

Cumplimiento de la legislación antitabaco en instituciones oficiales

R. Cordovilla, M. Barrueco, J.M. González Ruiz, M.A. Hernández, J. de Castro y F. Gómez

Servicio de Neumología. Hospital Universitario. Salamanca.

La prevención del tabaquismo abarca aspectos muy amplios y se basa en el establecimiento de normas legislativas destinadas a promover la salud pública mediante la protección de los no fumadores frente al humo del tabaco y la disuasión a los fumadores acerca de su consumo, y también en el establecimiento de políticas destinadas a aumentar la información y formación de ambos (fumadores y no fumadores) sobre los efectos nocivos del tabaco.

En España la principal legislación antitabaco es el Real Decreto 192/1988 del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para la protección de la salud de la población. Otras normas complementarias de la citada ley han sido promulgadas posteriormente por las distintas administraciones públicas implicadas.

A partir de la información científica que ha ido acumulándose durante los últimos años, la legislación se ha modificado considerablemente en dos direcciones: homogeneizándose las normas existentes entre distintos países y aumentando la restricción en la publicidad y consumo del tabaco. En España, distintos sectores sociales y científicos han solicitado el endurecimiento de la actual legislación. Sin embargo, son escasas las valoraciones realizadas acerca del grado de vigilancia y cumplimiento (y por tanto de su eficacia) de la legislación actual.

El objetivo de este trabajo ha sido conocer el nivel de cumplimiento de este Real Decreto en las instituciones oficiales de Salamanca. Hemos visitado 30 centros y hemos observado que existen carteles que prohíben el uso del tabaco en el 80% de estos centros; a pesar de esto el porcentaje de gente fumando en los mismos es elevado: un 43% entre los trabajadores (ninguno de los cuales pertenecía a centros educativos ni sanitarios) y un 37% entre el público. No hay carteles informativos sobre la nocividad del tabaco en ninguno de los centros que se incluyeron en el estudio.

Parece necesario limitar aún más la venta y el consumo de tabaco en lugares públicos vigilando el cumplimiento de las normas restrictivas existentes, y aumentando la información (a toda la población) sobre los efectos nocivos del tabaco, para conseguir aumentar la colaboración de todos (fumadores y no fumadores) y alcanzar un ambiente libre de humo.

Palabras clave: *Tabaco. Legislación.*

Arch Bronconeumol 1997; 33: 320-324

Correspondencia: Dr. M. Barrueco.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario.
P.º de San Vicente, 58-182. 37007 Salamanca.
mibafe@gugu.usal.es

Recibido: 5-11-96; aceptado para su publicación: 4-2-97.

Compliance with antismoking laws at government institutions

The prevention of nicotine addiction involves a wide range of measures, including writing laws to preserve public health by protecting nonsmokers from smoke and discouraging smokers from consumption. Also important are campaigns to educate both parties (smokers and nonsmokers) about the negative effects of tobacco.

The main antismoking law in Spain is the Health and Consumer Ministry's Royal Decree 192/1988 limiting the sale and use of tobacco with the aim of protecting public health. Other regulations have since been enacted by public administrations to complement that law.

Research finding published in recent years have been the basis for major legal changes leading in two directions: toward standardizing laws existing in different countries and toward increasing restrictions on the advertising and sale of tobacco. Various scientific and social groups have demanded that current laws be made stricter. Little has been done, however, to assess the degree of vigilance and compliance, and consequently the efficacy, of current legislation.

The aim of this study was to determine the level of compliance with the law in governmental institutions in Salamanca. We visited 30 centers and saw that while notices prohibiting smoking were visible in 80%, the number of smokers was high: 43% among workers (none of whom was in educational or medical centers) and 37% among the public. No posters warning of the dangers of tobacco were seen in any of the centers visited.

It appears necessary to further restrict the sale and use of tobacco in public places, to enforce compliance with existing regulations and to increase the amount of information on the toxic effects of tobacco in order to gain the cooperation of both smokers and nonsmokers toward achieving smoke-free environments.

Key words: *Tobacco. Legislation.*

Introducción

El Real Decreto 192/1988 del Ministerio de Sanidad y Consumo¹ sobre limitación en la venta y uso de tabaco constituye la principal legislación existente sobre el

tema en España. Este decreto incluye medidas, como la prohibición de fumar en lugares públicos, destinadas no sólo a reducir el número de fumadores y la inducción al consumo de tabaco, sino también a promover los legítimos derechos de protección de la salud de los no fumadores.

De estos lugares públicos, el Real Decreto especifica claramente la prohibición de fumar en zonas de las oficinas de la Administración destinadas a la atención directa al público, en centros docentes, sanitarios y en centros de atención social destinados a menores de 16 años, así como en salas de uso público general, lectura y exposición. Se contempla también la posibilidad de fumar siempre que se haga en áreas expresamente reservadas al efecto por la dirección de los centros. Igualmente se contempla la prohibición de la venta de tabaco en los establecimientos sanitarios y escolares, así como en los centros destinados preferentemente a la atención de la infancia y la juventud.

En Europa se celebró en 1988 la primera conferencia Europea sobre política del tabaco, organizada por la Oficina Regional para Europa de la OMS, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y la Comisión de las Comunidades Europeas, con el apoyo de la Oficina Central de la OMS, de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer y de la Unión Internacional contra el Cáncer². En esta conferencia participaron 27 estados miembros y otros 4 países no europeos, y aprobaron una carta reconociendo el derecho moral del público a ser protegido no sólo de las enfermedades causadas por el tabaco, sino también de la contaminación creada por el humo del tabaco. Se propusieron 10 estrategias para lograr una Europa libre de tabaco entre las que destacan establecer por ley el derecho a ambientes comunes libres del humo de tabaco, a la información del peligro derivado del uso del mismo y también el seguimiento de la efectividad de las medidas emprendidas.

Por tanto, y teniendo en cuenta que fumar constituye la principal causa de muerte y enfermedad en los países desarrollados³⁻⁵, los gobiernos de los distintos países europeos, incluyendo España, han adoptado medidas legislativas diversas, siendo el Reino Unido el que posee una experiencia superior al resto, y una legislación más completa, mientras que los países meridionales presentan un desarrollo legislativo más pobre⁶.

También EE.UU., uno de los países pioneros en la lucha antitabaco, ha endurecido recientemente la legislación, en especial en lo referente a los jóvenes. Así, en agosto de 1995, basándose en la recopilación de información realizada por la FDA (Food and Drug Administration), este organismo ha conseguido que se reconozca legalmente la capacidad adictiva de la nicotina y que, por lo tanto, el tabaco sea reconocido oficialmente como una droga⁷; la administración Clinton ratificó una serie de medidas dirigidas a disminuir el número de niños y adolescentes que llegan a ser adictos al tabaco⁸. Ahora, un año después, aquellas medidas propuestas por la FDA se han convertido en una orden ejecutiva tras la firma del presidente Bill Clinton⁹.

En España distintos sectores sociales y científicos han solicitado el endurecimiento de la legislación vi-

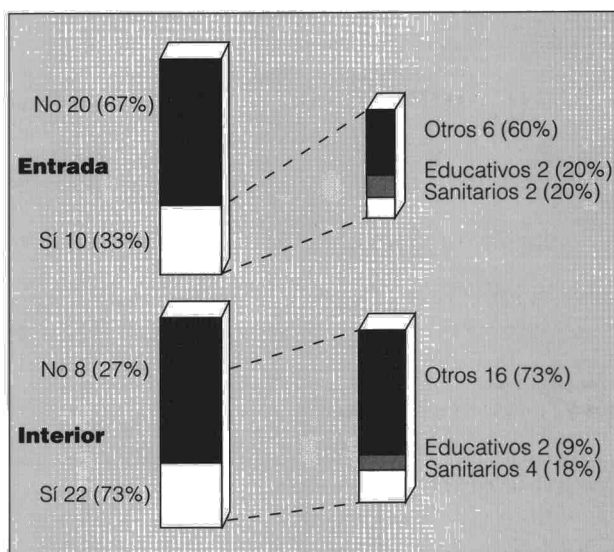


Fig. 1. Presencia de ceniceros a la entrada y en el interior de los centros.

gente. Sin embargo, son escasas las valoraciones realizadas acerca del grado de cumplimiento de la legislación actual. Resulta dudoso que en la actualidad exista la suficiente conciencia social acerca de la peligrosidad del tabaco para la salud pública como para poder esperar un amplio respeto a las normas que restringen su uso público. Por ello, nuestro objetivo ha sido conocer el grado de cumplimiento del Real Decreto en las instituciones oficiales de Salamanca, tanto por parte de los trabajadores de las mismas como del público que acude a ellas.

Material y métodos

Para la realización del estudio se han visitado 30 centros oficiales de la ciudad de Salamanca, de los cuales 17 eran delegaciones provinciales de organismos estatales y autonómicos, 6 centros sanitarios y 7 centros educativos. En todos los casos la visita se realizó en hora de máxima afluencia de público y empleando un tiempo estándar de 10 min en cada uno de los centros para completar un cuestionario integrado por 9 ítems (tabla I).

Se valoraron aspectos indicativos del interés de la Administración en el cumplimiento de la ley como son la existencia o no de carteles recordando la prohibición de fumar en dichos centros, e indicadores directos e indirectos de tabaquismo. Como indicador directo de tabaquismo activo se valoró la presencia de público y/o trabajadores fumando en los lugares

TABLA I
Cuestionario utilizado para la recogida de datos

Carteles oficiales prohibiendo fumar	Sí	No
Carteles personales	Sí	No
Carteles sobre nocividad	Sí	No
Ceniceros en la entrada	Sí	No
Ceniceros en la entrada con colillas	Sí	No
Ceniceros en el interior	Sí	No
Ceniceros en el interior con colillas	Sí	No
Público fumando	Sí	No
Funcionarios fumando	Sí	No

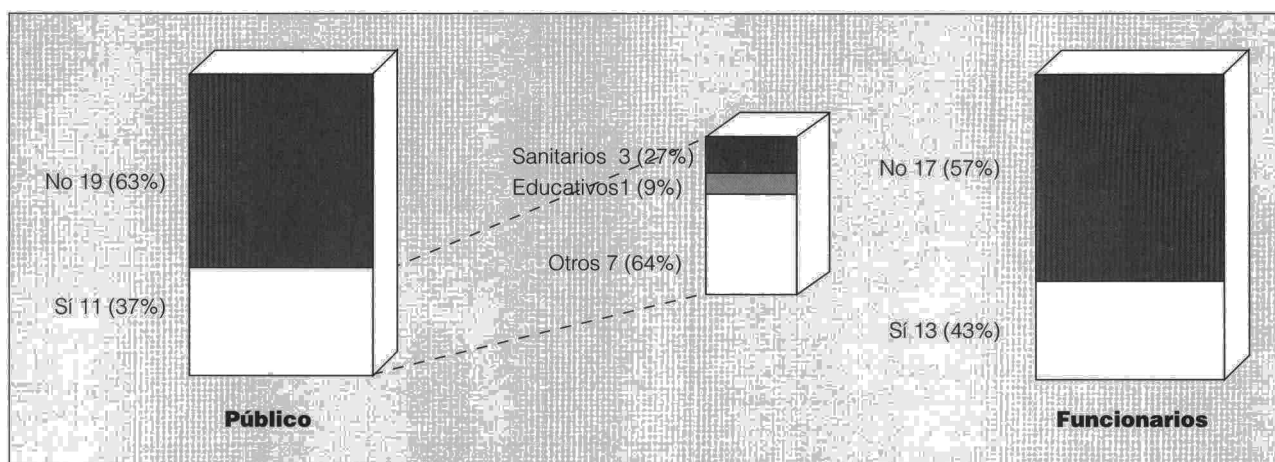


Fig. 2. Fumadores (público y funcionarios) en los centros.

en los que está prohibido, y como criterios indirectos la existencia de ceniceros en los centros. La presencia de ceniceros en la entrada se valoró como una medida de la Administración destinada a favorecer el respeto a la prohibición de fumar en el interior y una invitación a los fumadores a dejar el cigarrillo antes de entrar, mientras que la existencia de ceniceros en el interior se interpretó como un signo de tolerancia al consumo en áreas en las que está prohibido.

Igualmente la presencia de colillas en el cenicero de la entrada fue interpretado como señal de respeto a la prohibición de fumar en el interior por parte del público que acude a dichos centros, mientras que la presencia de colillas en el interior se interpretó como incumplimiento de la legislación vigente.

Resultados

Hemos observado que en 24 centros (80%) existen carteles que recuerdan la prohibición de fumar: 20 son carteles oficiales (66,7%) y cuatro personales (13,3%). En el 20% restante no existe ningún tipo de cartel. Tampoco existen en ningún centro carteles informativos que recuerden la nocividad del tabaco para la salud tanto de los fumadores como de los no fumadores o fumadores pasivos (tabla II).

Únicamente en 10 centros (33,3%) se observó la existencia de ceniceros a la entrada (todos con colillas). En 22 centros (73,3%) había ceniceros (todos con coli-

llas) en la zona de atención al público. El 94,1% de los organismos estatales y autonómicos tenían ceniceros en el interior, y el 64,7% carecían de éstos en la entrada (fig. 1).

Se observó público fumando en 11 centros (36,7%), de los cuales uno era un centro educativo y tres sanitarios. Así mismo, se observó la presencia de funcionarios fumando en zonas de atención al público en 13 centros (un 43,3% del total), ninguno de los cuales era sanitario ni educativo, perteneciendo por tanto a delegaciones provinciales de organismos estatales y autonómicos (fig. 2).

En los centros en los que existían carteles con la prohibición de fumar, el público fumaba significativamente menos que en aquellos centros en los que no existía ningún tipo de cartel (p < 0,05). Esta diferencia no fue significativa entre los funcionarios, de modo que fumaban independientemente de la presencia o no de carteles (tabla II).

Discusión

La nocividad del consumo del tabaco es conocida desde hace años, a pesar de lo cual aún no existe una conciencia social capaz de identificar el tabaco como el principal factor de agresión a la salud pública en fumadores y no fumadores (fumador pasivo)^{10,11}. De hecho,

TABLA II
Resultados

	Total Centros (30)	Estatales y autonómicos (17) (n.º y porcentaje de dicho centro)	Centros educativos (7) (n.º y porcentaje)	Centros sanitarios (6) (n.º y porcentaje)
Carteles oficiales	20	10 (58,8)	4 (57,1)	6 (100)
Carteles personales	4	2 (11,7)	2 (28,5)	0
Carteles sobre nocividad	0	0	0	0
Ceniceros en la entrada (todos con colillas)	10	6 (35,2)	2 (28,5)	2 (33,3)
Ceniceros en el interior (todos con colillas)	22	16 (94,1)	2 (28,5)	4 (66,6)
Público fumando	11	7 (41,2)	1 (14,3)	3 (50)
Funcionarios fumando	13	13 (76,5)	0	0

el 85% de la polución interior corresponde al humo de tabaco ambiental, el cual constituye, en países como los EE.UU., la tercera causa evitable de muerte conocida tras el tabaquismo activo y el alcoholismo¹².

A medida que se han acumulado evidencias científicas acerca de los efectos nocivos del tabaco³⁻⁵ y de su importancia como un problema de salud pública, se han promulgado leyes antitabaco destinadas a controlar su uso¹³⁻¹⁷. Estas medidas restrictivas varían en los distintos países y actualmente se dirigen a aspectos más amplios que la simple prohibición, como la educación de los pacientes y sus familiares, y más recientemente los esfuerzos se dirigen al cuidado de los jóvenes para prevenir su iniciación al hábito de fumar^{7,9,18-23}.

En España, la principal legislación antitabaco es el Real Decreto 192/1988 del Ministerio de Sanidad y Consumo¹. Esta ley ha sido objeto de controversia en cuanto a su eficacia para el control del tabaquismo en nuestro país⁶. Sin embargo, no se ha realizado ningún tipo de seguimiento del grado de cumplimiento de la misma.

El análisis de los resultados de nuestro estudio nos permite afirmar que no existe el control suficiente; parece que esta falta de control no se debe al desconocimiento de la legislación, ya que existen carteles recordando la prohibición de fumar en la mayoría de los centros (80%), y en algunos casos la carencia oficial se suple con la iniciativa personal (quizá de algún no fumador que quiere exigir el cumplimiento de sus derechos), sino, posiblemente, a la falta de conciencia social acerca de la nocividad del consumo de tabaco y de la necesidad de cumplir la legislación, así como a la falta de vigilancia por parte de la Administración para hacer cumplir la ley.

Como criterio indirecto de tabaquismo activo, en el 66,7% de los centros no hay ceniceros en la entrada que inviten a dejar el cigarrillo antes de entrar en un lugar público en el que está prohibido fumar, mientras que sí existen en el interior en el 73,3%. Esto parece indicar que la propia Administración contempla la posibilidad de acceder fumando al interior de los centros en los que está prohibido, y que una vez en el interior parece lógico que pueda continuarse fumando.

Hemos observado público fumando en el 36,7% de los centros, y funcionarios en el 43,3% de los mismos. Si bien el público en general fuma en cualquier tipo de centro, en nuestro estudio sólo observamos funcionarios fumando en las delegaciones provinciales de organismos estatales y autonómicos, y no en centros educativos y sanitarios. Posiblemente, en este tipo de centros exista mayor conciencia de la nocividad del tabaco (por disponer de más información) y de la necesidad de respetar la legislación por parte de sus trabajadores (que pertenecen a grupos ejemplarizantes), o bien que exista mayor control por parte de la Administración en el cumplimiento de la norma.

Parece necesario aumentar la información sobre la nocividad del tabaco tanto en fumadores^{24,25} como en no fumadores^{26,27}, con el fin no sólo de advertir a los fumadores, sino de informar y asesorar a los no fumadores para que hagan respetar sus derechos. Independiente-

mente de la necesidad de seguir aumentando la información a la población, creemos que la Administración debe vigilar el cumplimiento de la legislación vigente estableciendo medidas oportunas al respecto (p. ej., los guardias de seguridad de numerosos centros vigilan que el público respete determinadas normas de convivencia, pero no llaman la atención a nadie por el hecho de fumar), que obliguen al cumplimiento de las normas restrictivas ya existentes.

Se trata de alcanzar un proceso dinámico en el que la conciencia social y la legislación se influyan mutuamente y que el avance de ambos factores permita conseguir la colaboración de todos (fumadores y no fumadores) en la consecución de un ambiente libre de humo. En España, en el actual momento del debate sobre el consumo de tabaco, y como paso previo a cualquier reforma de la legislación, parece que la estrategia más adecuada es aumentar la información a la población para contrarrestar los efectos de la publicidad de la industria del tabaco y exigir el cumplimiento de la legislación vigente.

A medida que el debate social progrese, podrán establecerse nuevas normas que restrinjan el consumo público de tabaco y dirigidas fundamentalmente a proteger a los menores evitando que adquieran la adicción a la nicotina. La nueva norma de la FDA⁹ puede constituir un ejemplo a seguir por los países europeos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 192/1988 sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población. BOE 9 de marzo, 1988; 7.499-7.501.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Se puede lograr. Una Europa libre de tabaco. Informe de la primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
3. González Enríquez J, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno J, Banegas Banegas JR, Villar Álvarez F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin* 1989; 92: 15-18.
4. Olsen JH. Epidemiology of lung cancer. *Eur Respir Mon* 1995; 1: 1-17.
5. Sherman CB. Health effects of cigarette smoking. *Clinics in Chest Medicine* 1991; 12: 643-658.
6. González de Vega JM, Romero Ortiz A. Legislación antitabáquica comparada. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 137-139.
7. Kessler DA, Witt AM, Barnett PS, Zeller MR, Natanblut SL, Wilkenfeld JP et al. The Food and Drug Administration's regulation of tobacco products. *New Engl J Med* 1996; 335: 988-993.
8. Rheinstein MC, Ginnis TJ. Children and tobacco: The Clinton Administration Proposal. *American Family Physician* 1995; 52: 1.205-1.208.
9. Department of Health and Human Services. Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents. *Fed Regis* 1996; 61: 44.396-44.618.
10. US Public Health Services: smoking and health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the PHS. Publication 1103. Atlanta, U.S: Department of Health Education and Welfare, PHS Centers for Disease Control, 1964.
11. Walker A. Passive smoking. Attempt at UK Legislation. *Br Med J* 1990; 300: 1.356.
12. Hernández Hernández JR, Terciado Valls J. Tabaquismo pasivo. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 492-497.

13. Roemer R. Legislation to Combat the World Smoking Epidemic. Ginebra: OMS, 1984.
14. Roemer R. Recents Developements in Legislation to Combat the World smoking epidemic. WHO/SMO/HLE/86/1. Ginebra: OMS, 1986.
15. Jayanthi V, Probert CSJ, Sher KS, Mayberry JF. Smoking and prevention. *Respiratory Medicine* 1991; 85: 179-183.
16. Shelton DM, Alciati MH, Chang MM, Fishman JA, Fues LA, Michaels J. State laws on tobacco control-United States, 1995. *MMWR CDC Surveil Sum* 1995; 44: 1-28.
17. Plan sectorial de prevención del tabaquismo. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública y Asistencia. Valladolid: Junta de Castilla y León, 1992.
18. Barrueco M, Vicente M, López I, Gonzalves T, Terrero D, García J et al. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla y León. Actitudes de la población escolar. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 23-27.
19. Viejo Bañuelos JL. Tabaco en los jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 491-493.
20. Barrueco M, Blanco A, García J, Vicente M, Garavís JL, Botella E et al. Actitudes de los profesores sobre la prevención del tabaquismo en la escuela. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 64-68.
21. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. *MMWR* 1994; 43: 1-10.
22. Barrueco Ferrero M. Bases legislativas para la prevención del tabaquismo en la escuela. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 237-241.
23. Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *MMWR* 1994; 43: 1-18.
24. Peto R, López AD, Boreham J, Thum M, Health C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bull* 1996; 52: 12-21.
25. Doll R. Cancers weakly related to smoking. *British Medical Bull* 1996; 52: 35-49.
26. Law MR, Hackshaw AK. Enviromental tobacco smoke. *British Medical Bull* 1996; 52: 22-34.
27. American Thoracic Society. Cigarette Smoking and Health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 861-865.