiones luminosa – con logotipos o nombres comerciales que son visibles desde fuera del local. Esta situación evidencia importantes desafíos en la

vigilancia y aplicación efectiva de la regulación actual, favoreciendo así una exposición continua y no deseada a mensajes pro-tabaco, especialmente preocupante por su impacto potencial en jóvenes y población vulnerable, como personas con bajo nivel socioeconómico y alto riesgo de exclusión social, personas con problemas de salud mental o con problemas de estrés y ansiedad (7).

La regulación efectiva de la publicidad y la promoción en estos espacios es crucial para reducir el atractivo del producto, especialmente entre los jóvenes, y limitar su consumo. Existe un fuerte consenso sobre la influencia y susceptibilidad a la exposición a elementos de promoción de tabaco en los puntos de venta y el consumo en la literatura internacional en los últimos años (8). Un metaanálisis publicado en 2016 determinó que los adolescentes con mayor exposición a elementos de promoción del tabaco en puntos de venta tenían 1,6 veces más probabilidades de experimentar con el tabaco y 1,3 veces más probabilidades de ser susceptibles de fumar en el futuro, en comparación con aquellos menos expuestos (9).

Por otro lado, la ubicación de los elementos de promoción, junto con la exposición de los propios productos de cigarrillos y otros productos del tabaco en lugares estratégicos dentro de los establecimientos, favorece la compra impulsiva y normaliza su presencia y consumo. En muchas ocasiones, el emplazamiento privilegiado de estos productos dentro de los establecimientos es previamente pactado con la industria del tabaco (10).

A nivel mundial, existen diversos ejemplos de marcos legislativos que regulan la presencia, intensidad y ubicación de los elementos de promoción del tabaco dentro de los establecimientos. Países como Australia o Escocia exigen que los productos de tabaco sean «escondidos» tras vitrinas opacas, inaccesibles y no visibles para los clientes (Fotografía 9.1). En cambio, en España la legislación al respecto sigue siendo limitada. El Real Decreto 1676/2011, que desarrolla la Ley 42/2010, establece las condiciones mínimas que un establecimiento debe cumplir para obtener la licencia para vender y almacenar tabaco de manera segura. Sin embargo, este marco normativo ha propiciado la proliferación de establecimientos de venta de tabaco cada vez más grandes, los cuales disponen de una mayor superficie útil para instalar elementos de promoción o publicidad. Este fenómeno no debe analizarse de forma aislada, ya que está relacionado con la diversificación del mercado del tabaco. La irrupción de nuevos productos, como los cigarrillos electrónicos, está llevando a los puntos de venta a aumentar su tamaño y capacidad, lo que a su vez permite la instalación de un

mayor número de elementos promocionales. Muchos de estos elementos quedan fuera del alcance de las disposiciones legales actuales.

Fotografía 9.1. Publicidad de tabaco en puntos de venta de diferentes países.



Ejemplo en Estados Unidos:

Fuente:
https://www.cdc.gov/pccd/issues/2016/15_0426.htm

Ejemplo en Escocia:

Fuente:
<https://www.bbc.com/news/uk-scotland-40781163>

Ejemplo en Canadá:

Fuente:
<https://ccentral.ca/imperial-tobacco-opens-vape-shop-toronto>

Ejemplo en España:

Fuente:
 Google Street View, 2025.

Además de por las características del establecimiento, el acceso al tabaco y la forma en que se promociona pueden variar significativamente según la localización geográfica. En primer lugar, múltiples estudios han demostrado que en áreas con menor nivel socioeconómico existe una mayor densidad de puntos de venta de tabaco (11), lo que se traduce también, de manera indirecta, en una potencial mayor exposición a elementos de publicidad y promoción de tabaco en los establecimientos (12). Ninguno de estos aspectos es todavía abordado de forma clara en las leyes actuales.

En segundo lugar, existe evidencia que demuestra un grado diferencial en el cumplimiento de las distintas regulaciones de venta a menores (13) y de publicidad (14) en puntos de venta en zonas con distinto nivel socioeconómico. De este modo, establecimientos en barrios con mayor privación socioeconómica, y en especial en zonas rurales, presentan unas mayores tasas de incumplimiento de estas normativas.

En los puntos de venta con recargo o en aquellos que disponen de máquinas expendedoras, aunque la venta de tabaco es una actividad más secundaria y la presencia promocional puede parecer menos intensa, también se ha documentado un uso para reforzar el logotipo, los colores corporativos y otros elementos distintivos de marca. Además, las máquinas expendedoras están escasamente reguladas en la legislación actual, lo que facilita su aprovechamiento como herramienta publicitaria indirecta.

Empaquetado neutro

El empaquetado neutro es una medida basada en la evidencia que forma parte de un enfoque integral para la prevención y control del tabaco. Este tipo de empaquetado elimina logotipos y elementos promocionales, dejando más espacio para las advertencias sanitarias, y reduce el atractivo de marca, especialmente entre los jóvenes. Diversos países han implementado esta medida con éxito. Por ejemplo, la experiencia de Australia mostró una reducción del consumo en población joven sin incrementar los costes ni el contrabando. El empaquetado neutro ha demostrado su efectividad en la prevención del consumo de tabaco, principalmente al fomentar el retraso en la edad de inicio entre los jóvenes, ya que reduce el atractivo de los productos de tabaco para los consumidores, disminuye la preferencia por ciertas marcas – especialmente entre los más jóvenes –, aumenta la visibilidad de las advertencias sanitarias y contribuye a disminuir las falsas creencias sobre supuestas ventajas del uso del tabaco (15).

A nivel europeo, según la Directiva 2005/29/CE del Parlamento y del Consejo Europeo, de 11 de mayo de 2005, relativa a las prácticas comerciales desleales de las empresas en sus relaciones con los consumidores en el mercado interior, la adaptación de la normativa de etiquetado es necesaria para equipararse a los avances en el ámbito internacional. Además, la Directiva 2014/40/UE de la Unión Europea permite a los Estados miembros introducir medidas relacionadas con el empaquetado neutro por razones de salud pública.

Respecto al empaquetado de los productos de tabaco, la TCS considera la presencia de advertencias sanitarias mediante imágenes y texto, el tamaño de estas y el empaquetado neutro. En este sentido, en 2021, España obtuvo una puntuación de 5 puntos sobre 10, lo que refleja un grado intermedio de implementación de las políticas recomendadas, situando al país en la posición 15 del ranking de esta dimensión, junto con otros 20 países, de los 37 evaluados (Figura 9.2) (2). Esto indica que, aunque se han introducido medidas como las advertencias gráficas obligatorias, todavía quedan pasos importantes por dar, especialmente en relación con la adopción del empaquetado neutro.

Figura 9.2. Ranking de países por puntuación en la dimensión de condiciones de etiquetado de productos de la *Tobacco Control Scale*. Edición 2021.



Fuente: *Tobacco Control Scale* (TCS), 2021 (2).

En España, la Ley 28/2005 incluyó la introducción de advertencias sanitarias de texto en los productos de tabaco y el Real Decreto 639/2010 incorporó imágenes de advertencia sanitaria. Posteriormente, regulaciones más específicas han ampliado el tamaño de dichas advertencias a partir de la transposición de la Directiva 2014/40/UE. Este escenario sitúa a España en una posición similar a la de muchos otros países europeos. No obstante, España está en la retaguardia en comparación con otros países

como Francia, Irlanda, Dinamarca o Países Bajos, donde se han producido avances innovadores más significativos con la implementación del empaquetado neutro. En este sentido, el nuevo Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT) 2024-2027 incluyó la incorporación del empaquetado neutro, y aunque a finales de 2024 hubo una tentativa para introducirlo mediante un real decreto, esta no prosperó. En España, existe un apoyo social creciente para su implementación. Encuestas llevadas a cabo a 9.045 personas en 2017 y 2018 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) indicaron que más de la mitad de las personas encuestadas estaba a favor del empaquetado neutro. Además, sociedades científicas médicas y colegios profesionales españoles consideran que el país debería adoptar esta medida (16). Según datos del Eurobarómetro de 2023, el 39% de la población española mayor de 15 años estaba a favor de esta medida, el 35% en contra y el 27% declaraba no saberlo en ese momento (17). Estos porcentajes eran del 42%, 40% y 18%, respectivamente, en población europea.

En los últimos años, se han planteado nuevos desafíos vinculados a la promoción encubierta en redes sociales, lo que ha motivado la implementación de la Ley 13/2022, de 7 de julio, General de Comunicación Audiovisual, para regular específicamente este tipo de publicidad indirecta a través de *influencers*. Esta Ley, en sus artículos 94 y 123, extiende la prohibición de publicidad de productos del tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos, tanto a los medios tradicionales como a las plataformas digitales, imponiendo las mismas obligaciones para evitar la promoción directa e indirecta de estos productos.

■ Publicidad indirecta

En España, la Ley 13/2022, General de Comunicación Audiovisual, sentó las bases para regular a los creadores de contenido en redes sociales y el Real Decreto 444/2024 desarrolló su artículo 94, estableciendo los criterios concretos que definen a los denominados «usuarios de especial relevancia». Estos incluyen tener más de un millón de seguidores en una sola plataforma, o dos millones combinados en varias, generar ingresos superiores a 300.000 euros anuales derivados de su actividad y publicar más de 24 vídeos al año. Una vez alcanzados estos umbrales, dichos usuarios deben cumplir las mismas restricciones publicitarias que los medios tradicionales, lo que implica la prohibición explícita de promocionar cigarrillos y otros productos del tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos, sus envases de recarga y productos a base de hierbas para fumar, tanto en contenidos orgánicos como patrocinados.

Sin embargo, aunque esta regulación existe y es clara en cuanto a las restricciones aplicadas a *influencers* nacionales, persisten desafíos en la monitorización efectiva de estas prácticas. Por ejemplo, esta normativa solamente aplica a los mega y macro *influencers*, dejando fuera a los micro y nano *influencers*, los cuales también son un gran foco de exposición en las redes sociales (18). Además, esta regulación no aplica a los contenidos generados desde otros países. La publicidad indirecta en redes sociales a través de *influencers* internacionales representa una vía importante por la cual la industria tabaquera continúa alcanzando especialmente a adolescentes y jóvenes, una población altamente vulnerable a estos mensajes.

Diversos estudios destacan que los adolescentes son particularmente susceptibles al marketing indirecto promovido por *influencers*, percibiendo a estas figuras como cercanas y auténticas, lo que incrementa significativamente el riesgo de iniciación y normalización del consumo de tabaco (19). Por ejemplo, investigaciones recientes señalan que la exposición a contenidos relacionados con productos del tabaco en plataformas como Instagram y TikTok podría aumentar hasta un 40% la probabilidad de consumo en adolescentes (20). El marketing indirecto a través de *influencers* no solo potencia la visibilidad de estos productos, sino que también tiende a suavizar la percepción del riesgo asociado al consumo de productos derivados del tabaco, incluyendo cigarrillos electrónicos, al presentarlos como alternativas menos dañinas o incluso atractivas (21-22).

Por lo tanto, aunque la Ley 13/2022 representa un avance importante para limitar el alcance de la publicidad indirecta del tabaco en España, su eficacia dependerá de la implementación práctica, incluyendo la monitorización constante y efectiva del cumplimiento normativo dentro del territorio nacional y el desarrollo de estrategias de cooperación internacional para gestionar los contenidos generados fuera del país. En este contexto, resulta clave evaluar continuamente el impacto real de esta Ley sobre la prevalencia del consumo de tabaco entre los jóvenes españoles y asegurar que no se produzca un desplazamiento hacia nuevas formas de promoción indirecta todavía no suficientemente reguladas o vigiladas.

■ Conclusiones

En España, la implementación del CMCT mediante las Leyes 28/2005, 42/2010 y 13/2022, ha supuesto avances importantes en la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y de los productos de tabaco. Sin embargo, las ex-

cepciones en puntos de venta, donde aún es posible la exhibición de productos, y la falta de un empaquetado neutro para los productos de tabaco limitan la efectividad de estas medidas. Por otro lado, la Ley 13/2022 ha dado pasos importantes para regular la creciente publicidad indirecta en redes sociales, pero aún persisten riesgos relacionados con la influencia de pequeños *influencers* e *influencers* internacionales que operan en países sin regulaciones equivalentes. Por ello, es crucial no solo implementar esta Ley, sino también evaluar continuamente su impacto en la prevalencia del consumo de tabaco y asegurar su cumplimiento en todos los ámbitos.

En resumen, aunque los logros han sido notables, España precisa cerrar las brechas normativas actuales en publicidad y empaquetado para reducir aún más el consumo, especialmente entre adolescentes y jóvenes.

■ Bibliografía

1. Comisión Europea. Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Bruselas: Comisión Europea; 2021. Disponible en: <https://europa.eu/eurobarometer>
2. Joossens L, Olefir L, Feliu A, et al. The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels: Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology; 2022. Disponible en: <https://tobaccocontrolscale.org/2021-edition/>
3. Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 5;(10):CD003439.
4. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bull World Health Organ.* 2000;78(7):902-10.
5. Freeman B. New media and tobacco control. *Tob Control.* 2012 Mar;21(2):139-144.
6. Zheng X, Li W, Wong SW, et al. Social media and tobacco use among adolescents. *J Med Internet Res.* 2021; 26;23(3):e27152.
7. Palencia-Sánchez F, Echeverry-Coral SJ. [Social considerations affecting acceptance of HPV vaccination in Colombia. A systematic review]. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2020;71(2):178-194.

8. Robertson L, Cameron C, McGee R, et al. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. *Tob Control*. 2016 Dec;25(e2):e83-e89.
9. Robertson L, McGee R, Marsh L, et al. A systematic review on the impact of point-of-sale tobacco promotion on smoking. *Nicotine Tob Res*. 2015 Jan;17(1):2-17.
10. Reimold AE, Lee JGL, Ribisl KM. Tobacco company agreements with tobacco retailers for price discounts and prime placement of products and advertising: a scoping review. *Tob Control*. 2023;32(5):635-644.
11. Shortt NK, Tisch C, Pearce J, et al. A cross-sectional analysis of the relationship between tobacco and alcohol outlet density and neighbourhood deprivation. *BMC Public Health*. 2015;5;15:1014.
12. Lee JG, Henriksen L, Rose SW, et al. A systematic review of neighborhood disparities in point-of-sale tobacco marketing. *Am J Public Health*. 2015;105(9):e8-e18.
13. Raskind IG, Lee JGL, Henriksen L. Underage sales of tobacco in dollar stores and top grocery stores, 2015-2020, U.S. *Am J Prev Med*. 2023;65(2):313-316.
14. Roberts ME, Berman ML, Slater MD, et al. Point-of-sale tobacco marketing in rural and urban Ohio: Could the new landscape of tobacco products widen inequalities? *Prev Med*. 2015;81:232-235.
15. Wakefield MA, Hayes L, Durkin S, et al. Introduction effects of the Australian plain packaging policy on adult smokers: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013; 22;3(7):e003175.
16. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Nota de prensa semana sin humo 2017. Madrid: semFYC; 2017. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2017/05/encuesta-de-la-semana-sin-humo.pdf>
17. Comisión Europea. Eurobarómetro especial 539: Actitudes de los europeos hacia los productos de tabaco y relacionados. Bruselas: Comisión Europea; 2024. Disponible en: <https://europa.eu/eurobarometer>

18. Vassey J, Chang HH, Valente T, et al. Worldwide connections of influencers who promote e-cigarettes on Instagram and TikTok: a social network analysis. *Comput Human Behav.* 2025;165:108545.
19. Cho H, Li W, Shen L, et al. Social media e-cigarette exposure and e-cigarette expectancies and use among young adults. *Addict Behav.* 2021;121:106986.
20. Zheng X, Li W, Wong SW, et al. Social media and E-cigarette use among US youth: Longitudinal evidence on the role of online advertisement exposure and risk perception. *Addict Behav.* 2021;119:106916.
21. Hickman E, Delahunty M. Influencer marketing and tobacco control. *J Health Commun.* 2019;24(3):220–229.
22. Kostygina G, Tran H, Shi Y, et al. 'Sweeter Than a Swisher': Influencer marketing strategies on Instagram. *Tob Control.* 2016;25(Suppl 1):i63–i70.

Interferencia de la industria del tabaco en las políticas de prevención y control

Históricamente, la industria del tabaco ha empleado diversas estrategias para influir en las políticas de salud pública destinadas al control del tabaco. Algunas de estas estrategias son las presiones para llegar a acuerdos e influir en procesos políticos, la manipulación de los medios de comunicación, la financiación de la investigación o las contribuciones filantrópicas en programas sociales para crear una imagen pública positiva. Con estas estrategias, la industria busca establecerse como una industria socialmente responsable y socia del Gobierno en el control del tabaco (1).

Para combatir las estrategias de interferencia de la industria del tabaco, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del Artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), exige a los países firmantes que protejan legalmente sus políticas de salud pública contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabaquera (2). Para facilitar su cumplimiento, la OMS formuló una serie de directrices para hacer frente a las estrategias comúnmente empleadas por la industria del tabaco, que se recogen en ocho recomendaciones (3). De estas, España únicamente aplica la desnormalización y regulación de las denominadas actividades «socialmente responsables», prohibiendo toda forma de patrocinio del tabaco por medio de la Ley 28/2005 y la Ley 42/2010.

■ Índice Global del Tabaco

Para analizar en qué medida los países firmantes del CMCT se ven afectados por la interferencia de la industria del tabaco y poder valorar cómo avanzan en la aplicación del Artículo 5.3, la OMS hace uso del Índice Global del Tabaco, desarrollado en 2015 por la Alianza para el Control del Tabaco en el Sudeste Asiático (4). Este índice puntúa a los países en función de su respuesta a la interferencia de la industria y su protección de las políticas de salud pública. Hasta la fecha, la OMS ha publicado cuatro ediciones del índice, en los años 2019, 2020, 2021 y 2023, para distintos países. Concretamente en España se dispone de información en las tres últimas ediciones.

El Índice Global del Tabaco consta de 20 indicadores divididos en siete categorías, recogidas en la Tabla 10.1. La valoración de los indicadores se basa en información de dominio público. La mayoría de los indicadores se puntúan en una escala de 0 a 5 puntos (0: No aplica, 1: Nunca, 2: Rara vez, 3: A veces, 4: Frecuentemente, 5: Siempre) y los indicadores de respuesta dicotómica se valoran con 1 o 5 puntos (1: No/ Nunca, 5: Sí). La puntuación total del índice oscila entre 0 y 100 puntos. A mayor puntuación, mayor interferencia de la industria del tabaco (4).

Tabla 10.1. Los 20 indicadores del Índice Global del Tabaco.

I. Nivel de participación en el desarrollo de políticas

1. El Gobierno acepta, apoya o respalda la oferta de asistencia de la industria del tabaco o su colaboración para aplicar políticas de control del tabaco.
2. El Gobierno acepta, apoya o respalda la legislación elaborada por/en colaboración con la industria del tabaco.
3. El Gobierno permite que la industria del tabaco participe en comités o grupos consultivos multisectoriales que establecen políticas de salud pública.
4. El Gobierno permite que representantes de la industria del tabaco (incluidas las de propiedad estatal) formen parte de la delegación ante la Conferencia de las Partes o los órganos subsidiarios, o acepta que patrocinen a los delegados.

II. Actividades de responsabilidad social corporativa de la industria del tabaco

5. El Gobierno permite que la industria forme parte del comité multisectorial/grupo asesor que establece políticas de salud pública.
6. Los funcionarios gubernamentales apoyan y participan en las actividades de responsabilidad social corporativa de la industria del tabaco.

III. Beneficios para la industria del tabaco

7. El Gobierno cede a las peticiones de la industria para ampliar el plazo de aplicación o aplazar la ley de control del tabaco.
8. El Gobierno concede privilegios, incentivos, exenciones o beneficios a la industria del tabaco I.

IV. Interacción innecesaria entre el Gobierno y la industria del tabaco

9. Funcionarios gubernamentales de alto nivel se reúnen con las tabaqueras o fomentan sus relaciones con ellas (por ejemplo, asistiendo a eventos patrocinados u organizados por la industria.
10. El Gobierno acepta ayuda u ofertas de ayuda de la industria para hacer cumplir la normativa.
11. El Gobierno acepta, apoya, respalda o establece asociaciones o acuerdos con la industria del tabaco.

V. Medidas para la transparencia

12. El Gobierno no divulga públicamente las interacciones con la industria cuando estas son estrictamente necesarias para la regulación.

VI. Prevención de conflicto de intereses

13. El Gobierno no tiene una política (escrita o no) para prohibir las contribuciones de la industria o cualquier entidad que promueva sus intereses a partidos políticos, candidatos o campañas, o para exigir la divulgación completa de dichas contribuciones.

14. Altos funcionarios jubilados trabajan para la industria tabaquera.

15. Los actuales funcionarios del Gobierno y sus familiares ocupan cargos en el negocio del tabaco, incluidos puestos de consultoría.

VII. Medidas para prevenir la interferencia de la industria

16. El Gobierno tiene un procedimiento para divulgar los registros de la interacción con la industria tabaquera y sus representantes.

17. El Gobierno ha formulado, adoptado o aplicado un código de conducta para los funcionarios públicos, en el que se prescriben las normas que deben cumplir en sus relaciones con la industria tabaquera.

18. El Gobierno exige a la industria tabaquera que presente periódicamente información sobre la producción de tabaco, la fabricación, la cuota de mercado, los gastos de comercialización, los ingresos y cualquier otra actividad, incluidos los grupos de presión, la filantropía y las contribuciones políticas.

19. El Gobierno cuenta con un programa/sistema/plan para sensibilizar sistemáticamente a sus departamentos sobre las políticas relacionadas con las Directrices del Artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

20. El Gobierno cuenta con una política que prohíbe la aceptación de todo tipo de contribuciones de la industria tabaquera (monetarias o de otro tipo), incluidas las ofertas de asistencia, los borradores de políticas o las invitaciones a visitas de estudio al Gobierno, a funcionarios y a sus familiares.

¹Por ejemplo, reducción del impuesto sobre la renta, exención del impuesto sobre bienes inmuebles, subvenciones para la producción de tabaco, u otros incentivos concedidos a los inversores extranjeros.

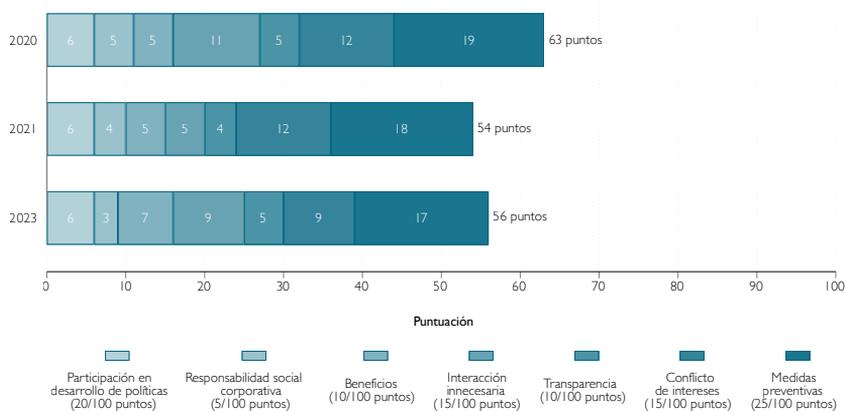
Fuente: Assunta y Dorotheo, 2016 (4).

■ Situación de la interferencia de la industria del tabaco en España

España ha sido incluida en tres de las cuatro ediciones del Índice Global del Tabaco. La puntuación global obtenida en las ediciones de 2020 (5), 2021 (6) y 2023 (7) fue de 63, 54 y 56 puntos, respectivamente, situando al país en una zona media en el grado de respuesta frente a la interferencia de la industria del tabaco y la protección de las políticas de salud pública (Figura 10.1.).

Se observa cierta heterogeneidad en la puntuación de los indicadores de interferencia de la industria del tabaco en España entre las distintas ediciones del Índice. La categoría de indicadores sobre el nivel de participación de la industria en el desarrollo de políticas no ha sufrido variaciones, siendo evaluada con 6 puntos sobre 20 en los tres años con datos disponibles (5-7). Esta constituye, además, la categoría de indicadores con menor puntuación y, por tanto, con menor interferencia por parte de la industria. Le siguen las categorías de medidas para la transparencia, con 4-5 puntos sobre 10 en las distintas ediciones, y de beneficios para la industria, con 5-7 puntos sobre 10.

Figura 10.1. Puntuaciones del Índice Global del Tabaco para España en las siete categorías de indicadores. Años 2020, 2021 y 2023.



Fuente: elaboración propia a partir de (5-7).

La categoría que más ha variado su puntuación es la de indicadores sobre la interacción innecesaria entre el Gobierno y la industria tabaquera, en la que España mejoró notoriamente su valoración en 2021, bajando de 11 a 5 puntos respecto a 2020, para luego empeorar en 2023, cuando obtuvo 9 de los 15 puntos asignados a esta categoría (5-7). Las categorías de indicadores peor valoradas en las tres ediciones han sido las de medidas que previenen la influencia de la industria —17-19 puntos sobre 25—, la de prevención de conflictos de intereses —9-12 puntos sobre 15— y la de actividades de responsabilidad social corporativa —3-5 puntos sobre 5—; pero todas ellas han mejorado su valoración en las sucesivas ediciones del Índice.

En la última versión del Índice Global del Tabaco, España se situó en el puesto 36 entre los 90 países valorados, con una puntuación global de 56 puntos (7). Esta puntuación

refleja un empeoramiento respecto a 2021, cuando España ocupó el puesto 32, con dos puntos menos. Mientras que las categorías de indicadores sobre responsabilidad social corporativa, medidas de prevención de la influencia de la industria y prevención de conflictos de intereses mejoraron en 1 o 3 puntos, las categorías de indicadores relacionadas con beneficios para la industria, interacción innecesaria y transparencia empeoraron (6). Cabe mencionar que, para la categoría de beneficios para la industria, en 2023 España alcanzó 4 de 5 puntos en el indicador sobre privilegios, incentivos y beneficios para la industria por parte de los Gobiernos, y 3 de 5 puntos para el indicador sobre cesión por parte del Gobierno a las peticiones de la industria para aplazar la aplicación de la Ley de control del tabaco.

A continuación, se detalla la valoración obtenida por España en el último informe del Índice Global del Tabaco de 2023 (7).

En la categoría de indicadores sobre el nivel de participación de la industria del tabaco en el desarrollo de políticas, no existe evidencia de que el Gobierno acepte o apoye la ayuda o las políticas en materia de salud pública de la industria tabaquera. Sin embargo, la Ley exige que la industria del tabaco forme parte del Comité Consultivo del Comisionado para el Mercado de Tabacos. Este Comité se ocupa del mercado de tabacos y cuestiones relacionadas (8). En la categoría de actividades de responsabilidad social corporativa, la mayoría de las actividades de esta índole se llevan a cabo sin la participación de funcionarios públicos. A pesar de que no existen evidencias de colaboración con el Gobierno nacional, sí hay indicios de colaboración a nivel de los Gobiernos regionales y municipales. Una de las principales preocupaciones es el posible lavado verde de imagen de la Mesa del Tabaco, que colaboró con varios Gobiernos municipales de España para su campaña de responsabilidad social corporativa medioambiental. Otra preocupación es la estrategia de futuro de la industria del tabaco sin humo y sin carbono, promovida por *Philip Morris International*, para introducir sus dispositivos de tabaco calentado en Canarias.

En relación con la categoría sobre los beneficios para la industria del tabaco, el Gobierno de España no concede privilegios ni ventajas a la industria tabaquera a escala nacional, a excepción de Canarias, donde existe un régimen fiscal especial que favorece unos precios del tabaco más bajos que en el resto del país. Asimismo, en la categoría sobre la interacción entre el Gobierno y la industria, no existe evidencia de colaboración entre la industria del tabaco y la aduana o los organismos encargados de hacer cumplir la ley para combatir el contrabando y la falsificación de tabaco. Sin

embargo, sí se han observado interacciones innecesarias entre funcionarios de Gobiernos regionales y la industria del tabaco. Algunos ejemplos son la asistencia a cumbres sobre el tabaco, la inauguración de centros de nuevos productos del tabaco, el patrocinio de premios empresariales o la organización de visitas a fábricas de tabaco.

En la categoría de indicadores sobre las medidas para la transparencia, existe una transparencia parcial, ya que, si bien las agendas de los altos cargos del Gobierno son públicas, no se divulga el contenido de las reuniones con la industria del tabaco. Aunque el Gobierno exige el registro de los operadores económicos involucrados en el mercado del tabaco (fabricantes, importadores, o distribuidores, entre otros), se excluyen los grupos de presión.

Respecto a la categoría de conflicto de intereses, la financiación de los partidos políticos en España está regulada por ley y, por tanto, se prohíben las aportaciones de fundaciones privadas y empresas, incluidas las de la industria del tabaco, aunque no existe regulación sobre las aportaciones a las fundaciones de los partidos políticos. Aunque no haya evidencia de conflictos de intereses en este sentido, cabe mencionar que el Estado cuenta con activos en la industria tabaquera a través de la Compañía Española de Tabaco en Rama S.A., S.M.E (CETARSA), una empresa estatal de derecho privado dedicada a la adquisición y comercialización de tabaco en rama cultivado en España, en la que Altadis S.A. (*Imperial Tobacco*) tiene un 20% de participación.

Finalmente, en la categoría sobre medidas para prevenir la interferencia, el Gobierno no ha establecido un procedimiento transparente para la divulgación de las interacciones entre el Gobierno y la industria del tabaco, excepto por las agendas de los altos funcionarios. Las leyes existentes regulan el código de conducta de los empleados públicos y los cargos políticos con el fin de priorizar los intereses públicos, evitar los conflictos de intereses y mantener la confidencialidad. Sin embargo, estas leyes son insuficientes para hacer frente a las injerencias de la industria tabaquera. Por ejemplo, la industria tabaquera está obligada a facilitar información sobre la producción y los ingresos, pero no está obligada a revelar los gastos de marketing, las actividades de los grupos de presión ni las contribuciones políticas. Además, no hay indicios claros de una sensibilización ni de políticas que prohíban a los funcionarios públicos aceptar regalos o ayudas por parte de la industria tabaquera.

■ Recomendaciones para España

El último informe del Índice Global del Tabaco de 2023 (7) incluye una serie de recomendaciones para España para combatir la interferencia de la industria, que se basan en la valoración obtenida en esta edición.

La primera de las recomendaciones pasa por establecer un sólido cortafuegos en torno a CETARSA y a la participación de la industria del tabaco en el Comité Consultivo del Comisionado para el Mercado de Tabacos. La independencia política y normativa con respecto a la industria tabaquera es prioritaria para minimizar la interferencia y proteger las políticas de salud pública.

La segunda recomendación se centra en garantizar una transparencia total en lo relativo a las interacciones con la industria del tabaco. Los políticos y el personal de las administraciones públicas deben restringir al máximo su contacto con las empresas tabaqueras, previo consentimiento por parte de la Administración, y no aceptar ningún tipo de beneficio por su parte. Para ello, se propone la firma de un código de conducta para el control del tabaco aprobado por ley. Por su parte, la Administración debería mantener un registro público de todas las comunicaciones con la industria del tabaco, su contenido y sus implicaciones.

La tercera y última de las recomendaciones insta a hacer públicas las interferencias de la industria tabaquera en el Gobierno nacional y regional, con especial énfasis en los departamentos dedicados a actividades de responsabilidad social corporativa. Para ello, se sugiere poner en marcha el acuerdo alcanzado en el seno de la Comisión de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad, y las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas sobre las obligaciones derivadas del CMCT y su Artículo 5.3. Asimismo, se recuerda que la implicación de la sociedad civil es un aspecto fundamental en la protección de la salud pública de la interferencia de la industria del tabaco.

■ Conclusiones

Actualmente, España se encuentra en una posición intermedia en relación con la interferencia de la industria en las políticas de salud pública dirigidas al control del tabaco. Destaca la escasa participación de la industria del tabaco en el desarrollo de políticas, si bien la industria cuenta con una representación en el Comité consultivo del Comisionado para el Mercado de Tabacos, encargado de garantizar la neutralidad y las condiciones de libre competencia en el mercado de tabacos en el

territorio nacional. Desde el año 2020, la puntuación de España en el Índice Global del Tabaco solo ha mejorado siete puntos. El Estado debería avanzar en la aplicación del Artículo 5.3. del CMCT para proteger legalmente sus políticas de salud pública, especialmente en lo relativo a los beneficios concedidos a la industria del tabaco y a las medidas para prevenir la interferencia, pues existe una falta de transparencia y de regulación específica de los contactos entre el Gobierno y la industria del tabaco.

■ Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Tobacco industry interference with tobacco control. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/83128/9789241597340_eng.pdf?sequence=1 p.46
2. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf>
3. Handbook on Implementation of WHO FCTC Article 5.3: Policies and Practices that Protect Against Tobacco Industry Interference. Global Center for Good Governance in Tobacco Control. Disponible en: <https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/inline-files/Article%205.3%20Handbook%20GGTC%20Nov%202021.pdf>
4. Assunta M, Dorotheo EU. SEATCA Tobacco Industry Interference Index: a tool for measuring implementation of WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 5.3. *Tob Control*. 2016;25(3):313-318.
5. Global Tobacco Industry Interference Index 2020. Global Center for Good Governance in Tobacco Control. Disponible en: https://ggtc.world/dmddocuments/GlobalTIIndex2020_Report_vF_web.pdf
6. Global Tobacco Industry Interference Index 2021. Global Center for Good Governance in Tobacco Control. Disponible en: <https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/GlobalTIIndex2021.pdf>
7. Global Tobacco Industry Interference Index 2023. Global Center for Good Governance in Tobacco Control. Disponible en: <https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/GlobalTIIndex2023.pdf>
8. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2668/1998, de 11 de diciembre, por

el que se aprueba el Estatuto del Organismo autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=-BOE-A-1998-29658>

Retos, riesgos y oportunidades en la prevención y control de los productos del tabaco y nicotina

España ratificó en 2005 el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), introduciendo una regulación integral para su prevención, la Ley 28/2005. En estos últimos 20 años, se han continuado implementado numerosas medidas para reducir la demanda de tabaco siguiendo las disposiciones del CMCT, y que actualmente se estructuran en el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT) 2024-2027 del Ministerio de Sanidad.

Estas medidas han supuesto un avance significativo en la salud pública, logrando un importante impacto en la reducción de la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) y en la desnormalización del consumo. Sin embargo, la disminución de la prevalencia de fumadores no ha sido tan rápida como se esperaba, y tampoco se observa un mayor incremento del abandono del consumo a partir de 2005. Incluso, desde 2014, se observa una preocupante desaceleración de este indicador:

Otro aspecto desfavorable es el incremento de la desigualdad. En hombres se observa un aumento de la inequidad del consumo de tabaco según el nivel de estudios, mientras que en las mujeres esta asociación es inversa (menor prevalencia en mujeres con menor nivel educativo). En ambos sexos la inequidad en el abandono del tabaco es muy elevada y se ha incrementado notablemente con el paso de los años.

La carga de enfermedad debida al tabaco continúa siendo de enorme magnitud, originando entre 50.000-60.000 fallecimientos al año (2). Esta mortalidad atribuible está descendiendo en hombres, pero aumentando en mujeres debido a la diferente evolución de la epidemia de tabaquismo según el sexo. Una excelente noticia es que la carga de enfermedad debida al HAT se ha reducido en los últimos 20 años, lo que demuestra el éxito de las regulaciones en la prevención de la exposición ambiental y su impacto en una menor mortalidad.

■ Intensificación de las medidas del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud

A pesar de los avances significativos en la aplicación de las políticas de control del tabaco, las medidas actuales son insuficientes, por lo que es necesario aplicar con mayor intensidad muchas de las acciones incluidas en el CMCT, especialmente:

- **Monitorizar/Vigilar:** la monitorización de la epidemia de tabaquismo se realiza a nivel nacional a través de diversas encuestas de salud: la Encuesta de Salud de España (ESdE) y la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) dirigidas a población adulta, y la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) dirigida a población adolescente y jóvenes. Sin embargo, al tratarse de encuestas multipropósito, el espacio para medir indicadores de tabaco es limitado. En el caso de la ESdE, actualmente integrada con la encuesta europea y la nacional de salud, está previsto que se realice cada tres años, una periodicidad insuficiente para vigilar la epidemia de tabaquismo de forma rápida y oportuna. Por otra parte, la EDADES, que se realiza cada dos años, va dirigida a población de 15 a 64 años, dejando sin datos a las personas mayores. En consecuencia, sería recomendable la elaboración de un sistema de información con el fin de monitorizar de forma anual este factor de riesgo, profundizando en la medición de indicadores de consumo de tabaco convencional, nuevos productos de tabaco, abandono o cesación y exposición al HAT. El registro de esta batería de indicadores requeriría desarrollar una encuesta específica sobre tabaco.
- **Proteger:** conseguir una hostelería 100% libre de humo de tabaco en espacios interiores y exteriores, y ampliar la protección de la población al HAT en otros espacios cerrados no regulados con la actual legislación, como por ejemplo los vehículos privados donde viajen menores de edad, son medidas pendientes de implementar. También se puede mejorar la protección de la población ampliando las regulaciones para prevenir la exposición en espacios públicos abiertos de uso recreativo como playas y piscinas, o los campus libres de humo en recintos universitarios, donde ya existen diversas iniciativas a nivel regional y local (3-5). Además, hay que asegurar la supervisión del cumplimiento, uno de los principales puntos débiles de la aplicación de las políticas, dado que existen espacios con exposición al HAT donde no se cumple la ley.

- **Ofrecer más ayuda para dejar de fumar:** solo 1 de cada 4 fumadores ha intentado dejar de fumar en el último año, y una gran mayoría de la población fumadora que abandona el consumo lo hace sin demandar atención de profesionales sanitarios. Esto es inexplicable en un país como España que tiene un Sistema Nacional de Salud universal que debe y puede dar mayor apoyo en la cesación tabáquica. Por otro lado, es crucial evaluar la efectividad del programa de financiación de los medicamentos para dejar de fumar, y considerar como grupos de intervención prioritaria a las personas con menos recursos socioeconómicos con el fin de reducir la inequidad.
- **Advertir de los peligros del tabaco:** es necesario realizar más campañas de prevención dirigidas a los grupos de mayor riesgo, campañas bien planificadas y mantenidas en el tiempo, donde se advierta de los peligros del tabaco y se fomente la desnormalización de este factor de riesgo.
- **Cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio:** introducir el empaquetado neutro para reducir el atractivo del producto, una medida que se recoge en el PIT y que ya ha sido implementada en diez países europeos (6), pero que ha sido retirada de la modificación del Real Decreto 579/2017 por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados (7).
- **Incrementar los impuestos del tabaco:** destinar un porcentaje del impuesto para la prevención y control de este factor de riesgo. Aunque el precio de la cajetilla de tabaco se ha incrementado desde los 2 euros que costaba a finales de los noventa hasta los cerca de 5 euros actuales, estamos muy lejos de los 10 o 12 euros de Francia o Irlanda. Aumentar los impuestos se ha mostrado como una de las medidas más efectivas para la reducción de la prevalencia de consumo, especialmente en la población joven y con menor posición socioeconómica (8).

■ Evaluación de las políticas y abordaje de las desigualdades

Un desafío en el control del tabaco en España radica en la limitada capacidad para evaluar de manera continua y efectiva las políticas implementadas. Aunque el CMCT establece directrices claras sobre la necesidad de monitorizar y medir el impacto

de las estrategias antitabaco, en la práctica estas evaluaciones no se han llevado a cabo de manera sistemática. Tal y como señalamos en el informe «Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010): Revisión de la evidencia» (9), las Leyes antitabaco carecen de evaluaciones sistemáticas e integrales, lo que dificulta determinar su efectividad y las áreas que requieren ajustes. Un monitoreo más riguroso y coordinado permitiría no solo mejorar el cumplimiento legislativo, sino también diseñar nuevas medidas basadas en datos actualizados (10).

El consumo de tabaco es uno de los principales factores que contribuyen a las desigualdades en salud. Por ello, es esencial que las políticas antitabaco también se focalicen en reducir y evitar desigualdades, priorizando las poblaciones más vulnerables como los jóvenes, gestantes, personas con menor posición socioeconómica y colectivos en riesgo de exclusión social, quienes enfrentan mayores riesgos de adicción e impacto en salud y menor acceso a recursos para dejar de fumar. Estas políticas deben ser evaluadas periódicamente para garantizar que reducen las disparidades en salud y que no perpetúan o acentúan los desequilibrios existentes; y deberían considerar no solo la inequidad en el consumo del tabaco, sino también en la exposición al HAT, así como la mayor vulnerabilidad a los daños y consecuencias que ocasiona. De esta manera, se avanzaría no solo en la reducción global del consumo de tabaco, sino también en la mejora de la equidad en salud (11).

■ Financiación del Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo

La implementación del PIT tiene que sustentarse con una financiación adecuada y estable que permita monitorizar las políticas de prevención y control, vigilar la evolución de la epidemia de tabaquismo, evaluar el cumplimiento de las regulaciones, desarrollar campañas de prevención, financiar servicios y medicamentos para la cesación tabáquica, realizar programas de intervención comunitaria y subvencionar líneas de investigación prioritarias a través de las agencias financiadoras. España recauda cerca de 8.000 millones de euros de los impuestos al tabaco (12), y aunque los costes sanitarios derivados de la carga de enfermedad que genera este factor de riesgo superan ampliamente esta cantidad, extender la financiación a todas estas medidas de salud pública no solo sería viable, sino que resultaría altamente coste-efectivo.

■ Cohesión del Movimiento de Prevención del Tabaquismo

Uno de los éxitos del CMCT ha sido el impulso para la creación de un movimiento de prevención del tabaquismo, aglutinando la colaboración de entidades científicas y de la sociedad civil. En España, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) es la organización que agrupa al movimiento de prevención del tabaquismo y forma parte de la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, que reúne coaliciones similares de los diversos países de la Unión Europea.

Fortalecer la cohesión y coordinación de este movimiento debe ser una prioridad para la salud pública. Por ello, es fundamental garantizar su sostenibilidad a través de un mayor respaldo institucional y de financiación, fortaleciendo su influencia en la agenda política.

■ Interferencia de la industria

A pesar de que el CMCT, en su Artículo 5.3, establece la protección de las políticas de salud pública de los intereses comerciales, la industria tabaquera continúa ejerciendo presiones mediante tácticas como el *lobbying*, la promoción de productos del tabaco mediante publicidad encubierta y exenciones fiscales (1).

Así, tal y como se describe en el Capítulo X sobre interferencia de la industria, España se encuentra entre los países con una de las regulaciones más permisivas frente a las injerencias de las tabaquerías (13). Este contexto revela la urgente necesidad de reforzar las medidas para proteger las políticas de salud pública frente a estos intereses comerciales, la creación de un sistema de trazabilidad independiente para los productos de tabaco y la implementación de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas sobre las relaciones entre las administraciones públicas y la industria tabaquera (14).

Por su parte, el CNPT recomienda una serie de reformas legislativas para ampliar el principio de transparencia (15), lo que incluiría la creación de registros públicos sobre las campañas promocionales y las interacciones entre las administraciones y la industria tabaquera.

■ Nuevos productos de tabaco y estrategia de reducción de daños

En estos 20 años de aplicación del CMCT se han ido introduciendo nuevos productos de tabaco que han generado, y siguen generando, controversia en el debate científico relacionado con el equilibrio y desequilibrio de los beneficios y riesgos que tienen para la salud. Estos nuevos productos, principalmente los cigarrillos electrónicos, las bolsas de nicotina o el tabaco calentado, no están exentos de riesgos, aunque su toxicidad es menor que la del tabaco de combustión (16-17).

Instituciones como la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, después de evaluar la evidencia científica, así como los beneficios y riesgos de su comercialización, han autorizado estos productos valorando que los beneficios para ayudar a dejar de fumar (siempre que no se realice un consumo dual) superan los riesgos, especialmente el del aumento de su consumo en la población más joven.

Los datos poblacionales de varios países con políticas laxas o favorables al consumo de estos productos, como Suecia con los «snus» (bolsitas de tabaco para uso oral) (18) o Japón con el tabaco calentado (19), sugieren su posible contribución al desplazamiento del consumo de tabaco convencional, así como a la carga de enfermedad asociada al tabaquismo. Por otro lado, la evidencia de que los cigarrillos electrónicos son un instrumento eficaz en la cesación tabáquica empieza a ser bastante sólida, como lo refleja la última revisión Cochrane (20). Además, instituciones como el Sistema de Salud del Reino Unido (21) y el gobierno de Canadá (22) reconocen que su uso puede ayudar en el abandono del consumo.

En contraste, una mayoría del movimiento de prevención del tabaquismo mira con escepticismo a estos nuevos productos, considerándolos como una estrategia de la industria tabaquera para aumentar el negocio de la adicción a la nicotina, y anteponiendo el principio de precaución para no abrazar estas políticas de reducción de daños, al desconocer el impacto en salud que podrían provocar a medio y largo plazo (23).

Es evidente que se necesita mayor evidencia científica sobre los beneficios y riesgos de estos nuevos productos de tabaco. Por ello, es fundamental generar esta información de manera independiente y objetiva, evaluando su impacto no solo a nivel clínico, sino también a nivel poblacional y asegurando que cualquier regulación responda a criterios de salud pública y no a intereses comerciales.

■ Del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud al *endgame*

Aunque la mayoría de los países han mejorado los indicadores de tabaquismo con la aplicación de las medidas del CMCT, ha surgido un nuevo movimiento o estrategia que se conoce como el *endgame* del tabaco, cuyo objetivo es buscar el final de la epidemia más que su control, reduciendo el porcentaje de fumadores a menos del 5% (24). La estrategia *endgame* tiene más posibilidades de ser implementada en países con baja prevalencia de consumo de tabaco o con disminuciones muy rápidas de la misma, y se recomienda su planificación cuando el porcentaje de fumadores sea inferior al 15% y exista un nivel alto de implementación del CMCT.

Bélgica, Francia, Irlanda, Reino Unido, Holanda, Finlandia, Noruega, Suecia y Eslovenia, han definido objetivos de *endgame* a nivel gubernamental (25). Algunas de las principales acciones propuestas para implementar la estrategia están centradas en los productos de tabaco, como por ejemplo la regulación de la concentración de nicotina, con el objetivo de reducir o incluso eliminar la adicción. Además, se incluyen acciones dirigidas a las personas fumadoras, donde destacan las restricciones de venta para personas nacidas a partir de cierto año, lo que se conoce como «Generación libre de tabaco». También medidas centradas en el mercado del tabaco, limitando el número, localizaciones y horario de los establecimientos de venta y aumentando notablemente el precio del producto para hacerlo más inaccesible (26).

En España existe una «Declaración *endgame* 2030» apoyada por más de 60 entidades sanitarias (13), que incluye acciones a corto y medio plazo para canalizar el final de la epidemia. No obstante, la alta prevalencia de fumadores en el país supone un reto significativo. Teniendo en cuenta que la reducción en los últimos años ha sido de solo un 0,5% anual, se estima que el objetivo de alcanzar el 5% de consumidores de tabaco podría retrasarse hasta 2050-2060.

Para avanzar hacia el final de la epidemia de tabaquismo de manera efectiva es imprescindible un proceso de transición donde se implementen con más intensidad y efectividad las medidas de control del tabaco basadas en el CMCT, acompañado de una ordenada fase de divulgación y sensibilización para que la población entienda el significado del *endgame* con el fin de conseguir un gran apoyo social, así como un fuerte consenso político, tal y como se logró en la primera Ley de control del tabaco de 2005.

■ Conclusiones

Las políticas implementadas desde la ratificación del CMCT han logrado un importante impacto en la reducción de la exposición al humo ambiental de tabaco y en la desnormalización del consumo. Sin embargo, la prevalencia de fumadores no se ha reducido tan rápido como se esperaba y tampoco se observa un mayor incremento del abandono del consumo a partir de 2005. Por tanto, la prevalencia de tabaquismo todavía está muy lejos de alcanzar el 15% que se recomienda para planificar el *endgame* en España. Para ello, es necesario intensificar las medidas propuestas en el CMCT y evaluar las políticas, poniendo énfasis en el reto de reducir las desigualdades. Una adecuada financiación del Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo debería permitir desarrollarlas. Es fundamental seguir aglutinando y fortaleciendo el movimiento de prevención del tabaquismo para contrarrestar la interferencia de la industria. El negocio del tabaco está cambiando con una diversificación de nuevos productos de tabaco y de nicotina, que están desplazando en cierta medida al consumo de tabaco convencional. Disponer de más evidencia científica independiente sobre los beneficios de estos productos para ayudar a dejar de fumar, así como de los daños para la salud que pueden ocasionar, es prioritario ante un mercado que se encuentra en continua expansión.

■ Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf>
2. Rey J, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, et al. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas de España, 2017. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022;75(2):150-158.
3. Red gallega de playas sin humo. Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Praias-sen-fume?idioma=es>
4. Playas sin humo en Barcelona. Ajuntament de Barcelona. Disponible en: <https://www.barcelona.cat/es/que-hacer-en-bcn/banos-y-playas/playas-sin-humo>
5. Red Española de Universidades Promotoras de Salud. Campus sin humos. 2025. Disponible en: <https://unisaludables.com/2025/01/07/la-udc-aprueba-una-nueva-normativa-para-un-campus-sin-humo/>

6. Canadian Cancer Society. Cigarette Package Health Warnings: International Status Report. 2021. Disponible en: <https://cdn.cancer.ca/-/media/files/about-us/media-releases/2021/cigarette-health-warnings-report/ccs-international-warnings-report-2021.pdf>
7. Comisión Europea. Proyecto de Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 579/2017, de 9 de junio. Disponible en: <https://technical-regulation-information-system.ec.europa.eu/es/notification/26624>
8. Bader P, Boisclair D, Ferrence R. Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(11):4118-39.
9. Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010): revisión de la evidencia. Disponible en: <https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/V9.0%20-%20Libro%20Tabaquismo%202017%20-%20Abierto%20Final.pdf>
10. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo: Intensificación de la lucha contra el comercio ilícito de productos del tabaco - Una estrategia global de la UE. 2013. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu>
11. Organización Mundial de la Salud. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025 (4th edition). 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>
12. Agencia tributaria. Informes anuales de recaudación tributaria. Ejercicio 2023. Disponible en: <https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/estadisticas/recaudacion-tributaria/informe-anual/ejercicio-2023/5-impuestos-especiales.html>
13. Global Tobacco Industry Interference Index 2023. Global center for Good Governance in Tobacco control. <https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/GlobalTIIndex2023.pdf>
14. Declaración endgame de tabaco en España 2030. Por una generación libre de humo, tabaco y nicotina. Disponible en: <https://cnpt.es/assets/docs/DECLARACION-END-GAME-DEL-TABACO-EN-ESPANA-2030.pdf>

15. Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo (CNPT). Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo sobre el anteproyecto de la ley del mercado de tabacos y otros productos relacionados. 2022. Disponible en: https://cnpt.es/assets/docs/Ley_de_Mercado_de_Tabacos_Informe_CNPT_24-06-2022.pdf?utm_source=chatgpt.com
16. Yayan J, Franke KJ, Biancosino C, et al. Comparative systematic review on the safety of e-cigarettes and conventional cigarettes. *Food Chem Toxicol.* 2024;185:114507.
17. Upadhyay S, Rahman M, Johanson G, et al. Heated Tobacco Products: Insights into Composition and Toxicity. *Toxics.* 2023; 2; 11(8):667.
18. Ramstrom LM. If there had been no snus in Sweden: the impact of snus on mortality attributable to smoking. *Harm Reduct J.* 2024; 26;21(1):176.
19. Mahlich J, Kamae I. Switching from Cigarettes to Heated Tobacco Products in Japan-Potential Impact on Health Outcomes and Associated Health Care Costs. *Healthcare (Basel).* 2024; 27;12(19):1937.
20. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025; 29;1(1):CD010216.
21. National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCCT). Incorporating e-cigarettes into your Stop Smoking Service: Making the case and addressing concern. Disponible en: <https://www.ncsct.co.uk/library/view/pdf/NCSCCT%20OHID%20e-cig%20v7.pdf>
22. Government of Canada. Vaping and quitting smoking. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/vaping/quit-smoking.html>
23. Ayesta J, Peruga A, Rebollar A, et al. Reducción de daños en tabaquismo desde la Salud Pública [What does Harm Reduction in Tobacco Use means to Public Health]. *Rev Esp Salud Publica.* 2024; 28;98:e202405037.
24. Ruokolainen O, Ollila H, Laatikainen T, et al. Tobacco endgame measures and their adaptation in selected European countries: A narrative review synthesis. *Tob Prev Cessat.* 2024; 18;10.

25. González-Marrón A, Koprivnikar H, Tisza J, et al. Tobacco endgame in the WHO European Region: Feasibility in light of current tobacco control status. *Tob Induc Dis.* 2023; 15;21:151.
26. Nip J, Thornley L, Schwartz R, et al. Commercial Tobacco Endgame Goals: Early Experiences From Six Countries. *Nicotine Tob Res.* 2024;23;26(10):1322-1330. Erratum in: *Nicotine Tob Res.* 2024; 22;26(9):1272.

