

PROFESIONALES DE LA SALUD Y TABACO: AVANCES EN ESPAÑA

La prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido de forma sensible en la mayoría de los países industrializados en las últimas décadas. Las poderosas corporaciones multinacionales del tabaco no han podido evitar -a pesar del enorme esfuerzo económico invertido- el constante descenso del número de personas fumadoras en países como Gran Bretaña, Canadá, Estados Unidos de América, Australia, Países Escandinavos, y otros. Este descenso ha sido posible gracias a la confluencia de un conjunto de circunstancias diversas, tanto de carácter sanitario como extra-sanitario. Sin embargo, la intervención enérgica y decidida del sector sanitario- y en especial de los colegios profesionales y asociaciones médicas de carácter científico- ha sido en todos los casos un factor determinante para el inicio del cambio social en lo referido al consumo epidémico de tabaco.

La intervención sanitaria relacionada con la prevención del tabaquismo ha pasado por diversas etapas desde que, a finales de los años 50, Doll y Hill presentaran ante la comunidad científica internacional los resultados de su estudio sobre los efectos del tabaco en los médicos británicos^{1,2}. Este estudio fue el detonante para el desarrollo posterior de un extenso número de investigaciones centradas en el análisis de la relación entre el consumo de tabaco y la incidencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, distintos tipos de cáncer y otras patologías asociadas al consumo crónico de tabaco.

Durante los años 60 la actividad más importante en este campo se centra en la realización y difusión de investigaciones cuya finalidad es analizar las consecuencias reales del consumo de tabaco sobre la salud de las personas que fuman^{3,4}. Estas investigaciones y los informes que las recopilan producen un gran impacto en la comunidad científica de todo el mundo, pero su repercusión social se limita a favorecer el cambio de actitudes y conductas dentro del ámbito estrictamente médico y fundamentalmente en los países de influencia anglosajona.

A comienzos de los años 70 los colectivos médicos, sensibles ya al problema, se plantean la necesidad de transmitir su inquietud a la población fumadora. En este período se enfatiza la importancia de

la "prevención", entendida como información sanitaria dirigida a los usuarios del tabaco para persuadirlos de la necesidad de modificar su comportamiento. Este período se caracteriza por una marcada medicalización del problema y un enfoque preventivo centrado básicamente en el individuo⁵⁻⁸.

No es hasta finales de los años 70 y principios de los 80 cuando se percibe claramente que informar a la población sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco no resulta suficiente. Es en este momento cuando se empieza a plantear la necesidad de desarrollar políticas comprensivas que exceden el ámbito estrictamente sanitario y que incluyen necesariamente medidas legislativas, fiscales, económicas, educativas e informativas⁹⁻¹⁵. En este período, algunos países empiezan a aplicar elementos parciales de dichas políticas de control, enfrentándose en cada caso con la fuerte oposición de la industria tabaquera. Este enfrentamiento ha sido especialmente agresivo en aquellos países donde radican las sedes de las grandes multinacionales del tabaco (EE.UU. y Gran Bretaña), o en aquéllos en los que la producción o el comercio de tabaco sostiene a potentes corporaciones industriales (Alemania y Holanda, por citar dos ejemplos europeos). Es en este contexto cuando importantes entidades y colectivos sanitarios (Royal College of Physicians, British Medical Association, American Medical Association, American Public Health Association, Comité Nacional Contre le Tabagisme francés, etc) empiezan a ejercer un activismo abierto ante la sociedad y, en especial, ante sus respectivos gobiernos en favor de la aplicación de políticas multisectoriales, ya claramente definidas por la OMS. Es también durante este período cuando se consigue una reducción espectacular de la prevalencia del tabaquismo en los países donde los grupos sanitarios de presión actúan en mayor medida. Es también durante estos años cuando queda establecida y reconocida la potente capacidad adictiva de la nicotina^{16,17}.

Actualmente, y a lo largo de esta última década del siglo XX, el activismo sanitario en relación al tabaquismo se centra en conseguir la aplicación de todas las medidas eficaces que aún no han sido adoptadas

por los gobiernos de los países industrializados, así como en la denuncia de la irresponsable actitud de algunos de ellos al facilitar la exportación masiva de tabaco a los países en vías de desarrollo¹⁸⁻²².

Esta evolución histórica del abordaje del problema del tabaquismo protagonizada por los profesionales sanitarios, ha supuesto la consolidación de un modelo eficaz de intervención en el que se identifican cuatro componentes^{23,24}. *Primero*, el prestigio social y la capacidad de influencia que caracterizan a este grupo profesional convierten sus Actitudes y sus conductas personales respecto al tabaco en elementos modélicos para amplios sectores de la población. Un descenso importante en la prevalencia de consumo de tabaco en los sanitarios influye sobre el consumo en la población. *Segundo*, el hecho de ser reconocidos como depositarios de conocimientos técnicos sobre los determinantes de la salud y la enfermedad, convierte a los profesionales sanitarios en punto de referencia obligado para el desarrollo de actividades de información y educación para la salud. *Tercero*, sus frecuentes contactos con pacientes fumadores y la especial relación que pueden mantener con ellos, hace que una intervención mínima, basada en el consejo para dejar de fumar, pueda tener un gran efecto sobre la reducción del número de fumadores. En *cuarto* lugar, el ejercicio decidido de su capacidad de liderazgo social constituye un elemento de sumo valor para orientar políticas comprensivas de control del tabaquismo. Los profesionales sanitarios han logrado, de esta forma, contrarrestar las presiones ejercidas sobre los gobiernos por grupos con fuertes intereses económicos en el cultivo, en la producción y en la comercialización de los productos del tabaco.

En España estamos asistiendo a un positivo proceso de participación de los profesionales sanitarios en este modelo de intervención. Por un lado, numerosos estudios-realizados desde los años 80 hasta hoy entre los médicos españoles- muestran un rápido descenso de la prevalencia del consumo de tabaco, incluso superior al descenso observado en población general²⁵⁻²⁸. Mengual y cols.²⁹ presentan en este número un ejemplo de importante reducción (14,3%) en la prevalencia de consumo de tabaco observada en médicos hospitalarios en el período de

1987 a 1992. A la vez, se ha producido un reconocimiento entre los profesionales sanitarios, sobre todo en Atención Primaria, de la relevancia del consejo sistemático para dejar de fumar y de la necesidad de facilitar apoyo a los fumadores que deciden abandonar el tabaco³⁰.

Otro elemento esperanzador, que confirma esta reciente asunción por parte de los profesionales sanitarios de su capacidad de liderazgo social en el control del tabaquismo, es la reciente constitución en España de un Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), a iniciativa de diez sociedades científicas de ámbito nacional, entre las que se encuentran la SESPAS y la SEE. Los objetivos de CNPT son orientar el debate social sobre este problema, facilitar elementos racionales de discusión que permitan avanzar hacia el control del tabaquismo y eviten la frivolidad con que ha sido abordado en los últimos años en España, e intentar que la sociedad le conceda el grado de prioridad que, por sus graves efectos, debería tener. Un signo de la nueva orientación de los profesionales sanitarios españoles en este campo es la solicitud que el CNPT -en el momento de su constitución y presentación pública- ha dirigido al Gobierno, para que impulse la rápida aprobación de la propuesta de Directiva europea por la que se prohíbe la publicidad directa e indirecta de los productos de tabaco.

Es de esperar que todos estos avances se consoliden, y que se faciliten nuevos recursos de apoyo a las múltiples y ricas experiencias de educación y sensibilización de la población, así como la asistencia y también de presión social ejercida por los profesionales sanitarios. La difusión y evaluación de estas actividades permitirá a la sociedad española avanzar con firmeza hacia el control de uno de los factores más consistentemente asociados con morbilidad y mortalidad entre nuestros ciudadanos^{31,32}.

Jesús González Enríquez
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de Sanidad y Consumo

Teresa Salvador Llivina
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud

Bibliografía

1. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *Br Med J* 1954; 1: 1451-5.
2. Doll R, Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. *Br Med J* 1956; 2: 1071-81.
3. Royal College of Physicians. *Smoking and Health*. London: Pitman Medical, 1962.
4. U.S. Public Health Service. *Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, 1964, PHS publication n° 1103.
5. Royal College of Physicians. *Smoking and health now*. London: Pitman Medical, 1971.
6. Royal College of Physicians. *Smoking or Health*. London: Pitman Medical, 1977.

7. Fletcher CM, Horm D (dirs). *Smoking and Health*. London: DHSS, 1971.
8. World Health Organization. *Smoking and its effects on health*. Geneva: World Health Organization, 1975. WHO Technical Report Series, No. 568.
9. World Health Organization. *Controlling the smoking epidemic*. Geneva: World Health Organization, 1979. WHO Technical Report Series, No. 636.
10. Royal College of Physicians. *Health or smoking*. London: Pitman Medical, 1983.
11. Wakefield J (dir). *Influencing smoking behaviour*. Geneva: U.I.C.C., 1969.
12. Roemer R (dir). *Legislative action to combat the smoking epidemic*. Geneva: World Health Organization, 1982.
13. Gray N (dir). Lung cancer prevention. *Guidelines for smoking control*. Geneva: U.I.C.C., 1977.
14. Gray N, Daube M (dirs). *Guidelines for smoking control*. Geneva: U.I.C.C., 1980.
15. Wake R, McAlister A, Nostbakken D (dirs). *A manual on smoking and children*. Geneva: U.I.C.C., 1982.
16. Ashton H, Stepney R. Smoking. *Psychology and pharmacology*. London: Tavistock, 1982.
17. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General*, 1988. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication N° (CDC) 88-8406.
18. World Health Organization. *Smoking control strategies in developing countries*. Geneva: World Health Organization, 1983. WHO Technical Report Series, N° 695.
19. Pertschuk M. Smoke signals. *The smoking control media handbook*. Atlanta: American Cancer Society, 1987.
20. WHO Regional Office for Europe. *It can be done. A smoke free Europe*. Copenhagen: World Health Organization, 1990.
21. Raw M, White P, McNeill A. *Clearing the Air. A guide for action on tobacco*. London: World Health Organization, British Medical Association and Commission of the European Communities, 1990.
22. Chapman S, Lupton D. *The Fight for Public Health. Principles and Practice of Media Advocacy*. London: British Medical Journal Publishing Group, 1994.
23. Salvador-Llivina T. Función de los profesionales de la salud en la reducción de la actual prevalencia de tabaquismo en España. *Comunidad y Drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación* 1986; 2: 23-39.
24. Salvador-Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 585-8.
25. Centro de Investigaciones Sociológicas. *El consumo de tabaco entre los médicos españoles*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
26. Cordón F, Jaumá RM, Vallescar R, Ribó C, Martín M. El tabaquismo en los estudiantes de enfermería: prevalencia, actitudes y conocimientos. *Gac Sanit* 1992; 6: 58-61.
27. Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña (España) *Med Clin (Barc)* 1987; 89 (1): 6-9.
28. Órgano técnico de drogodependencias. *Enquestes sobre tabaquisme a Catalunya 1982-1986-1990*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1990.
29. Mengual P, Pérula LA, Redondo J, Roldán A, Prada A, Martínez J, Ruiz R. Evolución del consumo y actitud ante el tabaco de los médicos del Hospital Regional "Reina Sofía". Córdoba. *Gac Sanit* 1996; 10: 18-24.
30. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria*. VII Reunión anual. Madrid, 1994.
31. González J, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 15-8.
32. Rodríguez-Artalejo F, Hernández R, Graciani A, Banegas JR, Rey-Calero J. La contribución del tabaco y de otros hábitos de vida a la mortalidad por cáncer de pulmón en España de 1940 a 1988. *Gac Sanit* 1994; 8: 272-9.

