

Prevención del tabaquismo entre niños y adolescentes: comentarios sobre la legislación española

La tercera parte de los adultos españoles son fumadores. Como bien sabemos todos, y seguramente mejor que nadie las compañías tabacaleras, el hábito suele comenzar en la adolescencia. En el estudio ECERS¹, realizado con adolescentes escolarizados de toda España entre los años 1990 y 1994, un 13% eran fumadores diarios. En 1999, el 25,7% de los adolescentes de 15 y 16 años de la Comunidad de Madrid reconocían fumar a diario, y de ellos, el 21,6% decían tener permiso de sus padres para fumar². Con datos como estos a nadie se le oculta que el tabaquismo en España es un problema de salud pública de primera magnitud. Las iniciativas puestas en marcha por las administraciones públicas para limitar el consumo de tabaco no parecen dar demasiados resultados, al menos entre adultos. Entre niños y adolescentes no se conoce con exactitud, pero puede que existan diferencias entre regiones. En la Comunidad de Madrid se observa una ligera tendencia a disminuir entre los chicos, pero no entre las chicas². En un estudio realizado en escolares de 13 y 14 años de Barcelona,

en el año 1996 un 15,5% reconocían haber fumado en el último mes, mientras que en el año 1987 el porcentaje era del 31,3%³.

El papel de los pediatras en la prevención del tabaquismo activo y pasivo ha sido magníficamente analizado en un artículo publicado recientemente en Anales Españoles de Pediatría⁴. En esta revisión se echa en falta únicamente algún comentario sobre la legislación vigente.

En 1988, que fue declarado por la Organización Mundial de la Salud el año internacional contra el Tabaquismo, se aprobó en España el Real Decreto 192/1988 sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

El primer artículo dice: *“...en caso de conflicto prevalecerá siempre el derecho de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir labores de tabaco en todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse al derecho a la salud de los primeros...”*. Sin embargo, en el ulterior desarrollo del decreto, hay frases que resultan ambiguas, y por otra parte, no siempre exigimos el cumplimiento de la ley.

Según el artículo 4.1.: *"No podrán venderse labores de tabaco en los establecimientos sanitarios..."*. En una circular del Ministerio de Sanidad y Consumo de fecha 9 de Diciembre de 1988 se especifica que tampoco puede venderse tabaco en los locales o edificios de la Administración del INSALUD. ¿La cafetería de un hospital es parte del establecimiento sanitario? En algunas se sigue vendiendo tabaco.

Según el artículo 8.1.: *"En los Centros y establecimientos sanitarios, la Dirección del mismo diferenciará y señalizará las áreas específicas donde se permita fumar, que serán, en todo caso, independientes para los usuarios de los servicios y visitantes y para el personal del Centro"*. De esta frase se deduce que los fumadores (incluso los usuarios y visitantes) tienen derecho a fumar en los establecimientos sanitarios, siendo la dirección la obligada a señalizar la zona de fumadores. Corroborando esta apreciación, se especifica como infracción sanitaria leve (artículo 11.4.) *"la falta o incorrecta señalización"* de las zonas de fumadores, pudiendo conllevar multa de hasta 500.000 pesetas. Es evidente que en los establecimientos sanitarios no se fuma tanto como antaño. Hace décadas no era tan raro ver médicos fumando mientras pasaban visita en el hospital o

consulta en los ambulatorios, lo que ya no ocurre o sólo en casos excepcionales. Sin embargo, la tolerancia con los fumadores sigue siendo impresionante: en algunos hospitales, trabajadores y visitantes fuman en las salas de espera, en las escaleras, en los ascensores y en casi cualquier sitio. Las salas de reunión de hospitales y centros de salud suelen ser auténticos "fumaderos", sin que los no fumadores tengamos la resolución necesaria para exigir que no se fume.

El artículo 5.1. dice: *"Se prohíbe vender o entregar a los menores de 16 años labores de tabaco así como productos que imiten o introduzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud"*. En el caso de máquinas automáticas de venta de tabaco, especifica que el responsable de la prohibición es el titular del establecimiento donde esté situada aquélla. ¿Alguien se cree que el camarero del bar va a controlar y evitar que un menor compre tabaco?. Me pregunto cuantos adolescentes se volverían adictos a la cocaína o a las modernas drogas "de diseño" si se pudieran comprar en máquinas automáticas situadas en cualquier lugar y al precio ridículo del tabaco. Hablando de precios, expertos de la OMS han estimado que un aumento de tan sólo un 10% en el precio del tabaco lograría disminuir su consumo en un

8%. ¿Se podría estimar cuento se reduciría el consumo entre adolescentes españoles si el tabaco fuera vendido exclusivamente en estancos y comprobando con el documento nacional de identidad la edad del comprador (como está legislado para las bebidas alcohólicas)? Si se fumara menos, el Estado dejaría de recaudar un buen dinero del impuesto directo sobre el tabaco, pero a la larga ahorraríamos en gasto sanitario (además, como dice el refrán, la salud no tiene precio).

La publicidad del tabaco viene regulada por varias leyes. Una, de fecha 12 de Julio de 1994, siguiendo las directrices que a este respecto marca la Comunidad Económica Europea, dice que queda prohibida cualquier forma, directa o indirecta, de publicidad en la televisión, y que queda prohibida la publicidad encubierta. ¿Es qué otros medios publicitarios diferentes de la televisión son inofensivos?. Los mensajes de la publicidad del tabaco suelen ir encaminados desviadamente a los jóvenes, lo que resulta inaceptable en cualquier contexto.

En el documento "La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid"⁵ se dice: "*Toda campaña (anti-tabáquica) que descance sobre el eje de la salud no es lo suficientemente eficaz en la medida en que exista permisividad*

tanto desde el punto de vista de la normatización de su consumo (venta a menores de edad, etc) como de la publicidad del mismo (las marcas se publicitan)". A estos tres aspectos (educación para la salud, normatización y publicidad) habría que añadir uno más: el precio. De todos ellos, sólo la educación para la salud está claramente al alcance de los pediatras de atención primaria.

Benjamín Herranz Jordán. Pediatra.

CS Las Rozas,
Las Rozas. Madrid.

Bibliografía:

1. Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco AM. *El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles*. Gac Sanit 1998; 12: 263-7.
2. *Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid*, 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999; 6: 3-31.
3. Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. *Tendencias del tabaquismo de los escolares: Barcelona*. Atención Primaria 1999; 23: 359-62.
4. Altet MN, Pascual MT y grupo de Trabajo sobre tabaquismo en la infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica: *Tabaquismo en la infancia y*

adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. An Esp Pediatr 2000; 52: 168-77.

5. La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública, nº 16. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1994.

Reflexionemos

En diversas publicaciones médicas vengo leyendo, cada vez con más frecuencia, el aparente miedo que se está produciendo entre los pediatras en general, y entre algunos de Atención Primaria en particular, por el progresivo avance de la Medicina de Familia en el ámbito de Atención Primaria y el supuesto retroceso de la pediatría, siguiendo el ejemplo de algunos países de nuestro entorno. También veo que cada vez se pide con más insistencia la prolongación de la edad pediátrica hasta los 18 años, basándose en que es el pediatra el que debe atender al adolescente; ya con anterioridad las asociaciones de pediatría pidieron la prolongación de la atención pediátrica en el ámbito de la asistencia sanitaria pública hasta los 14 años y lo consiguieron en 1993, pero ¿a qué precio?

Tras esta introducción, me gustaría pasar a hacer unas reflexiones sobre estos dos temas: el temor al médico de familia y la ampliación de la edad pediátrica hasta los 18 años.

1.- Como pediatras, nuestra meta debe ser una atención integral a la infancia desde la óptica de la prevención de la enfermedad, tratamiento de la misma y educación sanitaria de los padres y del niño, objetivos éstos que yo no veo reñidos con que sean médicos de familias los que en primera instancia vean al niño enfermo, lo traten y los desvíen al pediatra si lo consideran oportuno; creo que éste fue el primitivo espíritu que se iba a plasmar en los Equipos de Atención Primaria, aunque nunca llegó a implantarse por las rémoras del pasado y la falta de voluntad política de los sucesivos gobiernos.

Cuando yo elegí la vía de la Atención Primaria (dejando una plaza de adjunto hospitalario interino que luego habría hecho fija sin oposición) pensaba que la cosa iba a ser así y que no se iban a malgastar mis cuatro años de formación hospitalaria, especialmente enfocada hacia las consultas externas, pero comprobé con desesperación y luego con obligatoria resignación, como se me ponía al frente de una consulta de pediatría de Atención Primaria similar a las