

Levantando la cortina de humo

10 razones para una Europa
sin humo del tabaco



Levantando la cortina de humo

10 razones para una Europa sin humo



Por la Smoke Free Partnership

Manuscrito finalizado en febrero de 2006

El presente informe fue financiado por las organizaciones *Cancer Research UK*, *European Respiratory Society*, *Institut National du Cancer* y *European Heart Network* y elaborado para uso de las mismas.

Agradecimientos:

Smoke Free Partnership agradece los conocimientos, el tiempo, la ayuda y las sugerencias que han proporcionado todos los participantes en este proyecto. En particular, nos gustaría darle las gracias a todos los autores que hicieron un hueco en sus apretadísimas agendas para escribir sus capítulos. La *Smoke Free Partnership* agradece también la contribución de las *European Cancer Leagues - ECL* (las Ligas Europeas contra el Cáncer) y de la *International Union Against Cancer - UICC* (Unión Internacional Contra el Cáncer).

Le debemos un agradecimiento especial a Carol Wilson por su habitual edición técnica experta y su atención a los detalles. También le estamos muy agradecidos a Walter Koehn y Caroline Danloy de GOPA-Cartermill por su experiencia y paciencia infinita ya que las fechas de edición y diseño se cambiaban con frecuencia a medida que se aproximaba el momento de imprimir el informe.

Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con: Oficina de Bruselas de la *European Respiratory Society*, 39-41 rue d'Arlon, B-1000, Bruselas, Tel.: +32 2 238 53 60; Fax: +32 2 238 53 61; E-mail: ersinfo.brussels@ersnet.org.

El informe está disponible online en: www.ersnet.org

Imagen del paquete de tabaco de la portada cortesía de *Cancer Research UK*.

©2006 ERSJ Ltd. Se autoriza la reproducción del presente, salvo a efectos comerciales, siempre que se indique la fuente.

Descargo de responsabilidad:

Aunque la ***Smoke Free Partnership*** ha hecho todo lo posible por comprobar la exactitud de la información, las afirmaciones y opiniones expresadas en el presente informe son responsabilidad de sus autores.

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España ha participado en la traducción de este documento.

ISBN 1-904097-56-1

Prólogo

El efecto duradero de esta ley [control del tabaquismo] en Irlanda es que hoy, un niño en Irlanda nunca sabrá lo que es estar en un pub o restaurante lleno de humo.

Michael Martin, Ministro de Comercio, Empleo y Empresa,
Luxemburgo, 2 de junio de 2005

El presente informe se encargó en octubre de 2004. Irlanda se había convertido en un país sin humo en marzo de ese año, seguido de Noruega en junio. En el otro lado del mundo, Nueva Zelanda iba a hacer lo mismo en diciembre de 2004 y llegaban rumores desde Italia y Malta de que se iba a promulgar una ley integral antitabaco que entraría en vigor a principios de 2005. A las organizaciones encargadas¹ les parecía que los tiempos estaban cambiando. Los centros de trabajo sin humo no se limitaban ya a los estados más liberales de EE.UU. ¿Podía ser posible que la legislación integral para el control del tabaquismo se convirtiera en una realidad, no sólo en los pequeños países europeos con mayor tradición en el control del tabaco, sino en toda la Unión Europea (UE)?

Decidimos averiguarlo. La primera tarea era determinar las dimensiones del problema. Al igual que los Ministros de Sanidad de Irlanda, Noruega, Italia y Nueva Zelanda, sabíamos que la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco mata y produce daños a la población infantil y adulta, y habíamos presentado las pruebas de este efecto en el informe ASPECT (Análisis de la Ciencia y Política en Europa para el Control del Tabaco), publicado al mismo tiempo que se concebía este informe². Lo que no sabíamos era el alcance de los daños producidos en la UE a causa de dicha exposición. En el Capítulo I de este informe se presenta la magnitud del problema. Las cifras son alarmantes y creemos que calculadas por lo bajo, dadas las lagunas en los datos a los que se hace referencia en dicho capítulo.

¹ Cancer Research UK, Ligas Europeas contra el Cáncer, Red Europea del Corazón, Sociedad Respiratoria Europea, Ligue nationale contre le Cancer.

² Informe sobre el Análisis de la Ciencia y Política en Europa para el Control del Tabaco (ASPECT). Tabaco o salud en la Unión Europea: pasado, presente y futuro. Dirección General de Salud y Protección al Consumidor, Comisión Europea, Luxemburgo, octubre de 2004.

La segunda tarea consistía en reunir pruebas económicas que apoyaran la legislación para el control del tabaquismo. Los beneficios para la salud se evalúan con frecuencia en contraposición a los intereses económicos de la industria tabaquera y sus aliados, y la salud no es siempre lo primero. Pero nosotros creíamos, junto con Philip Morris³, que las afirmaciones de la catástrofe que podría producirse en el sector de la hostelería si se prohibiera fumar en los bares y restaurantes no serían confirmadas por los datos independientes disponibles sobre los efectos económicos de las leyes para el control del tabaquismo. Tal y como se muestra en los Capítulos 2 y 3, nuestro optimismo no era infundado. Las leyes para el control del tabaquismo ayudan a la economía así como a la salud.

Finalmente, decidimos considerar la opinión pública en relación a las políticas para el control del tabaquismo. ¿En qué medida sabía la población de los distintos países de la UE que el tabaquismo pasivo era perjudicial y en qué medida apoyaban la legislación en esta materia? De nuevo, los resultados han sido sorprendentemente positivos. Los peligros del tabaquismo pasivo son bien conocidos entre los ciudadanos europeos, y los niveles de aceptación de la legislación integral de espacios sin humo en todos los centros de trabajo son superiores al 65% en la mayoría de los países en los que se han realizado encuestas durante los últimos 3 años. En los países en los que se ha promulgado y puesto en vigor esta legislación, cuenta con un apoyo de más del 75%. Estas cifras muestran que el público quiere esta legislación y que a los políticos no debería asustarles promover la legislación para el control del tabaquismo y votar a favor de ella.

Y de hecho no se asustan, como reveló la respuesta a la conferencia «Una Europa sin humo del tabaco» que tuvo lugar el 2 de junio de 2005⁴. Celebrada en Luxemburgo bajo el auspicio de la Presidencia luxemburguesa de la UE, y organizada por las asociaciones que encargaron el presente informe con el patrocinio de GlaxoSmithKline y Pfizer, la conferencia reunió a escala europea por primera vez a organizaciones de la salud, líderes en investigación, representantes de la empresa pública y privada europea, sindicatos, inspectores de salud laboral, la Comisión Europea y políticos, para debatir la política de espacios sin humo. En total, nueve ministros de sanidad o empleo más el ex ministro de sanidad de Italia actuaron como ponentes en el evento. Este nivel de apoyo sin precedentes por parte de los ministros de sanidad de Europa a las políticas para

³ «...los argumentos económicos que a menudo utiliza la industria para ahuyentar las actividades de prohibición del tabaco ya no funcionaban... Estos argumentos sencillamente no tenían credibilidad entre el público, lo que no es sorprendente si se tiene en cuenta que nuestros pronósticos más alarmantes en el pasado raramente se hacían realidad». Walls T. número de presentación CAC 4, 8 de julio de 1994. Número Bates 2041183751-90. www.legacy.library.ucsf.edu/tid/vnf77e00.

⁴ Una Europa sin humo 2005. Luxemburgo, 2 de junio de 2005. www.smokefreeeurope.com.

el control del tabaquismo confirmó que se ha producido un cambio de opinión en cuanto a esta legislación en los centros de trabajo. Como Ministro de Sanidad sueco, Morgan Johansson dijo en la conferencia de Luxemburgo:

En un plazo de cinco años habrá una mayoría de países de la UE con leyes para el control del tabaquismo, y en otros cinco años, será la excepción a la regla no ser un país sin humo del tabaco.

En Inglaterra, una abrumadora mayoría ha votado a favor de la legislación integral para el control del tabaquismo. Esperamos que este informe ayude a políticos y a las personas responsables de elaborar las políticas europeas y de otras naciones a hacer de esta afirmación una realidad.



John Britton

Presidente del Comité de Control del Tabaco de la European Respiratory Society



Philippe Mourouga

Director, Detección - Prevención
Departamento de Información, INCa



Jean King

Director de Investigación del Comportamiento y Control del Tabaco, Cancer Research UK



Susanne Volqvartz

European Heart Network
Presidenta

Levantar la cortina de humo: 10 razones para convertirse en un país sin humo del tabaco

1. La exposición al aire contaminado por el humo del tabaco mata y perjudica la salud.
2. Toda la población trabajadora tienen el derecho a estar protegidos frente a la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco.
3. Las pruebas científicas demuestran que la ventilación no protege frente a la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco.
4. La legislación sobre espacios libres de humo no tiene efectos económicos negativos.
5. La libertad de elección incluye la responsabilidad de no perjudicar a otras personas.
6. La población apoya la legislación sobre espacios libres de humo.
7. La población cumple la legislación sobre espacios libres de humo.
8. Se ha hecho en otros lugares. Puede hacerse en todas partes.
9. Es una intervención de salud pública rentable.
10. Las políticas integrales sobre espacios libres de humo funcionan.

Índice

Resumen	13
Capítulo 1 – Un cálculo aproximado de las muertes atribuibles al tabaquismo pasivo en Europa	19
1.1	Introducción 19
1.2	Métodos 20
1.2.1.	<i>Enfoque general</i> 20
1.2.2.	<i>Alcance de los cálculos</i> 21
1.2.3.	<i>Cálculo de las poblaciones de riesgo</i> 22
1.2.4.	<i>Cálculo de las muertes por edades</i> 23
1.2.5.	<i>Prevalencia estimada del consumo de tabaco entre la población adulta</i> 24
1.2.6.	<i>Variación del consumo de tabaco con la edad</i> 25
1.2.7.	<i>Cálculo no aleatorio para los hogares de una y dos personas</i> 25
1.2.8.	<i>Cálculo de las muertes entre la población activa</i> 26
1.2.9.	<i>El tabaquismo pasivo en el trabajo</i> 26
1.2.10.	<i>Riesgos que conlleva el tabaquismo pasivo</i> 27
1.2.11.	<i>Cálculos sólo para población no fumadora</i> 28
1.3	Resultados 30
1.4	Análisis 42
1.5	Conflicto de intereses 42
1.6	Agradecimientos 42
Referencias 43
Capítulo 2 – Aspectos económicos de las políticas de espacios sin humo	45
2.1	Introducción 45
2.2	Razones económicas para las intervenciones de espacios sin humo 45
2.3	Impacto de las políticas de espacios sin humo sobre la demanda de cigarrillos 46
2.4	Beneficios económicos de las políticas de espacios sin humo 51
2.5	Costes de las políticas de espacios sin humo 54
2.6	Coste-efectividad de las políticas de espacios sin humo 56
2.7	Conclusiones 59
Referencias 61

Capítulo 3 – Impacto económico de la prohibición de fumar en bares y restaurantes	67
3.1 Introducción.....	67
3.2 Material publicado sobre el impacto económico de la prohibición de fumar en bares y restaurantes	67
3.2.1. <i>Un artículo que analiza el material publicado</i>	67
3.2.2. <i>El efecto de la prohibición de fumar en Columbia Británica</i>	69
3.2.3. <i>El efecto de la prohibición de fumar en Nueva York</i>	72
3.2.4. <i>El efecto de la prohibición de fumar en Irlanda</i>	74
3.2.5. <i>El efecto de la prohibición de fumar en Noruega</i>	75
3.2.6. <i>El efecto de la prohibición de fumar en Nueva Zelanda</i>	76
3.2.7. <i>Tendencias de consumo de alcohol en Europa</i>	78
3.3 Restaurantes, bares y catering en Europa	81
3.4 Conclusiones	84
Referencias	87
Capítulo 4 – Actitudes de la población respecto a las políticas de espacios sin humo en Europa	91
4.1 Introducción.....	91
4.2 Apoyo de la población a los espacios sin humo en Europa.....	93
4.2.1. <i>Apoyo de la población a las restricciones sobre el consumo de tabaco en los países europeos seleccionados</i>	94
4.3 Apoyo de la población a la legislación de espacios sin humo vigente... ..	98
4.3.1. <i>La legislación de espacios sin humo fuera de Europa</i>	98
4.3.2. <i>La legislación de espacios sin humo en Europa</i>	101
4.3.3. <i>Estudios comparativos de la legislación de espacios sin humo</i> ...	103
4.4 ¿Está Europa preparada para las políticas de espacios sin humo?	106
Referencias	109
Capítulo 5 - Por qué la ventilación no es una alternativa viable a la prohibición total de fumar	113
5.1 Introducción.....	113
5.2 Experimentos para evaluar el impacto de los índices de renovación del aire sobre los componentes del humo ambiental del tabaco (HAT) ...	115
5.2.1. <i>Primera serie de experimentos</i>	115
5.2.2. <i>Segunda serie de experimentos</i>	115
5.3 Resultados y análisis	116
5.3.1. <i>Control del monóxido de carbono (CO) y de los óxidos de nitrógeno (NOx)</i>	116
5.3.2. <i>Control de los compuestos orgánicos volátiles</i>	120
5.3.3. <i>Control de los compuestos de carbonilo</i>	121
5.3.4. <i>Trabajo en modelos</i>	121
5.4 Conclusiones	124
Referencias	125

Capítulo 6 – El éxito de las políticas de espacios sin humo en Europa: errores cometidos, lecciones aprendidas	127
6.1 La legislación de espacios sin humo	127
6.2 Centros de trabajo sin humo en Irlanda	128
6.2.1. <i>Introducción</i>	128
6.2.2. <i>Antecedentes</i>	128
6.2.3. <i>Debate nacional</i>	130
6.2.4. <i>Preparación previa a la introducción de la ley y métodos para garantizar el cumplimiento</i>	131
6.2.5. <i>La Smoke Free Workplace Law</i>	131
6.3 Funcionan los espacios sin humo	132
6.3.1. <i>Factores que contribuyen al éxito</i>	132
6.3.2. <i>Conclusión</i>	133
6.4 Bares y restaurantes sin humo: la experiencia noruega	134
6.4.1. <i>Introducción</i>	134
6.4.2. <i>Hacia los bares y restaurantes sin humo: una historia corta</i>	134
6.4.3. <i>Evaluación</i>	140
6.4.4. <i>Mirando hacia el futuro</i>	141
6.5 Hacia un Reino Unido sin humo: dificultades del sistema de restricciones voluntarias	141
6.5.1. <i>Perspectiva general</i>	141
6.5.2. <i>Breve historia de la tendencia hacia las normativas de espacios sin humo</i>	143
6.5.3. <i>La Public Places Charter (Carta de los Lugares Públicos): un sistema de restricciones voluntarias</i>	146
6.5.4. <i>Evaluación de la Public Places Charter</i>	148
6.5.5. <i>Reconocimiento de la necesidad de legislación</i>	149
6.5.6. <i>Conclusiones</i>	150
Referencias	152
Capítulo 7 – Conclusiones y recomendaciones	153
7.1 Recomendaciones de Limassol para obtener una legislación integral de espacios sin humo	154

Resumen

Efectos sobre la salud (Capítulo I)

- En el Capítulo I se presentan cálculos aproximados, para todos los adultos de los 25 países de la Unión Europea (UE) y, por separado, para las personas no fumadoras, de las muertes por cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas atribuibles al tabaquismo pasivo.
- Con algunas excepciones, la magnitud de los riesgos asociados con el tabaquismo pasivo ha sido pequeña. Sin embargo, como la exposición de la población no fumadora sigue siendo frecuente en los centros de trabajo y lugares públicos cerrados en muchos países, un gran número de personas están expuestas a este riesgo, y, en total, el daño potencial causado es considerable.
- Aunque los riesgos del tabaquismo pasivo para las cuatro enfermedades objeto de estudio están ahora bien establecidos en la literatura científica, los datos sobre el tabaquismo activo y especialmente sobre el tabaquismo pasivo en la UE están demostrablemente incompletos. Por esta razón, ha sido necesario hacer una serie de presuposiciones con respecto al alcance de la exposición al tabaquismo pasivo tanto en el ámbito privado como en el laboral. En la medida de lo posible, se han realizado cálculos a la baja a fin de que el número resultante de muertes atribuibles sea más bien un cálculo demasiado bajo que demasiado alto.
- El tabaquismo pasivo en el trabajo fue al parecer la causa de más de 7.000 muertes en la UE en 2002, mientras que el tabaquismo pasivo en el hogar parece que produjo 72.000 muertes más. Entre las personas empleadas en el sector de la hostelería, la exposición al humo del tabaco en el trabajo produce una muerte cada día laborable.
- El tabaquismo pasivo en el trabajo fue al parecer la causa de la muerte de más de 2.800 personas no fumadoras en la UE en 2002, mientras que la exposición en el hogar produjo al parecer la muerte de 16.000 personas no fumadoras más. En el sector hostelero en la UE, el tabaquismo pasivo mata según parece a una persona empleada no fumadora cada 3,5 días laborables.
- Estos resultados omiten las muertes de la población infantil a causa del tabaquismo pasivo, las muertes de la población adulta por otras enfermedades derivadas del tabaquismo pasivo, y la importante y grave morbilidad, tanto aguda como crónica, que provoca el tabaquismo pasivo.

Efectos económicos (Capítulos 2 y 3)

- Las pruebas obtenidas durante la investigación demuestran que las políticas de espacios sin humo reducen el consumo de cigarrillos.
- Reduciendo la demanda de tabaco, estas políticas reducirán los costes individuales y sociales asociados con el hábito de fumar.
- Los beneficios de las políticas de espacios sin humo son particularmente notables en el sector privado de la economía. Los ahorros vienen de distintas fuentes: reducciones en los costes de seguro; mayor productividad entre aquellos que dejan de fumar y entre los trabajadores que dejan de estar expuestos al humo ambiental del tabaco; costes de contratación más bajos gracias a la menor necesidad de sustituir las bajas laborales producidas por la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco; menores costes de mantenimiento de edificios, y ahorros derivados de la menor responsabilidad de los empresarios por el impacto de la exposición de los trabajadores al humo ambiental del tabaco, y por los efectos combinados del humo ambiental del tabaco sobre los trabajadores expuestos a otras toxinas en el centro de trabajo.
- El beneficio a largo plazo de las políticas de espacios sin humo es la reducción de la mortalidad y morbilidad por la limitación de la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco y por el impacto de estas políticas sobre la prevalencia del tabaquismo (tanto en la cesación como en el inicio). Esto mejorará el capital humano de los países, y llevará a un mayor crecimiento económico.
- Las empresas tabacaleras han afirmado que la prohibición de fumar en bares y restaurantes podría tener un impacto negativo sobre el negocio y generar un número menor de ventas y menos empleo.
- La investigación independiente y fiable sobre el impacto financiero de las políticas de espacios sin humo en el sector de la hostelería proporciona pruebas que refutan las afirmaciones de la industria tabaquera.
- Tras la revisión de casi 100 estudios, elaborados antes del 31 de agosto de 2002, de Canadá, Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, España y Hong Kong, no se encontró ningún impacto negativo ni ningún efecto positivo. Estos estudios se basaban en medidas objetivas y fiables, como ventas sujetas a impuestos y los datos de unos años antes y después de la introducción de las políticas de espacios sin humo, y en ellos se

utilizaron controles para los cambios en las condiciones económicas y pruebas estadísticas para controlar las tendencias subyacentes y las fluctuaciones de los datos.

- La información más reciente sobre el efecto de la prohibición de fumar en Nueva York, Columbia Británica, Irlanda, Noruega o Nueva Zelanda no mostraba un impacto negativo sobre el negocio.
- En Nueva York, por ejemplo, un año después de que entrara en vigor la *Smoke-Free Air Act* (Ley del Aire Sin Humo de 2003) que prohíbe fumar en todos los centros de trabajo, las ventas de los restaurantes y bares han aumentado un 8,7%, el empleo se ha elevado con 10.600 nuevos puestos, prácticamente todos los establecimientos están cumpliendo la ley, y el número de nuevas licencias de venta de alcohol ha aumentado, todos signos de que los bares y restaurantes de Nueva York están prosperando.
- El consumo de alcohol están cambiando en Europa, ya que el consumo per capita está disminuyendo y las personas bebe cada vez más en casa. Muchos factores pueden influir en las ventas del sector de la hostelería. El volumen de ventas en los bares de Irlanda aumentó hasta 2001, pero descendió un 2,8% en 2002, un 4,2% en 2003 y un 4,4% en 2004. Antes de la ley irlandesa que prohibía fumar en el lugar de trabajo (incluidos bares y restaurantes), que entró en vigor en 2004, el consumo de alcohol en Irlanda ya había cambiado. Como en la Columbia Británica, el descenso en el volumen de ventas en los establecimientos de bebidas en Irlanda ocurrió antes de la promulgación de la prohibición de fumar.

Concienciación y actitudes de la población (Capítulo 4)

- A medida que crece la concienciación de la población acerca de los efectos dañinos del humo ambiental del tabaco, el apoyo público a las medidas para proteger a la población no fumadora del humo ambiental del tabaco también crece.
- La experiencia internacional sugiere que el éxito de la implantación de las políticas de espacios sin humo, se requiere un nivel razonable de concienciación por parte de la población acerca de los riesgos para la salud del humo ambiental del tabaco y un cierto nivel de apoyo público.

- Las evaluaciones recientes de las políticas de espacios sin humo en los países europeos y los datos de encuestas realizadas entre la población apoyan estas conclusiones, y sugieren que en la UE, el apoyo público a las políticas de espacios sin humo está aumentando rápidamente.
- Las pruebas sugieren que las disposiciones para proteger a la población no fumadora tienden a ir a la zaga de la opinión pública. De hecho, en varios países europeos, el nivel de apoyo público a los centros de trabajo y lugares públicos sin humo es ahora igual o superior al que ha demostrado ser suficiente para introducir con éxito legislación de espacios sin humo en otros países.

Ventilación (Capítulo 5)

- El humo ambiental del tabaco (HAT), derivado principalmente del humo exhalado entre calada y calada del cigarrillo, contribuye de forma importante a la contaminación del aire en interiores en los que se fuma. En el marco de las actividades para evaluar la exposición humana al humo ambiental del tabaco en entornos cerrados, se realizaron pruebas para investigar el impacto de varios índices de ventilación sobre la concentración en aire de componentes del HAT en la cámara climática (INDOORTRON) del *Joint Research Centre*.
- Las primeras pruebas indican que los cambios en los índices de ventilación, que simulan las condiciones esperadas en muchos entornos residenciales y comerciales (índices de renovación del aire (AER por sus siglas en inglés) de 0,3-4,5), durante el tiempo en que se fuma no tienen una influencia significativa sobre los niveles de concentración en aire de los constituyentes del HAT: monóxido de carbono (CO), óxidos de nitrógeno (NO_x), compuestos aromáticos y nicotina.
- Esto sugiere que los esfuerzos por reducir la contaminación del aire interior mediante índices de ventilación más elevados en los edificios no conducirían a una mejora significativa de la calidad del aire interior. Además, los resultados muestran que se necesitarían índices de tipo «túnel de viento» u otros índices elevados de ventilación por dilución para conseguir unos niveles de contaminantes dentro de los valores establecidos como límite para el aire ambiente.

Legislación y estudio de casos (Capítulo 6)

- Ningún país europeo había prohibido fumar en bares y restaurantes en enero de 2004. En marzo de 2006, cinco países (Irlanda, Noruega, Italia, Malta y Suecia) habían introducido dicha prohibición, Escocia hará lo mismo en abril de 2006, e Inglaterra seguirá este ejemplo en breve.
- Los ejemplos de Noruega e Irlanda ilustran factores fundamentales para implantar con éxito una legislación de espacios sin humo: 1) investigación previa basada en pruebas para informar al público y a las personas encargadas de elaborar las políticas sobre los efectos adversos del humo ambiental del tabaco; 2) participación activa de las partes interesadas, especialmente organizaciones sanitarias y sindicales; 3) desarrollo de una campaña de comunicación clara y coherente para informar a la población, haciendo énfasis en los derechos a la salud de la población trabajadora del sector de la hostelería.
- El caso del Reino Unido debería servir como advertencia para otros países que están considerando las restricciones voluntarias: sencillamente no funcionan.

Capítulo I

Un cálculo aproximado de las muertes atribuibles al tabaquismo pasivo en Europa

Konrad Jamrozik

Professor of Evidence-Based Health Care, School of Population Health, University of Queensland

I.1. Introducción

Las pruebas de que el tabaquismo pasivo puede producir graves enfermedades o incluso la muerte entre la población no fumadora aparecieron por primera vez en las revistas científicas en inglés en 1974^{1,2}, aunque el término «tabaquismo pasivo» se acuñó originalmente en alemán. A los primeros informes en inglés, que hacían referencia a bebés y población infantil que viven en hogares donde las personas adultas fuman, les siguieron, a principios de 1981, dos estudios que señalaban el tabaquismo pasivo como la causa del cáncer de pulmón en mujeres adultas no fumadoras^{3,4}. Cuatro años después, se obtenían los primeros indicios de que el tabaquismo pasivo también aumentaba el riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica en las personas no fumadoras⁵.

Desde entonces, se han realizado numerosas investigaciones científicas independientes sobre la relación entre el tabaquismo pasivo y diversos problemas de salud. Incluso teniendo en cuenta la parcialidad de la publicación —la tendencia de los editores a rechazar manuscritos que no muestran ninguna asociación si se presentan para su consideración e incluso el fracaso de los investigadores para redactar un informe sobre dichos estudios— en la actualidad hay una gran cantidad de pruebas que apuntan al tabaquismo pasivo como la causa de daños graves. Esta información es más que impresionante por la variedad de entornos, poblaciones y diseños de estudio que engloba. Sería verdaderamente sorprendente si diferentes equipos investigadores hubieran cometido independiente pero sistemáticamente los mismos errores científicos indicando que el tabaquismo pasivo era un peligro para la salud de bebés, población infantil y adulta cuando, de hecho, no existía ningún riesgo. Algunas investigaciones oficiales independientes realizadas en varios países^{6,7,8,9} han llegado a la misma conclusión: los riesgos

para la salud y la vida que implica el tabaquismo pasivo son reales, y están extendidos. Las pruebas científicas relativas a estos riesgos han sido la fuente de campañas para introducir y extender sistemáticamente políticas de espacios sin humo.

Con algunas excepciones, la magnitud de los riesgos asociados con el tabaquismo pasivo ha sido pequeña. Sin embargo, como la exposición de la población no fumadora sigue siendo frecuente en los centros de trabajo y lugares públicos cerrados en muchos países, un gran número de personas están expuestas a este riesgo, y, en total, el daño potencial causado es considerable. En este capítulo se presenta un cálculo aproximado de dicho daño, en relación con las muertes de adultos por cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas en los 25 países de la Unión Europea (UE). Se proporcionan cálculos para todas las personas adultas y, por separado, para las personas no fumadoras.

1.2. Métodos

1.2.1. Enfoque general

Los cálculos que se presentan en este capítulo se basan en la fórmula de la proporción atribuible poblacional, un método epidemiológico bien establecido para calcular la proporción de eventos en una población que están relacionados con una exposición concreta de interés. Esta relación se describe matemáticamente como:

$$A = \frac{p \cdot (RR-1) \cdot T}{1 + p \cdot (RR-1)}$$

Donde:

- A** es el número de eventos atribuibles a la exposición,
- P** es la proporción de la población expuesta (aquí, la prevalencia del tabaquismo pasivo)
- RR** es el riesgo relativo asociado con la exposición (el número de veces por las que la frecuencia del resultado se multiplica entre aquellas personas expuestas al factor comparado con la frecuencia del resultado entre aquellas personas no expuestas)
- T** es el número total de eventos relevantes en la población.

La aplicación de esta fórmula depende fundamentalmente de la presencia de una relación causal entre la exposición y el resultado más que de una relación que representa únicamente una asociación estadística. Sin embargo, tal y como se indicaba anteriormente, algunas investigaciones oficiales independientes realizadas

en varios países concluyen que el tabaquismo pasivo produce enfermedades graves y a veces mortales^{6,7,8,9}. Así, se cumple el requisito de una relación causal.

1.2.2. Alcance de los cálculos

Los presentes cálculos se limitan a las muertes, las muertes de personas adultas y concretamente las muertes por cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas (tabla 1). Estas restricciones se han impuesto por una combinación de razones científicas y pragmáticas, pero su efecto es que las cifras totales para el daño atribuible al tabaquismo pasivo se han calculado inevitablemente a la baja.

Tabla 1: Epígrafes de la Clasificación Internacional de Enfermedades utilizados para extraer el número de muertes de la base de datos de mortalidad de la OMS-EURO

Causa de la muerte	Epígrafes de la CIE-10
Cardiopatía isquémica	I20-I25
Ictus	I60-I69
Cáncer de pulmón	C33, C34
Enfermedades respiratorias crónicas no neoplásicas	J40-J47

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión); OMS-EURO: Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud.

Las pruebas de que el tabaquismo pasivo puede resultar en cáncer de pulmón y mortalidad por enfermedad cardíaca están disponibles desde hace veinte años^{3,4,5}. La cantidad de información que apunta al tabaquismo pasivo como la causa del ictus es más modesta, pero considerable. Sin embargo, algunos ictus son secundarios al ataque al corazón (infarto de miocardio) porque el trastorno de la función cardíaca puede llevar al desarrollo de coágulos en las cámaras del corazón y éstos pueden romperse y recorrer el sistema circulatorio provocando un ictus. Por lo tanto, si el tabaquismo pasivo es una causa de cardiopatía isquémica, cuya manifestación importante más común es el infarto de miocardio agudo, también debe ser una causa de ictus.

Cada vez hay más indicios de que el tabaquismo pasivo también produce enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹⁰. En el Reino Unido, el Real Colegio de Médicos ha publicado recientemente cálculos aproximados de las muertes atribuibles al tabaquismo pasivo que incluyen una cifra de muertes por EPOC¹¹. Sin embargo, para los cálculos del presente capítulo, como punto de partida se han tomado una serie de epígrafes de la Clasificación Internacional de Enfermedades que incluyen el asma así como la EPOC, y que aquí se denominan en conjunto como enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas. Esto habrá resultado en un cálculo aproximado mayor del impacto del tabaquismo pasivo en relación con reciente informe del Reino Unido pero refleja la refundición dentro de la base de datos de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS-EURO) de las muertes por EPOC, muertes por asma y muertes por otras dolencias respiratorias menos comunes. Como el tabaquismo pasivo se acepta como causa de asma y ataques de asma⁷, esta ampliación del ámbito para el cálculo es defendible. Además, la línea entre el asma, que tiene un elemento reversible importante en el grado de obstrucción de las vías respiratorias, y la EPOC, que no lo tiene, se vuelve cada vez menos clara en pacientes con asma prolongada, y esto, casi con toda certeza, conduce a una imprecisión diagnóstica en la atribución de la causa de la muerte en estas personas. En cualquier caso, los presentes cálculos siguen siendo a la baja al omitir las muertes por neumonía, en la que el tabaquismo pasivo casi con toda seguridad desempeña un papel en las personas adultas y que se acepta como una causa etiológica importante en la primera infancia^{1,2}.

1.2.3. Cálculo de la población de riesgo

1.2.3.1. Población «en edad laboral» y población «mayor de 65 años»

Los datos de las poblaciones de los 25 países de la UE se obtuvieron de la base de datos de la OMS (<http://data.euro.who.int>) seleccionando cómputos o cálculos correspondientes al año 2002. Para la mayoría de los países, esta fuente aportó un número concreto para la proporción de población de 65 años o más, y estadísticas equivalentes para la población menor de 15 años. Como el objetivo del estudio era realizar un cálculo aproximado de la mortalidad de la población adulta atribuible al tabaquismo pasivo en el trabajo y el hogar, la población «en edad laboral» (20-64 años) se calculó como:

$$\text{Población total} - (\text{número } 65+) - (1,33 \cdot \text{número } 0-14),$$

sobre la base de que la mortalidad en los últimos años de la adolescencia es muy pequeña y de que la natalidad se ha mantenido razonablemente estable en Europa durante los últimos veinte años.

Como faltaba información sobre los grupos de edad para las poblaciones de Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania e Italia, se aplicaron las proporciones medias de las otras naciones de la UE de los 15 correspondientes a las personas de 65 años o más y menores de 15 años, para calcular las poblaciones en edad laboral y las poblaciones mayores de 65 años de dichos países.

1.2.3.2. Población empleada y personal del sector hostelero

La base de datos Eurostat de la Comisión Europea (<http://epp.eurostat.cec.eu.int>) proporciona cálculos aproximados específicos para cada país de la proporción de la población de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años que realiza un trabajo remunerado. La aplicación de esta cifra a la población total correspondiente de edades entre los 15 y los 64 años aportó el tamaño absoluto de la población activa de cada país. También hay disponibles cálculos por separado de la proporción de la población activa de cada país que realiza su trabajo en el exterior. Esto permite la obtención de la población activa total estimada que realiza su trabajo en lugares cerrados.

Otra estadística de la base de datos Eurostat ofrece la proporción de cada población activa nacional empleada en el sector de la hostelería, lo que permite calcular el número real de empleados en este sector.

Las proporciones de población trabajadora que realizan su trabajo en espacios cerrados y de población trabajadora de la hostelería para Noruega e Islandia se calcularon a partir de las medias para los tres países nórdicos restantes.

En el Reino Unido, el 27,8% de la población trabajadora de la hostelería está empleada concretamente en pubs, bares y clubes nocturnos. Esta fracción se ha aplicado en toda Europa.

Se ha dado por supuesto que sólo una quinta parte de las personas empleadas pasan su vida laboral entera en tales trabajos.

1.2.4. Cálculo de la mortalidad por edades

La base de datos de la OMS no contiene información sobre las muertes en Chipre. Para los otros 24 países, proporciona tasas de mortalidad separadas por causa y grupo de edad para la población de edades comprendidas entre los 25 y los 64 años y para las personas de 65 años o más. Para la población de edades entre los 25 y los 64 años, el número total de muertes a causa de una de las cuatro enfermedades de interés en los presentes cálculos se dedujo como:

$$D(25-64) = (r_i \cdot P_i) \cdot 53/60$$

Donde:

$D(25-64)$ es el número estimado de muertes.

r_1 = Tasa de mortalidad por grupo de edad y causa para la población de edades comprendidas entre los 25 y los 64 años en 2002 (o el año inmediatamente anterior o posterior, dependiendo de la disponibilidad de los datos)

P_1 = Población estimada entre los 20 y los 64 años.

El factor de corrección en este cálculo ($53/60$) refleja que la «población europea estándar» para los grupos de edad entre los 20 y los 64 años incluye a 60.000 personas, de las cuales, 7.000 tienen entre 20 y 24 años. Es poco probable que se produzcan eventos fatales relevantes en este último grupo.

Las muertes entre la población mayor de 65 años se calcularon a partir de la tasa de mortalidad por grupo de edad y causa correspondiente como:

$$D(65+) = (r_2 \cdot P_2)$$

Donde:

$D(65+)$ = muertes a la edad de 65 años o más

r_2 = Tasa de muertes de población fumadora de más de 65 años

P_2 = población de 65 años o más

1.2.5. Prevalencia estimada del tabaquismo entre la población adulta

Con unos datos documentados directamente limitados, han tenido que hacerse presuposiciones con respecto a la proporción total actual de personas fumadoras entre la población adulta, tal y como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2: Presuposiciones con respecto a la prevalencia del tabaquismo entre la población adulta

% actual documentado de personas fumadoras en población adulta	Cifra adoptada para:	Razones
Italia = 26,6	Grecia	Ambos están el sur de Europa
Eslovaquia = 28	Eslovenia	Países casi vecinos
España = 28,1	Portugal	Países vecinos
Reino Unido = 26,8	Irlanda	Países vecinos, misma lengua

1.2.6. Variación en el tabaquismo con la edad

La prevalencia del tabaquismo disminuye con la edad bien porque se deja o por la mortalidad selectiva.

Como se puede ver en la tabla 2, la prevalencia de personas fumadoras actuales (S) se resume habitualmente como una única proporción del total de la población adulta, y se expresa en porcentaje. Sin embargo, puede dividirse en dos componentes que reflejan prevalencias en las poblaciones en edad laboral y anciana de la siguiente forma:

$$S = [p_1 \cdot s_1 \cdot P + (100 - p_1) \cdot s_2 \cdot P] / (P \cdot 100)$$

Donde:

P es la población adulta total (edad 20 años o más)

p_1 es la proporción de la población de menos de 65 años

s_1 es la prevalencia del tabaquismo en personas de menos de 65 años

s_2 es la prevalencia en personas de más de 65 años

Esto se simplifica a:

$$S = [p_1 \cdot s_1 + (100 - p_1) \cdot s_2] / 100$$

Tanto en el Reino Unido como en Australia $s_2/s_1 = 0,5$ ^{12,13}. Así, reorganizando la fórmula se obtiene:

$$s_1 = (S \cdot 100) / [p_1 + ((100 - p_1) \cdot 0,5)]$$

de la que se puede obtener s_2 .

1.2.7. Cálculo no aleatorio para los hogares de una y dos personas

Las personas fumadoras suelen vivir con personas que fuman. En el Reino Unido, entre la población adulta de menos de 65 años, la prevalencia del tabaquismo es del 30% pero la prevalencia de la exposición doméstica de la población infantil es del 42%^{14,15}.

Los factores de corrección aplicados en el estudio del Reino Unido¹¹ estimaban un 13% de hogares de una sola persona entre la población adulta de menos de 65 años y un 37% de hogares de una sola persona adulta entre la población mayor de 65 años.

La aplicación de estos factores de corrección da unas prevalencias de exposición pasiva en el hogar de:

$$s_1' = (42/30) \cdot 0,87 \cdot S / [p_1 + ((100-p_1) \cdot 0,5)] = 1,218 \cdot S / [p_1 + ((100-p_1) \cdot 0,5)]$$

para las personas adultas en edad laboral, y

$$s_2' = (42/30) \cdot 0,63 \cdot 0,5 \cdot s_1 = 0,441 \cdot s_1$$

para las personas mayores de 65 años.

1.2.8. Cálculo de la mortalidad entre la población activa

Se presupone que todas las personas empleadas tienen entre 20 y 64 años. El porcentaje de este grupo de edad que representa la población activa estimada, se ha aplicado al número estimado de muertes por enfermedad en este grupo de edad.

1.2.9. El tabaquismo pasivo en el trabajo

En 2002, ningún país de Europa había aplicado las políticas de espacios sin humo en los pubs, bares y clubes nocturnos, y es probable que todas las personas empleadas en este tipo de locales estuvieran expuestas de manera pasiva al humo del tabaco en el trabajo.

En octubre de 2005, la base de datos de la OMS indicaba que todos los países de la UE excepto dos habían promulgado al menos restricciones parciales sobre el consumo de tabaco en el lugar de trabajo. Esto ocurrió en Noruega en 2003, pero en Irlanda, Italia, Letonia, Malta, Holanda y Eslovaquia las disposiciones entraron en vigor sólo después de 2003. La OMS también registraba a Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Lituania, Polonia, Portugal, Eslovenia y Suecia como países con políticas de espacios sin humo «completas» en vigor en los lugares de trabajo. Sin embargo, algunas anotaciones en la base de datos indicaban que todas estas leyes permitían la existencia de zonas especiales para fumar, aunque estas instalaciones son en la actualidad muy poco frecuentes, concretamente en Finlandia. Dado que es de suponer que dichas zonas para fumar se encuentran en interiores, y como no parece haber leyes que requieran que éstas tengan sistemas de aire acondicionado separados ventilados externamente, es probable que al menos parte del humo de tabaco de estas zonas invada el resto de las zonas del centro de trabajo en cuestión. En la práctica,

esto significaría que toda la población trabajadora estarían expuesta de manera pasiva al humo del tabaco en el trabajo si se fumase dentro del mismo edificio.

Sólo había cinco puntos de datos relativos a la proporción de población activa empleada en lugares en los que fumar no estaba restringido en absoluto: Austria = 34% (1997), Dinamarca = 85%, Alemania = 20%, Suiza = 50% y el Reino Unido = 8%, más Irlanda cuya proporción es ahora del 0%. Como el cálculo corresponde al año 2002, Irlanda se ha situado en el nivel del Reino Unido, un 8% de personas empleadas expuestas de manera pasiva al humo del tabaco en el trabajo. Se ha adoptado la misma cifra para los países enumerados en la base de datos de la OMS como países con políticas antitabaco «completas» en el trabajo: Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Lituania, Polonia, Portugal, Eslovenia y Suecia; aunque, como se indicaba anteriormente, es probable que el resto de la población activa empleada en otros sectores distintos al hostelero en estos países no disfrute de una protección completa frente al humo del tabaco en el trabajo.

Calculando por lo bajo, el resto de Europa Occidental, incluido Noruega, se ha situado al nivel de Austria con el 34% de las personas empleadas expuestas de manera pasiva al humo del tabaco en el trabajo, mientras que el resto de Europa Oriental se ha situado al nivel de Dinamarca, con el 85% de las personas empleadas expuestas de forma pasiva.

1.2.10. Riesgos que conlleva el tabaquismo pasivo

La fórmula para la proporción atribuible poblacional se ha aplicado utilizando los mismos cálculos aproximados del riesgo relativo para la población fumadora pasiva que se utilizaron en el reciente informe del Real Colegio de Médicos del Reino Unido¹¹. Se trataba de cifras medias obtenidas de la revisión de la literatura disponible y se resumen en la tabla 3.

Como se indicaba anteriormente, se presupone que todas las personas empleadas del sector hostelero en todos los países de la UE estaban expuestas de manera pasiva al humo del tabaco en el trabajo en 2002. Los cálculos utilizan un riesgo medio para la exposición en el entorno laboral en el sector hotelero y de la restauración, pero un riesgo aumentado para la exposición en pubs, bares y clubes nocturnos, basados en el trabajo de Jarvis¹⁶ sobre los niveles de cotinina excretados por el personal no fumador.

Tabla 3: Riesgos relativos asociados con el tabaquismo pasivo

Enfermedad	Entorno en el que se produce la exposición		
	Hogar	Lugar de trabajo habitual	Pub/ bar/ club nocturno
Cáncer de pulmón	1,24	1,24	1,73
Cardiopatía isquémica	1,3	1,2	1,61
Ictus	1,45	1,45	2,52
Enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas	1,25	1,25	1,76

1.2.11. Cálculos sólo para personas no fumadoras

Se ha realizado un segundo análisis para calcular las muertes atribuibles al tabaquismo pasivo entre las personas adultas no fumadoras de los 25 países de la UE, limitando de nuevo las causas de muerte a cardiopatía isquémica, ictus, cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas.

Los tamaños de las poblaciones no fumadoras se han definido mediante la aplicación de la prevalencia relevante de personas fumadoras actuales a la población pertinente y restando el número resultante del total. Las personas no fumadoras así definidas incluirán tanto a las personas que nunca han fumado como a ex fumadoras. No se ha tenido en cuenta el exceso de riesgo para estas últimas relacionado con su antigua dependencia tabáquica por tres razones. En primer lugar, la base de datos de la OMS no incluye una cifra aparte para la proporción de personas ex fumadoras. En segundo lugar, el exceso de riesgo asociado con su antigua dependencia tabáquica disminuye con el tiempo, pero se dispone de pocos datos para definir con precisión las funciones decrecientes para las cuatro enfermedades de interés, y la mayoría están relacionados con las cohortes establecidas cuando los cigarrillos sin filtro representaban una proporción importante del mercado del tabaco. En tercer lugar, incluso si las funciones decrecientes se conocieran con exactitud y fuesen actuales, el aplicarlas requeriría una información detallada sobre cuándo cada persona dejó de fumar, datos de los que tampoco se puede disponer fácilmente.

Los cálculos para las personas no fumadoras dan por sentado que la prevalencia del tabaquismo activo es uniforme dentro de la población en edad laboral y de la población mayor de 65 años, independientemente de la categoría laboral o del trabajo concreto en el primer caso.

Para cada causa de muerte y segmento de la población, las muertes atribuibles al tabaquismo activo actual se han calculado mediante la aplicación de la fórmula para el riesgo atribuible poblacional, la cifra relevante para la prevalencia del tabaquismo activo y el cálculo correspondiente del riesgo relativo. Estos últimos datos se obtuvieron de una revisión sistemática publicada por English *et al.* en 1995¹⁷. Esta fuente proporciona cálculos combinados de los riesgos relativos por causa y edad, tal y como se muestra en la tabla 4. Las muertes por tabaquismo activo se restaron después del total relevante para obtener el número de muertes de personas no fumadoras a las que podría conducir el tabaquismo pasivo.

Tabla 4: Riesgos relativos asociados con el tabaquismo activo

Enfermedad	Grupo de edad	
	Menos de 65 años	65 años o más
Cáncer de pulmón	12,2	12,2
Cardiopatía isquémica	3,06	1,45
Ictus	3,12	1,30
Enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas	5,33	2,23

I.3 Resultados

En la tabla 5 se proporciona un resumen de las cifras de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo en 2002 en los 25 países de la UE ampliada, mientras que en la tabla 6 se facilitan los cálculos aproximados por país.

Tabla 5: Número estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo en los 25 países de la UE en 2002

Enfermedad	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
	P. adultas de menos de 65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
Cáncer de pulmón	6498	4443	10941	2300	104	13241
Cardiopatía isquémica	10025	19873	29898	2444	119	32342
Ictus	5973	20557	26530	2060	82	28591
Enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas	1269	3531	4800	475	21	5275
Total*	23765	48404	72170	7280	325	79449

*Puede verse afectado por el redondeo en los cálculos.

Tabla 6: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
AUSTRIA	Cá. pulmón	99	37	135	64	3	200
	ECI	101	280	380	45	2	426
	Ictus	68	197	265	45	2	310
	Enferm. pulmonar...	28	47	75	18	1	93
	Total*	295	561	856	173	7	1029
BÉLGICA	Cá. pulmón	157	184	342	106	2	448
	ECI	187	445	632	87	2	719
	Ictus	111	541	652	75	1	727
	Enferm. pulmonar...	45	164	209	30	1	239
	Total*	501	1335	1836	297	6	2133
CHIPRE* *No se pudo realizar el cálculo ya que no había datos disponibles sobre mortalidad	Cá. pulmón	-	-	-	-	-	-
	ECI	-	-	-	-	-	-
	Ictus	-	-	-	-	-	-
	Enferm. pulmonar...	-	-	-	-	-	-
	Total*	-	-	-	-	-	-
CHECOSLO- VAQUIA	Cá. pulmón	197	122	319	252	7	571
	ECI	392	712	1104	351	10	1455
	Ictus	214	876	1090	256	7	1346
	Enferm. pulmonar...	35	49	83	44	1	128
	Total*	838	1759	2597	904	25	3501
DINAMARCA	Cá. pulmón	94	117	211	128	1	339
	ECI	115	404	518	109	1	627
	Ictus	81	320	401	104	1	505
	Enferm. pulmonar...	41	145	186	55	0	241
	Total*	331	985	1316	397	3	1714
ESTONIA	Cá. pulmón	27	15	41	3	0	45
	ECI	107	101	208	9	1	217
	Ictus	68	148	216	9	1	225
	Enferm. pulmonar...	5	7	12	1	0	12
	Total*	207	270	477	22	2	499

Tabla 6: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
FINLANDIA	Cá. pulmón	33	39	71	6	0	77
	ECI	124	134	258	16	1	274
	Ictus	61	197	259	12	1	271
	Enferm. pulmonar...	9	26	36	2	0	37
	Total*	227	396	623	36	2	659
FRANCIA	Cá. pulmón	1136	389	1525	134	12	1659
	ECI	799	1038	1837	65	6	1902
	Ictus	596	1325	1922	76	6	1997
	Enferm. pulmonar...	117	174	291	14	1	304
	Total*	2649	2925	5574	289	25	5863
ALEMANIA	Cá. pulmón	984	838	1822	386	15	2208
	ECI	1739	5329	7068	468	19	7536
	Ictus	772	3808	4580	312	10	4892
	Enferm. pulmonar...	229	655	884	90	3	974
	Total*	3724	10630	14354	1255	48	15609
GRECIA	Cá. pulmón	143	133	276	19	4	295
	ECI	297	467	764	27	6	791
	Ictus	142	1120	1262	20	4	1282
	Enferm. pulmonar...	8	39	47	1	0	48
	Total*	590	1759	2349	67	15	2416
HUNGRÍA	Cá. pulmón	350	148	498	43	5	541
	ECI	621	1093	1714	52	6	1766
	Ictus	404	965	1369	52	5	1421
	Enferm. pulmonar...	92	109	201	11	1	213
	Total*	1468	2314	3782	158	16	3940
ISLANDIA	Cá. pulmón	3	3	5	1	0	6
	ECI	5	14	20	1	0	20
	Ictus	2	9	11	0	0	11
	Enferm. pulmonar...	0	3	3	0	0	3
	Total*	10	28	38	2	0	40

Tabla 6: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
IRLANDA	Cá. pulmón	39	31	70	6	1	76
	ECI	107	176	282	12	2	294
	Ictus	33	106	139	6	1	145
	Enferm. pulmonar...	11	37	49	2	0	51
	Total*	189	350	539	26	5	566
ITALIA	Cá. pulmón	628	491	1119	356	10	1475
	ECI	746	1476	2222	291	9	2513
	Ictus	500	2004	2504	284	7	2788
	Enferm. pulmonar...	59	312	371	34	1	405
	Total*	1932	4283	6216	965	28	7180
LETONIA	Cá. pulmón	39	24	63	43	0	106
	ECI	199	350	549	153	2	703
	Ictus	132	405	537	136	1	673
	Enferm. pulmonar...	7	10	18	8	0	26
	Total*	377	790	1167	340	3	1507
LITUANIA	Cá. pulmón	54	31	85	6	0	91
	ECI	241	539	780	19	1	800
	Ictus	120	285	405	15	1	420
	Enferm. pulmonar...	18	32	50	2	0	52
	Total*	433	887	1320	42	3	1362
LUXEM- BURGO	Cá. pulmón	7	6	13	4	0	16
	ECI	8	19	27	3	0	30
	Ictus	8	21	29	4	0	33
	Enferm. pulmonar...	2	4	5	1	0	6
	Total*	25	49	74	12	0	86
MALTA	Cá. pulmón	2	2	5	1	0	6
	ECI	8	19	27	4	0	31
	Ictus	3	14	17	2	0	19
	Enferm. pulmonar...	0	3	3	0	0	3
	Total*	14	38	52	7	0	59

Tabla 6: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
HOLANDA	Cá. pulmón	232	168	400	162	5	561
	ECl	272	404	676	131	4	806
	Ictus	156	463	619	110	3	729
	Enferm. pulmonar...	47	156	203	33	1	236
	Total*	707	1191	1898	435	12	2332
NORUEGA	Cá. pulmón	41	37	78	31	1	110
	ECl	65	168	233	34	1	267
	Ictus	29	136	166	22	0	188
	Enferm. pulmonar...	15	35	50	11	0	61
	Total*	151	377	527	98	2	626
POLONIA	Cá. pulmón	912	433	1346	86	5	1432
	ECl	1496	1798	3294	96	6	3390
	Ictus	1192	2203	3395	119	6	3514
	Enferm. pulmonar...	130	242	372	12	1	384
	Total*	3730	4677	8406	314	17	8720
PORTUGAL	Cá. pulmón	73	45	118	14	2	132
	ECl	131	220	351	17	3	368
	Ictus	171	733	904	34	5	939
	Enferm. pulmonar...	21	56	76	4	1	80
	Total*	396	1054	1450	69	10	1519
ESLOVAQUIA	Cá. pulmón	81	36	117	99	1	216
	ECl	259	515	774	221	3	995
	Ictus	108	238	346	123	1	469
	Enferm. pulmonar...	15	20	35	18	0	53
	Total*	463	809	1272	461	5	1733
ESLOVENIA	Cá. pulmón	28	17	44	5	1	49
	ECl	37	66	103	4	1	108
	Ictus	31	88	119	6	1	124
	Enferm. pulmonar...	3	18	21	1	0	21
	Total*	100	188	287	15	2	303

Tabla 6: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
ESPAÑA	Cá. pulmón	576	381	957	320	15	1277
	ECI	630	1210	1840	242	11	2082
	Ictus	401	1701	2103	225	9	2328
	Enferm. pulmonar...	97	467	564	54	2	618
	Total*	1704	3759	5463	841	37	6305
SUECIA	Cá. pulmón	22	26	48	6	0	54
	ECI	56	201	256	11	1	267
	Ictus	27	149	176	8	1	184
	Enferm. pulmonar...	6	25	31	2	0	33
	Total*	111	401	512	27	2	539
REINO UNIDO	Cá.pulmón	622	728	1351	117	14	1467
	ECI	1542	3210	4753	197	24	4950
	Ictus	650	2741	3391	128	12	3520
	Enferm. pulmonar...	243	718	961	46	5	1007
	Total*	3058	7398	10456	488	55	10944
SUIZA	Cá. pulmón	82	66	148	45	1	193
	ECI	107	323	430	40	1	470
	Ictus	40	207	247	22	1	270
	Enferm. pulmonar...	13	51	63	7	0	70
	Total*	242	647	888	114	3	1003
UE 25	Cá. pulmón	6498	4443	10941	2300	104	13241
	ECI	10025	19873	29898	2444	119	32342
	Ictus	5973	20557	26530	2060	82	28591
	Enferm. pulmonar...	1269	3531	4800	475	21	5275
	Total*	23765	48404	72170	7280	325	79449
TODOS	Cá. pulmón	6580	4509	11089	2345	105	13434
	ECI	10132	20196	30328	2484	120	32812
	Ictus	6014	20764	26778	2083	82	28860
	Enferm. pulmonar...	1281	3582	4864	482	21	5346
	Total*	24007	49051	73058	7394	328	80452

*Puede verse afectado por el redondeo en los cálculos.

En resumen, el tabaquismo pasivo en el trabajo fue al parecer la causa de más de 7.000 muertes en la UE en 2002, o de una muerte cada 17 minutos durante un año económico de 50 semanas, de 40 horas cada una.

El tabaquismo pasivo en el hogar parece ser la causa de 72.000 muertes, o una muerte cada 7 minutos, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Y el tabaquismo pasivo entre las personas empleadas del sector hostelero mata a una persona cada día laborable.

Las tablas 7 y 8 proporcionan información relativa únicamente a las personas adultas no fumadoras. En resumen, el tabaquismo pasivo en el trabajo fue al parecer la causa de la muerte de más de 2.800 personas no fumadoras en la UE en 2002, o de una muerte cada 43 minutos durante un año económico de 50 semanas, de 40 horas cada una.

Tabla 7: Número estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo entre las personas no fumadoras en los 25 países de la UE en 2002

Enfermedad	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
	P. adultas de menos de 65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
Cáncer de pulmón	403	629	1032	521	16	1553
Cardiopatía isquémica	1781	6977	8758	1481	48	10239
Ictus	729	4954	5683	596	19	6279
Enfermedades pulmonares crónicas no neoplásicas	155	815	970	201	6	1171
Total*	3068	13375	16443	2799	89	19242

*Puede verse afectado por el redondeo en los cálculos.

Tabla 8: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo entre las personas no fumadoras por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
AUSTRIA	Cá. pulmón	7	7	13	15	0	28
	ECI	18	100	118	28	1	146
	Ictus	9	48	56	13	0	69
	Enferm. pulmonar...	3	13	16	8	0	24
	Total*	37	168	204	64	2	268
BÉLGICA	Cá. pulmón	11	23	34	26	0	60
	ECI	35	153	188	56	1	243
	Ictus	14	127	141	23	0	164
	Enferm. pulmonar...	6	35	41	14	0	54
	Total*	67	337	403	119	2	522
CHIPRE* *No se pudo realizar el cálculo ya que no había datos disponibles sobre mortalidad	Cá. pulmón	-	-	-	-	-	-
	ECI	-	-	-	-	-	-
	Ictus	-	-	-	-	-	-
	Enferm. pulmonar...	-	-	-	-	-	-
	Total*	-	-	-	-	-	-
CHECOSLO- VAQUIA	Cá. pulmón	12	17	29	54	1	83
	ECI	69	248	317	209	4	526
	Ictus	26	208	234	79	2	313
	Enferm. pulmonar...	4	11	15	18	0	34
	Total*	111	484	595	361	7	956
DINAMARCA	Cá. pulmón	5	13	18	24	0	43
	ECI	19	137	156	61	0	217
	Ictus	9	74	84	30	0	114
	Enferm. pulmonar...	5	29	33	21	0	54
	Total*	38	252	291	137	1	428
ESTONIA	Cá. pulmón	1	2	3	1	0	4
	ECI	17	35	52	5	0	57
	Ictus	8	35	42	2	0	45
	Enferm. pulmonar...	1	1	2	0	0	2
	Total*	26	73	100	9	1	108

Tabla 8: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo entre las personas no fumadoras por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (Cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
FINLANDIA	Cá. pulmón	2	6	8	1	0	10
	ECI	25	47	72	10	0	82
	Ictus	8	47	55	3	0	59
	Enferm. pulmonar...	1	6	8	1	0	8
	Total*	37	106	143	16	1	159
FRANCIA	Cá. pulmón	56	62	117	35	2	152
	ECI	101	366	467	43	3	510
	Ictus	53	317	370	22	1	392
	Enferm. pulmonar...	11	43	53	7	0	60
	Total*	220	787	1007	107	6	1114
ALEMANIA	Cá. pulmón	67	109	175	79	2	254
	ECI	340	1839	2179	272	8	2452
	Ictus	104	897	1001	84	2	1085
	Enferm. pulmonar...	30	143	173	36	1	209
	Total*	542	2988	3530	471	13	4000
GRECIA	Cá. pulmón	10	17	28	4	0	32
	ECI	61	161	222	16	2	238
	Ictus	20	263	283	5	1	288
	Enferm. pulmonar...	1	9	10	0	0	10
	Total*	93	450	542	26	3	568
HUNGRÍA	Cá. pulmón	22	20	42	8	1	50
	ECI	114	412	526	29	2	555
	Ictus	51	248	300	13	1	313
	Enferm. pulmonar...	11	25	37	4	0	41
	Total*	198	706	904	55	4	959
ISLANDIA	Cá. pulmón	0	0	0	0	0	1
	ECI	1	4	5	1	0	6
	Ictus	0	2	2	0	0	2
	Enferm. pulmonar...	0	1	1	0	0	1
	Total*	1	7	8	1	0	9

Tabla 8: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo entre las personas no fumadoras por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (Cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
IRLANDA	Cá. pulmón	3	4	7	2	0	9
	ECI	19	62	81	8	1	89
	Ictus	4	25	30	2	0	31
	Enferm. pulmonar...	1	9	10	1	0	11
	Total*	28	100	128	11	2	140
ITALIA	Cá. pulmón	40	80	119	96	2	216
	ECI	118	522	640	195	4	835
	Ictus	55	480	535	90	2	625
	Enferm. pulmonar...	7	78	85	16	0	101
	Total*	220	1160	1380	398	7	1778
LETONIA	Cá. pulmón	2	3	5	8	0	13
	ECI	37	120	157	86	0	243
	Ictus	17	95	112	39	0	151
	Enferm. pulmonar...	1	2	3	3	0	6
	Total*	58	220	278	136	1	414
LITUANIA	Cá. pulmón	3	4	7	1	0	9
	ECI	43	186	229	11	0	240
	Ictus	15	67	82	4	0	86
	Enferm. pulmonar...	2	7	9	1	0	10
	Total*	64	264	328	17	1	345
LUXEM- BURGO	Cá. pulmón	0	1	1	1	0	2
	ECI	1	7	8	2	0	10
	Ictus	1	5	6	1	0	7
	Enferm. pulmonar...	0	1	1	0	0	1
	Total*	3	13	16	4	0	20
MALTA	Cá. pulmón	0	0	1	0	0	1
	ECI	2	7	8	2	0	11
	Ictus	0	3	4	1	0	4
	Enferm. pulmonar...	0	1	1	0	0	1
	Total*	2	11	13	3	0	17

Tabla 8: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo entre las personas no fumadoras por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (Cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
HOLANDA	Cá. pulmón	15	25	40	36	1	75
	ECI	48	142	190	79	2	269
	Ictus	19	110	129	32	1	161
	Enferm. pulmonar...	6	37	43	14	0	57
	Total*	88	314	402	160	4	562
NORUEGA	Cá. pulmón	3	6	9	7	0	16
	ECI	11	65	77	21	0	98
	Ictus	4	36	39	7	0	46
	Enferm. pulmonar...	2	9	11	5	0	16
	Total*	20	116	136	40	1	176
POLONIA	Cá. pulmón	54	56	110	17	0	128
	ECI	257	620	877	56	2	933
	Ictus	142	519	661	31	1	692
	Enferm. pulmonar...	15	53	68	5	0	73
	Total*	468	1248	1716	109	3	1826
PORTUGAL	Cá. pulmón	6	9	15	3	0	18
	ECI	31	104	135	10	1	145
	Ictus	28	234	262	9	1	271
	Enferm. pulmonar...	3	17	21	2	0	22
	Total*	68	364	432	24	3	457
ESLOVAQUIA	Cá. pulmón	5	5	10	22	0	33
	ECI	47	179	226	136	1	362
	Ictus	13	56	70	39	0	109
	Enferm. pulmonar...	2	5	6	8	0	14
	Total*	67	246	313	206	1	519
ESLOVENIA	Cá. pulmón	2	3	5	1	0	6
	ECI	8	27	35	3	0	37
	Ictus	4	24	29	2	0	30
	Enferm. pulmonar...	0	5	5	0	0	5
	Total*	15	59	74	5	0	79

Tabla 8: Número anual estimado de muertes atribuibles al tabaquismo pasivo entre las personas no fumadoras por edad, lugar de exposición y enfermedad en los países miembros de la UE, 2002 (Cont.)

País	Condi- ción	Exposición en el hogar			Exposición en el trabajo		Total Todos los hogares + todos los lugares de trabajo
		P. adultas <65 años	P. adultas de 65 años o más	Todos los hogares	Todos los lugares de trabajo	Sector hostelero	
ESPAÑA	Cá. pulmón	37	53	90	71	2	160
	ECI	112	421	533	147	4	680
	Ictus	49	403	452	65	2	517
	Enferm. pulmonar...	12	106	118	23	1	141
	Total*	210	982	1193	306	9	1498
SUECIA	Cá. pulmón	2	5	7	2	0	9
	ECI	12	72	83	8	1	91
	Ictus	4	36	40	3	0	43
	Enferm. pulmonar...	1	7	8	1	0	9
	Total*	18	120	138	14	1	151
REINO UNIDO	Cá. pulmón	42	106	148	27	2	175
	ECI	281	1122	1403	123	12	1526
	Ictus	82	651	733	36	3	769
	Enferm. pulmonar...	31	168	199	20	2	219
	Total*	436	2047	2483	207	19	2690
SUIZA	Cá. pulmón	5	8	13	13	0	26
	ECI	18	111	130	33	0	163
	Ictus	5	49	53	9	0	62
	Enferm. pulmonar...	1	11	12	4	0	16
	Total*	29	179	209	59	1	267
UE 25	Cá. pulmón	403	629	1032	521	16	1553
	ECI	1781	6977	8758	1481	48	10239
	Ictus	729	4954	5683	596	19	6279
	Enferm. pulmonar...	155	815	970	201	6	1171
	Total*	3068	13375	16443	2799	89	19242
TODOS	Cá. pulmón	408	638	1045	534	16	1579
	ECI	1799	7088	8888	1514	49	10402
	Ictus	733	5003	5736	605	19	6341
	Enferm. pulmonar...	157	826	982	204	6	1187
	Total*	3097	13555	16652	2858	89	19510

*Puede verse afectado por el redondeo en los cálculos.

El tabaquismo pasivo en el hogar parece ser la causa de la muerte de 16.600 personas no fumadoras al año, o de una muerte cada 32 minutos, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Y el tabaquismo pasivo entre las personas empleadas del sector hostelero mata a una persona empleada no fumadora cada 3,5 días laborables.

I.4. Análisis

Como resultará evidente por las secciones precedentes, los resultados adjuntos se basan en varias presuposiciones. Es mejor considerarlos sólo como cálculos aproximados. Al omitir la morbilidad no fatal relevante así como enfermedades respiratorias agudas a veces fatales relacionadas con el tabaquismo pasivo e incluir únicamente a la población adulta, las cifras de las Tablas de la 5 a la 8 son probablemente cálculos a la baja. Esto es así también porque, cuando faltaban los datos sobre países concretos, se aplicaban las cifras más bajas del país aparentemente más similar de la UE. Puede encontrarse un análisis más extenso de las diversas presuposiciones que requiere el cálculo del posible impacto del tabaquismo pasivo en el informe del Real Colegio de Médicos¹¹ y en el cálculo publicado de las muertes atribuibles al tabaquismo pasivo en el Reino Unido¹⁸.

I.5. Conflicto de intereses

Cancer Research UK, European Heart Network, European Respiratory Society, y la Ligue Nationale Contre le Cancer (Francia) le encargaron y pagaron al autor la elaboración de los cálculos que se presentan en este capítulo. Sin embargo, el trabajo se ha realizado de manera independiente y dichas organizaciones no participaron en la selección de las presuposiciones, ni en la elaboración de las hojas de cálculo ni en la redacción del texto.

I.6. Agradecimientos

Le doy las gracias a la Dra. Ann McNeill por haber obtenido los datos sobre las muertes a causa de las enfermedades seleccionadas de la base de datos de la Oficina Europea de la OMS, y por haber coordinado la recopilación de otra información de los países de la UE. El trabajo aquí presentado sólo se hizo posible gracias a los esfuerzos de muchas personas por encontrar y enviar datos concretos sobre los países en los que trabajan. En este sentido, quiero dar las gracias especialmente a los miembros de European Network for Smoking Prevention – ENSP (la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo).

Referencias

- ¹ Harlap S, Davies AM. Infant admissions to hospital and maternal smoking. *Lancet* 1974; i: 529–532.
- ² Colley JR, Holland WW, Corkhill RT. Influence of passive smoking and parental phlegm on pneumonia and bronchitis in early childhood. *Lancet* 1974; ii: 1031–1034.
- ³ Hirayama T. Nonsmoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J* 1981; 282: 183–185.
- ⁴ Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L, MacMahon B. Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer* 1981; 27: 1–4.
- ⁵ Garland C, Barrett-Connor E, Suarez I, Criqui MH, Wingard DL. Effects of passive smoking on ischemic heart disease mortality of nonsmokers. A prospective study. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 645–650.
- ⁶ National Health and Medical Research Council. Effects of passive smoking on health. Canberra, NHMRC, 1987.
- ⁷ National Health and Medical Research Council (NHMRC) Working Party. The health effects of passive smoking: a scientific information paper. Canberra, NHMRC, 1997.
- ⁸ Scientific Committee on Tobacco and Health. Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. London, The Stationery Office, 1998.
- ⁹ Office of Environmental Health Hazard Assessment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Final report September 1997. Sacramento, California Environmental Protection Agency, 1997.
- ¹⁰ Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996; 52: 22–34.
- ¹¹ Royal College of Physicians. Going smoke-free: the medical case for clean air in the home, at work and in public places. London, Royal College of Physicians, 2005.
- ¹² White V, Hill D, Siahpush M, Bobevski I. How has the prevalence of cigarette smoking changed among Australian adults? Trends in smoking prevalence between 1980 and 2001. *Tob Control* 2003; 12: Suppl 2, ii67–74.

- ¹³ Office of National Statistics. General Household Survey, Living in Britain, 2002. Table 8.5: Cigarette-smoking status by age and marital status. London, Office of National Statistics. www.statistics.gov.uk. Accessed: May 2004.
- ¹⁴ Jarvis MJ, Goddard E, Higgins V, Feyerabend C, Bryant A, Cook DG. Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys. *BMJ* 2000; 321: 343–345.
- ¹⁵ Kurukulaaratchy RJ, Matthews S, Arshad SH. Does environment mediate the earlier onset of the persistent childhood asthma phenotype? *Pediatrics* 2004; 113: 345–350.
- ¹⁶ Jarvis M. Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff. London, University College (Department of Epidemiology and Public Health), 2001.
- ¹⁷ English DR, Holman CDJ, Milne E. *et al.* The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995 edition. Canberra, AGPS, 1995.
- ¹⁸ Jamrozik, K. Estimate of deaths among smokers in the United Kingdom attributable to passive smoking, database analysis. *BMJ* 2005; 330:812 [Epub].

Capítulo 2

Aspectos económicos de las políticas de espacios sin humo

Hana Ross

Research Economist, Research Triangle Institute, Research Triangle Park, North Carolina, EE.UU.

2.1. Introducción

Hay dos razones económicas que justifican las políticas de espacios sin humo: 1) la protección de las personas no fumadoras frente a los peligros de la exposición al aire contaminado por humo del tabaco; y 2) el animar a la población para que deje de fumar, una dependencia que es una fuente de ineficacia del mercado al imponer costes económicos a las personas y los negocios. Numerosos estudios han llegado a la conclusión de que las políticas integrales de espacios sin humo conducen a una reducción significativa de la prevalencia del tabaquismo y del consumo medio de cigarrillos entre las personas que siguen fumando. Estas políticas son rentables y el coste potencial de su aplicación se reduce a menudo gracias al cumplimiento voluntario.

2.2. Razones económicas para las intervenciones de espacios sin humo

Las políticas de espacios sin humo transmiten explícitamente los derechos de propiedad del «aire ambiente» de las personas fumadoras a las no fumadoras¹. Los gobiernos pueden utilizar las políticas de espacios sin humo para proteger a las personas no fumadoras de los daños asociados con el humo ambiental del tabaco y para reducir el consumo de tabaco. Pertenecen a la categoría de intervenciones que afectan a la demanda de cigarrillos mediante el aumento del precio del tabaco. Las políticas relacionadas con los impuestos sobre el tabaco y la diseminación de información también pertenecen a esta categoría de intervención. Las restricciones sobre el consumo de tabaco en los lugares públicos sirven también para enviar a la población fumadora el mensaje sutil y coherente de que fumar no es socialmente aceptable.

2.3. Impacto de las políticas de espacios sin humo sobre la demanda de cigarrillos

Hay una gran cantidad de pruebas de investigación sobre la eficacia de las políticas de espacios sin humo: las restricciones sobre el consumo de tabaco en lugares públicos y centros de trabajo privados o públicos no sólo reducen la exposición al humo ambiental del tabaco sino también reducen la prevalencia del tabaquismo (a través de la cesación tabáquica y menor inicio) y el consumo medio diario de cigarrillos entre las personas fumadoras. Además, estas políticas aumentan el número de intentos de dejar el tabaco e intensifican las intenciones de dejar de fumar entre las personas que actualmente lo hacen, aumentando así la probabilidad de un abandono futuro de la dependencia con éxito. Aparte de este impacto directo, las leyes y restricciones de espacios sin humo también tienen un efecto indirecto: transmiten a la población el mensaje de que fumar es una dependencia socialmente no deseada. Esto resulta en una menor presión por parte de personas amigas y compañeras para fumar, lo que lleva a una mayor disminución en el consumo de cigarrillos al reducirse la utilidad de este consumo. El impacto de las políticas de espacios sin humo es mayor a medida que se vuelven más restrictivas e integrales. Sin embargo, la compleja interacción de las fuerzas sociales y el impacto de las políticas reguladoras paralelas (por ejemplo, cuando se implantan las políticas de espacios sin humo, al mismo tiempo o poco después se suben los impuestos sobre el tabaco) dificulta el aislamiento del verdadero impacto de las leyes para un aire interior limpio sobre la dependencia tabáquica².

Algunos estudios sobre población en EE.UU. revelan que el consumo de cigarrillos per capita era entre un 5 y un 20 por ciento más bajo en los estados con leyes integrales para un aire limpio en comparación con los estados en los que no se habían promulgado estas leyes³. Otro estudio⁴ llegaba a la conclusión de que las leyes de espacios sin humo reducían significativamente el consumo de cigarrillos per capita, con una mayor reducción en el caso de las restricciones más integrales. El estudio predecía que el consumo disminuiría en 4,8 paquetes por persona al año en aquellos estados que habían adoptado leyes para un aire interior limpio.

Los estudios centrados en la prevalencia y la cesación tabáquica en los EE.UU.^{5,6} han llegado a la conclusión de que los estados con leyes para un aire limpio más rigurosas tenían unas tasas de prevalencia al menos un 10% menores. Además, estos estados tenían también unas tasas de personas ex fumadoras un 12% más altas⁵ y unas tasas de abandono a 6 meses un 38% más altas⁷. Las políticas de espacios sin humo también cambian la prevalencia tabáquica entre la población adolescente y adulta joven. La investigación indica que las restricciones relativamente fuertes sobre el consumo de tabaco en los lugares públicos reducen la prevalencia del tabaquismo entre la población joven, hacen que disminuya el

consumo medio de cigarrillos y aumentan la probabilidad de cesación tabáquica entre las personas fumadoras jóvenes^{8,9,10,11}.

Algunos estudios han examinado el impacto diferencial de las políticas de espacios sin humo en grupos socio-demográficos concretos. Un estudio de EE.UU. descubrió unos efectos más destacados de las prohibiciones de fumar sobre los hombres y en aquellos de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años⁶. Otro estudio llegaba a la conclusión de que la restricción sobre el consumo de tabaco en los centros de trabajo privados aumentaba la probabilidad del abandono tabáquico entre las empleadas adultas jóvenes¹². Utilizando los resultados de una encuesta nacional en EE.UU., Farrelly *et al.*¹³ sugerían que estas restricciones tienen un menor impacto sobre las tasas de tabaquismo entre las población con ingresos bajos y entre las personas de edades comprendidas entre los 18 y los 24 años en comparación con el grupo de edad entre los 40 y los 65 años¹³.

Al evaluar el impacto de las políticas de espacios sin humo, es importante tener en cuenta la posible relación entre estas políticas y la postura contraria al tabaco y/o la prevalencia tabáquica a nivel local. Un estudio¹⁴ descubrió que la adopción de diversas políticas de espacios sin humo estaba relacionada con las ventas de cigarrillos: era más probable que las localidades con niveles bajos de ventas de cigarrillos adoptaran políticas de espacios sin humo relativamente rigurosas. Este resultado concuerda con otros dos estudios^{15,16} que indicaban que en las regiones donde la prevalencia del tabaquismo es menor hay más posibilidades de que se aprueben políticas de espacios sin humo.

El impacto de las políticas formales que restringen o prohíben fumar en el lugar de trabajo también ha sido objeto de muchos estudios. Los informes basados en la experiencia de sectores concretos sugieren que la cantidad de tabaco que fuma la población trabajadora disminuye entre un 5% y un 25%, y que la prevalencia del tabaquismo se reduce entre un 0% y un 20%¹⁷. Estudios poblacionales también han puesto de manifiesto reducciones en la cantidad de tabaco consumido, aunque el impacto sobre la prevalencia ha sido menos consistente. Un estudio¹⁸ que evaluaba el impacto de los programas de promoción de la salud en el centro de trabajo entre 1968 y 1994 en EE.UU. descubrió que las restricciones sobre el consumo de tabaco en el lugar de trabajo conseguían reducir tanto el consumo de tabaco en el centro de trabajo como la exposición al humo ambiental del mismo. Sin embargo, el estudio no halló ningún impacto de la restricción sobre la prevalencia del tabaquismo entre la población trabajadora. Un estudio de Australia¹⁹ concluía que la prohibición de fumar en toda la Administración Pública australiana redujo el consumo de cigarrillos entre las personas fumadoras en 5,2 cigarrillos al día pero que no afectó de forma significativa a la prevalencia tabáquica. Sin embargo, tres estudios^{20,21,22} indicaban que las tasas de cesación tabáquica eran

alrededor de un 10-15% más altas en las empresas que tenían prohibiciones. Tras la implantación de una ley nacional de espacios sin humo en Finlandia, la prevalencia del tabaquismo y el número de cigarrillos fumados por persona descendió entre un 16% y un 17% en las empresas que previamente no contaban con prohibiciones²³.

Podría haber una diferencia entre el impacto a corto y largo plazo de las políticas de espacios sin humo en el centro de trabajo. Algunos estudios que medían el efecto a largo plazo de las políticas de espacios sin humo descubrieron que las tasas de cesación tabáquica aumentaban con el tiempo. Por ejemplo, las tasas de cesación por parte de la población trabajadora fueron más del doble en los hospitales durante los 6 años posteriores a la prohibición, en comparación con aquellos hospitales sin prohibiciones²⁴. Otro estudio que examinaba el efecto de las prohibiciones de fumar en los centros de trabajo en EE.UU., utilizaba una metodología más sofisticada que permitía controlar la posibilidad de que la población trabajadora pudiera elegir su entorno preferible en cuanto a la regulación tabáquica. Este estudio descubrió que las prohibiciones de fumar en el centro de trabajo redujeron la prevalencia del tabaquismo entre un 4% y un 6% y también redujeron el consumo medio de cigarrillos al día entre las personas fumadoras un 10%. Además, los autores del estudio descubrieron que las prohibiciones de fumar en el centro de trabajo tenían un mayor impacto sobre la población trabajadora con una jornada laboral más larga, y menor sobre la población trabajadora a tiempo parcial. El estudio también examinaba la posibilidad de que las prohibiciones de fumar pudieran imponer costes económicos a las empresas, si la población trabajadora con más talento fumaba y dejaba la empresa para trabajar en lugares con políticas menos estrictas en el control del tabaquismo. No hubo evidencia alguna de que la población trabajadora eligieran en función de su condición de personas fumadoras o no fumadoras.

La prohibición total de fumar produce un mayor impacto en comparación con las restricciones parciales. Un estudio en EE.UU.²⁶ descubrió que la prevalencia del tabaquismo entre la población trabajadora que realiza su trabajo en interiores disminuyó 2,2 puntos porcentuales y que la intensidad del consumo de tabaco disminuyó en 1,6 cigarrillos entre aquellas personas que siguieron fumando después de que se introdujeran las políticas que restringían fumar en su lugar de trabajo. Por otra parte, los lugares en los que se prohíbe fumar completamente registraron un descenso de 4,0 puntos porcentuales en la prevalencia del tabaquismo, casi el doble de impacto sobre la prevalencia en comparación con las restricciones parciales, y una disminución de 1,9 cigarrillos en la intensidad del consumo de tabaco entre aquellas personas que siguieron fumando.

Una revisión de 26 estudios realizada en 2002²⁷ llegaba a la conclusión de que la prohibición completa de fumar en los centros de trabajo reduce la prevalencia del tabaquismo en un 3,8% y la intensidad del consumo en 3,1 cigarrillos al día entre las personas que siguen fumando. Esto representa un descenso de alrededor del 29% en la demanda de cigarrillos entre la población trabajadora sujeta a estas prohibiciones completas, y evitaron la muerte de 4.800 personas en el Reino Unido²⁸ y unas 6.550 en EE.UU. cada año^{a29}. Para conseguir unas reducciones similares mediante la subida de impuestos sobre el tabaco, la población trabajadora de estas empresas tendría que estar sujeta a un aumento del 73% en el precio teniendo en cuenta una elasticidad del precio en la demanda de cigarrillos de -0,4. Para los EE.UU. esto significaría aumentar su impuesto medio sobre el tabaco de 2002 de 0,76 a 3,05 dólares por paquete. El Reino Unido tendría que aumentar su impuesto sobre el tabaco de 2002 de 3,44 a 6,49 libras para alcanzar esta reducción en la demanda de cigarrillos. Si todos los centros de trabajo se convirtieran en espacios sin humo, el consumo per capita en la totalidad de la población se reduciría un 4,5% en EE.UU. y un 7,6% en el Reino Unido. El mismo efecto podría conseguirse mediante una subida en los impuestos relativamente más pequeña (de 0,76 a 1,11 dólares en EE.UU. y de 3,44 a 4,26 libras en el Reino Unido), porque los impuestos también afectan a las personas fumadoras que trabajan en casa, en el exterior, o que no forman parte de la población activa.

Los centros de trabajo sin humo animan a la población trabajadora a intentar dejar de fumar y afianzan la intención de abandonar el hábito. Las personas fumadoras que hicieron un intento de dejarlo y que trabajaban en un centro de trabajo sin humo tenían más posibilidades de éxito que aquellas que no²¹. La prohibición total de fumar también se asocia con una mayor intención de dejar la dependencia, tanto a corto como a largo plazo³⁰. Los programas para dejar de fumar ofertados por la empresa pueden ayudar en estos esfuerzos y reducir aún más la prevalencia del tabaquismo y la intensidad de su consumo²⁶. Entre 1992 y 1996, el 23,8% de las empresas en EE.UU., como promedio, ofertaban programas para dejar de fumar. Los centros de trabajo con una política 100% de espacios sin humo tenían 10,1 puntos porcentuales más de probabilidad de contar con programas para dejar de fumar destinados a ayudar a sus personas empleadas que quieren dejar de fumar, que aquellos centros con políticas menos restrictivas.

Aunque hay un debate sobre la sustitución entre el tabaco fumado y el tabaco de uso oral y las políticas de espacios sin humo, un estudio publicado en EE.UU.

^a Basado en la extrapolación por parte del autor utilizando el artículo original, Fichtenberg y Glantz²⁷ y Warner²⁹.

encontró que las leyes que restringen fumar en los centros de trabajo u otros lugares públicos tratan de evitar el uso del cigarrillo y el del tabaco de mascar, aunque los resultados eran menos consistentes para el tabaco de mascar³¹.

La prohibición total de fumar en el trabajo aumenta la probabilidad de prohibir fumar en el hogar. Por ejemplo, la población trabajadora de empresas con políticas de espacios sin humo totales tenía 7,7 puntos porcentuales más de probabilidades de restringir fumar en sus hogares²⁶. Además, los programas para dejar de fumar proporcionados por las empresas están también asociados con un aumento de 1,6 puntos porcentuales en la posibilidad de tener una restricción de fumar en el hogar²⁶. Las restricciones sobre el consumo de tabaco en el hogar reducirán la exposición de la población infantil al aire contaminado por humo del tabaco. Además, la población adolescente que viven en hogares sin humo de tabaco tiene un riesgo un 26% menor de iniciarse en el consumo de tabaco y una tasa 1,8 veces mejor de abandono de la dependencia tabáquica comparada con la población adolescente que vive en hogares sin políticas de espacios sin humo³².

Un estudio que examinaba la prevalencia tabáquica entre la población estudiantil de Gales³³ encontró que tanto la prevalencia diaria como la semanal del consumo de tabaco era menor en las escuelas en las que el alumnado siempre estaba sujeto a la restricción de fumar. Estas conclusiones se confirmaron con un estudio de EE.UU.³⁴ que mostraba que la prohibición de fumar en las escuelas sólo podría ralentizar la iniciación en el consumo de tabaco entre la población estudiantil de instituto si estas prohibiciones se hacían cumplir con severidad. Las conclusiones de estos estudios sugieren que la amplia introducción de políticas integrales de espacios sin humo en las escuelas puede ayudar a reducir el tabaquismo entre la población adolescente.

Las políticas de espacios sin humo, tanto en lugares públicos, centros de trabajo privados como en el hogar, reducen los niveles de exposición al humo ambiental del tabaco^{2, 35}. La prohibición de fumar en los centros de trabajo puede ser especialmente efectiva a este respecto ya que la mayoría de la exposición de las personas no fumadores al humo ambiental del tabaco se produce en el centro de trabajo³⁶. Sin embargo, su efectividad dependerá de con qué facilidad pueda burlarla la persona fumadora³⁷. Algunos estudios han puesto de manifiesto que las empresas o restaurantes que permiten fumar sólo en las zonas habilitadas para tal fin tienen un efecto considerablemente menor sobre la prevalencia tabáquica que los espacios sin humo^{13, 22, 38}.

El impacto de las leyes de espacios sin humo de reciente adopción dependerá del porcentaje de la población cubierto ya por las restricciones privadas³⁹. Sin embargo, la tasa de consumo de tabaco dentro de este grupo todavía podrá reducirse si la nueva ley es más estricta e integral en comparación con las normativas previas y si la aplicación cambia las normas públicas mejorando el cumplimiento.

2.4 Beneficios económicos de las políticas de espacios sin humo

Reduciendo la demanda de tabaco, las políticas de espacios sin humo reducirán los costes privados y sociales asociados con el tabaquismo. El efecto a largo plazo de estas políticas será un mejor rendimiento económico de toda la economía.

Los beneficios de las políticas de espacios sin humo son particularmente notables en el sector privado de la economía. Los ahorros vienen de distintas fuentes: reducciones en los costes de seguro (el coste de seguro para las personas fumadoras es más alto, incluido el seguro sanitario, contra incendios^{b40}, de accidentes y de vida); mayor productividad entre aquellas personas que dejan de fumar y entre la población trabajadora que deja de estar expuesta al aire contaminado por el humo del tabaco (se ahorra el tiempo de los descansos para fumar y del absentismo laboral); costes de contratación más bajos gracias a la menor necesidad de sustituir las bajas laborales producidas por la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco; menores costes de mantenimiento de edificios, y ahorros derivados de la menor responsabilidad del sector empresarial por el efecto de la exposición de la población trabajadora al humo ambiental del tabaco, y por los efectos combinados del humo ambiental del tabaco sobre la población trabajadora expuesta a otras toxinas en el lugar de trabajo⁴¹.

Un estudio de Escocia⁴² estimaba que el no tener personas fumadoras en el centro de trabajo le ahorraría al sector empresarial escocés entre 437 y 652 millones de euros (en cifras de 1997) que están perdiendo en la actualidad debido a la pérdida de la productividad (la pérdida es de entre 380 y 595 millones de euros), a las tasas altas de absentismo laboral (la pérdida es de unos 52 millones de euros) y debido a los daños producidos por incendios (una pérdida de alrededor de 5 millones de euros). Esto representa entre el 0,51% y el 0,77% del PIB escocés^c en 1997.

Un estudio de Irlanda investigó el coste que supone fumar en el lugar de trabajo. Se fijó concretamente en: el excesivo absentismo derivado de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, la pérdida de productividad entre las personas fumadoras, y en los costes asociados con la mortalidad y morbilidad prematuras asociadas con la dependencia tabáquica. Los costes que podrían haberse evitado en Irlanda si ninguna persona empleada fumara ascienden a una cantidad de entre 1.237 y 1.886 millones de euros o entre el 1,1% y el 1,7% del PIB irlandés en

^b La Asociación de Propietarios y Gestores de Edificios de EE.UU. (Building Owners and Managers Association) considera el fumar como la causa más importante de incendios en edificios de oficinas⁴⁰.

^c El cálculo del autor se basa en las Estadísticas Económicas Escocesas de 2002 que se encuentran en: <http://www.scotland.gov.uk/stats/ses2002/ses2.pdf> y en el tipo de cambio obtenido de <http://www.federalreserve.gov/releases/g5a/19980105/>

2000. El estudio no tuvo en cuenta los costes de la limpieza adicional requerida ni las primas de seguro más elevadas. Por lo tanto, estos posibles ahorros representan un cálculo a la baja.

Un estudio de Canadá calculaba algunos de los costes asociados con emplear a una persona fumadora en comparación con emplear a una persona no fumadora que por lo demás es similar, teniendo en cuenta cuatro factores de coste: aumento del absentismo, pérdida de la productividad, aumento de las primas de seguro de vida y de los costes de mantenimiento de una zona habilitada para fumar. El aumento del absentismo debido al tabaquismo (unos 2 días) resulta en un coste de alrededor de 230 dólares por persona empleada fumadora cada año^d. El descenso de la productividad debido a los cigarrillos que se fuman fuera de los periodos de descanso le cuesta al sector empresarial alrededor de 2.175 dólares por persona empleada fumadora al año. El coste de las primas de seguro de vida más altas era de unos 75 dólares anuales por persona empleada fumadora (sin incluir las primas de seguro de discapacidad de larga duración, médico y dental). Se calcula que el coste de construir y mantener una zona ventilada separadamente para personas fumadoras es de unos 65 dólares por persona empleada fumadora al año. Con unos costes anuales de limpieza de alrededor de 20 dólares, se calcula que el coste total de la zona habilitada para fumar es de 85 dólares por persona empleada fumadora al año. Por lo tanto, el ahorro total que suponía emplear a una persona no fumadora frente a una fumadora ascendía a 2.565 dólares al año (tabla 1).

Tabla 1: Coste anual que supone el emplear a personas fumadoras (1995 dólares por persona empleada)

Factor de coste	Coste
Aumento del absentismo	230 dólares
Descenso de la productividad	2.175 dólares
Aumento de las primas de seguro de vida	75 dólares
Costes de la zona habilitada para fumar	85 dólares
Total	2.565 dólares

Fuente: Conference Board de Canadá, 1997⁴.

^d En dólares canadienses de 1995.

La *Congressional Office of Technology Assessment* (Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso) de EE.UU. estima que cada una de las aproximadamente 15 millones de personas empleadas fumadoras en EE.UU. le cuesta a sus respectivas empresas entre 2.000 y 5.000 dólares al año en primas de seguros de asistencia sanitaria y contra incendios más altas, un absentismo más elevado, una menor productividad y daños en los bienes²⁹. Aplicando una efectividad del 3,8% de reducción en la prevalencia del tabaquismo a partir de una revisión sistemática de la literatura²⁷, la introducción de políticas de espacios sin humo en todos los centros de trabajo que actualmente no cuentan con dichas políticas podría ahorrarle a los EE.UU. entre 1.140 y 2.850 millones de dólares al año^e.

Un análisis reciente⁴⁵ investigaba los efectos sobre la salud y económicos que tendría el convertir todos los centros de trabajo en EE.UU. en espacios sin humo durante un año. Los investigadores calcularon que esta medida resultaría en el abandono de la dependencia tabáquica por parte de alrededor de 1,3 millones de personas fumadoras, con lo que se produciría un descenso en el consumo de cigarrillos de más de 950 millones de paquetes de tabaco al año en EE.UU. Los beneficios para la salud teniendo en cuenta únicamente las enfermedades cardiovasculares resultarían en 1.500 infartos de miocardio menos y 350 ictus menos. El ahorro de costes médicos directo sería de casi 49 millones de dólares. Si las políticas de espacios sin humo continuaran después del primer año de introducirse, los beneficios para la salud a largo plazo equivaldrían a 6.250 infartos de miocardio menos y 1.270 ictus menos al año. El ahorro de costes médicos directo de estas dos enfermedades cardiovasculares sería de 224 millones de dólares anuales. Las reducciones en el tabaquismo pasivo representarían la mayoría de estos ahorros, alrededor del 60% de los costes por infartos de miocardio.

Otro estudio⁴⁶ calculaba el impacto sanitario y económico de la propuesta de ley de espacios sin humo en Florida que prohibiría fumar en todos los lugares de trabajo excepto bares y residencias privadas. En el momento en que se hizo la propuesta (1999), en Florida el 68% de la población trabajadora que realizaban su actividad en el interior ya estaba protegida frente a la exposición al aire contaminado por el humo de tabaco. El análisis concluía que en el primer año tras su implantación, Florida tendría 1,5 millones menos de personas expuestas al humo ambiental del tabaco y 103.000 personas fumadoras menos. Esto tendría como resultado un ahorro de 12 millones de dólares en costes médicos, compuesto por un ahorro de 9 millones de dólares en costes médicos directos por la prevención de enfermedades cardiovasculares, un ahorro de 2 millones de dólares para la prevención de la población infantil con bajo peso al nacer, y un ahorro de 1 millón de dólares por la prevención del exceso de enfermedades respiratorias en población infantil de entre 0 y 5 años. Con el tiempo, esta iniciativa

^e Cálculo proporcionado por el autor.

prevendría 2.100 muertes prematuras y 700 casos de población infantil con bajo peso al nacer. Por lo tanto, el efecto a largo plazo representaría un ahorro sanitario de 200 millones de dólares, compuesto por 185 millones de dólares de las personas ex fumadoras y al menos 15 millones de dólares por la reducción de la exposición al humo ambiental del tabaco. Estos cálculos no tenían en cuenta el crecimiento de la población, lo que resultaría en beneficios adicionales derivados de estas políticas.

El gasto sanitario también puede reducirse limitando la exposición de la población infantil al humo ambiental del tabaco. Un informe de la Organización Mundial de la Salud concluía que el gasto sanitario anual atribuible a la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco de la población infantil en EE.UU. era de aproximadamente 1.000 millones de dólares (en dólares estadounidenses de 1997)⁴⁷.

Los beneficios de las políticas de espacios sin humo serán aún más profundos a largo plazo. La reducción de la mortalidad y la morbilidad gracias a la limitación de la exposición al humo ambiental del tabaco y al impacto de estas políticas sobre el abandono de la dependencia tabáquica, mejorarán el capital humano de los países, conduciendo a un mayor crecimiento económico. La investigación muestra que a medida que la supervivencia del varón adulto de edades entre los 15 y los 60 años aumentó del 70% al 80% en 52 países entre 1965 y 1990, el crecimiento de la renta durante el mismo periodo aumentó también un 0,23% por año⁴⁸. Otro estudio estimaba que cada año adicional de esperanza de vida puede aumentar el PIB per capita un 4%⁴⁹.

2.5. Costes de las políticas de espacios sin humo

Es importante garantizar la capacidad administrativa para introducir y aplicar estas políticas. Hay algunos costes asociados con esto, pero el cumplimiento voluntario puede reducirlos si la ley cuenta con el suficiente apoyo público⁵⁰. Una forma de aumentar el cumplimiento voluntario es la publicidad en los medios de comunicación³⁹. El cumplimiento de las políticas de espacios sin humo puede ser problemático en los países en los que falta apoyo público a la ley y en las economías menos desarrolladas¹⁷.

La subida de los impuestos sobre los cigarrillos y la financiación de programas estatales de control del tabaco están positiva y significativamente asociadas con un fuerte apoyo a los bares, restaurantes y centros de trabajo 100% sin humo³⁰. Puede haber un mecanismo de retroalimentación entre el apoyo público a las restricciones sobre el tabaco y la existencia de estas leyes.

Otro estudio²⁶ mostraba que el índice de actitudes contrarias al tabaco entre las personas que realizan su trabajo en el interior aumentó un 3,7% como respuesta a la adopción de la prohibición completa de fumar en sus lugares de trabajo, independientemente de la existencia de programas para dejar de fumar ofertados por la empresa. Las personas fumadoras y las no fumadoras no diferían en sus actitudes hacia las restricciones públicas sobre el consumo de tabaco como resultado de las políticas de centros de trabajo completamente sin humo. Sin embargo, el efecto de los programas para dejar de fumar organizados en el lugar de trabajo sobre las posturas de la población trabajadora hacia las restricciones públicas sobre el tabaco fue mayor entre las personas fumadoras que entre las no fumadoras.

Además, hay costes relacionados con la construcción de salas habilitadas para fumar (en el caso de las prohibiciones parciales), pero los beneficios de las restricciones en el centro de trabajo incluyen menos incendios, menores costes de limpieza y mejoras de la productividad, gracias al menor absentismo y a los menores costes sanitarios³⁵. Un argumento de peso contra la existencia de salas habilitadas para fumar con ventilación separada es que éstas aumentan significativamente el riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón entre las personas fumadoras⁵¹. Sin embargo, hay una investigación limitada acerca de los posibles efectos sobre la salud del humo ambiental del tabaco en las personas fumadoras y el nivel real de exposición en las salas para fumar. No está claro, por ejemplo, si el aumento del riesgo de cáncer se debe a la exposición al humo ambiental del tabaco en estas zonas o a una mayor incidencia del tabaquismo. Repace. *et al.*⁵² muestra que bajo todas las condiciones de consumo de tabaco y ventilación típicas, se incumple el nivel anual medio de *Annual Level of the USA National Ambiance Air Quality Standard*, (NAAQS = Norma Nacional de Calidad del Aire Ambiente de EE.UU.) para partículas finas (PM_{2,5}) que define el aire limpio. La NAAQS está diseñada para proteger frente a la morbilidad y mortalidad producidas por la contaminación del aire.

La industria tabaquera afirma a menudo que las políticas de espacios sin humo tienen un impacto negativo sobre las ventas en el sector del ocio⁵³. Una serie de estudios indican que el impacto económico es mínimo o no existe. Un artículo de Glantz y Smith⁵⁴ comparaba los datos del impuesto sobre las ventas en los restaurantes de 15 ciudades con normativa sobre espacios sin humo y de 15 ciudades similares sin esta normativa en California y Colorado, y concluyó que las normativas de espacios sin humo locales no tenían un impacto estadísticamente significativo sobre las ventas de los restaurantes consideradas éstas como un porcentaje de las ventas totales al por menor, así como tampoco hubo un impacto sobre las ventas de los restaurantes en las ciudades con normativas de espacios sin humo frente a las ciudades sin estas disposiciones⁵⁴. Otro estudio de EE.UU.

comparaba las ventas sujetas a impuestos de establecimientos de restauración y hostelería de Nueva York antes y después de la implantación de las restricciones sobre el consumo de tabaco en 1995 y puso de manifiesto que las ventas aumentaron después de la implantación de la ley de espacios sin humo, un 2,1% en los establecimientos de restauración y un 37% en lo de hostelería, en comparación con los moderados descensos en el resto del estado, que no adoptaron dicha ley⁵⁵. Un informe canadiense⁵⁶ demuestra que la implantación de una normativa de 100% espacios sin humo en Ontario el 1 de agosto de 2001 no tuvo un impacto negativo sobre las ventas de bares y restaurantes.

Un estudio sobre la política de espacios sin humo en los cafés de una ciudad europea no regulada a este efecto⁵⁷ llegaba a la conclusión de que a pesar de que las nuevas generaciones están creciendo en entornos en los que se fuma, los clientes buscan la oportunidad de tener espacios sin humo, aunque paradójicamente se adhieren al paradigma de la industria tabaquera de fomentar la «tolerancia» más que las políticas de espacios sin humo. Dada la clara preferencia de un gran número de clientes, los negocios de la hostelería podrían, sin embargo, beneficiarse enormemente ofreciendo entornos sin humo, incluso aunque no existan políticas reguladoras.

2.6. Coste-efectividad de las políticas de espacios sin humo

En Canadá y EE.UU. se han llevado a cabo análisis de coste-beneficio de la legislación federal de espacios sin humo. En el estudio canadiense de 1989⁵⁸ se estimaba que podían ahorrarse 32,2 millones de dólares por la reducción de los daños producidos por el humo en los bienes y otras causas relacionadas, de la depreciación, y de los costes de mantenimiento y limpieza, y producirse ahorros para el sistema sanitario mediante la reducción de los efectos negativos sobre la salud de la exposición al humo ambiental del tabaco. El coste previsto del establecimiento de salas para fumar con ventilación aparte era de 19,77 millones de dólares durante 1990, el primer año de la ley.

La *Environmental Protection Agency* (EPA) de EE.UU. (Agencia de Protección Medioambiental) también realizó un análisis de coste-beneficio para evaluar el impacto de la propuesta del *Smoke Free Environment Act*⁵⁹ (Ley de los Espacios Sin Humo). El proyecto de ley exigía prohibiciones o restricciones sobre el consumo de tabaco en todos los espacios interiores no residenciales. El estudio llegó a la conclusión de que la legislación resultaría en unos beneficios netos de entre 39.000 y 72.000 millones de dólares. Estos beneficios serían el resultado de una mayor eficiencia de las empresas por un menor absentismo laboral, ya que las

personas fumadoras pierden alrededor de un 50% más de días de trabajo en comparación con las no fumadoras, y las personas ex fumadoras reducen esta desventaja a aproximadamente un 30% más de días de trabajo perdidos en comparación con las no fumadoras. La eficiencia de las empresas mejorará también gracias a la reducción de los conflictos entre personas fumadoras y no fumadoras. El estudio calculaba además el coste de construcción de salas habilitadas para fumar con separación física, teniendo en cuenta que sólo se incluirían en el 10% ó 20% de los edificios, debido al coste y la viabilidad. Estos costes oscilarían entre 300 y 700 millones de dólares.

El proyecto *CHOosing Interventions that are Cost Effective (CHOICE)* de la OMS^f proporcionó cálculos aproximados sobre el coste-efectividad de la aplicación de leyes para un aire interior limpio durante 1 año, en diversas regiones del mundo, en términos de ganancias en salud de la población⁶⁰. Los resultados se resumen en la tabla 2.

^f CHOosing Interventions that are Cost Effective (CHOICE) [Elección de Intervenciones Rentables]

Tabla 2: Coste-efectividad de la aplicación de leyes para un aire interior limpio

Región de Europa	DALY salvados	Coste por DALY salvado (en \$ internacionales)
(EUR) - A Andorra, Austria, Bélgica, Croacia, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Holanda, Noruega, Portugal, San Marino, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido	770.402	358
(EUR) - B Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Georgia, Kirguizistán, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Tayikistán, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Uzbekistán, Yugoslavia	242.990	283
(EUR) - C Bielorrusia, Estonia, Hungría, Kazajistán, Letonia, Lituania, República de Moldavia, Federación Rusa, Ucrania	249.322	201

Fuente: OMS-CHOICE, Organización Mundial de la Salud, 2002⁴⁰. DALY (disability-adjusted years of life): años de vida ajustados por incapacidad salvados.

Las regiones están divididas según su fase de desarrollo, siendo la región A la más desarrollada. El análisis muestra que las intervenciones tienen un mayor impacto sobre la salud de la población en las regiones con una prevalencia del tabaquismo alta, especialmente aquellas en la segunda o tercera fase de la epidemia tabáquica (regiones B y C)⁶¹. El coste-efectividad también puede variar de región a región en relación a su actitud respecto al consumo de tabaco⁶².

El coste-efectividad de la aplicación de leyes para un aire interior limpio es superior a la de otras intervenciones en materia de salud pública. Las directrices de EE.UU. sobre cesación tabáquica consideran como rentable⁶³ un coste de intervención de 2.587 dólares (en dólares estadounidenses de 1995) o menor por año de vida ganado. Las intervenciones de carácter individual tienen normalmente un coste más elevado. La colocación de airbags en el lado de la persona que conduce cuesta 30.000 dólares por año de vida ganado⁶⁴. Se ha averiguado que la detección del cáncer de mama mediante la mamografía cuesta alrededor de 60.000 dólares por año de vida ganado^{65,66}. Las revisiones de cada 3 años de mujeres asintomáticas de riesgo medio de entre 20 y 75 años, para detectar posibles casos de cáncer cervical cuestan 14.000 dólares por año de vida ganado, y la revisión anual cuesta 40.000 dólares por año de vida ganado en comparación con no realizar una revisión⁶⁷.

Ninguno de estos análisis de coste-beneficio evaluaba la mejora en la calidad de vida que se produce al reducir el consumo de tabaco o la menor exposición de las personas no fumadoras al humo ambiental del tabaco, de modo que estos cálculos pueden considerarse demasiado bajos.

2.7. Conclusiones

Las pruebas de la investigación demuestran que las políticas de espacios sin humo, ya sean impuestas por leyes públicas o dentro de las empresas privadas, reducen el consumo de tabaco. Las restricciones y prohibiciones sobre el tabaco en los centros de trabajo privados reducen las tasas de consumo y de prevalencia del tabaquismo en la población entre un 5-15%. Estas políticas pueden tener menos influencia en los grupos sociodemográficos más jóvenes y con ingresos más bajos, porque trabajan más en el exterior, en casa o no trabajan.

Las medidas de control del tabaco no relacionadas con el precio, como las políticas de espacios sin humo y su aplicación, son más eficaces como parte de programas de control del tabaco integrales que incluyen subidas regulares en los impuestos sobre el tabaco por encima del nivel de inflación⁶⁸. Y lo que es más importante, las restricciones sobre el consumo de tabaco en lugares públicos reducen la

aceptabilidad social del tabaco, lo que a medio y largo plazo, conduce a una menor prevalencia e incidencia tabáquica y a un mayor apoyo de la población al control del tabaco⁶⁹.

A largo plazo, las políticas de espacios sin humo reducen la mortalidad y la morbilidad limitando la exposición al humo ambiental del tabaco y reduciendo la prevalencia del tabaquismo. La investigación demuestra que una mejora de 10 puntos porcentuales en la tasa de supervivencia masculina puede llevar a un crecimiento de la renta del 0,23% por año. Por lo tanto, la ciudadanía más sana proporciona un capital humano de mayor calidad, lo que se traduce en un crecimiento económico.

Referencias

- ¹ National Cancer Institute (NCI). Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. The Report of the California Environmental Protection Agency. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 10. Bethesda, MD, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1999, NIH Pub. No. 99-4645.
- ² U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). Reducing tobacco use: a report of the U.S. 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, 2000.
- ³ Levy D, Friend K. Clean air laws: a framework for evaluating and improving clean air laws. *J Public Health Manag Pract* 2001; 7: 87-97.
- ⁴ Yurekli A, Zhang P. The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: an empirical model. *Health Econ* 2000; 9: 159-170.
- ⁵ Emont SL, Choi WS, Novotny TE, Giovino GA. Clean indoor air legislation, taxation and smoking behavior in the United States: an ecological analysis. *Tob Control* 1992; 2: 13-17.
- ⁶ Ohsfeldt RL, Boyle RG, Capilouto EI. Tobacco taxes, smoking restrictions, and tobacco use. NBER Working Paper 6486, March 1998.
- ⁷ Moskowitz J, Lin Z, Hudes E. The impact of California's smoking ordinances on smoking cessation. *Am J Public Health* 2000; 90: 57-62.
- ⁸ Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ* 1997; 16: 359-373.
Chaloupka FJ, Grossman M. Price tobacco control policies and youth smoking. NBER Working Paper 5740, September 1996.
- ¹⁰ Tauras JA, Chaloupka FJ. Price, clean indoor air laws, and cigarette smoking: evidence from longitudinal data for young adults. NBER Working Paper 6937, February 1999.
- ¹¹ Tauras JA. The transition to smoking cessation: evidence from multiple failure duration analysis. NBER Working Paper 7412, November 1999.

- ¹² Tauras JA, Chaloupka FJ. Determinants of smoking cessation: an analysis of young adult men and women. *In: Grossman M, Hsieh C.R, eds. The Economic Analysis of Substance Use and Abuse: The Experience of Developed Countries and Lessons for Developing Countries.* Cheltenham, UK, Edward Elgar Publishing Limited, 2001, pp. 365–390.
- ¹³ Farrelly MC, Evans WN, Sfeckas A. The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tob Control* 1999; 8: 272–277.
- ¹⁴ Chaloupka FJ, Saffer H. Clean indoor air laws and the demand for cigarettes. *Contemp Policy Issues* 1992; 10: 72–83.
- ¹⁵ Warner KE. State legislation on smoking and health: a comparison of two policies. *Policy Sciences* 1981; 13, 139–152.
- ¹⁶ Warner KE. Cigarette smoking in the 1970's: the impact of the anti-smoking campaign on consumption. *Science* 1981; 221: 729–731.
- ¹⁷ Woolery T, Asma S, Sharp D. Clean indoor-air laws and youth access restrictions. Chapter 11. *In: Jha P, Chaloupka F. Tobacco Control in Developing Countries.* Oxford, Oxford University Press, 2000, pp. 273–286.
- ¹⁸ Eriksen MP, Gottlieb NH. A review of the health impact of smoking control at the workplace. *Am J Health Promot* 1998; 13: 83–104.
- ¹⁹ Borland R, Chapman S, Owen N, Hill D. Effects of workplace smoking bans on cigarette consumption. *Am J Public Health* 1990; 80: 178–180.
- ²⁰ Burns DM, Anderson C, Major J, Vaughn J, Shanks T. Cessation and cessation measures among adult daily smokers: national and state-specific data. *In: Population Impact of Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population.* Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12. Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. National Cancer Institute. NIH Publication Number 00-4892, November 2000; 25–98.
- ²¹ Farkas A, Gilpin E, Distefan J, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviors. *Tob Control* 1999; 8: 261–265.
- ²² Glasgow RE, Cummings KM, Hyland A. Relationship of worksite policies to changes in employee tobacco use: Findings from COMMIT. *Tob Control* 1997; S2: 44–48.
- ²³ Heloma A, Jaakkola MS, Kahkonen E, Reijula K. The short-term impact of national smoke free workplace legislation on passive smoking and tobacco use. *Am J Public Health* 2001; 91: 1416–1418.

- ²⁴ Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control* 2001; 10: 267–272.
- ²⁵ Evans WN, Farrelly MC, Montgomery E. Do workplace smoking bans reduce smoking? *Am Econ Rev* 1999; 89: 728–747.
- ²⁶ Farrelly MC, Thomas KY. Smoking behavior in the workplace: exploring the current population surveys. RTI International. Research Triangle Park, North Carolina, Report prepared for CDC, November 2001.
- ²⁷ Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 188–191.
- ²⁸ Workplace ban «is best way to stop smoking» *The Independent* 26 July 2002. <http://news.independent.co.uk/uk/health/story.jsp?story=318446>
- ²⁹ Warner D. 'We do not hire smokers': may employers discriminate against smokers? *Employee Responsibilities Rights Journal* 1994; 7: 129–140.
- ³⁰ Loomis B, Farrelly M, Ellison R. The effect of local 100% smoke free ordinances on smoking behaviors among adults. RTI International, October 2004.
- ³¹ Ohsfeldt RL, Boyle RG, Capilouto EI. Tobacco Taxes, Smoking Restrictions, and Tobacco Use. *The Economic Analysis of Substance Use and Abuse: An Integration of Econometric and Behavioral Economic Research*. The University of Chicago Press, September 1999.
- ³² Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000; Vol 284: 717–722.
- ³³ Moore L, Roberts C, Tudor-Smith C. School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tob Control* 2001; 10: 117–123.
- ³⁴ Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000; 321: 333–337.
- ³⁵ Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med* 2001; 20: Suppl 2, 16–66.
- ³⁶ Gottlieb NH, Eriksen MP, Lovato CY, Weinstein RP, Green LW. Impact of a restrictive worksite smoking policy on smoking behavior, attitudes, and norms. *J Occup Med* 1990; 32: 16–23.

- 37 Repace JL. Risk management of passive smoking at work and at home. *St. Louis University Public Law Review* 1994; 13: 763–785.
- 38 Brauer M, Mannetje A. Restaurant smoking restrictions and environmental tobacco smoke exposure. *Am J Public Health* 1998; 88: 1834–1836.
- 39 Levy D, Friend K. The effectiveness of policies directed at youth access to cigarettes: results of the SimSmoke Simulation Model. *Tob Control* 2001; 10: 108–116.
- 40 Garland WS. BOMA supports smoking bans in buildings. <http://nosmoke.org/htmlpage.php?id=10>. Accessed: May 2005.
- 41 Max W. The financial impact of smoking on health-related costs: a review of the literature. *Am J Health Promot* 2001; 15: 321–331.
- 42 Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tob Control* 2000; 9: 187–192.
- 43 Madden D. Setting the appropriate tax on cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp02/05, Centre for Economic Research, October, 2002.
- 44 Lok P. Smoking and the bottom line. The costs of smoking in the workplace. Ottawa, The Conference Board of Canada, 1997.
- 45 Ong MK, Stanton A, Glantz SA. Cardiovascular Health and Economic Effects of Smoke Free Workplaces. *Am J Med* 2004; 117: 32–38.
- 46 Ong M, Lightwood JM, Glantz SA. Health and economic impacts of the proposed Florida Smoke free for Health Initiative (November 1, 2003). Center for Tobacco Control Research and Education. Tobacco Control Policy Making: United States. Paper FL2002. <http://repositories.cdlib.org/ctcre/tcpmus/FL2002>. Accessed: May 2005
- 47 Consultation Report. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, 11-14 January 1999. Geneva, World Health Organization, 1999.
- 48 Jamison DT, Sandhu M, Wang J. Cross-country variation in mortality decline, 1962-87: The role of country-specific technical progress, CMH Working Paper Series Paper No. WG1: 4 April 2001. http://www.cmhealth.org/docs/wg1_paper4.pdf. Accessed: May 2005.
- 49 Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: theory and evidence. NBER Working Paper 8587, November 2001.
- 50 Jacobson PD, Wasserman J. Tobacco control laws: implementation and enforcement. Santa Monica, CA RAND Corporation, 1997.

- 51 Siegel M, Husten C, Merritt RK, Giovino GA, Eriksen MP. Effects of separately ventilated smoking lounges on the health of smokers: is this an appropriate public health policy? *Tob Control* 1995; 4: 22–29.
- 52 Repace J, Kawachi I, Glantz S. Fact sheet on secondhand smoke. Geneva, UICC, 1999. <http://repace.com/SHSFactsheet.pdf>. Accessed: May 2005.
- 53 Maroney N, Sherwood D, Stubblebine W. The impact of tobacco control ordinances on restaurant revenues in California. Claremont, California, The Claremont Institute for Economic Policy Studies, 1994.
- 54 Glantz SA, Smith LRA. The effect of ordinances requiring smoke free restaurants on restaurant sales. *Am J Public Health* 1994; 84: 1081–1085.
- 55 Hyland A, Cummings KM, Nauenberg E. Analysis of taxable sales receipts: was New York City's smoke free air act bad for restaurant business? *J Pub Health Mgmt Prac* 1999; 5: 14–21.
- 56 Ontario Tobacco Research Unit. The Tobacco Control Environment: Ontario and Beyond. Special Reports: Monitoring and Evaluation Series, 2003–2004. Toronto, ON, Ontario Tobacco Research Unit, November 2004; Vol. 10, No. 1.
- 57 Künzli N, Mazzeletti P, Adam M, et al. Smoke free cafe in an unregulated European city: highly welcomed and economically successful. *Tob Control* 2003; 12: 282–288.
- 58 Labour Canada's Regulatory Impact Analysis Statement. Prepared for the federal Non-smokers' Health Act. Ottawa, Minister of Supply and Services, Canada Gazette, 1989: 4540.
- 59 Environmental Protection Agency (EPA). The costs and benefits of smoking restrictions: an assessment of the Smoke Free Environment Act of 1993 (H.R. 3434). Washington, Indoor Air Division, Office of Radiation and Indoor Air, 1994.
- 60 WHO-CHOICE. CHOosing Interventions that are Cost Effective. Geneva, World Health Organization. <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,cea&language=english>. Accessed: May 2005.
- 61 Torgerson DJ, Raftery J. Economic notes. *BMJ* 1999; 319: 914–915.
- 62 The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization, 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- 63 Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997; 278: 1759–1766.

- ⁶⁴ Harvard Centre for Risk Analysis. Comprehensive table of cost-utility ratios 1976-2001. Cost-utility analyses published from 1976 to 2001, with ratios converted to 2002 US dollars, Harvard Center for Risk Analysis, Boston.
- ⁶⁵ Elixhauser A. Costs of breast cancer and the cost-effectiveness of cancer screening. *Int J Technol Assess Health Care* 1991; 7: 604–615.
- ⁶⁶ White E, Urban N, Taylor V. Mammography utilization, public health impact, and cost-effectiveness in the United States. *Annu Rev Public Health* 1993; 14: 605–633.
- ⁶⁷ Eddy DM. Screening for cervical cancer. *Ann Intern Med* 1990; 113: 214–226.
- ⁶⁸ U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs, August 1999. <http://www.cdc.gov/tobacco/bestprac.htm>. Accessed: May 2005.
- ⁶⁹ Tobacco Free Initiative (TFI) World Health Organization. <http://www.who.int/tobacco/research/economics/restrictions/en/>. Accessed: May 2005.

Capítulo 3

Impacto económico de la prohibición de fumar en bares y restaurantes

Luk Joossens

Advocacy officer, Association of European Cancer Leagues, Brussels, Belgium

3.1. Introducción

Las empresas tabaqueras siempre han afirmado que la prohibición de fumar en bares y restaurantes podría tener un impacto negativo sobre el negocio y generar un número menor de ventas y menos empleo. Con este argumento, han conseguido retrasar o anular la prohibición de fumar en bares y restaurantes en algunos países o regiones. ¿Qué valoración podemos hacer de la revisión bibliográfica sobre el impacto de la prohibición de fumar? ¿Cuáles son los cambios principales en el sector de los bares y restaurantes en Europa?

En el presente artículo examinaremos la investigación sobre el impacto económico de la prohibición de fumar en bares y restaurantes en el sector de la restauración y la hostelería.

3.2. Bibliografía sobre el impacto económico de la prohibición de fumar en bares y restaurantes

3.2.1. *Un artículo que hace una revisión bibliográfica*

M. Scollo y colaboradores llevaron a cabo un análisis de los estudios sobre los efectos económicos de las políticas de espacios sin humo en el sector de la hostelería (estudios publicados antes del 31 de agosto de 2002). Se localizaron 97 estudios¹.

Los autores del análisis utilizaron los criterios de Siegel² para juzgar la calidad de los estudios:

- Uso de datos objetivos (por ejemplo, ventas sujetas a impuestos o estadísticas sobre empleo).
- Inclusión de todos los datos de después de la implantación de la ley y de varios años antes de la misma.
- Uso de la regresión u otros métodos estadísticos que controlan las tendencias seculares y la fluctuación aleatoria de los datos.
- Control apropiado de las tendencias económicas globales.

Una medida resultante se consideraba «objetiva» si se basaba en datos recopilados rutinariamente por una agencia independiente que cubrieran los periodos tanto de antes como de después de la entrada en vigor de la legislación sobre espacios sin humo. Las medidas objetivas incluían: cifras de ventas proporcionadas a efectos de la evaluación de los impuestos; cifras de empleo proporcionadas a los organismos públicos generalmente a efectos de seguros; el número de establecimientos nuevos o ya existentes basado en las solicitudes de licencia para establecer un negocio presentadas en los organismos públicos que expiden estas licencias o los registros en dichos organismos, y datos sobre quiebras.

Las predicciones no verificables de futuros cambios y los cálculos aproximados de cambios recientes en la clientela o el gasto se consideraban «subjetivos». Las medidas subjetivas incluían informes anecdóticos y datos recopilados a través de encuestas o entrevistas realizadas a las personas usuarias o propietarios de restaurantes, bares y negocios similares, antes o después de la introducción de dicha normativa.

Otro indicador de la calidad de un estudio es si ha sido sometido a una revisión por parte de personas expertas. Se consideraba que las personas expertas habían revisado un estudio si éste era un artículo publicado en una revista académica.

Se anotaron las fuentes de financiación de cada estudio tras la finalización de todas las demás tareas de clasificación.

3.2.1.1. Resultados del análisis

Menos de un cuarto (21) de los 97 estudios reunían los cuatro criterios de calidad de Siegel. Ninguno de estos 21 estudios informaba sobre un impacto negativo. De hecho, cuatro de los estudios hablan de un efecto positivo sobre las ventas sujetas a impuestos de los restaurantes, bares, hoteles y del turismo.

Sólo unos pocos estudios, basados únicamente en datos objetivos, llegan a la conclusión de un impacto negativo. Ninguno de éstos reúne más de uno de los

otros tres criterios de Siegel para la calidad metodológica. Sólo un estudio revisado por expertos llegaba a la conclusión de un impacto negativo. Este estudio se basaba en datos subjetivos y lo financiaba una empresa tabaquera.

Scollo y sus compañeros¹ llegaban a la siguiente conclusión:

Los criterios de Siegel son una valiosa herramienta para evaluar la calidad de los estudios sobre el impacto económico de las políticas de espacios sin humo en el sector hostelero. Nuestras conclusiones sugieren que las personas responsables de formular las políticas pueden realizar una rápida evaluación preliminar de la calidad de un estudio haciéndose tres preguntas:

- *¿Financiaba el estudio una fuente claramente independiente de la industria tabaquera?*
- *¿Medía el estudio objetivamente lo que realmente pasaba, o estaba basado en predicciones o valoraciones subjetivas?*
- *¿Estaba publicado en una revista revisada por personas expertas?*

De los 35 estudios publicados sobre este tema que llegaban a la conclusión de un impacto negativo, ninguno lo había financiado una fuente claramente independiente de la industria tabaquera, en ninguno se había utilizado una medida objetiva y ninguno había sido revisado por personas expertas. De hecho, el 80% de estos estudios no pasaba ninguna de estas pruebas básicas de calidad. Como la totalidad de los 21 estudios bien diseñados concluyeron que las leyes de espacios sin humo aplicadas en restaurantes y bares no tenían un impacto negativo sobre las ventas y los puestos de trabajo, las personas responsables de elaborar estas políticas pueden actuar para proteger de las toxinas del humo ambiental del tabaco a la población trabajadora y a la población usuaria de estos establecimientos, con la confianza de poder rechazar las predicciones de efectos económicos adversos.

3.2.2. El efecto de la prohibición de fumar en Columbia Británica

Un informe de 2004 del *Ministry of Management Services* (Ministerio de Gestión de los Servicios Públicos) de Columbia Británica estudiaba el descenso de las

ventas en los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas³. Según el informe, los establecimientos de restauración y en los que se sirven bebidas alcohólicas de Columbia Británica han disfrutado de un fuerte crecimiento en las ventas en los últimos años. Sin embargo, una parte de este sector, los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas, se han visto muy perjudicados durante los últimos cinco años.

Las ventas de este tipo de establecimientos en Columbia Británica han caído en picado, un 29%, durante el periodo comprendido entre 1998 y 2003. Esto contrasta sorprendentemente con los establecimientos que principalmente sirven comida. En los restaurantes con servicio completo, las ventas han aumentado un 23%. En los restaurantes con servicio limitado de «comida rápida», las ventas se han incrementado un 19%. Incluso las empresas contratistas de servicios de comida y las de catering han visto crecer sus ventas (un 9%). Por lo tanto, los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas son el único punto débil en el sector.

Según el informe, hay varios factores posibles que pueden explicar el descenso en los establecimientos de bebidas en Columbia Británica, entre otros, las tendencias generales de los precios y el consumo de alcohol, la prohibición de fumar en los bares, y la cada vez mayor competencia de los restaurantes autorizados para vender alcohol.

El gasto general en bebidas alcohólicas ha experimentado un crecimiento relativamente lento en los últimos años. Además, el precio del alcohol servido (que ha aumentado un 9,7%) ha ido subiendo mucho más deprisa que el precio del alcohol adquirido en tiendas (un 1,3% más alto) durante los últimos 5 años. Sin embargo, ninguno de estos hechos proporciona una explicación adecuada de por qué los establecimientos de bebidas han sufrido un descenso tan pronunciado en sus ventas.

La introducción de la prohibición de fumar, de la que se podría esperar fuera una carga especial para los establecimientos de bebidas, era un posible factor. Sin embargo, el informe concluía que «el bajón en las ventas se produjo sobre todo antes de que se promulgara la prohibición de fumar».

La competencia de los restaurantes autorizados para vender alcohol ha sido probablemente el principal factor del descenso de las ventas y la cuota de mercado de los establecimientos de bebidas.

El impacto de la prohibición de fumar se explica en el informe³ y en la figura 1 de la siguiente manera:

La prohibición de fumar en el sector de la restauración y en los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas es otro posible factor para el descenso de las ventas de los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas. A menudo, beber y fumar son cosas que se hacen a la vez, lo que podría convertir la prohibición de fumar en los bares y clubes nocturnos en algo particularmente oneroso.

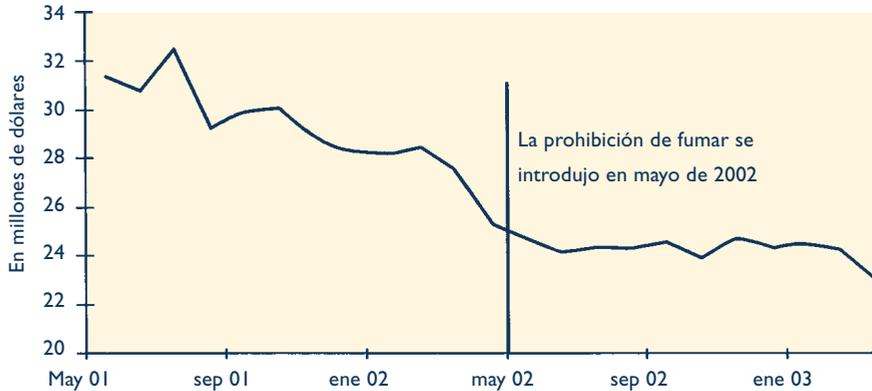
Cuando el Workers Compensation Board (WCB, organismo encargado de los casos de siniestralidad laboral que actúa en nombre del Ministerio de Trabajo) impuso por primera vez la prohibición en enero de 2000, provocó una fuerte reacción en el sector. Dos meses y medio después, el Tribunal Supremo de Columbia Británica dictaminó que el WCB no había consultado adecuadamente con las partes interesadas, y revocó la prohibición. Un estudio encargado por el Workers Compensation Board (que se basaba en las ventas de alcohol provinciales, más que en las ventas de los establecimientos) concluía que la prohibición de dos meses y medio produjo un descenso a corto plazo en el sector de las bebidas alcohólicas.

La prohibición de fumar volvió a introducirse en mayo de 2002. Sin embargo, esta fecha no corresponde a una caída en las ventas de los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas.

El descenso en las ventas en este tipo de establecimientos se produjo antes de la promulgación de la prohibición de fumar, y las ventas se han mantenido relativamente estables desde entonces. Parece que la prohibición de fumar no tuvo un impacto negativo sobre las ventas en estos establecimientos de Columbia Británica.

Figura 1: La prohibición de fumar no provocó un descenso en las ventas

Ventas mensuales de los establecimientos en los que se sirven bebidas alcohólicas en Columbia Británica

Fuente: Ministry of Management Services³

3.2.3. El efecto de la prohibición de fumar en Nueva York

La *Smoke-Free Air Act* prohibía fumar en todos los centros de trabajo de la ciudad de Nueva York, incluido el sector hostelero. Cuando la *Smoke-Free Air Act* entró en vigor el 30 de marzo de 2003, se plantearon preguntas sobre cómo la ley afectaría a los restaurantes y bares de la ciudad. ¿Perjudicaría la ley al negocio? ¿Tendrían algunos establecimientos que despedir a personas empleadas o cerrar?

Según el informe publicado por la ciudad de Nueva York, los datos están claros un año después. Desde la entrada en vigor de la ley, las ventas de los restaurantes y bares han aumentado, al igual que el empleo, prácticamente todos los establecimientos están cumpliendo la ley, y el número de nuevas licencias de venta de alcohol ha aumentado, todos signos de que los bares y restaurantes de Nueva York están prosperando⁴:

- Las ventas en los restaurantes y bares han crecido un 8,7%.
- El empleo en los restaurantes y bares ha aumentado en 10.600 puestos de trabajo (aproximadamente 2.800 de ellos de carácter estacional) desde la promulgación de la ley.
- El 97% de los restaurantes y bares son espacios sin humo
- La población neoyorquina apoya la ley de manera abrumadora.

3.2.3.1. Ventas sujetas a impuestos de los bares y restaurantes en Nueva York

Los datos del Departamento de Finanzas de Nueva York muestran que el dinero gastado en los bares y restaurantes de Nueva York ha aumentado desde el año pasado. Desde el 1 de abril de 2003, hasta el 31 de enero de 2004, los datos disponibles más recientes, las ventas sujetas a impuestos de los bares y restaurantes aumentaron un 8,7% con respecto al mismo periodo en 2002-2003. Desde abril de 2003 hasta enero de 2004, la ciudad recaudó 17.375.688 dólares en concepto de impuestos sobre las ventas de bares y restaurantes; en el mismo periodo el año anterior, la ciudad había recaudado 15.984.811 dólares.

3.2.3.2. Empleo en los bares y restaurantes de Nueva York

La mejora de la situación financiera de Nueva York se ha traducido en ganancias para el empleo en el sector de los bares y restaurantes. Ahora, como resultado de la *Smoke-Free Air Act*, la población trabajadora también pueden disfrutar de un lugar de trabajo más seguro y sin humo del tabaco.

Los datos de empleo del Departamento de Empleo del Estado de Nueva York, y los datos sobre trabajo estacional de la Corporación de Desarrollo Económico de Nueva York, muestran que el sector de los restaurantes y bares de la ciudad está creciendo de nuevo después de un bache a finales de 2001 y durante 2002 (antes de la implementación de la *Smoke-Free Air Act*). Hay más personas empleadas en los bares y restaurantes de la ciudad con un número medio de personas empleadas en este sector durante 2003 de 164.000, el número más alto registrado en al menos diez años.

En los meses posteriores a la promulgación de la ley, desde marzo de 2003 hasta diciembre de 2003, el empleo en los restaurantes y bares de Nueva York aumentó en aproximadamente 2.800 puestos de trabajo de carácter estacional, lo que hace un total absoluto de unos 10.600 puestos.

3.2.3.3. Apertura y cierre de bares y restaurantes en Nueva York

Según el Departamento de Empleo del Estado de Nueva York, el número de bares y restaurantes de la ciudad de Nueva York permaneció esencialmente sin cambios entre el tercer trimestre de 2002 y el tercer trimestre de 2003. Esto supone una mejora en comparación con el mismo periodo en 2002, durante el que se cerraron 280 bares y restaurantes más de los que se abrieron.

Además, el organismo encargado de las licencias de venta de bebidas alcohólicas del estado de Nueva York expidió 1.416 nuevas licencias a los bares y restaurantes de Nueva York en 2003, en comparación con las 1.361 expedidas en 2002, antes de la aprobación de la *Smoke-Free Air Act*. A finales de 2003, en toda la ciudad, había 9.747 licencias de venta de bebidas alcohólicas activas, un incremento neto de 234 desde 2002. Los propietarios de bares y restaurantes, así como los inversores, siguen confiando en la fuerza del sector y en su capacidad para prosperar en este vibrante y variado sector de la economía de la ciudad.

3.2.4. El efecto de la prohibición de fumar en Irlanda

La ley irlandesa que prohíbe fumar en el lugar de trabajo (incluidos bares y restaurantes) entró en vigor el 29 de marzo de 2004. La *Licensed Vintners Asociación – LVA* (Asociación de Bodegueros Autorizados), que representa al 95% de los dueños de bares de Dublín, encargó una investigación para evaluar el impacto económico de la prohibición. En un comunicado de prensa del 9 de julio de 2004, la asociación dice: «La investigación llevada a cabo por la empresa de investigación de marketing *Behaviour and Attitudes*, confirma el impacto económico negativo de la Prohibición de Fumar sobre los negocios autorizados para vender bebidas alcohólicas de Dublín, con un descenso en el volumen de ventas de hasta el 16%, y un recorte en el nivel general de empleo de hasta el 14% desde la introducción de la Prohibición de Fumar»⁵. Estas cifras las han citado y tergiversado las empresas tabaqueras y el sector hostelero en otros países. La industria tabacalera británica hacía referencia a la *Vintner Association* en su reunión informativa de septiembre de 2004 diciendo: «los pubs de Dublín han sufrido un descenso de entre el 15% y el 25% desde la aplicación de la prohibición»⁶. El sector hostelero francés citaba una cifra del 20% de pérdidas⁷ y el sector hostelero flamenco una pérdida del 25%⁸.

Aunque aún es demasiado pronto para evaluar el impacto económico total de la prohibición, las cifras publicadas por la *Central Statistics Office - CSO* (Oficina Central de Estadística) de Irlanda desmentían las afirmaciones de la Asociación de Bodegueros Autorizados. Los datos sobre las ventas de los bares en Irlanda están disponibles mensualmente. El índice de ventas al por menor es el indicador oficial a corto plazo de los cambios en el nivel de gasto de los consumidores en artículos al por menor y lo publica cada mes la *Central Statistics Office*. Las cifras oficiales muestran que el valor medio de las ventas de los bares en Irlanda era de 106,6 en el periodo posterior a la prohibición (desde abril de 2004 hasta marzo de 2005) en comparación con la cifra de 110,2 en el periodo equivalente un año antes (desde abril de 2003 hasta marzo de 2004)⁹. Un descenso en las ventas del 3,3% y no del 15% ni del 20% ni del 25%. El descenso del 3,3% en el valor de las

ventas está en línea con el descenso en el volumen de ventas en los bares de Irlanda que había comenzado ya en 2002. Los índices de volumen de ventas al por menor excluyen los efectos de los cambios en los precios al por menor. Éstos se calculan deflactando los índices de valor ajustados a un día comercial utilizando índices de precios al por menor elaborados especialmente derivados del Índice de Precios al Consumo (IPC). El volumen de ventas en los bares de Irlanda aumentó hasta 2001, pero descendió un 2,8% en 2002, un 4,2% en 2003 y un 4,4% en 2004¹⁰.

Como en Columbia Británica, el descenso en el volumen de ventas en los establecimientos en los que se venden bebidas alcohólicas en Irlanda tuvo lugar antes de la promulgación de la prohibición de fumar. Un factor importante que puede explicar este descenso es el elevado precio de la cerveza en Irlanda:

- El precio de las bebidas subió en junio de 2004 después de la introducción de la prohibición de fumar.¹¹
- El precio de la cerveza en Irlanda era el cuarto más alto en la región europea en 2002.¹²
- El precio de una pinta de cerveza ha crecido más rápidamente en Irlanda en el periodo entre 2000 y 2003 que el índice general de precios¹³.
- El precio de la cerveza era especialmente alto en Dublín. Según una encuesta de la *Central Statistics Office* realizada en 2004, los precios del alcohol consumido en locales autorizados eran sistemáticamente más altos en Dublín. La mayor diferencia se encontraba en la pinta de cerveza rubia, cuyos precios medios en Dublín eran un 13,2% más altos que en cualquier otro lugar de Irlanda¹⁴.

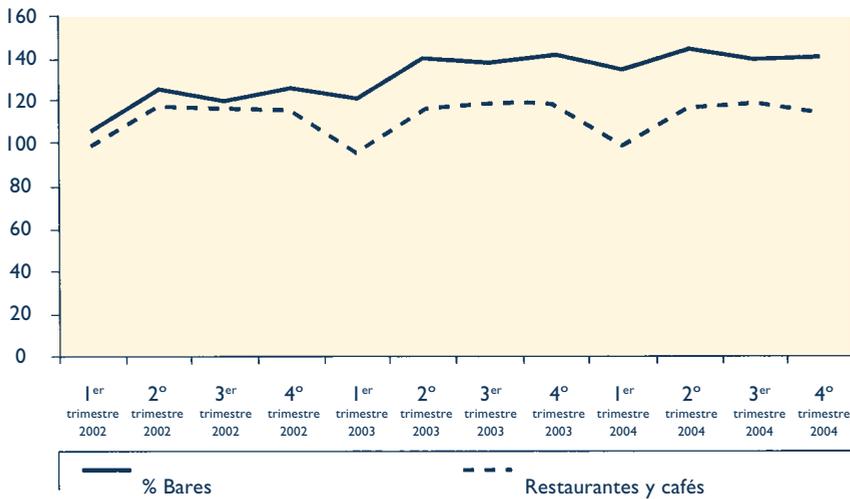
La CSO también publica estadísticas sobre el empleo en el sector de la hostelería en su *Quarterly National Household Survey* (Encuesta Trimestral Nacional Doméstica). Las tasas de empleo en este sector son tradicionalmente susceptibles a las fluctuaciones. Los datos muestran un descenso del 2,4% entre finales de 2003 y 2004. Sin embargo, el número de personal empleado en este sector a finales de 2004 era un 0,6% superior al de 2002. Los datos más recientes de la CSO sobre turismo y viajes (publicados en febrero de 2005) indican que hubo un aumento del 3,2% en el número de personas que visitaron Irlanda en 2004 en comparación con 2003¹⁵.

3.2.5. El efecto de la prohibición de fumar en Noruega

En Noruega, la legislación en materia de bares y restaurantes sin humo entró en vigor el 1 de junio de 2004. El *National Institute for Alcohol and Drug Research* -

SIRUS, (Instituto Nacional para la Investigación sobre Alcohol y Drogas) de Oslo, publicó un informe de evaluación de la ley en junio de 2005. El SIRUS analizó los datos proporcionados por *Statistics Norway*, que publica un índice de facturación trimestral del transporte y el turismo. Este índice incluye cifras sobre la facturación de hoteles y restaurantes. El año base para el índice de facturación es el 2000. Desde 2001 hasta 2004 se produjo un ligero aumento en los restaurantes y cafés (104,2-112,2). En el caso de los bares, el índice aumentó de 105 (2001) a 140 (2004). El índice de facturación trimestral para los restaurantes y cafés disminuyó 3,5 puntos desde los últimos trimestres de 2003 (antes de la prohibición) hasta el último trimestre de 2004 (después de la prohibición). No hubo cambios en los puntos índice de los bares en este periodo. La Figura 2 muestra el índice de facturación trimestral de los bares y restaurantes. Desde 2002, especialmente en los bares, se ha producido un aumento en las cifras. Los restaurantes y cafés parecen ser más susceptibles a las variaciones estacionales que los bares¹⁶.

Figura 2: Índice de facturación de los bares y restaurantes. Índice de valores. 2000=100



Fuente: SIRUS (Nacional Institute for Alcohol and Drug Research, Norway)¹⁶

3.2.6. El efecto de la prohibición de fumar en Nueva Zelanda

En Nueva Zelanda, la legislación en materia de bares, restaurantes, clubes y casinos sin humo entró en vigor el 10 de diciembre de 2004. Como es habitual, preocupaba

el hecho de que los beneficios de este tipo de locales cayeran, lo que resultaría en la pérdida de puestos de trabajo y el cierre de negocios. También era motivo de preocupación el que menos turistas visitasen Nueva Zelanda si los locales se convertían en espacios sin humo.

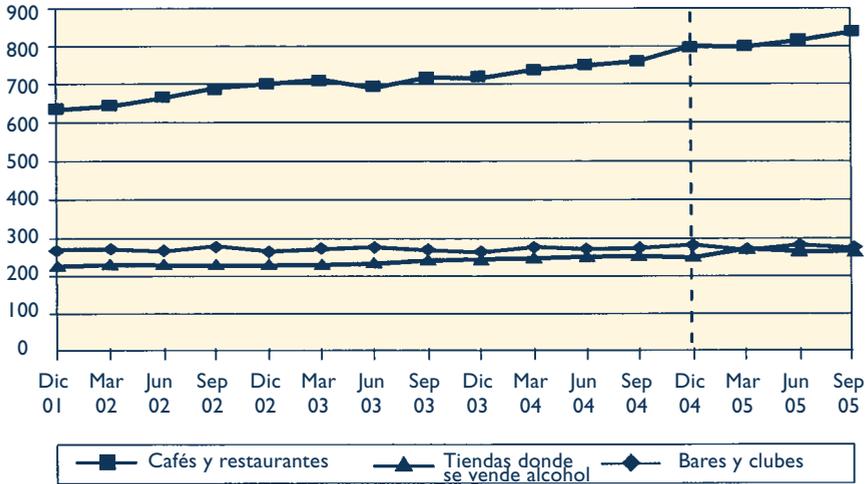
Un informe publicado en diciembre de 2005 por la *Asthma and Respiratory Foundation* de Nueva Zelanda, examinaba varios indicadores antes y después de la implantación de la normativa en diciembre de 2004 y sugería que estos miedos eran infundados¹⁷ (figura 3). Las ventas al por menor, las cifras de empleo y el número de visitantes extranjeros han permanecido estables.

Las cifras del comercio al por menor correspondientes a los bares, clubes, cafés y restaurantes para los trimestres de marzo, junio y septiembre de 2005 muestran que las ventas permanecen fuertes. Este periodo incluía la gira de rugby de los British and Irish Lions por Nueva Zelanda.

Las ventas ajustadas estacionalmente de los cafés y restaurantes continuaron su tendencia al alza, con un aumento de más del ocho por ciento en los trimestres de marzo y junio y del diez por ciento en el trimestre de septiembre en comparación con los mismos periodos del año anterior.

Se produjo un bajón inicial en las ventas de los bares y clubes en marzo de 2005 con el correspondiente aumento en las ventas de las tiendas que venden bebidas alcohólicas, lo que sugiere que la población podría haber estado comprando alcohol para beber en casa, en vez de ir a un bar. Sin embargo, las ventas de los bares y clubes se recuperaron rápidamente, con un aumento del tres por ciento en las ventas en el trimestre de junio y de casi un uno por ciento en el trimestre de septiembre en relación con el mismo periodo del año anterior.

Figura 3: Cifras del comercio al por menor en los sectores seleccionados



Fuente: Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand¹⁷

3.2.7. Tendencias de consumo de alcohol en Europa

Hay diferencias entre los Estados miembros en cuanto a la prevalencia de la cultura del beber. Pueden identificarse al menos tres grupos de Estados miembros: la cultura del vino del sur, la cultura de la cerveza del centro y la cultura de las bebidas de más alta graduación del norte¹⁸. Aunque ésta es una caracterización de las regiones, las regiones han cambiado durante los últimos 30 años. Por ejemplo, en Europa del Norte ahora se bebe más cerveza que otras bebidas de más graduación¹⁹. Las tendencias en el consumo de alcohol varían en Europa: el consumo de alcohol per capita disminuyó desde la década de 1980 durante el periodo comprendido entre 1980 y 2000 en los países en los que se bebe vino, como Francia (-35%), Italia (-34%) y España (-37%), pero siguió siendo alto en países como Luxemburgo, Irlanda, Dinamarca, República Checa y Hungría. El consumo per capita aumentó en Irlanda un 48% entre 1980 y 2002.

Las cifras de ventas de alcohol per capita no hacen distinciones de sexo o edad ni tienen en cuenta factores como el turismo, las ventas a personas de otros países, la importación y exportación, o la producción no comercial, y por lo tanto, deben interpretarse con cautela¹⁹.

En la tabla 1 se presentan los datos sobre salud de 2004 de la *Organisation for Economic Cooperation and Development* - OEDC (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE)²⁰. Luxemburgo ocupa el primer lugar en consumo de alcohol según los datos de la OCDE, seguido de Irlanda, Hungría, República Checa y España. Como se explicaba anteriormente, el primer lugar de Luxemburgo pueden explicarlo factores como las ventas a personas de otros países debido a los bajos impuestos sobre el alcohol en Luxemburgo.

Además del descenso en el consumo de alcohol, un segundo factor puede influir en las ventas de alcohol en el sector de la hostelería: la tendencia a beber más en casa (tabla 2).

En la mayoría de los países europeos hay una tendencia a consumir más alcohol en casa. Sólo Irlanda tenía niveles muy bajos de consumo de cerveza en casa: el porcentaje estimado de consumo total de cerveza en los hogares es un 12% en Irlanda en 2000, pero el porcentaje aumentó en los últimos años hasta el 23% de 2003. Irlanda es también el país con la cuota de mercado más alta de cerveza de barril en relación con las ventas totales de cerveza: un 78%. En otras palabras, cuando beben cerveza, lo hacen sobre todo en el sector hostelero, como por ejemplo en los pubs. Irlanda también está cambiando, pero desde hace poco. Según las estadísticas de la organización *Brewers of Europe* (Cerveceros de Europa), el consumo de cerveza per capita en Irlanda permaneció a un nivel alto de 125 litros en el periodo comprendido entre 2000 y 2002, pero descendió hasta los 118 litros en 2003²¹.

Tabla 1: Consumo de alcohol – Litros per capita (población mayor de 15 años)

	1960	1980	1990	1995	2000	2002	% de cambio entre 1980-2000
Austria	9,4	13,8	12,6	11,9	11,3		-18%
Bélgica	8,9	14	12,1	11,1	10,2		-27%
República Checa		11,8	11,3	11,6	11,8	11,9	-
Dinamarca	5,5	11,7	11,7	12,1	11,5	11,2	-2%
Finlandia	2,7	7,9	9,5	8,3	8,6	9,2	+9%
Francia		16,1	12,7	11,5	10,5		-35%
Alemania	7,5		13,8	11,1	10,5	10,4	-24%
Grecia		13,2	10,7	10,6	9,4		-29%
Hungría	8,2	14,9	13,9	12,2	12,3		-17%
Irlanda	4,9	9,6	11,2	11,5	14,2	14,3	+48%
Italia	16,6	13,2	10,9	10,4	8,7		-34%
Luxemburgo	13,1		14,7	14,8	14,9		-
Holanda	3,7	11,3	9,9	9,8	10		-12%
Polonia			8,3	8,2	8,5		+2%
Portugal		14,9	16,1	14,6	13		-13%
República Eslovaca	6,9	14,5	13,4	14,6	13		-10%
España		18,5	13,5	11,4	11,7		-37%
Suecia	4,8	6,7	6,4	6,2	6,2		-7%
Reino Unido		9,4	9,8	9,4	10,4	11,1	+11%

Fuente: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)²⁰

Tabla 2: La tendencia a beber más en casa. Cuota total estimada de ventas de cerveza consumida en los hogares

	1980	1995	2000	2001	2002	2003
Austria	45	63	66	65	65	65
Bélgica	-	36	41	42	43	44
Dinamarca	77	75	75	75	75	-
Finlandia	65	69	72	73	73	75
Francia	-	-	-	-	70	72
Alemania	60	65	65	65	68	70
Grecia	-	35	35	35	35	35
Irlanda	6	11	12	12	20	23
Italia	49	58	59	58	59	59
Luxemburgo	-	-	63	63	-	-
Holanda	60	63	63	63	-	-
Portugal	24	35	37	31	33	34
España	20	32	32	32	32	-
Suecia	85	79	79	79	79	79
Reino Unido	12	27	33	35	37	39

Fuente: *Brewers of Europe* (Cerveceros de Europa)²¹

3.3. Restaurantes, bares y catering en Europa

Las actividades económicas en la comunidad europea se clasifican según el sistema de clasificación NACE. Las actividades de ventas de comida y bebida para los consumidores están clasificadas en los grupos de la NACE 55.3 (restaurantes), 55.4 (bares) y 55.5 (cantinas y catering).

En 2001 había 1,2 millones de restaurantes, bares y empresas de catering que generaban un valor añadido total de 92.400 millones de euros, que representaba el 3,8% del total de los servicios no financieros. Irlanda y España presentaban

una especialización relativamente alta en restaurantes, bares y catering, demostrada por una contribución claramente más alta de este sector a los servicios no financieros añadidos: 6,1% y 5,7% respectivamente. Entre los nuevos Estados Miembros, en contraste, sólo en Eslovenia los datos indicaban que este sector tenía una cuota más alta de los servicios no financieros que la media de la Unión Europea (UE), mientras que los otros países de Europa central y del resto de Europa estaban en lo más bajo de la clasificación. Más de dos tercios del valor añadido de la UE en este sector se originaban desde únicamente cuatro países: Reino Unido, Alemania, Italia y España²².

El sector de los restaurantes, bares y catering es un sector con mano de obra intensiva y da empleo a 5,6 millones de personas en 2001 en los 25 países de la UE. Sólo el Reino Unido representaba más de un cuarto, con 1,4 millones de personas empleadas. Irlanda, Portugal y España presentaban una gran concentración de empleo en este sector, reflejando su especialización en términos de valor añadido²². En relación con el número total de personas empleadas en cada país, el empleo en restaurantes y bares es el más alto en Chipre (5,5%), Luxemburgo (5,4%), Reino Unido (5,2%), España (5,1%), Irlanda (4,8%), Francia (4,8%) y Portugal (3,9%) (tabla 3). El número de personas empleadas es por lo general mucho más alto en los restaurantes que en los bares. En 2000, en Bélgica había 54.002 personas empleadas en restaurantes en comparación con las 16.183 empleadas en bares²³. En ese mismo año en Francia, había 392.489 personas empleadas en restaurantes en comparación con las 99.797 empleadas en bares.²⁴

La oficina estadística de la UE (Eurostat) no tiene datos acerca de los restaurantes y bares por separado en todos los países de la UE, aunque sí existen en algunos países. El número de establecimientos de bebida está descendiendo en Holanda, Bélgica y Francia, mientras que el número de restaurantes está aumentando. El descenso de bares ha estado asociado al cambio en los hábitos de consumo de alcohol (menos ingesta de alcohol y más costumbre de beber en casa), al precio de las bebidas, al cierre de bares y cafés en los pueblos pequeños y al cambio de los establecimientos donde se venden bebidas alcohólicas por aquellos en los que también sirven comida. En Bélgica, el número de establecimientos donde se venden bebidas alcohólicas descendió de 26.457 en 1995 a 18.922 en 2003 (-28,5%), mientras que el número de restaurantes aumentó durante el mismo periodo de 22.802 a 24.922 (+11,1%)²³. En Francia, el número de establecimientos de bebidas alcohólicas descendió de 77.544 en 1985 a 50.700 en 2000 (-34,6%), mientras que el número de restaurantes aumentó durante el mismo periodo de 66.289 a 88.870 (+34,1%)²⁴. En Holanda, el número de establecimientos donde se venden bebidas alcohólicas ha disminuido ligeramente de 11.412 en 1994 a 10.848 en 2004 (-4,9%), pero se espera que el número siga disminuyendo hasta los 10.400 en 2010²⁵.

La tendencia al descenso en el número de establecimientos de bebidas alcohólicas no se ha observado en todos los Estados miembros. El número de bares aumentó ligeramente en el Reino Unido de 46.395 en 1995 a 47.537 en 2003 (+2,5%)²⁶. En Italia, el número de bares aumentó de 95.434 en 1995 a 117.882 en 2002 (+23,5%) y el número de personas empleadas aumentó durante el mismo periodo de 199.341 a 279.086 (+40%)²⁷.

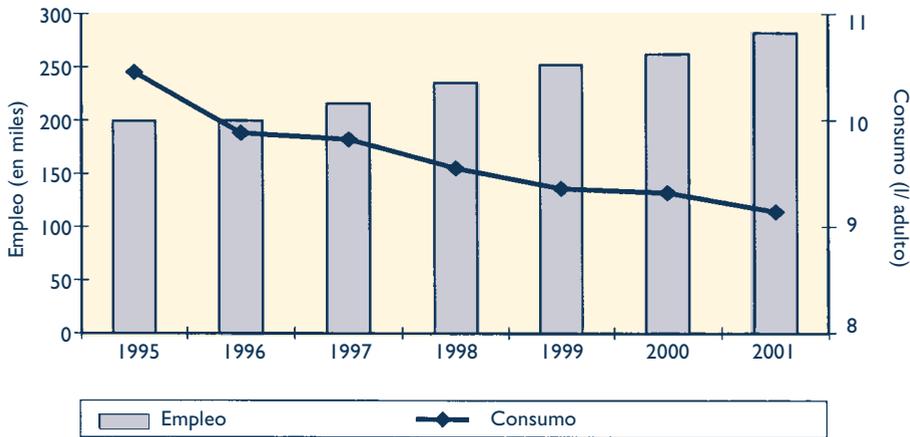
Tabla 3: El empleo en restaurantes, bares, cantinas y catering (grupos 55.3, 55.4 y 55.5 de la NACE) en 2001

País	Empleo en restaurantes y bares (miles)	Empleo total (miles)	Empleo en restaurantes y bares en relación con el empleo total
BE	135	4039	3,3%
CZ	131	4701 (2003)	2,8%
DK	72	2717	2,6%
DE	744	36528	2,0%
EE	9	594 (2003)	1,5%
EL	-	3918	-
ES	809	15877	5,1%
FR	575	23678	4,8%
IE	83	1718	4,8%
IT	665	21373	3,1%
CY	18	327 (2003)	5,5%
LV	14	1007 (2003)	1,4%
LT	20	1433 (2003)	1,4%
LU	10	185	5,4%
HU	39	3922 (2003)	1%
MT	5	148 (2003)	3,4%
NL	266	8065	3,3%
AT	103	3997	2,6%
PL	-	13617 (2003)	-
PT	193	4984	3,9%
SI	-	897 (2003)	-
SK	12	2162 (2003)	0,6%
FI	40	2403	1,7%
SE	79	4125	1,9%
UK	1442	27990	5,2%

Fuente: Comisión Europea²², última columna: cálculos propios

En Italia el aumento del número de bares y el empleo en los mismos es sorprendente ya que el consumo de alcohol per capita ha disminuido a un ritmo constante durante los últimos veinte años (figura 4). Una posible explicación para la situación en Italia podría ser la clasificación de los bares y restaurantes: para la población italiana, un bar no hace referencia automáticamente a un lugar donde se pueden tomar bebidas alcohólicas. También hace referencia a lugares a los que se puede ir a tomar un café y un bollo para desayunar o un almuerzo rápido y que sirven café, paninis, tostadas, etc. No sabemos si los «bares de desayuno» se clasificaron como bares o restaurantes.

Figura 4: Empleo en bares y consumo de alcohol (litros per capita) en Italia



Fuente: P.Anderson et al., *Institut of Alcohol Studies*, Reino Unido²⁸.

3.4. Conclusiones

Las empresas tabaqueras siempre han afirmado que la prohibición de fumar en bares y restaurantes podría tener un impacto negativo sobre el negocio y generar un número menor de ventas y menos empleo. A menudo utilizan hechos anecdóticos o proyecciones especulativas. Por ejemplo, en la reunión informativa sobre la prohibición de fumar en Irlanda y Nueva York, la *Tobacco Manufacturers Association* (Asociación de Fabricantes de Tabaco) del Reino Unido citó declaraciones sobre pérdidas importantes en las ventas de los pubs de Irlanda que difícilmente pueden verificarse, y supuestas «pruebas» sobre la situación en Nueva York como: «La prohibición de fumar en Nueva York lleva más de un año en vigor. Una cantidad significativa de pruebas sugieren que la prohibición ha

afectado negativamente a los bares, clubes y tabernas en todo el estado de Nueva York. Muchos informes de prensa han descrito una caída espectacular en el número de clientes de los bares en todo el estado, así como un brusco descenso en las ventas de los bares y una pérdida importante de puestos de trabajo»⁶.

M. Scollo y colaboradores¹ elaboraron un análisis de los estudios sobre los efectos económicos de las políticas de espacios sin humo en el sector hostelero publicados antes del 31 de agosto de 2002. Se localizaron un total de 97 estudios. Los autores concluían: «De los 35 estudios publicados sobre este tema que llegaban a la conclusión de un impacto negativo, ninguno lo había financiado una fuente claramente independiente de la industria tabaquera, en ninguno se había utilizado una medida objetiva y ninguno había sido revisado por personas expertas. De hecho, el 80% de estos estudios no pasaba ninguna de estas pruebas básicas de calidad. Como la totalidad de los 21 estudios bien diseñados hallaron que las leyes de espacios sin humo aplicadas en restaurantes y bares no tenían un impacto negativo sobre las ventas y los puestos de trabajo, las personas responsables de elaborar estas políticas pueden actuar para proteger a la población trabajadora y los clientes de las toxinas del humo ambiental del tabaco con la confianza de poder rechazar las predicciones de efectos económicos adversos».¹

La *Smoke-Free Air Act* prohibía fumar en todos los centros de trabajo de la ciudad de Nueva York, incluido el sector hostelero. Según el informe publicado por la ciudad de Nueva York, los datos están claros un año después. Desde la entrada en vigor de la ley, las ventas de los restaurantes y bares han aumentado un 8,7%, el empleo ha crecido con 10.600 nuevos puestos de trabajo, prácticamente todos los establecimientos están cumpliendo la ley, y el número de nuevas licencias de venta de alcohol ha aumentado, poniendo de manifiesto que los bares y restaurantes de Nueva York están prosperando.

La industria tabaquera ha utilizado el argumento de que «el beber y el fumar van juntos» para hacer campaña contra las prohibiciones de fumar en California²⁹. Este argumento también indica un posible impacto negativo sobre el negocio: las personas fumadoras evitarán los bares sin humo, lo que perjudicará a las ventas. Es cierto que en un país con un alto consumo de alcohol, las consecuencias económicas de la prohibición de fumar serían considerables. Irlanda, por ejemplo, tenía uno de los consumos de alcohol per capita más altos del mundo en 2002. Irlanda es también el país con la cuota de mercado más alta de cerveza de barril en relación con las ventas totales de cerveza: un 78%. En otras palabras, cuando la población irlandesa bebe cerveza, lo hace sobre todo en el sector hostelero, como por ejemplo en los pubs. La ley irlandesa que prohíbe fumar en el lugar de trabajo (incluidos bares y restaurantes) entró en vigor el 29 de marzo de 2004. Aunque aún es demasiado pronto para evaluar el impacto económico total de la

prohibición, las cifras publicadas por la *Central Statistics Office* (Oficina Central de Estadística) de Irlanda desmentían las afirmaciones del sector hostelero, que estimaban las pérdidas en los pubs entre un 15% y un 25% desde la aplicación de la prohibición. Las cifras oficiales muestran que el valor de las ventas de los bares en Irlanda era de 106,6 en el periodo posterior a la prohibición (desde abril de 2004 hasta marzo de 2005) en comparación con la cifra de 110,2 en el periodo equivalente un año antes (desde abril de 2003 hasta marzo de 2004). El descenso del 3,3% en el valor de las ventas está en línea con el descenso en el volumen de ventas en los bares de Irlanda que había comenzado ya en 2002. El volumen de ventas en los bares de Irlanda aumentó hasta 2001, pero descendió un 2,8% en 2002, un 4,2% en 2003 y un 4,4% en 2004. Antes de la prohibición, los hábitos de consumo de alcohol en Irlanda ya habían cambiado. Como en Columbia Británica, el descenso en el volumen de ventas de los establecimientos de bebidas alcohólicas en Irlanda se produjo antes de la promulgación de la prohibición de fumar.

Los hábitos de consumo de alcohol están cambiando en Europa, ya que el consumo de alcohol per capita está disminuyendo y la gente bebe cada vez más en casa. Muchos factores pueden influir en las ventas del sector de la hostelería. Por ejemplo, el número de establecimientos de bebidas alcohólicas está disminuyendo en varios países europeos. El descenso de bares ha estado asociado al cambio en los hábitos de consumo de alcohol (menos ingesta de alcohol y más costumbre de beber en casa), al precio de las bebidas, al cierre de bares y cafés en los pueblos pequeños y al cambio de los establecimientos de bebidas alcohólicas por aquellos en los que también sirven comida.

Los estudios que miden el impacto económico de la prohibición de fumar en el sector hostelero deben cumplir unos requisitos mínimos, como los criterios de Siegel², para que se pueda juzgar la calidad del estudio:

1. Uso de datos objetivos (por ejemplo, ventas sujetas a impuestos o estadísticas sobre empleo).
2. Inclusión de todos los datos de después de la implantación de la ley y de varios años antes de la misma.
3. Uso de la regresión u otros métodos estadísticos que controlan las tendencias seculares y la fluctuación aleatoria de los datos.
4. Control apropiado de las tendencias económicas globales.

Referencias

- ¹ Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke free policies on the hospitality industry. *Tob Control* 2003; 12: 13–20.
- ² Siegel M. Economic impact of 100% smoke-free restaurant ordinances. In: *Smoking and restaurants: a guide for policy makers*. Berkeley, UC Berkeley/UCSF Preventative Medicine Residency Program; American Heart Association, California Affiliate; Alameda County Health Care Services Agency, Tobacco Control Program; 1992; 26–30.
- ³ Ministry of Management Services, Tourism Sector Monitor, July 2004, BC Stats, August 4 2004, issue: 04-07. <http://www.bcstats.gov.bc.ca/pubs/tour/tsm0407.pdf>.
- ⁴ New York City. *The State of Smoke-Free New York City. A One-Year review*. NY, March 2004.
- ⁵ Licensed Vintners Association. Independent research shows impact of smoking ban among Dublin Publicans. Press Release 9 July 2004. <http://www.lva.ie/easyedit/files/09July04.doc>. Accessed: February 2005.
- ⁶ Tobacco Manufacturers Association, Briefing, September 2004, Focus point. www.the-tma.org.uk. Accessed: January 2005.
- ⁷ Soumois F. Chasser la cigarette des restos? [Drive the cigarette out the restaurants?] *Le Soir*, 22 septembre 2004.
- ⁸ De Smedt E. Knack pro & contra, Moet roken verboden worden in de horeca? [Pro and contra, should smoking be banned in the Horeca (hotels, restaurants and bars)?] *knack*, 29 september 2004; *CM Le cas irlandais, La Libre Belgique*, 26 janvier 2005.
- ⁹ Central Statistics of Ireland: Retail sales index (Monthly) RSCM0130 Bars Value. Base 2000=100. www.eirestat.cso.ie/diska/RSCM0130.html. Accessed: May 2005.
- ¹⁰ Office of Tobacco Control. *Smoke free workplaces in Ireland. A one-year review*. Co. Kildare, March 2005.
- ¹¹ MAGAZINE. *Drinks Industry Ireland*. July/August 2004. Volume 4 Issue 9, page 7.
- ¹² World Health Organization. *Global status report: alcohol policy*. Geneva, 2004. www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/. Accessed: February 2005.

- ¹³ Irish Brewers Association. Brewing Industry - Fast Facts. Dublin, 2004. www.finfacts.com/biz10/Irishdrinkfacts2004.pdf. Accessed: January 2005.
- ¹⁴ Central Statistics Office. Consumer Prices: Average Price Analysis - Dublin and Outside Dublin, Dublin, November 2004. www.cso.ie. Accessed: February 2005.
- ¹⁵ Central Statistics Office, Travel and Tourism available at: www.cso.ie/releasespublications/pr_tourism.htm.
- ¹⁶ Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. SIRUS, National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo, Norway, June 2005. www.sirus.no/cwobjekter/SmokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf. Accessed: January 2006.
- ¹⁷ Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. Aotearoa New Zealand Smokefree Workplaces: A 12-month report. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, December 2005. www.asthmanz.co.nz/files/PDF-files/Aotearoa_NZ_Smokefree_Workplaces_12_month_report.pdf. Accessed: January 2006.
- ¹⁸ European Commission. The Health status of the European Union. Narrowing the health gap. Health and consumer protection. Luxembourg, 2003.
- ¹⁹ Personal communication, B. Baumberg, Policy and Research Officer, Institute of alcohol studies, London, UK, 24 February 2005.
- ²⁰ OECD Health Data 2004, 3rd edition. <http://www.oecd.org/dataoecd/13/29/31963581.xls>. Accessed: May 2005.
- ²¹ The Brewers of Europe, Beer facts 2003. www.brewersofeurope.org/uk/publications_doc/beerfacts2003.pdf. Accessed: February 2005.
- ²² European Commission. European business. 2004 Edition. Facts and figures. Data 1998-2002, Eurostat, Brussels, 2004.
- ²³ Horeca Vlaanderen, Statistieken [Horeca Flanders, statistics]. www.fedhorecavlaanderen.be. Accessed: January 2005.
- ²⁴ Union des métiers et des industries de l'hôtellerie, Chiffres Clé [Union of the professions and industries in the hospitality sector, key statistics]. www.umih.fr/chiffres/cafebar.php. Accessed: December 2004.
- ²⁵ Bedrijfschap horeca en catering, drinken in de Nederlandse Horeca 2004 [Society Horeca and catering, drinking in the Dutch Horeca 2004]. www.bhenc.nl. Accessed: January 2005.

- ²⁶ National Statistics Online – home of official UK statistics. www.statistics.gov.uk/. Accessed: January 2005.
- ²⁷ European Commission. Eurostat. www.europa.eu.int/eurostat. Accessed: January 2005.
- ²⁸ Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London, Institute of Alcohol Studies, 2006.
- ²⁹ Magzamen S, Charlesworth A, Glantz S. Print media coverage of California's smoke free bar law. *Tob Control* 1992; 10; 154–160.

Capítulo 4

Actitudes de la población respecto a las políticas de espacios sin humo en Europa

Sinéad Jones

Head, Tobacco Control, International Union Against Cancer, Geneva, Switzerland

Tanith Muller

Director, Tobacco Control Resource Centre, British Medical Association, Edinburgh, UK

4.1. Introducción

El presente artículo resume la situación actual en los países europeos seleccionados respecto al conocimiento y actitudes sobre el consumo de tabaco en los lugares públicos, así como las tendencias en las actitudes de la población en cuanto al consumo de tabaco en lugares públicos cerrados. También se resumen las experiencias internacionales de las leyes de espacios sin humo, y los estudios recientes acerca de las opiniones sobre las políticas de espacios sin humo introducidas en Europa.

La información sobre las actitudes del público respecto al tabaco en la UE viene de diversas fuentes, entre otras, encuestas anuales realizadas por organizaciones financiadas por los gobiernos, encuestas de opinión realizadas por organismos públicos y organizaciones relacionadas con la salud, y encuestas encargadas por organizaciones de medios de comunicación. Además, las evaluaciones de las leyes de espacios sin humo introducidas en ciertos países de la UE han incluido información sobre la opinión pública antes y después de la introducción de la ley.

Las encuestas registran a menudo el nivel de apoyo a las restricciones sobre el consumo de tabaco o a las leyes de espacios sin humo integrales en distintos entornos, incluidos edificios públicos, oficinas, restaurantes, bares, cafés y centros de trabajo.

Al comparar las encuestas, es evidente que la manera en que se formulan y redactan las preguntas puede conducir a una variabilidad en los resultados. Por ejemplo, expresiones como «sin humo» transmiten un mensaje claro y una imagen positiva, mientras que «restricciones sobre el consumo de tabaco» puede cubrir una amplia gama de disposiciones, desde una única mesa para personas no

fumadoras hasta salas para personas fumadoras completamente separadas. Términos como «prohibiciones» de fumar en público o «prohibir fumar» pueden malinterpretarse con el significado de que puede ilegalizarse el hecho mismo de fumar, o como que fumar puede no estar permitido en ninguna parte excepto en el hogar.

La redacción cuidadosa de las preguntas para las encuestas puede evitar estas fuentes de confusión, y por lo tanto, ofrecer una descripción más clara del verdadero nivel y de la fuerza del apoyo de la población a las medidas basadas en la evidencia para proteger contra los efectos dañinos del humo ambiental del tabaco.

En los últimos años, han surgido nuevas pruebas de la naturaleza y magnitud de los efectos sobre la salud de la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco. Además, la introducción satisfactoria en algunas ciudades, estados y países, de leyes que convierten todos los lugares de trabajo cerrados en espacios sin humo, ha centrado la atención en la implantación de políticas efectivas que demuestren que protegen la salud. La principal razón a favor de estas políticas es la protección de la población trabajadora, incluida la del sector hostelero, que a menudo corre un riesgo especial de exposición alta al humo ambiental del tabaco durante muchos años.

A pesar de la variación en la metodología y las preguntas utilizadas en las encuestas en Europa, surgen ciertas conclusiones generales. El apoyo a las leyes para restringir el consumo de tabaco en lugares públicos y a las políticas de espacios sin humo, está creciendo en Europa. El apoyo es mayor entre aquellas personas que están concienciadas de los riesgos que el humo ambiental del tabaco supone para la salud. Es mayor entre las personas no fumadoras que entre las personas fumadoras, con las personas ex fumadoras entre los dos grupos. Los partidarios de las restricciones sobre el consumo de tabaco suelen ser con más frecuencia mujeres; personas con trabajos profesionales o que ocupan cargos de dirección; y personas de 35 años y mayores. Las personas fumadoras suelen estar más a favor de las restricciones sobre el consumo de tabaco que de los lugares completamente sin humo.

El apoyo a los lugares públicos sin humo es mayor cuando las preguntas formuladas destacan la protección de la salud como la razón. Pero aun cuando el apoyo a los centros de trabajo sin humo, incluidos los restaurantes sin humo, es fuerte, las pruebas sugieren que son muchas las personas que no siempre reconocen totalmente los bares, pubs y clubes como lugares de trabajo. Por ejemplo, en una encuesta en el Reino Unido¹¹, sólo menos de la mitad (49%) de las personas encuestadas eran partidarias de una ley para convertir los pubs y bares en espacios sin humo. Sin embargo, en la misma encuesta, al recordársele que la mayoría de

los lugares públicos cerrados también son centros de trabajo, casi tres cuartas partes (73%) de las personas encuestadas dijeron que apoyarían una ley que convirtiese todos los lugares públicos y centros de trabajo en espacios sin humo; sólo el 15% de estas personas se oponían a dicha ley.

4.2. Apoyo de la población a los espacios sin humo en Europa

Algunos documentos internos publicados como resultado de las acciones legales contra la industria tabaquera en EE.UU. muestran que ya en la década de 1980, las empresas tabaqueras realizaban un seguimiento de las actitudes respecto al consumo de tabaco en los lugares públicos en Europa.

En un documento de 1989² que comparaba las actitudes de la población sobre una serie de medidas de control del tabaco en 10 países europeos y EE.UU., *Philip Morris* observó que una proporción considerable de personas adultas pensaba que el gobierno debía aprobar leyes para restringir el consumo de tabaco en los lugares públicos (figura 1). En todos menos en tres países (Turquía, Suecia y Suiza) el apoyo a las restricciones sobre el tabaco era superior que en EE.UU. Los países en los que el apoyo era mayor eran Italia (84%), España (73%) y Francia (67%).

Figura 1: Encuesta de Philip Morris sobre las actitudes de la población respecto a la legislación para restringir el consumo de tabaco, 1989

% de la población total que piensa que el gobierno debería aprobar leyes para restringir el consumo de cigarrillos en los lugares públicos



Fuente: *Philip Morris*, 1989²

4.2.1. *Apoyo de la población a las restricciones sobre el consumo de tabaco en los países europeos seleccionados*

No se dispone de encuestas representativas recientes sobre el apoyo público a las leyes de espacios sin humo para todos los países europeos. Sin embargo, los datos disponibles muestran un nivel considerable de apoyo a las restricciones sobre el consumo de tabaco, y también a las políticas de espacios sin humo, en varios países.

4.2.1.1. **Reino Unido**

Hay una amplia aceptación entre la población del Reino Unido que considera que el humo ambiental del tabaco tiene efectos dañinos para la salud³. Por ejemplo, más de ocho de cada diez personas (85%) están de acuerdo en que respirar el humo exhalado de otra persona aumenta el riesgo de cáncer de pulmón. Una encuesta de 2004⁴ revelaba que el 70% de las personas encuestadas estaban personalmente preocupadas por los riesgos para la salud que supone el respirar el humo de otras personas.

Iniciadas en 1996, las encuestas anuales del gobierno del Reino Unido⁵ han mostrado un nivel alto constante de apoyo público a las restricciones sobre el tabaco en los centros de trabajo (88% en 2003), así como en la mayoría de los lugares públicos, incluidos restaurantes (91%). El apoyo a las restricciones en los bares ha crecido con los años, alcanzando un 65% en 2004.

Algunas encuestas recientes han evaluado el nivel de apoyo público a las políticas de espacios sin humo. Casi una de cada tres personas (64%) son partidarias de una ley que convierta los lugares públicos en espacios sin humo⁶, mientras que el 67% están de acuerdo en que el gobierno debería prohibir fumar en espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos pubs, bares y restaurantes⁷. Otra encuesta⁸ puso de manifiesto que el 79% de las personas encuestadas apoyaría una ley para hacer de los restaurantes espacios completamente sin humo, mientras que el 49% estaba a favor de los bares sin humo.

Cuando se les preguntó si estaban de acuerdo en que toda la población trabajadora debería tener el derecho a trabajar en un entorno sin humo, casi nueve de cada diez (89%) personas encuestadas se mostraron muy de acuerdo, o tendieron a estar de acuerdo. Sólo una de cada veinte (5%) expresó su desacuerdo.

El sector empresarial se muestra a favor de los centros de trabajo sin humo: una abrumadora mayoría (93%) fomentaría una ley que prohibiera fumar en el lugar de trabajo⁹.

4.2.1.2. Francia

En Francia, la concienciación acerca del humo ambiental del tabaco como un peligro para la salud laboral es grande: el 93% de las personas encuestadas en un estudio realizado en julio de 2005¹⁰ estaba de acuerdo en que trabajar en un entorno lleno de humo representaba un verdadero riesgo para la salud. Además, el 70% de las personas que trabajan en restaurantes, y el 67% de las personas que trabajan en cafés y bares perciben la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco en el trabajo como un riesgo para su salud¹¹.

Hay un apoyo importante a los centros de trabajo sin humo: tres de cada cuatro franceses (75%) están de acuerdo en que el sector empresarial debe garantizar a la población trabajadora un lugar de trabajo sin humo, incluidos restaurantes, hoteles, bares, cafés y discotecas. La mayoría de la población trabajadora (61%) y el sector empresarial (51%) apoyarían una ley para convertir los restaurantes en espacios sin humo.

4.2.1.3. Alemania

En Alemania, algunas encuestas representativas recientes muestran un nivel considerable de apoyo a los restaurantes sin humo. Una encuesta realizada por medios de comunicación en 2005¹² indicaba un apoyo nacional a los restaurantes sin humo del 59%, con el 67% de los residentes de la antigua Alemania Oriental a favor.

El apoyo a las políticas de espacios sin humo en otros entornos también es fuerte. Un estudio publicado en diciembre de 2005 por el *German Cancer Research Centre* (Centro Alemán de Investigación sobre el Cáncer)¹³ informaba de que casi siete de cada diez (69%) alemanes apoyan los centros de trabajo sin humo (85% de personas no fumadoras, 44% de personas fumadoras), mientras que tres de cada cuatro (75%) están a favor de que todos los edificios públicos sean espacios sin humo.

4.2.1.4. Bélgica

Una encuesta de septiembre de 2004 encargada por la *Belgian Foundation Against Cancer* (Fundación Belga contra el Cáncer)¹⁴ descubrió un nivel de apoyo considerable a los restaurantes y cafés 100% sin humo. La mayoría de las personas (58%) eran partidarias de una prohibición total de fumar en los restaurantes, mientras que casi la mitad (49%) estaban a favor de que los cafés se convirtieran en espacios sin humo por ley.

La opinión variaba notablemente entre las diferentes regiones: el apoyo a los espacios sin humo era más alto en Bruselas, donde el 82% de la población quería restaurantes sin humo, pero no pasaba del 47% en Flandes.

4.2.1.5. Letonia

Los datos de la encuesta anual de control de la salud correspondientes a 2004¹⁵ muestran un nivel de apoyo considerable entre la población letona al control del consumo de tabaco en restaurantes, cafés y bares. La abrumadora mayoría (87,5%) de las personas encuestadas estaban de acuerdo en que era necesario restringir el consumo de tabaco en esos locales, con un 37,5% de personas que creían debería prohibirse totalmente fumar en estos sitios.

4.2.1.6. Finlandia

En Finlandia, no está permitido fumar en la mayoría de los centros de trabajo, pero está permitido hacerlo en restaurantes y bares. Recientemente, un grupo de trabajo del *Ministry of Health and Social Welfare* (Ministerio de Sanidad y Bienestar Social) recomendaba que los restaurantes y bares se convirtieran en espacios totalmente sin humo. Una encuesta de julio de 2005 publicada en los periódicos indicaba que el apoyo de la población a esta propuesta era del 47%, con un 49% de las personas encuestadas en contra.

4.2.1.7. Chipre

Una encuesta reciente¹⁷ mostraba que la inmensa mayoría de los chipriotas apoyan las políticas de espacios sin humo. A la pregunta de si estarían de acuerdo con la prohibición de fumar en los lugares públicos, el 86% de las personas encuestadas estaban a favor, mientras que el 78% creía que no debería estar permitido fumar en el lugar de trabajo.

Aunque la aprobación de lugares sin humo era mayor entre las personas no fumadoras, la mayoría de personas fumadoras y no fumadoras mostraban su apoyo; el 91% de las personas no fumadoras quería lugares públicos sin humo, en comparación con el 69% de las personas fumadoras, mientras que el 85% de las personas no fumadoras y el 52% de las personas fumadoras eran partidarias de centros de trabajo sin humo.

4.2.1.8. Suecia

En Suecia, los datos de las encuestas previas a la introducción de la legislación de bares sin humo en junio de 2005 muestran que más de ocho de cada diez (85%) suecos apoyan la introducción de la ley¹⁸. Entre las personas fumadoras, el 63% se

mostraba a favor y la abrumadora mayoría (90%) decía que respetaría la ley cuando entrara en vigor.

4.2.1.9. Suiza

Los datos sobre el apoyo a las políticas de espacios sin humo en Suiza se han extraído de una encuesta de octubre de 2005 encargada por la *Swiss League Against Cancer* (Liga Suiza contra el Cáncer)¹⁹. Los resultados de dicha encuesta muestran que más de tres de cada cuatro (76,8%) suizos adultos, incluida una mayoría (62%) de personas fumadoras, están a favor de que se prohíba fumar en todos los lugares públicos cerrados. Casi dos de cada tres (64%) apoyarían una ley para convertir los bares, cafés y restaurantes en espacios sin humo.

4.2.1.10. Lituania

En Lituania, el Ministerio de Sanidad encargó una encuesta realizada por una agencia independiente durante el verano de 2005, que estudiaba el apoyo de la población a los bares, restaurantes y otros lugares públicos cerrados sin humo.

Tres de cada cuatro personas encuestadas (75%) apoyaban la idea de una ley que prohibiera fumar en los bares, restaurantes y otros lugares públicos cerrados. El apoyo alcanzaba el 86% entre las personas no fumadoras, mientras que alrededor de uno de cada dos (51%) personas fumadoras también estaba a favor.

4.2.1.11. Rumanía

En Rumanía, hay un alto nivel de concienciación acerca de los riesgos para la salud del humo ambiental del tabaco entre las personas no fumadoras y las personas fumadoras. Una encuesta de 2004²⁰ puso de manifiesto que más de nueve de cada diez (91,9%) personas fumadoras creían que el humo de sus cigarrillos es peligroso para las otras personas, mientras que el 95,3% de las personas no fumadoras pensaba que el humo de los cigarrillos de otras personas es peligroso para su salud.

Más de la mitad (56,4%) de las personas no fumadoras estaban de acuerdo en que no debería estar permitido fumar en el lugar de trabajo en presencia de personas no fumadoras; únicamente algo más de un tercio de las personas fumadoras (34,7%) estaban de acuerdo.

4.2.1.12. Islandia

Un reciente estudio poblacional²¹ llevado a cabo en nombre del *Icelandic Public Health Institut* (Instituto de Salud Pública islandés) examinaba las actitudes de la población sobre el humo ambiental del tabaco y las políticas de espacios sin humo.

Más de nueve de cada diez (93,8%) participantes creían que trabajar en un entorno donde se permite fumar es malo para la salud. Más de seis de cada diez (61,3%) eran partidarios de una ley para convertir todos los restaurantes, pubs y bares en espacios sin humo.

4.2.1.13. España

En España, una encuesta²² realizada antes del 1 de enero de 2006, fecha de entrada en vigor de una nueva ley que prohibía fumar en los centros de trabajo no pertenecientes al sector de la hostelería, puso de manifiesto un apoyo general a la medida.

La encuesta reveló que tres de cada cuatro personas encuestadas (77%) apoyaban la ley, y sólo el 15% de las personas encuestadas se oponían a la misma. Siete de cada diez personas (70,5%) encuestadas pensaban que la ley contribuiría a mejorar la salud pública.

4.3. Apoyo de la población a las leyes de espacios sin humo vigentes

Allí donde se han introducido leyes de espacios sin humo, éstas disfrutaban de un amplio apoyo público. Además, el apoyo de la población a las leyes de espacios sin humo crece normalmente durante el periodo previo a su introducción, y aumenta aún más tras la implantación. La evidencia de estudios comparativos entre los países sugieren que el anuncio, la elaboración y promulgación de la legislación de espacios sin humo pueden actuar como un catalizador para cambiar las actitudes de la población, conduciendo a un aumento más rápido en el apoyo a las políticas de espacios sin humo.

4.3.1. Las leyes de espacios sin humo fuera de Europa

La experiencia de las leyes de espacios sin humo fuera de Europa viene de ciudades, estados y países. En esta sección se presentan pruebas del apoyo público a las políticas de espacios sin humo actualmente en vigor en los países no europeos seleccionados.

4.3.1.1. Leyes estatales de EE.UU.

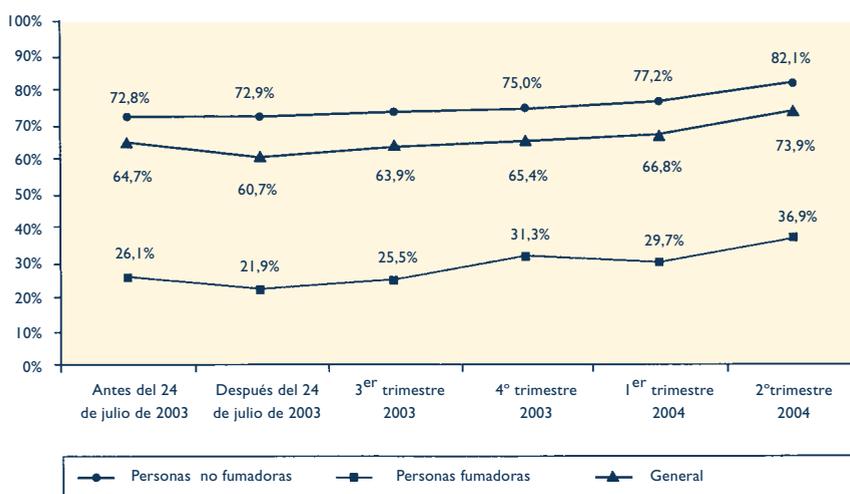
Las leyes estatales de espacios sin humo en EE.UU. son populares. En California, el apoyo a la ley para convertir los bares en espacios sin humo saltó del 68%

antes de su introducción en 2000, al 75% después de la misma. En Connecticut, una encuesta sobre actitudes del público acerca de una ley que convertía todos los centros de trabajo, incluidos bares y restaurantes, en espacios sin humo descubrió que el 85% de las personas encuestadas apoyaban la ley. El apoyo a la ley de espacios sin humo de Maine creció del 77% cuando se introdujo en diciembre de 2003, al 88% un año después. El apoyo entre las personas fumadoras creció del 40% al 54% en ese periodo.

La experiencia en Nueva York es la misma que puede verse en el resto de EE.UU., con un aumento constante del apoyo a la *Clean Indoor Air Act* – CIAA (Ley del Aire Interior Limpio), en virtud de la cual los lugares de trabajo cerrados, incluidos bares, pubs y clubes, pasaban a ser espacios completamente sin humo. La Figura 2 muestra los niveles de apoyo a la Ley entre las personas fumadoras y personas no fumadoras antes y después de que entrara en vigor el 24 de julio de 2003.

Aunque el apoyo a la Ley bajó ligeramente inmediatamente después de su introducción, volvió a subir de forma constante más adelante: un año después, era unos 10 puntos porcentuales más alto tanto entre personas fumadoras como no fumadoras, alrededor del 74%. El cumplimiento de la Ley es elevado, alrededor del 94% de los locales son espacios sin humo²³.

Figura 2: Porcentaje de personas adultas (personas no fumadoras y personas fumadoras) que apoyan la Ley del Aire Interior Limpio (CIAA) de Nueva York antes y después de su implantación en julio de 2003



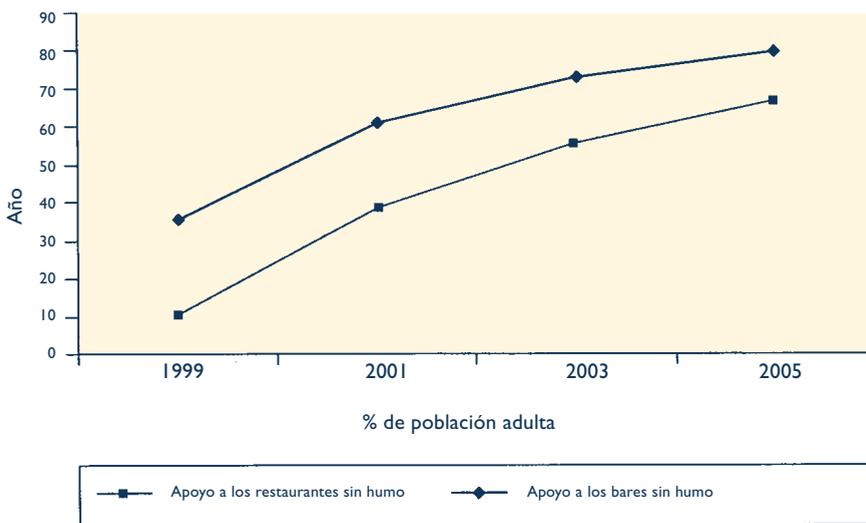
Fuente: *New York State Department of Health* (Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York)²³.

4.3.1.2. Nueva Zelanda

En diciembre de 2004, todos los centros de trabajo en Nueva Zelanda, incluidos restaurantes, bares y casinos, se convirtieron en espacios sin humo. Una evaluación de la ley publicada en el primer aniversario de su introducción²⁴ descubrió un aumento en el apoyo a la ley. El apoyo a los restaurantes sin humo creció del 73% antes de que la ley entrara en vigor, al 80% nueve meses después; el apoyo a los restaurantes sin humo creció del 48% al 67%. El cumplimiento de la ley es alto, al ser un 97% de los bares y tabernas espacios sin humo. A la introducción de la ley le siguió un rápido descenso en el carácter social del fumar en los clubes nocturnos, bares, casinos y cafés.

La experiencia de Nueva Zelanda demuestra claramente cómo las actitudes de la población respecto al consumo de tabaco en los lugares públicos y centros de trabajo pueden cambiar rápidamente en un corto periodo de tiempo. La Figura 3 muestra el apoyo público a los bares y restaurantes sin humo en Nueva Zelanda en los últimos años. Desde 1999, el apoyo a los restaurantes sin humo ha crecido desde el 35%, y el apoyo a los bares sin humo desde sólo el 10%²⁴.

Figura 3: Apoyo público a las políticas de espacios sin humo en Nueva Zelanda 1999-2005



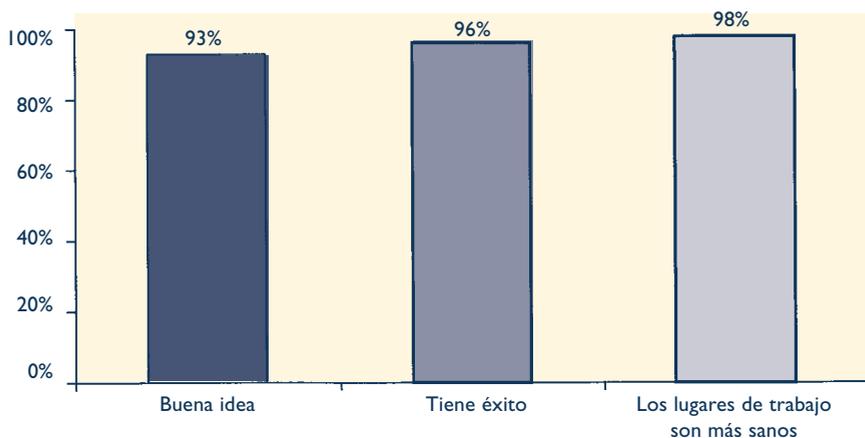
4.3.2. Las leyes de espacios sin humo en Europa

La evaluación de la ley de los centros de trabajo completamente sin humo introducida en Irlanda en marzo de 2004, y la de la ley de los bares y restaurantes sin humo introducida en Noruega más adelante ese mismo año, demuestra claramente que las leyes de espacios sin humo pueden tener éxito y ser populares en Europa. Además, los estudios preliminares de la nueva legislación en Malta, Suecia e Italia, y de las leyes aún por entrar en vigor en Escocia e Irlanda del Norte, sugieren que estas iniciativas disfrutaron de un amplio apoyo de la población.

4.3.2.1. Irlanda

La ley de los centros de trabajo sin humo introducida en Irlanda en marzo de 2004 ha sido bien recibida. En una encuesta sobre la opinión pública²⁵ realizada un año después de su entrada en vigor entre una muestra representativa de población adulta, había casi un acuerdo unánime (98%) en que los lugares de trabajo son más sanos desde la introducción de la ley. La gran mayoría (96%) cree que la ley tiene éxito, incluidos casi nueve de cada diez (89%) personas fumadoras. Asimismo, la gran mayoría (93%) piensa que la introducción de la ley fue una buena idea, incluido el 80% de las personas fumadoras (figura 4).

Figura 4: Actitudes de la población respecto a la ley irlandesa de los centros de trabajo sin humo



Fuente: *Office of Tobacco Control, Ireland* (Oficina del Control del Tabaco de Irlanda) ²⁵.

La ley se respeta, lo que es otro indicador del apoyo de la población. Nueve meses después de su introducción, los datos de inspección recopilados mostraban un cumplimiento general del 94%, con un 99% de cumplimiento en los restaurantes, 93% en los hoteles y 90% en los locales autorizados para servir alcohol. La tasa de cumplimiento medio en el mismo periodo en locales como oficinas y fábricas, de acuerdo con el seguimiento realizado por el *Health and Safety Authority* (Organismo de Salud y Seguridad) ²⁶ era del 92%.

El apoyo público a la ley irlandesa ha aumentado de manera constante, desde el 67% antes de su implantación al 82% cinco meses después de la misma, al 93% un año después.

4.3.2.2. Noruega

Una evaluación del primer año de la ley de bares y restaurantes sin humo en Noruega²⁷ puso de manifiesto un aumento en el apoyo a la ley. Seis meses antes de su introducción, el 47% de la población estaba a favor; seis meses después de su introducción en diciembre de 2004, el apoyo había subido once puntos porcentuales hasta el 58%, con el 73% de las personas no fumadoras a favor.

El cumplimiento de la ley es alto: el 94% de las personas encuestadas respondieron que rara vez o nunca se encontraban expuestos aire contaminado por el humo del tabaco en bares y restaurantes, una mejora significativa de la situación (56%) con respecto al año anterior.

4.3.2.3. Malta

La aprobación por parte de de la población de la reciente legislación sobre el tabaco en los lugares públicos en Malta es elevada: casi nueve de cada diez (89%) personas encuestadas estaban de acuerdo en que la ley de regulación del tabaco era necesaria, con el 96% de las personas no fumadoras y el 72% de las personas fumadoras a favor de la ley²⁸. Las mujeres fumadoras tenían una opinión sobre la ley ligeramente más favorable que los hombres (75% de mujeres a favor, frente al 70% de hombres).

4.3.2.4. Italia

El 10 de enero de 2005, Italia introdujo la legislación que convertía todos los centros de trabajo, incluidos bares y restaurantes, en espacios sin humo. Esta medida disfruta de un nivel alto de apoyo público.

Incluso antes de su introducción, los datos de las encuestas²⁹ demuestran que el apoyo a la ley era alto: en 2004, las encuestas indicaban que el apoyo alcanzaba el 85,8%, y el 47% de las personas encuestadas expresaba un fuerte apoyo a la medida. Un año después, el apoyo general seguía siendo casi unánime, un 86,8%, y la proporción de personas que apoyaban fuertemente la ley había aumentado al 55,5%. La oposición a la ley disminuyó ligeramente, desde el 11,1% al 10,6%.

4.3.2.5. Escocia e Irlanda del Norte

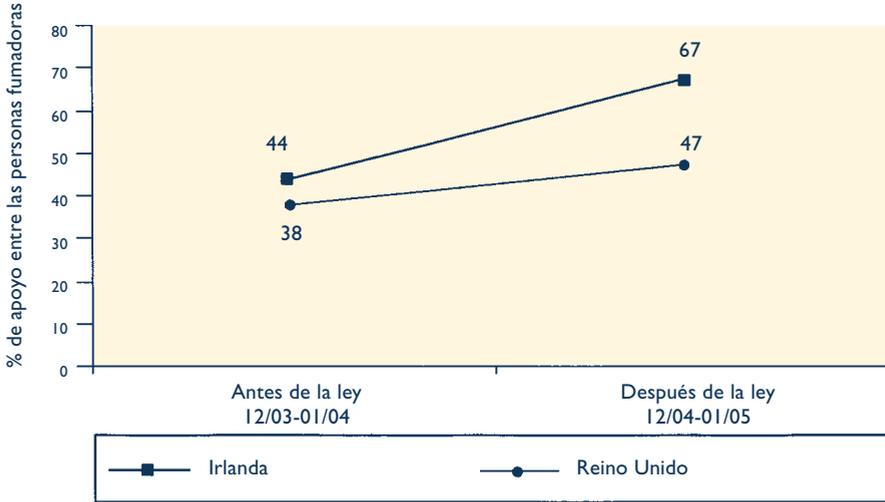
En Escocia, una nueva ley que convertía todos los lugares públicos en espacios sin humo entró en vigor el 26 de marzo de 2006. Una encuesta llevada a cabo en agosto de 2005 mostraba que el 56% de la población escocesa apoyaba la nueva ley, y que el apoyo entre las personas fumadoras había aumentado del 19% al 33% en los tres meses desde mayo a agosto³⁰. En Irlanda del Norte, se han anunciado planes para convertir todos los lugares de trabajo en espacios sin humo a partir de abril de 2007, un cambio que apoya el 69% del público³¹.

4.3.3. Estudios comparativos de las leyes de espacios sin humo

Se han extraído más pruebas de que tras la implantación de las políticas de espacios sin humo el apoyo a las mismas aumenta entre las personas fumadoras de un estudio comparativo que realiza un seguimiento del impacto de diversas políticas de control del tabaco sobre las personas fumadoras en diferentes países (figura 5)³².

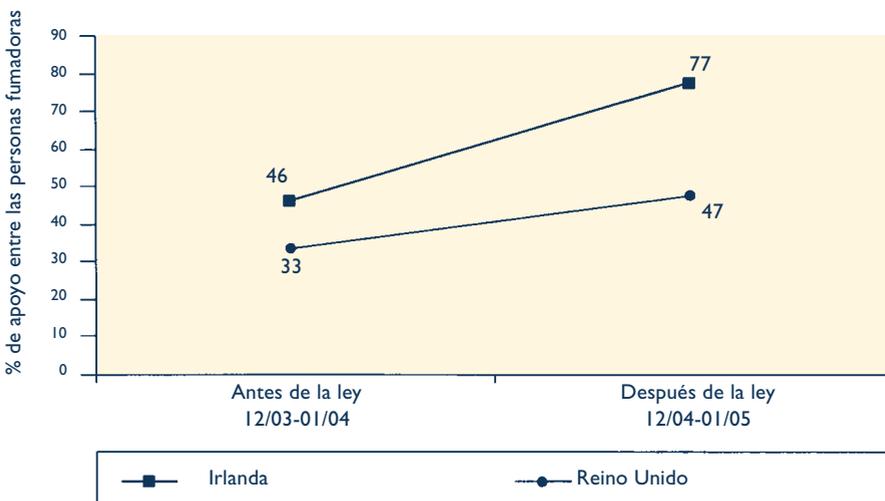
Antes de que se introdujera la ley de los centros de trabajo sin humo en Irlanda, el 44% de las personas fumadoras estaba a favor. Nueve meses después, este porcentaje había aumentado hasta el 67%: un aumento de 23 puntos porcentuales. Durante el mismo periodo en el Reino Unido, el apoyo a los centros de trabajo sin humo también creció, pero no tan rápidamente, sólo nueve puntos porcentuales.

Figura 5: El apoyo a la ley de los centros de trabajo sin humo en Irlanda aumentó entre las personas fumadoras tras su entrada en vigor



Se puede ver un patrón similar para el apoyo a los restaurantes y bares sin humo (figura 6). Durante los 12 meses previos a diciembre de 2004/ enero de 2005, el apoyo a los restaurantes sin humo aumentó en 31 puntos porcentuales entre las personas fumadoras irlandesas, pero sólo 14 puntos porcentuales entre las personas fumadoras del Reino Unido.

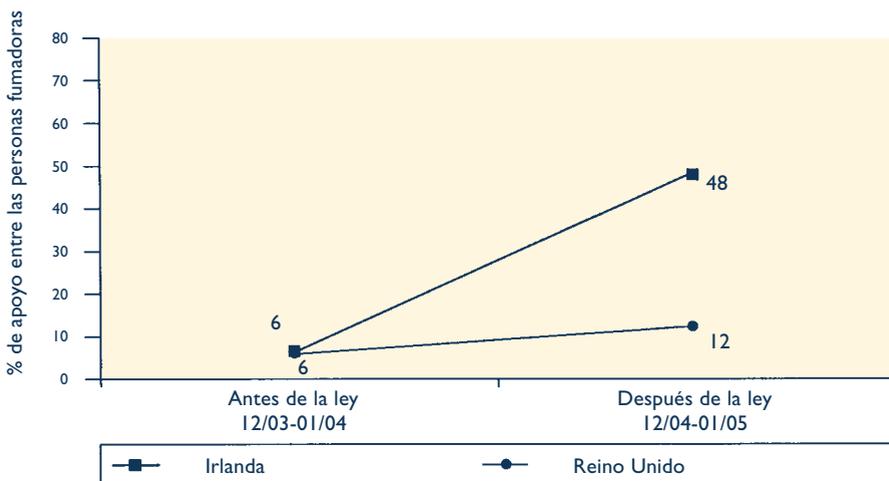
Figura 6: El apoyo a los restaurantes sin humo en Irlanda aumentó entre las personas fumadoras después de la entrada en vigor de la ley de los centros de trabajo sin humo



El aumento más espectacular de todos los que pueden observarse se produce en la aprobación de los bares sin humo entre las personas fumadoras irlandesas. A principios de 2004, alrededor de uno de cada veinte personas fumadoras (6%) en Irlanda y el Reino Unido apoyaban los bares sin humo. Durante el año siguiente, la aprobación entre las personas fumadoras irlandesas aumentó hasta casi uno de cada dos (48%), un aumento de 42 puntos porcentuales. En el Reino Unido, en ese mismo periodo, la aprobación aumentó sólo 6 puntos porcentuales, hasta el 12% (figura 7).

El impacto del liderazgo político a la hora de dirigir y construir el apoyo público a las leyes de espacios sin humo se ve de nuevo en las experiencias recientes del Reino Unido. Una encuesta³³ realizada en la primavera de 2004 mostraba que el apoyo a los pubs y bares completamente sin humo permanecía al 39% en Escocia y al 51% en Inglaterra. En diciembre de 2005, el apoyo a los espacios sin humo había aumentado en todo el Reino Unido³⁴. Pero mientras que en Inglaterra el apoyo a los bares sin humo había aumentado en 11 puntos porcentuales, en Escocia, donde el Primer Ministro Jack McConnell había anunciado en noviembre de 2004 su intención de convertir por ley todos los lugares públicos en espacios sin humo, había aumentado hasta superar el apoyo en Inglaterra, elevándose en 31 puntos porcentuales hasta el 70%.

Figura 7: Aumento espectacular del apoyo a los bares sin humo en Irlanda entre las personas fumadoras tras la implantación de la ley de los centros de trabajo sin humo

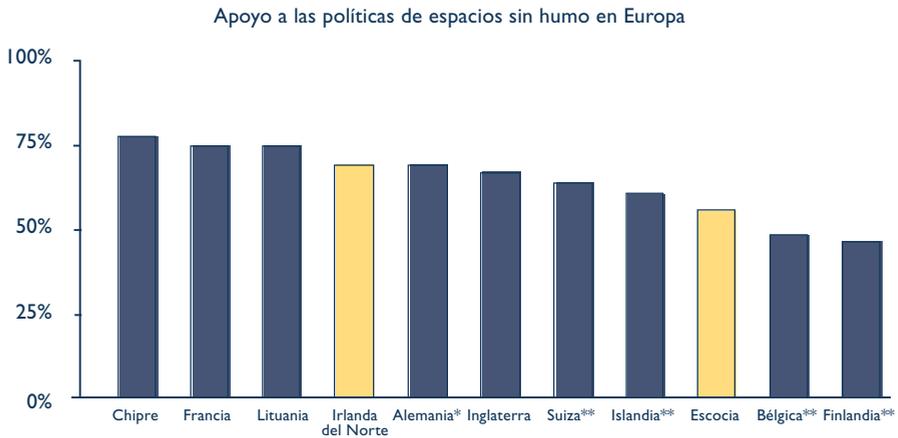
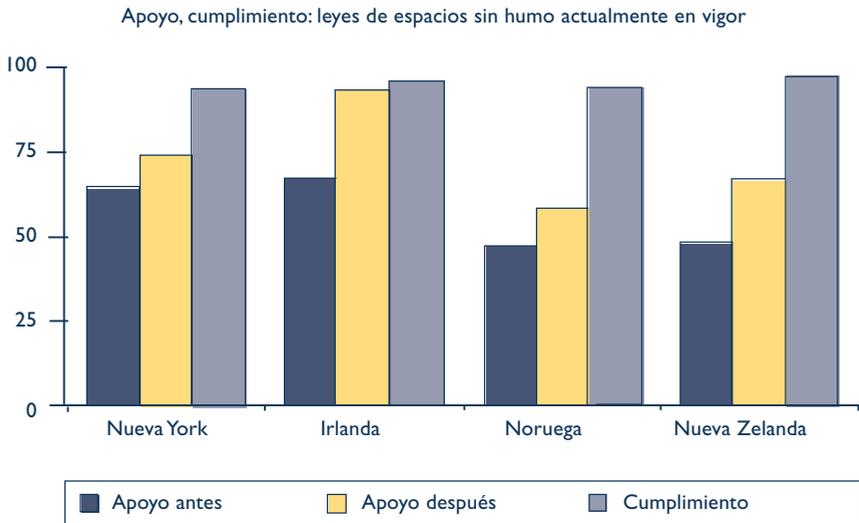


4.4. ¿Está Europa preparada para las políticas de espacios sin humo?

Entre los factores clave para el éxito de las políticas de espacios sin humo se encuentran un nivel alto de concienciación por parte de la población acerca de los riesgos para la salud del humo ambiental del tabaco y un cierto nivel de apoyo público a las leyes de espacios sin humo. Algunas personas sostienen que el apoyo público a las políticas de espacios sin humo en la mayoría de los países europeos se queda corto en relación con la cantidad esencial necesaria para su introducción con éxito, y para garantizar el apoyo y respeto de la población.

Aunque los datos poblacionales no están aún disponibles para muchos estados miembros de la UE, los datos disponibles sugieren lo contrario. De hecho, la concienciación acerca de los riesgos para la salud del humo ambiental del tabaco y el apoyo a los espacios sin humo en ciertos países de la UE es igual o superior ahora al que se ha demostrado suficiente para la introducción con éxito de las leyes de espacios sin humo en otros países (figura 8). Además, las últimas pruebas demuestran que las leyes para un centro de trabajo totalmente sin humo pueden promulgarse con éxito incluso donde una de cada tres personas adultas fuma. No parece razonable esperar que en caso de que se introdujese una ley de espacios sin humo en cualquier país de la UE en el que se dan las mismas condiciones, el apoyo y el cumplimiento no alcanzasen los mismos niveles altos observados en el resto de países.

Figura 8: El apoyo a las leyes de espacios sin humo totales en muchos países europeos ya supera el que se ha observado en los países en los que dichas leyes se han introducido con éxito y con un alto nivel de cumplimiento



Los países que han anunciado leyes de espacios sin humo totales se muestran en amarillo.

Todos los porcentajes muestran el apoyo popular a la ley para convertir todos los lugares de trabajo en espacios sin humo, excepto* apoyo a los lugares de trabajo sin humo ** apoyo a los bares, cafés y restaurantes sin humo.

Las pruebas demuestran que el apoyo a las leyes para convertir todos los centros de trabajo en espacios sin humo aumenta después de su introducción (figura 8). De hecho, como muestran las pruebas de California, Connecticut, Maine, Nueva York, Nueva Zelanda e Irlanda, las acciones de las personas responsables de la elaboración de las políticas pueden conducir a un apoyo de la población incluso entre las personas fumadoras .

Los/las políticos/as pueden tardar en apreciar la popularidad de las leyes de espacios sin humo. Sin embargo, en una encuesta realizada a final de año por la televisión pública irlandesa RTE, la ley de espacios sin humo fue elegida como el evento más popular de 2004. Es difícil imaginar otra ley que pudiera contar con estos niveles de apoyo y aprobación públicos. El miedo a una cobertura adversa en la prensa también puede desplazarse: una encuesta sobre la cobertura en prensa de la Ley del Aire Interior Limpio en Nueva York descubrió que el tono editorial general de las noticias se volvía más favorable a las políticas de espacios sin humo a medida que el tiempo pasaba.

Referencias

- ¹ MORI. Overwhelming support for workplace smoking ban. 16 June 2004. www.mori.com/polls/2004/ash.shtml
- ² Philip Morris International. How today's smokers and non-smokers in Europe feel about smoking issues. October 1989. Philip Morris (Bates no. 2500147468). www.pmdocs.com. Accessed: December 2005.
- ³ Lader D, Goddard L. Smoking-related behaviour and attitudes, 2003. London, Office for National Statistics, 2004.
- ⁴ ICM Research. BBC Smoking Poll, July 2004. www.icmresearch.co.uk/reviews/2004/BBC-Breakfast-News-Smoking-July04/BBC-Breakfast-Smoking-July04.asp. Accessed: December 2005.
- ⁵ Lader D, Goddard L. Smoking-related behaviour and attitudes, 2004. London, Office for National Statistics, 2004. www.statistics.gov.uk/statbase/Product.asp?vlnk=1638. Accessed: December 2005.
- ⁶ Public Attitudes to Smoke-free Policy. *In: Going Smoke-free: The Medical Case for Clean Air in the Home, at Work and in Public Places*. London, Royal College of Physicians, 2005. p. 106.
- ⁷ CM Research BBC Healthy Britain Poll. Sept 2004. news.bbc.co.uk/1/hi/health/3633018.stm
- ⁸ MORI Overwhelming support for workplace smoking ban. 16 June 2004. <http://www.mori.com/polls/2004/ash.shtml>
- ⁹ Peninsula. Majority of employers support workplace smoking ban. *Personnel Today* 14 July 2004. http://www.personneltoday.com/pt_news/news_daily_det.asp?feed=rss&liArticleID=24628
- ¹⁰ Ipsos. Survey for Pfizer. French employees and application of the anti-tobacco law: perceptions and expectations. 23, 24 July 2005.
- ¹¹ IFOP survey for *Le Journal du Dimanche*. The French and smokefree public places. 6, 7 October 2005.
- ¹² Auftrag der Deutschen Presseagentur, 2005 [On behalf of the German Press Agency]. www.nid.de/NRI/58info052.html#Gäste%20und%20Personal
- ¹³ Schaller K, Poetschke-Langer M, Schultze A, Ehrmann K. Massnahmen zum Nichtraucherschutz in Deutschland [Measures of nonsmokers' protection in Germany]. Heidelberg, DKFZ, 2005.

- ¹⁴ Belgians back restaurant smoking ban. 22 September 2004. www.expatica.com/source/site_article.asp?channel_id=3&story_id+12107
- ¹⁵ Health Behaviour Survey among Latvian Adult Population, 2004. (The FINBALT Health Monitoring Survey).
- ¹⁶ Aamulehti/Taloustutkimus. July 2005. <http://www.yle.fi/news/left/id14474.html>. Accessed: December 2005.
- ¹⁷ Cymar Market Research Ltd. May 2005.
- ¹⁸ Swedish National Institute of Public Health, May 2005. www.tobaksfakta.org/Default.asp?bhcd=32&bhsh=768&bhsw=1024
- ¹⁹ Enquete sur la fumée de tabac en Suisse [Survey about smoking tobacco in Switzerland]. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne et DOXA, October 2005. www.swisscancer.ch/
- ²⁰ Centre for Health Politics and Services/EU, Lithuania. Knowledge, attitudes and practices about smoking. 2004.
- ²¹ Public Health Institute/IMG Gallup Iceland. March 2005. www.lydheilsustod.is
- ²² Centro de Investigaciones Sociológicas. Tabaquismo y nueva normativa anti tabacco [Tobacco and the new law antitobacco]. November 11, 2005.
- ²³ First Annual Independent Evaluation of New York's Tobacco Control Program, Final report, New York State, Department of Health, Nov 2004.
- ²⁴ Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. Aotearoa New Zealand Smokefree Workplaces: A 12-month report. Wellington, New Zealand. December 2005. www.asthmanz.co.nz/files/PDFfiles/Aotearoa_NZ_smokefree_workplaces_12_months_report.pdf. Accessed: January 2006.
- ²⁵ Office Tobacco Control. 28 March 2005. Press release: Poll shows 98% of us believe Irish workplaces are healthier as a result of the smokefree law. www.otc.ie
- ²⁶ Office of Tobacco Control. Smoke free at work: a one year review. Ireland, 29th March 2005.
- ²⁷ Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. SIRUS, National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo, Norway, June 2005 www.sirius.no/cwobjekter/smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf. Accessed: January 2006
- ²⁸ Times of Malta, 2005. www.mam.org.mt/newsdetail.asp?i=391&c=1.

- ²⁹ DOXA. Il fumo in Italia. Sintesi dei Risultati [Smoking in Italy]. [Summary of results]. www.doxa.it/italiano/nuoveindagini/fumo2005.pdf
- ³⁰ MRUK –home Scottish survey. 2005. www.clearingtheairscotland.com/research/opinion-survey.html
- ³¹ MORI. Ireland. November 2004. www.mori.ie/latest/smoking.shtml
- ³² Fong GT, Hyland A, Borland R, et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK survey. *Tob Control* 2005; Epub ahead of print (doi:10.1136/tc.2005013649).
- ³³ ASH. Major New Poll Shows Public Support Across UK for Comprehensive Smokefree Law. Press Release 30th December 2005. <http://www.ash.org.uk/>
- ³⁴ YouGov, ASH, Cancer Research UK, 2005. www.ash.org.uk/html/press/051230.html.

Capítulo 5

Por qué la ventilación no es una alternativa viable a la prohibición total de fumar

**D. Kotzias, O. Geiss, P. Leva, A. Bellintani, A. Arvanitis,
S. Kefalopoulos**

Comisión of the European Union, Joint Research Centre, Institut for Health and Consumer Protection, Ispra (Va), Italy.

5.1. Introducción

El humo ambiental del tabaco (HAT), derivado principalmente de la corriente secundaria del humo que se produce por la combustión del cigarrillo, contribuye de forma importante a la contaminación del aire en interiores en los que se fuma. Se ha sugerido la ventilación como una alternativa a la prohibición total de fumar en respuesta a este problema. Sin embargo, en el siguiente capítulo se demostrará por qué la ventilación no es una alternativa viable.

El humo ambiental del tabaco es una compleja mezcla de miles (aproximadamente 4.000) de compuestos en las fases de partícula y de vapor. La nicotina y las partículas respirables en suspensión se utilizan para cuantificar la exposición, ya que el HAT no puede medirse directamente como un todo. La contribución de diversos entornos a la exposición personal al humo del tabaco varía con el patrón de tiempo-actividad de las personas expuestas. Por ejemplo, la exposición de la población infantil niños que residen en la casa de una persona fumadora sería mayor en el caso de esta población infantil que no va a la guardería. En el caso de las personas adultas que residen con personas no fumadoras, el centro de trabajo puede ser el lugar principal donde se produce la exposición. En EE.UU., las concentraciones de nicotina en los hogares en los que se fuma oscilan normalmente entre menos de $1\text{ig}/\text{m}^3$ y más de $10\text{ig}/\text{m}^3$. Las concentraciones en las oficinas donde la gente fuma normalmente entre casi cero y más de $30\text{ig}/\text{m}^3$. Los niveles en los restaurantes, y especialmente en los bares, suelen ser incluso mayores, y las concentraciones en espacios reducidos como los coches pueden ser mayores aún. Las medidas de las partículas respirables en suspensión

asociadas al HAT en los hogares donde las personas fuman oscilan entre unos pocos $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y más de $500\mu\text{g}/\text{m}^3$, mientras que los niveles en oficinas son generalmente inferiores a $100\mu\text{g}/\text{m}^3$ y los niveles en restaurantes pueden superar $1000\mu\text{g}/\text{m}^3$. En las sociedades occidentales, con una prevalencia del tabaquismo entre la población adulta del 30-50%, se estima que más del 50% de los hogares están ocupados por al menos una persona fumadora, lo que resulta en una prevalencia alta de la exposición de población infantil y de personas no fumadoras al HAT. Se ha sugerido a menudo que la aplicación de índices altos de renovación del aire en espacios cerrados y la separación de personas fumadoras y no fumadoras en los espacios públicos reducen la exposición humana al HAT. Sin embargo, las personas expertas en ventilación de edificios han manifestado que la ventilación por dilución, utilizada en todos los edificios ventilados mecánicamente, no controlará el HAT en restaurantes, bares, etc. También han indicado la falta de normas reconocidas en cuanto al límite aceptable de exposición al HAT, así como la falta de información sobre los niveles de exposición típicos^{1, 2}.

A fin de evaluar el impacto de diversos índices de renovación del aire sobre los niveles de contaminantes del aire derivado del HAT, se ha llevado a cabo una serie de experimentos utilizando la instalación INDOORTRON, una cámara ambiental de 30m^3 . El estudio es parte de nuestras investigaciones sobre los componentes del tabaco, incluidas la investigación sobre los aditivos del tabaco³, los estudios sobre la exposición humana al humo primario y secundario del tabaco y el impacto del HAT sobre la calidad del aire interior. Se pone énfasis en la identificación y cuantificación de los principales componentes volátiles del HAT (muchos de los cuales se sabe que tienen efectos graves sobre la salud) bajo índices de renovación del aire distintos, más que en el examen de las tecnologías disponibles para el control del HAT. Una característica especial de nuestro estudio fue el control y seguimiento de varios componentes del HAT cerca (1,5m) de la fuente de emisión (el cigarrillo consumiéndose) durante el fumado, para evaluar la exposición humana en proximidad directa con la fuente.

5.2 Experimentos para evaluar el impacto de los índices de renovación del aire sobre los componentes del HAT

Se llevaron a cabo dos series de experimentos.

5.2.1. Primera serie de experimentos

Se fumaron cinco cigarrillos seguidos con una máquina de fumar comercial siguiendo el régimen de consumo de tabaco ISO en la instalación INDOORTRON. Para estos experimentos, la cámara se operó en unas condiciones estáticas del aire y a tres índices de renovación del aire diferentes: 0,2; 0,5 y 1 renovaciones por hora, manteniendo la humedad relativa al 50% y la temperatura a 23° C.

5.2.2. Segunda serie de experimentos

Se fumaron cuatro cigarrillos simultáneamente cinco veces, un total de veinte cigarrillos fumados durante cada experimento. La cámara se operó a cinco índices de renovación del aire diferentes: 0,5; 1; 2; 3,5 y 5 renovaciones por hora manteniendo la humedad relativa al 50% y la temperatura a 23° C (a un índice de renovación del aire de 5, la humedad relativa bajó al 23%).

Durante los experimentos se tomaron muestras de aire a intervalos de tiempo distintos para seguir los cambios en la concentración de algunos de los componentes característicos que se forman durante la combustión del tabaco.

Se tomaron muestras de las siguientes sustancias y se realizó un análisis de las mismas:

- Compuestos orgánicos volátiles (COV): benceno, tolueno, piridina, m/p xileno, limoneno y nicotina (primera y segunda serie de experimentos en condiciones estáticas del aire, índice de renovación del aire de 0,5; 1 y 2).
- Compuestos de carbonilo: formaldehído y acetaldehído (segunda serie de experimentos a índices de renovación del aire de 0,5; 1 y 2).
- Gases inorgánicos: óxidos de nitrógeno (NO_x (NO+NO₂)) y monóxido de carbono (CO) (todos los experimentos).

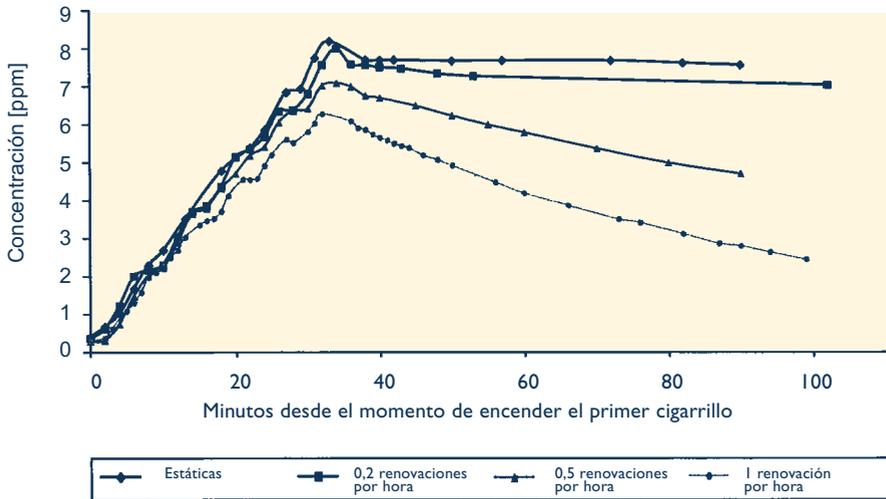
5.3. Resultados y análisis

5.3.1. Control del monóxido de carbono (CO) y de los óxidos de nitrógeno (NO_x)

Las Figuras 1 y 2 muestran la variación de las concentraciones de CO y NO_x durante el fumado de cinco cigarrillos seguidos en condiciones estáticas del aire y mediante la aplicación de diferentes índices de renovación del aire en un periodo de aproximadamente 100 minutos (duración de los experimentos). Durante el periodo de combustión (alrededor de 37 minutos tras el encendido), las concentraciones de CO y NO_x aumentan de forma constante hasta alcanzar el máximo al final del periodo de combustión. Las medidas indican claramente que durante este tiempo (periodo de combustión) los cambios en el índice de renovación del aire no tienen una influencia significativa sobre la concentración de contaminantes. El cambio del índice de renovación del aire de unas condiciones estáticas hasta una renovación por hora (es decir, 30m³), resulta en cambios en las concentraciones de CO de sólo hasta el 25%, en comparación con los valores obtenidos en unas condiciones estáticas del aire. Para los NO_x se hallaron resultados similares.

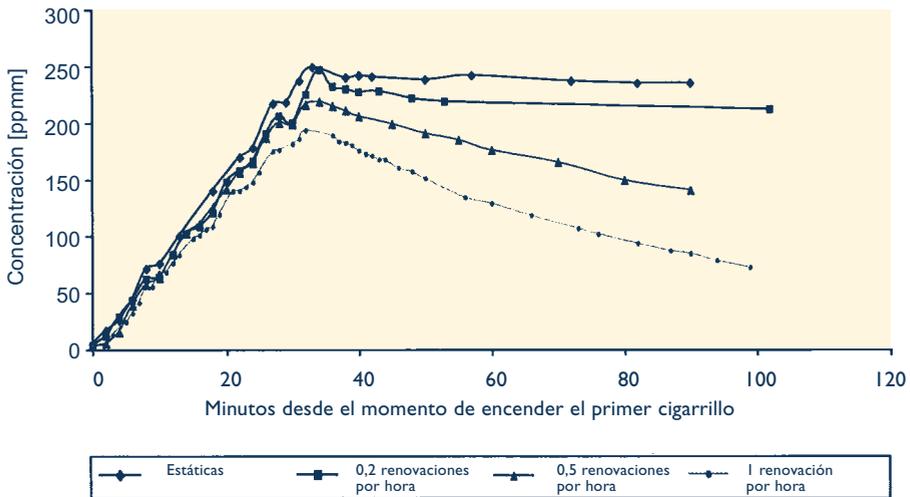
Tras el periodo de fumado (con una duración de aproximadamente 37 minutos), se observó una reducción general de la concentración de contaminantes en aire. Esto puede atribuirse a las variaciones en el índice de renovación del aire y a la ausencia de una fuente de emisión fuerte (el cigarrillo consumiéndose). Al final de los experimentos (después de aproximadamente 100 minutos), un cambio en el índice de renovación del aire de hasta una renovación por hora, resulta en una reducción de entre el 67% y el 70% aproximadamente de las concentraciones de CO y NO_x respectivamente (en comparación con unas condiciones estáticas del aire).

Figura 1: Concentración de monóxido de carbono (CO) a diferentes índices de renovación del aire (primera serie de experimentos)



Ppm: partes por millón

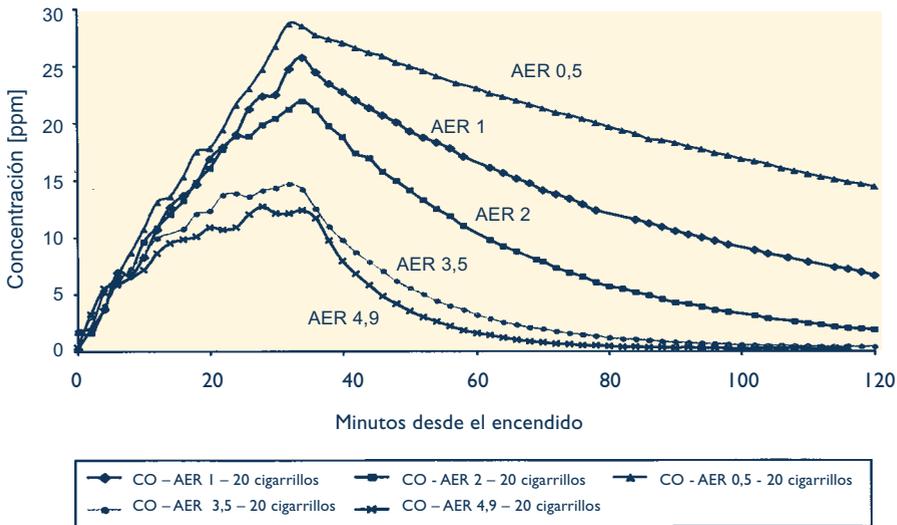
Figura 2: Concentración de óxidos de nitrógeno (NOx) a diferentes índices de renovación del aire (primera serie de experimentos)



Ppmm: partes por mil millones

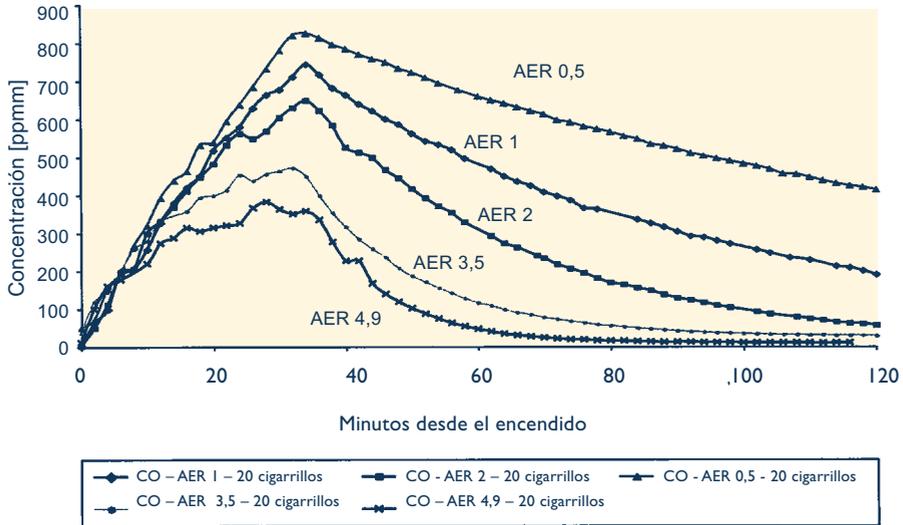
La formación de CO y de NO_x (figuras 3 y 4) durante la segunda serie de experimentos con 20 cigarrillos fumados (y con un volumen de humo producido claramente mayor) sigue la misma tendencia, observada ya durante la primera serie de experimentos con cinco cigarrillos fumados. Durante del fumado (aproximadamente 37 minutos), se midieron concentraciones pico de hasta 30 partes por millón (ppm) de CO y 800ppmm de NO_x (a un índice de renovación del aire de 0,5). Esto corresponde, como se esperaba, a concentraciones hasta cuatro veces más altas en comparación con las concentraciones medidas durante la primera serie de experimentos. Las variaciones de las concentraciones pico de CO y NO_x durante la fase inicial del experimento (periodo del acto de fumar) y a diferentes índices de renovación del aire (0,5; 1; 2 y 3,5), no superan el 47% a pesar del gran cambio en el índice de renovación del aire. Veinte minutos después de la finalización del fumado, las concentraciones de CO y NO_x bajaron hasta un 80% a índices de renovación del aire de hasta 3,5 renovaciones por hora. Un aumento del índice de renovación del aire hasta 5 renovaciones por hora lleva a una mayor reducción (hasta el 25%) de las concentraciones de CO y NO_x en comparación con aquellas a un índice de renovación del aire de 3,5.

Figura 3: Concentración de monóxido de carbono (CO) a diferentes índices de renovación del aire (segunda serie de experimentos)



AER: Índice de renovación del aire; ppm: partes por millón

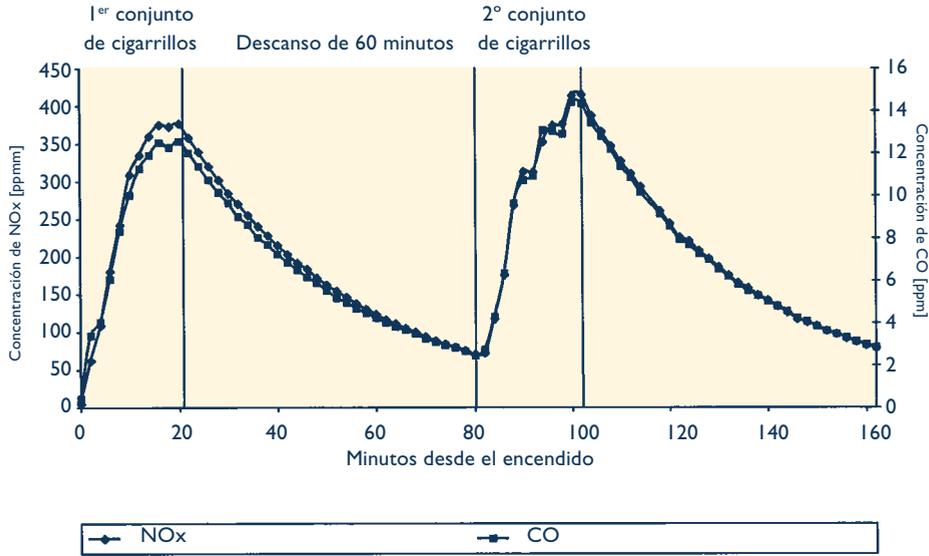
Figura 4: Concentración de óxidos de nitrógeno (NOx) a diferentes índices de renovación del aire (segunda serie de experimentos)



AER Índice de renovación del aire; ppmm: partes por mil millones.

Se llevó a cabo un experimento (a un índice de renovación del aire de 2) en el que se fumaron 10 cigarrillos durante un periodo de aproximadamente 20 minutos, seguido de un periodo sin fumar de 60 minutos y de otro periodo durante el que se fumaron otros diez cigarrillos. La producción y eliminación del CO y de los NOx se muestra en la figura 5. Se midieron concentraciones máximas de aproximadamente 370ppmm de NOx y de aproximadamente 12 partes por millón (ppm) de CO. Durante el periodo sin fumar de 1 hora de duración, las concentraciones de NOx y CO bajaron a 70ppmm y 3ppm respectivamente. Cuando se empezó a fumar otra vez, los niveles de NOx y CO alcanzaron valores ligeramente más altos que los que se midieron durante el primer periodo en el que se fumó.

Figura 5: Concentración de óxidos de nitrógeno (NOx) y de monóxido de carbono (CO) fumando 10 cigarrillos, parando durante 1 hora y fumando de nuevo 10 cigarrillos con un índice de renovación del aire de 2 (60m³/h)



Ppmm: partes por mil millones.

5.3.2. Control de los compuestos orgánicos volátiles

Además del CO y los NOx, se controlaron también regularmente otros compuestos orgánicos producidos durante la combustión del cigarrillo, en particular, durante la fase inicial de los experimentos (el periodo de fumado). Los resultados muestran que las concentraciones pico de benceno, tolueno, m/p xileno, limoneno y piridina no cambian significativamente cuando se estudian a distintos índices de renovación del aire. Para la nicotina, la concentración medida a un índice de renovación del aire de 1 equivale a aproximadamente el 85% de la concentración medida en condiciones estáticas del aire.

En una segunda serie de experimentos, se controló la formación de benceno, BTEX (suma de aromáticos), piridina, limoneno y nicotina durante todo el experimento y a diferentes índices de renovación del aire, es decir, incluyendo medidas más allá (aproximadamente 80 minutos) del periodo de fumado inicial (aproximadamente 37 minutos). Se midieron concentraciones pico de hasta 210 y 1640mg/m³ para el benceno y la nicotina respectivamente (a un índice de

renovación del aire de 0,5). Incluso a índices de renovación del aire elevados (2), las concentraciones de $160\text{mg}/\text{m}^3$ para el benceno y $1200\text{mg}/\text{m}^3$ para la nicotina son (al final del periodo del acto de fumar) todavía altas. Para ambos compuestos, al final del experimento (después de unos 120 minutos) la concentración en aire bajó a $14\text{mg}/\text{m}^3$ y $115\text{mg}/\text{m}^3$ para el benceno y la nicotina respectivamente. Se observó un comportamiento similar en los otros compuestos orgánicos volátiles controlados.

5.3.3. Control de los compuestos de carbonilo

Es bien sabido que al fumar se producen grandes cantidades de compuestos de carbonilo, por ejemplo, formaldehído y acetaldehído^{4,5}. Durante la primera serie de experimentos, se realizaron diversas mediciones para cuantificar el formaldehído y acetaldehído producidos durante la combustión del cigarrillo en las condiciones de nuestros estudios. Basándonos en estos resultados preliminares, decidimos (durante la segunda serie de experimentos) controlar la producción de formaldehído y acetaldehído durante la totalidad del tiempo del experimento y a diferentes índices de renovación del aire, es decir, incluir medidas más allá (aproximadamente 60 minutos) del periodo inicial de fumar (unos 37 minutos). Se midieron concentraciones pico de hasta 1400 y $500\text{ig}/\text{m}^3$ para el acetaldehído y el formaldehído respectivamente. Incluso a índices de renovación del aire elevados (2), las concentraciones de $900\text{ig}/\text{m}^3$ para el acetaldehído y de aproximadamente $400\text{ig}/\text{m}^3$ para el formaldehído son (al final del periodo de fumado) todavía altas. Para ambos compuestos, al final del experimento (después de unos 100 minutos) las concentraciones en aire bajaron a $180\text{ig}/\text{m}^3$ y $90\text{ig}/\text{m}^3$ para el acetaldehído y el formaldehído respectivamente.

5.3.4. Modelado

Además de la actividad experimental, se llevó a cabo un trabajo de modelado con el objetivo de simular la producción y reducción del CO y los NO_x durante todo el periodo de los experimentos (hasta 120 minutos) a diferentes índices de renovación del aire. También se hizo un intento de calcular a qué índices de renovación del aire las concentraciones de CO y NO_x alcanzan niveles comparables a aquellos en el aire ambiente (NO₂: $200\text{ig}/\text{m}^3$ (1 hora), CO: $10\text{ig}/\text{m}^3$ (una media de 8 horas)).

Como la homogeneidad espacial estaba garantizada en la mayoría de los experimentos, se utilizó una EDO (ecuación diferencial ordinaria) lineal de primer

orden para simular matemáticamente el sistema experimental. El cambio en la concentración de NOx o CO se atribuyó a:

- Emisiones del dispositivo de fumar.
- Eliminación debido a la renovación del aire.
- Introducción de aire contaminado del exterior en la cámara (para los experimentos en condiciones climáticas no controladas, «rinsing mode»)

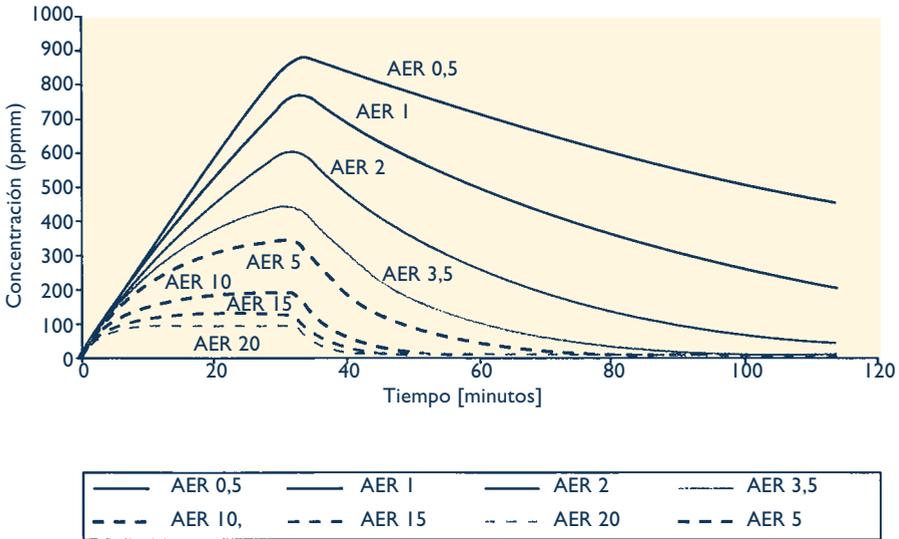
Aparte de presuponer una buena mezcla en la cámara, no tuvimos en cuenta otros términos fuente o sumidero para los dos contaminantes objeto de estudio ya que no se espera que se produzca mucha sedimentación sobre las paredes de acero de la cámara ni actividad química para los gases específicos en un espacio de tiempo tan corto (unas 2 horas).

Los datos del experimento estático se utilizaron para calcular el índice de emisión de los NOx y el CO aplicando un análisis de regresión lineal, ya que se esperaba que el índice de emisión se mantuviera constante durante la combustión de un cigarrillo. El mismo índice de emisión se utilizó para simular tanto la primera como la segunda serie de experimentos, multiplicado por cuatro en el último caso.

Los datos de modelo y experimentales concuerdan bastante bien confirmando todas las presuposiciones hechas en el modelo y verificando también la calidad del procedimiento experimental. El coeficiente de correlación entre las series de tiempo medidas y calculadas permanece por encima del 99% en todos los casos mientras que el margen de error normalizado se mantiene por debajo del 5% en todos menos un conjunto de datos. Por consiguiente, el modelo reproduce satisfactoriamente los resultados experimentales y así puede aplicarse de manera sencilla y segura para dar respuestas a los casos hipotéticos.

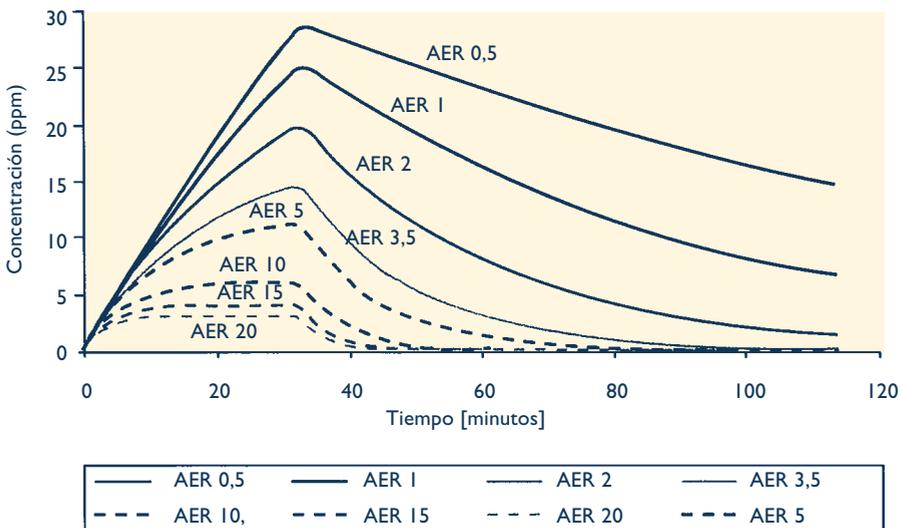
Los resultados de las simulaciones, similares a los de la segunda serie de experimentos pero con unos índices de renovación del aire más altos, se presentan en las figuras 6 y 7.

Figura 6: Simulación de las concentraciones de óxidos de nitrógeno (NOx) con diferentes índices de renovación del aire (parámetros de modelos de acuerdo con la segunda serie de experimentos)



AER: Índice de renovación del aire; ppmm: partes por mil millones.

Figura 7: Simulación de las concentraciones de monóxido de carbono (CO) con diferentes índices de renovación del aire (parámetros de modelos de acuerdo con la segunda serie de experimentos)



AER: Índice de renovación del aire ppm: partes por millón

5.4 Conclusiones

El HAT es un factor de riesgo importante para el cáncer de pulmón en personas no fumadoras, y la *International Agency for Research on Cancer, IARC* (Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer) lo ha clasificado como carcinógeno respiratorio. El riesgo individual aumentado puede ser de entre el 30% y el 50% dependiendo del grado de exposición general.

Los resultados obtenidos de nuestros estudios indican claramente que el fumar cigarrillos representa una fuente considerable de un gran número de sustancias químicas como: hidrocarburos volátiles, carbonilos, hidrocarburos aromáticos policíclicos, gases inorgánicos y partículas, etc. Estas sustancias se producen en grandes concentraciones durante el proceso de combustión y no pueden eliminarse rápida y sustancialmente de la atmósfera del aire interior, ni siquiera aplicando índices de renovación del aire altos. La difusión de los compuestos emitidos (compuestos secundarios y productos de la combustión) es relativamente lenta, de forma que la dilución mediante la mezcla con el aire fresco nuevo entrante no es muy eficaz como medida de control.

Estos resultados muestran que se necesitarían índices de tipo «túnel de viento» u otros índices elevados de ventilación por dilución para conseguir unos niveles de contaminantes dentro de los valores establecidos como límite para el aire ambiente, conclusiones comparables con los resultados obtenidos en los estudios en EE.UU. realizados en distintos locales del sector hostelero (restaurantes, bares).

Referencias

- ¹ Repace J. Can ventilation control secondhand smoke in the hospitality industry? OSHA Ventilation Workshop Analysis (James Repace Associates Inc.), June 2000.
- ² Repace J. An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality venues before and after a smoking ban (James Repace Associates Inc.), February 7, 2003 ([www.tobaccoscam.ucsf.edu/pdf/Repace Delaware.pdf](http://www.tobaccoscam.ucsf.edu/pdf/Repace%20Delaware.pdf)). Accessed: January 2006.
- ³ Geiss O, Kotzias D. Determination of ammonium, urea and pesticide residues in cigarette tobacco. *Fresenius Environ Bull* 2003; 12: 1562–1565.
- ⁴ Schlitt H. A new automatic analyser for aldehydes and ketones using the DNPH-method and its application to air monitoring in the smoking and nonsmoking sections of a restaurant. INDOOR AIR Conference 1996, Nagoya, Japan.
- ⁵ Seeman JI, Dixon M, Hausmann HJ. Acetaldehyde in mainstream tobacco smoke: formation and occurrence in smoke and bioavailability in the smoker. *Chem Res Toxicol* 2002; 15: 1331–1350.

Capítulo 6

El éxito de las políticas de espacios sin humo en Europa: errores cometidos, lecciones aprendidas

Luk Joossens

Advocacy officer, Association of European Cancer Leagues, Brussels, Belgium

Valerie Robinson

Office of Tobacco Control, Ireland

Siri Næsheim, Hege Wang, Øystein Tveite y Rita Lindbak

Directorate for Health and Social Affaire, Oslo, Norway

Amanda Sandford

Research Manager, ASH (Action on Smoking and Health) London, UK

6.1. La legislación de espacios sin humo

Ningún país europeo había prohibido fumar en bares y restaurantes en enero de 2004. En marzo de 2006, cinco países (Irlanda, Noruega, Italia, Malta y Suecia) habían introducido dicha prohibición, Escocia hará lo mismo en abril de 2006, e Inglaterra seguirá este ejemplo en breve. La legislación de espacios sin humo europea más integral (prohibición total en el lugar de trabajo, incluidos bares y restaurantes sin zonas habilitadas para fumar) se ha introducido en Irlanda (marzo 2004) y Escocia (marzo 2006). La ley no es aplicable a las habitaciones de hoteles, prisiones y hospitales psiquiátricos. La legislación de espacios sin humo noruega dispone la misma protección en bares y restaurantes que en Irlanda, pero es menos estricta en otros centros de trabajo, donde se permite tener zonas habilitadas para fumar. Las legislaciones italianas, maltesa y sueca disponen de centros de trabajo sin humo, incluidos bares y restaurantes, pero permiten la posibilidad de tener zonas habilitadas para fumar cerradas y ventiladas. La prohibición de fumar en restaurantes con zonas habilitadas para fumar, cerradas y ventiladas entrará en vigor en 2007 en Bélgica.

En enero de 2006, España introdujo la prohibición total de fumar en el lugar de trabajo (excluyendo bares y restaurantes), sin zonas habilitadas para fumar. La

prohibición total en el centro de trabajo, excluyendo bares y restaurantes, y con la posibilidad de tener zonas habilitadas para fumar ventiladas se ha implementado en Finlandia, Islandia, Holanda y Bélgica. Además, muchos países de Europa tienen una legislación que dispone la habilitación de zonas para fumar, en el lugar de trabajo o en los bares y restaurantes. Las zonas para fumar no proporcionan una protección de la salud ya que el humo de la zona habilitada para fumar llegará hasta la zona donde están las personas no fumadoras. Los textos legislativos basados en zonas habilitadas para fumar deberían sustituirse por una legislación de espacios sin humo realmente integral, que incluya una prohibición total en todos los centros de trabajo (incluidos bares y restaurantes), lugares públicos (incluidos centros sanitarios y de enseñanza) y el transporte público.

En la siguiente sección se estudian los casos de Irlanda, Noruega y el Reino Unido.

6.2. Centros de trabajo sin humo en Irlanda

6.2.1. Introducción

El 29 de marzo de 2004, Irlanda se convirtió en el primer país de Europa en implementar una prohibición total de fumar en los lugares de trabajo cerrados. La ley de los centros de trabajo sin humo viene a añadirse a los controles previos sobre el consumo de los productos del tabaco en los lugares públicos. La ley es aplicable a todos los lugares de trabajo cerrados incluidos los locales pertenecientes al sector hostelero como pubs y restaurantes, con muy pocas exenciones. El objetivo principal de la ley es proteger a terceras partes, especialmente la población trabajadora, de los efectos perjudiciales de la exposición al humo ambiental del tabaco. Un importante debate público que se centraba principalmente en el sector hostelero rodeó a la introducción de la ley. La mayoría de la población apoyaba la introducción de la ley. El cumplimiento fue alto desde el principio y sigue siéndolo, y el apoyo de las personas fumadoras y no fumadoras ha seguido aumentando desde que se implementó la ley.

6.2.2. Antecedentes

Desde finales de los setenta, el alcance de la legislación en materia de control del tabaco en Irlanda se ha ido ampliando con la inclusión de prohibiciones y restricciones sobre la publicidad y el patrocinio; restricciones sobre la venta y comercialización de los productos del tabaco; prohibiciones y restricciones sobre

el consumo de tabaco; disposiciones relativas al etiquetado y advertencias sanitarias y otras regulaciones de los productos del tabaco.

La legislación publicada en 1988 incluía disposiciones para prohibir y restringir fumar en diversos lugares públicos e instalaciones designadas. Estas disposiciones entraron en vigor en 1990 y 1995. Se prohibió fumar en escuelas, oficinas públicas, cines, teatros, autobuses, taxis, peluquerías, etc. Se aplicaron restricciones en trenes, transbordadores y restaurantes, en los que la mitad de los asientos tenían que ser para personas no fumadoras. En 1994, se publicó un código voluntario sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo para fomentar un enfoque consensuado de las políticas de control del tabaco.

A finales de la década de 1990, se reconoció la necesidad de unas medidas completas e integradas de control del tabaco para contrarrestar los efectos perjudiciales del mismo. Un estudio y un informe parlamentarios llevaron a una nueva política nacional de control del tabaco titulada «*Towards a Tobacco Free Society, Ireland – a Smoke Free Zone*» (Hacia una sociedad sin tabaco, Irlanda: una zona sin humo), que se publicó en 2000. La necesidad de una mayor protección de las personas no fumadoras frente a la exposición al humo ambiental del tabaco y de protección en los lugares de trabajo cerrados se consideraba una cuestión prioritaria. La legislación vigente en ese momento, que prohibía o restringía fumar en la mayoría de los lugares públicos, servía para proteger a un número considerable de personas trabajadoras frente a la exposición de humo ambiental del tabaco en el centro de trabajo. Sin embargo, aquellas personas que trabajaban en lugares en los que la ley no era aplicable, como los bares, o en locales donde se permitía fumar con restricciones, no estaban protegidas. Además de la recomendación de la comisión parlamentaria de prohibir fumar en el lugar de trabajo (incluidos los pubs), la política disponía que debía incluirse la protección frente al humo ambiental del tabaco en los planes de salud y seguridad en el trabajo establecidos por ley.

En 2002, el parlamento aprobó una ley integral de control del tabaco, la «*Public Health (Tobacco) Act*») Esta Ley le brindaba al Ministro el poder de elaborar normativas prohibiendo o restringiendo fumar en los lugares especificados, incluidos los locales autorizados para vender bebidas alcohólicas, clubes registrados y centros de trabajo (la Ley también establecía la *Office of Tobacco Control* (Oficina de Control del Tabaco) como un organismo independiente reconocido legalmente. La industria tabaquera cuestionó varias de las disposiciones de la Ley y el Ministro se comprometió a elaborar una nueva Ley a través del parlamento. La *Public Health (Tobacco) (Amendment) Act* (Ley de Salud Pública (Tabaco) Enmendada) de 2004 se aprobó en marzo de ese año. La industria tabaquera está cuestionando de nuevo la Ley. Sin embargo, las disposiciones relativas a los lugares de trabajo sin humo no se cuestionaron y se han convertido en ley.

Dada la creciente preocupación por los efectos sobre la salud del humo ambiental del tabaco, la *Office of Tobacco Control* y el *Health and Safety Authority* (el Organismo de Salud y Seguridad) le encargaron en 2002 a un grupo de trabajo científico independiente que investigara los riesgos para la salud que representaba el humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo. Su «*Report on the Health Effects of Environmental Tobacco Smoke in the Workplace*»² (Informe acerca de los efectos sobre la salud del humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo) llamaba la atención sobre la conclusión inequívoca de la comunidad científica internacional de que el humo ambiental del tabaco (HAT) provoca enfermedades mortales, y de que los actuales sistemas de ventilación y códigos voluntarios no son eficaces contra los efectos adversos sobre la salud que causa la exposición al HAT. Observaron que ciertas categorías de población trabajadora corrían un mayor riesgo (trabajadoras embarazadas, personal de los bares, camareros/as, etc.) y que requerían una atención especial. Hicieron hincapié en que las medidas legislativas son la forma más apropiada de hacer frente a este carcinógeno de Categoría A. Tras la publicación de este informe en enero de 2003, el Ministro anunció la introducción de una prohibición total en todos los centros de trabajo cerrados.

6.2.3. Debate nacional

La introducción de la ley de espacios sin humo fue una de las cuestiones más intensamente debatidas en el país. En los 15 meses entre el anuncio del Ministro y la entrada en vigor como ley de la medida, apareció constantemente en los medios de comunicación nacionales y locales. El principal foco de atención eran las asociaciones de propietarios/as de bares, que expresaban su oposición y preocupaciones. Sin embargo, la medida obtuvo el apoyo de la mayoría del público, 59%, en el mes siguiente al anuncio. También obtuvo el apoyo activo de un nutrido grupo de organizaciones, entre otras, los sindicatos (especialmente el sindicato de trabajadores de los bares, MANDATE), las ONG (*Action on Smoking and Health (ASH) Ireland, Irish Cancer Society, Irish Herat Foundation y Environmental Health Officers' Association*,) y la comunidad sanitaria y médica.

Los/las políticos/as que se oponían a la ley cuestionaban las pruebas relativas a la salud y proclamaban que la ley era innecesaria, inviable e inaplicable; provocaría la pérdida de numerosos puestos de trabajo y arruinaría el negocio de los bares. La *Office of Tobacco Control (OTC)* y los que apoyaban activamente la ley se centraron en aumentar la concienciación acerca de los efectos adversos sobre la salud, en desarrollar la confianza en la aplicabilidad de la ley y en refutar las afirmaciones engañosas en contra de la ley en relación con la economía, ventilación, zonas separadas, libertades civiles, etc.

6.2.4. *Preparación previa a la introducción de la ley y métodos para garantizar el cumplimiento*

La OTC proporcionó orientación a sectores empresariales y gerenciales para ayudarles a cumplir con sus obligaciones legales y para facilitar la implantación sin problemas de la ley. Se atendieron consultas del sector hostelero, sindical, de las autoridades competentes y de otras partes interesadas. También se hicieron carteles con la leyenda «prohibido fumar» y «este bar es un espacio sin humo». La información orientativa y los materiales se distribuyeron en todos los locales autorizados para vender alcohol y además se encontraban disponibles en Internet. El Ministerio de Sanidad elaboró material de información pública y lo distribuyó por todos los centros de trabajo. Una página Web especial facilitaba más información. En las mismas fechas en que se estaba introduciendo la ley, la OTC dirigió una campaña de publicidad en televisión y radio, en la que destacaba los efectos sobre la salud del humo ambiental del tabaco.

Se estableció un teléfono de información para tratar de asegurar el cumplimiento de la ley de espacios sin humo y dar respuestas a las quejas expresadas por la población que se transmitirán a las autoridades pertinentes para su investigación.

La OTC es responsable de la implantación nacional de la ley de espacios sin humo, mientras que las personas responsables de salud ambiental de los organismos de gestión de los servicios sanitarios se encargan de aplicarla localmente. Estos últimos han sido tradicionalmente los responsables del control del tabaco; también llevan a cabo otras tareas relacionadas con la seguridad de los productos alimenticios y con la salud ambiental. Los inspectores del Organismo Nacional de Salud y Seguridad también controlan el cumplimiento de la ley como parte de sus tareas generales en el ámbito de la salud y la seguridad. Los Responsables de Salud Ambiental visitaron activamente locales de todo el país y trabajaron en colaboración con los propietarios y encargados antes y después de la introducción de la ley.

6.2.5. *La Ley de los Centros de Trabajo sin Humo*

Desde el 29 de marzo de 2004, los centros de trabajo cerrados son espacios sin humo por ley. Esto incluye los locales autorizados para vender alcohol, los restaurantes, el transporte público y los clubes registrados. El objetivo fundamental de la «*Smoke Free Workplace Law*» (Ley de los Centros de Trabajo sin Humo) es proteger a terceras partes, especialmente la población trabajadora, de los efectos perjudiciales de la exposición al humo ambiental del tabaco. Existen ciertas exenciones a la ley de salud pública pero incluso en estos lugares de trabajo, los/

as empresarios/as están obligados a proporcionar un entorno de trabajo seguro y sano. Los locales exentos son, entre otros, las residencias privadas, las prisiones, las habitaciones de hoteles, las residencias de personas mayores y los hospitales psiquiátricos.

A la persona que infrinja la ley se le puede imponer una multa de hasta 3.000 euros. Esto es aplicable tanto a la persona que fuma como al propietario/a o persona al cargo. Debe haber carteles de «prohibido fumar» visibles en todo momento en los locales. El nombre de la persona al cargo del local y el nombre de la persona ante la cual se puede presentar una queja deben figurar en estos carteles.

6.3. La ley de espacios sin humo funciona

El cumplimiento de la ley de los centros de trabajo sin humo ha sido en todo momento alto con un porcentaje superior al 90%. El apoyo público creció a medida que se aproximaba la introducción de la ley y ha seguido haciéndolo después de la misma, de manera que en la actualidad cuenta con un apoyo casi unánime: el 93% de la población piensa que la ley fue una buena idea, incluido el 80% de las personas fumadoras ; el 96% de la población cree que la ley tiene éxito, incluido el 89% de las personas fumadoras ; el 98% de la población piensa que los lugares de trabajo son más sanos, incluido el 94% de las personas fumadoras.

La calidad del aire en los pubs ha mejorado de manera espectacular desde la ley de espacios sin humo y los niveles de monóxido de carbono han disminuido un 45% en la población trabajadora de los bares sin humo.

6.3.1. Factores que contribuyen al éxito

- Una campaña de comunicación clara y coherente para garantizar que la población conozca los graves y perjudiciales efectos del humo ambiental del tabaco y las razones por las que se quiere implantar la ley. Mantener el centro de atención en la salud con una coalición activa de socios «pro-salud».
- Hacer hincapié en que los locales del sector hostelero son lugares donde trabajan personas, que estas personas pueden ser más vulnerables y que su salud es tan importante como la de cualquier otra persona trabajadora.

- La participación activa de las principales partes interesadas, especialmente los sindicatos, que apoyaron activamente la ley para garantizar la protección de la salud de sus miembros.
- Publicación de las investigaciones basadas en la evidencia para informar acerca de los efectos sobre la salud y refutar los argumentos engañosos.
- Un periodo de presentación largo (15 meses) antes de la introducción de la legislación que dio lugar a un debate variado y de alto nivel en los medios de comunicación, que hizo que el público estuviese bien informado sobre la medida.
- La ley se aplica de igual forma a todos los lugares de trabajo cerrados y por lo tanto, está clara y todas las partes la entienden bien. Esto facilita el cumplimiento de la ley y su aplicación y no impone los gastos necesarios para crear zonas habilitadas para fumar en los locales. Los carteles relativos a la prohibición de fumar son obligatorios en todos los locales, sirven para resaltar la ley y llevan el nombre de la persona ante la que se puede presentar una queja.
- Unos buenos mecanismos de aplicación y cumplimiento consistentes en unas autoridades nacionales competentes con una fuerza de inspección local experimentada. Utilizar un enfoque de colaboración para desarrollar el cumplimiento.

6.3.2. Conclusión

La inmensa mayoría de los lugares de trabajo cerrados en Irlanda son ahora espacios sin humo gracias al alto grado de cumplimiento constante de la legislación en esta materia. Al principio, había dudas sobre si la población irlandesa cumpliría la ley, pero el amplio apoyo por parte del sector empresarial, gerentes, propietarios/as, trabajadores/as, población en general, personas fumadoras y no fumadoras indistintamente, significa que la ley es en la actualidad parte de la vida laboral y social normal. La ley de los centros de trabajo sin humo se ha introducido con éxito y el altísimo nivel de apoyo y cumplimiento público garantizará los beneficios duraderos sobre la salud de toda la población irlandesa. Las leyes de espacios sin humo protegen la salud pública y también pueden ser populares.

6.4 Bares y restaurantes sin humo: la experiencia noruega

6.4.1. Introducción

El 1 de junio de 2004, Noruega se convertía en el segundo país europeo que prohibía fumar en los bares y restaurantes. Una legislación similar ya había entrado en vigor en Irlanda el 29 de marzo de 2004. La prohibición en Noruega fue el resultado de una base de conocimientos sólida, una preparación jurídica exhaustiva, de la presión intensa y colectiva por parte de las ONG, y de la voluntad política de legislar a favor de los beneficios para la salud pública. En el momento en que se redacta el presente documento, la prohibición no lleva en vigor el tiempo suficiente como para presentar una evaluación definitiva de los resultados, pero las primeras impresiones son prometedoras. El cumplimiento es alto, la opinión pública a favor de la prohibición está aumentando, y las consecuencias económicas para el sector de los bares y restaurantes no parecen ser importantes. En esta perspectiva general se quiere presentar un breve resumen del proceso que precedió a la prohibición, y de las primeras experiencias tras la entrada en vigor de la ley.

6.4.2. Hacia los bares y restaurantes sin humo: una historia corta

6.4.2.1. Aspectos legales

Noruega fue uno de los primeros países en promulgar una legislación integral en materia de consumo de tabaco en los lugares públicos. Esto ocurrió en 1988, como una reacción a la concienciación cada vez mayor acerca de los efectos adversos sobre la salud del humo ambiental del tabaco. Las disposiciones eran de gran alcance y aplicables a todos los «espacios cerrados», como habitaciones interiores en casas, edificios, salones, tiendas de campaña y camarotes. La Ley no regulaba el consumo de tabaco en exteriores, sino más bien en los «lugares cerrados de acceso público» y las «salas de conferencias, lugares de trabajo e instituciones donde se reunían dos o más personas». Por lo tanto, las disposiciones no regulaban tampoco el consumo de tabaco en los hogares.

Sin embargo, los restaurantes y bares quedaron exentos. En este punto, la normativa disponía que estaba permitido fumar en el 33% de los locales desde 1993 y en el 50% de los locales desde 1998.

En 1999 se encargó un estudio para realizar un seguimiento del cumplimiento de la normativa. Las conclusiones principales mostraban que éste no era satisfactorio. En al menos el 30% de las comunidades noruegas, no había ningún tipo de supervisión. En el resto de las comunidades, la supervisión era aleatoria y a menudo superficial. Había grandes diferencias entre los diversos tipos de establecimientos. Los restaurantes seguían las normas más estrictamente que los bares y clubes, donde la normativa se infringía a menudo.

Aproximadamente el 50% de los inspectores/as indicaban que era imposible seguir la normativa en la práctica. Pocas de estas personas ellos estaban satisfechos con la normativa vigente, y la mayoría quería restricciones más estrictas.

En agosto de 2001, el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales noruego envió un documento de consulta sobre las modificaciones a la Ley del Tabaco noruega (Tobacco Act), para permitir la integración en la legislación nacional de la Directiva de sobre regulación de los productos del tabaco de la Unión Europea (UE), que regula cuestiones como el etiquetado y contenido de los productos del tabaco. En este documento de consulta, el Ministerio también presentó el borrador de cuatro propuestas alternativas para modificar la normativa vigente acerca del consumo de tabaco en restaurantes y bares. Las alternativas eran:

- La continuación de la Normativa de Restaurantes vigente con cambios menores.
- Zonas habilitadas para fumar separadas físicamente en todos los lugares públicos cerrados que sirven comida y bebida.
- Exenciones de la prohibición de fumar para los establecimientos capaces de documentar el cumplimiento de ciertos requisitos con respecto a la ventilación, división en zonas separadas, etc.
- La prohibición total de fumar en todos los lugares públicos cerrados que sirven comida y bebida.

Las propuestas se enviaron en dos consultas separadas, y ambas resultaron en una mayoría dando su apoyo a la prohibición. *Norwegian Hospitality Association-RBL* (la Asociación de Empresas de Hostelería Noruega) sugirió la introducción de normativas diferenciadas para los restaurantes y otros lugares públicos en los que se sirve comida y bebida, proponiendo una prohibición total en los restaurantes y que se permitiera fumar en otros establecimientos, a condición de que las autoridades aprueben sus instalaciones y sistemas de ventilación.

Sin embargo, posteriormente la RBL cambió de opinión y presentó una nueva propuesta, mantener la Normativa de Restaurantes vigente. Para garantizar el cumplimiento de la normativa, la RBL sugirió que los restaurantes y bares en los que se permitía fumar tuviesen que recibir la aprobación previa de las autoridades. No se concedería la aprobación si el sistema de ventilación era insatisfactorio. Además, la RBL dijo que la organización no veía soluciones prácticas para diferenciar los lugares que sirven comida de otros establecimientos. Querían decir que sería prácticamente imposible establecer unos criterios claros para distinguir las diversas categorías de establecimientos. A la RBL le preocupaba mucho la capacidad del sector para satisfacer las necesidades de todos sus clientes, personas fumadoras y no fumadoras, y la organización creía que sería difícil conseguir la aceptación de la prohibición de fumar entre los clientes, propietarios y el público en general. La RBL se mostraba muy escéptica acerca del ambiente que se desarrollaría en los restaurantes si se introdujeran salas «autoservicio» para personas fumadoras

Los sindicatos apoyaban la prohibición. El *Hotel and Restaurant Workers Union HRAF* (Sindicato de Trabajadores de Hoteles y Restaurantes) afirmaba en su respuesta que una prohibición total era la única propuesta aceptable, dado el conocimiento actual sobre el tabaquismo pasivo y un entorno de trabajo seguro. Mantenían que no era posible aceptar diversos niveles de riesgo por el humo ambiental del tabaco, y que únicamente la prohibición de fumar en los lugares de trabajo era la opción viable. Además, esta alternativa eliminaría el problema de las inversiones en sistemas de ventilación, que podría sesgar la competencia. También simplificaría las rutinas de control, y habría menos posibilidades de confrontación entre los empleados y los clientes.

Importantes ONG como la *Norwegian Medical Association* (Asociación Médica Noruega) y *Cancer Society* (la Sociedad contra el Cáncer) también apoyaban la prohibición. También se consiguió el apoyo de la comunidad de la sanidad pública, así como de varias comunidades y municipios.

El proyecto de ley se aprobó en abril de 2003, y entró en vigor el 1 de junio de 2004.

6.4.2.2. Antecedentes del proyecto de ley: argumento principal

La propuesta se centraba principalmente en la salud de la población trabajadora del sector hostelero. Estas personas no tenían la misma protección ambiental que otras personas trabajadoras en Noruega.

Base científica

Antes del proceso de consulta, el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social les encargó a personas expertas noruegas la redacción de un informe sobre la literatura científica relacionada con el humo ambiental del tabaco y sus efectos sobre la salud. Sus conclusiones coincidían con varios estudios de investigación internacionales en que el humo ambiental del tabaco produce cáncer y enfermedad cardíaca, y aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias y de población infantil con bajo peso al nacer. La parte principal de este informe se incluyó en el documento de consulta que mandó el Ministerio.

6.4.2.3. Antecedentes del proyecto de ley: otros factores decisivos

Apoyo de los sindicatos

El ex Ministro de Sanidad y Asuntos Sociales, Dagfinn Høybråten, dijo que la postura que adoptaron los sindicatos desempeñó un papel decisivo para el gobierno.

La *Norwegian Confederation of Trade Unions- LO* (Confederación de Sindicatos Noruega) apoyó la prohibición desde el principio, así como el sindicato de empleados de hoteles y restaurantes (HRAF, véase arriba).

Una causa ante el Tribunal Supremo de Noruega

Otro factor hizo aún más fácil el centrarse en la población trabajadora. La causa de una mujer de 41 años con cáncer de pulmón se vio en el Tribunal Supremo de Noruega en octubre de 2000. A la mujer se le diagnosticó un cáncer de pulmón después de haber trabajado durante 20 años en una discoteca con una gran contaminación por humo del tabaco. La mujer, ella misma fumadora, demandó a la compañía de seguros del empresario de la discoteca y reclamó una indemnización. Dos expertos médicos designados por el tribunal evaluaron en qué medida el humo ambiental del tabaco en la discoteca y su tabaquismo activo habían contribuido al desarrollo de su cáncer de pulmón. Llegaron a la conclusión de que la contribución del humo ambiental del tabaco representaba como mínimo el 40%, mientras que su propio tabaquismo activo constituía como máximo un 60%. El tribunal no podía considerar insignificante el humo ambiental del tabaco. Se estableció una relación causal entre los efectos peligrosos del entorno laboral y su enfermedad y se le concedió una indemnización completa.

Apoyo público

Las encuestas han mostrado que la mayoría de la población apoya la prohibición. Distintas encuestas de opinión han revelado que entre el 50% y el 60% de la población suele mostrarse positiva con respecto a los bares y restaurantes sin humo. Otro 10-20% dice que es neutral, mientras el 25-30% dice que son negativos. Las mujeres parecen ser más positivas que los hombres, y obviamente, las personas no fumadoras aprecian el cambio más que las personas fumadoras. Estas encuestas se vienen realizando desde que la prohibición se propuso inicialmente en 2001 y los resultados muestran que el apoyo ha aumentado. En 2001, sólo alrededor del 30% de la población apoyaba la prohibición.

6.4.2.4. Argumentos en contra y debate en los medios antes del 1 de junio de 2004

Durante 2003, el debate fue en cierta medida un debate acerca de la credibilidad de la investigación sobre el humo ambiental del tabaco y de las autoridades que aprobaron la ley. La Dirección de Sanidad y Asuntos Sociales organizó una conferencia en abril de 2004 sobre los diferentes aspectos del humo ambiental del tabaco. Expertos internacionales fueron invitados a actuar como ponentes en esta conferencia, y todos coincidieron con las conclusiones noruegas sobre el humo ambiental del tabaco y sus consecuencias sobre la salud.

Muchos que en principio reconocieron el humo ambiental del tabaco como perjudicial para la salud de población trabajadora de los restaurantes, afirmaron que el problema podría resolverse a través de medidas menos drásticas como una mejora de la ventilación o zonas habilitadas para fumar cerradas.

Otro argumento que se planteó fue el derecho de las personas a fumar y que el gobierno no tiene derecho a legislar estas cuestiones de libertad individual.

Por tanto, el debate señalaba tres retos principales:

1. La población no aceptaba el riesgo asociado con el humo ambiental del tabaco.
2. El sector hostelero creía que la prohibición tendría un impacto negativo sobre su economía.
3. La población no aceptaba la cuestión de los derechos de la población trabajadora como la principal razón para promulgar la ley, sino más bien como una medida de las autoridades para reducir la prevalencia del tabaquismo.

Además, se identificaron otros muchos posibles retos, entre otros, un cumplimiento pobre, perplejidad ante diversas cuestiones en el sector hostelero, clientes violentos y aislamiento social de la gente que podría perder su ruedo social más importante.

6.4.2.5. Estrategia de implementación

En la Dirección de Sanidad y Asuntos Sociales, se elaboró la estrategia de implantación para hacer frente a dichos retos. La campaña se dividió en fases distintas. Mediante una combinación sólida de publicidad y relaciones públicas, el objetivo era aumentar el entendimiento y aceptación de la ley. Se destinó un total de 10 millones de coronas noruegas (aproximadamente 1,2 millones de euros) a actividades de comunicación.

La investigación y la experiencia de Nueva York, Irlanda y otros lugares mostraban que estos retos principales eran ideas falsas más que preocupaciones legítimas. Por eso, en la fase uno el mensaje central era «El riesgo asociado con el humo ambiental del tabaco es real», en la fase dos «La investigación indica que puede producirse un aumento más que un descenso en los beneficios», y en la fase tres «El objetivo principal de la ley es proteger a la población trabajadora del humo ambiental del tabaco».

Por lo tanto, se decidió que las medidas de relaciones públicas, con una gran credibilidad, eran apropiadas para el reto n.º 1. El objetivo principal de la conferencia mencionada anteriormente era hacer frente a este reto. Antes de la misma, se llevó a cabo una encuesta de opinión que mostraba actitudes y expectativas favorables hacia la prohibición. Con motivo de la conferencia, la Dirección de Sanidad y Asuntos Sociales pudo concertar entrevistas con personas expertas de renombre en ventilación, riesgos, modelos de dosis-respuesta e impacto económico de los centros de trabajo sin humo.

En respuesta al reto n.º 2, se realizaron otras dos encuestas de opinión para descubrir cómo se esperaba que se comportara la población después del 1 de junio. Los resultados, junto con varios informes positivos de Nueva York y otros lugares, indicaban que la ley no tenía por qué ser necesariamente mala para los negocios.

Para hacer frente al reto n.º 3 se desarrollaron varios anuncios para una campaña amplia e intensiva en los medios de comunicación. A través de una serie de anuncios se trató de despertar solidaridad con la población trabajadora del sector hostelero. En un tono de voz suave con unas imágenes y una música atractivas, los bares y restaurantes se presentaban como lugares para el disfrute y la diversión,

donde la gente trabajaba duro para hacer a sus clientes sentirse bien. Esto enfatizaba que los propietarios de bares y restaurantes se merecían la misma protección laboral que la población trabajadora de otros sectores había disfrutado desde 1988. Se hicieron anuncios para radio, televisión, cine y medios impresos. También se desarrollaron innovadores anuncios para Internet. La campaña se inició 1 semana antes de que la prohibición entrase en vigor y tuvo una duración total de 3 semanas.

Para informar al sector de la hostelería, se elaboraron paquetes de información que se enviaron directamente a todos los bares y restaurantes. Estos paquetes incluían información sobre la prohibición así como carteles de prohibido fumar.

Además de estas medidas, se mantuvo una fuerte alianza con diversas ONG. La *Norwegian Association fro Asthma and Allergies* (Asociación Noruega del Asma y las Alergias) demostró ser una importante aliada. Gente joven a la que previamente se le había prohibido salir, contó sus historias en los medios de comunicación nacionales. La *Norwegian Heart and Lung Association* (Asociación Noruega del Corazón y el Pulmón) elaboró su propia campaña y la *Norwegian Medical Association* (Asociación Médica Noruega) brindó un apoyo continuo en todas las fases del proceso.

6.4.3. Evaluación

En los meses previos a la entrada en vigor de la ley, la postura de la población hacia la prohibición se volvió cada vez más positiva. Esto se reflejaba en la cobertura del tema en los medios de comunicación. La tendencia positiva continuó en los primeros meses de la prohibición. Varias encuestas de opinión mostraban un aumento del apoyo público a las políticas de control del tabaco en general, con el mayor apoyo obtenido en octubre de 2005, cuando el 76% de la población dijo que su opinión con respecto a la prohibición era positiva. La Dirección de Sanidad y Asuntos Sociales noruega encargó una evaluación de la ley. El encargo se le hizo conjuntamente al *Norwegian Institut for Drug Alcohol Research- SIRUS, Oslo* (Instituto Noruego para la Investigación sobre Alcohol y Drogas) y al *Research Centre for Health Promotion - HEMIL* (Centro de Investigación para el Fomento de la Salud). El informe de evaluación se publicó en junio de 2005, un año después de la implantación de la ley³. Las conclusiones de este informe sobre el impacto económico en el sector hostelero se resumen en el Capítulo 3 del presente informe. En cuanto a la postura de la población respecto a la prohibición, los primeros resultados muestran una disposición general a respetar la prohibición y el apoyo público está aumentando. Además, los problemas de salud se han reducido significativamente entre la población trabajadora después de la

implantación de las prohibiciones. La prevalencia del tabaquismo es estable pero las ventas totales de tabaco han disminuido.

El *Nationa Institut of Occupational Health* (Instituto Nacional de Salud Laboral) realizó un estudio de los efectos sobre la salud entre la población trabajadora unos meses después de la prohibición. Este estudio indica una mejora considerable de la calidad del aire interior, una reducción también considerable en los niveles de cotinina en la orina de la población trabajadora, y una mejor función pulmonar.

6.4.4. *Mirando hacia el futuro*

El centrarse en el aspecto de la prohibición relativo al derecho de la población trabajadora fue probablemente lo que más contribuyó al éxito. El apoyo de los sindicatos también fue un aspecto crucial para la aprobación del proyecto de ley. Otros factores decisivos fueron los esfuerzos colectivos por parte de un grupo de presión organizado formado por varias ONG.

Da la impresión de que la prohibición tiene éxito, y las experiencias parecen estar en línea con la irlandesa. Esto demuestra que las aparentemente controvertidas políticas de control del tabaco son ahora viables. Políticos/as de Europa deberían empezar a mostrar su voluntad política de actuar en beneficio de la salud pública.

6.5. **Hacia un Reino Unido sin humo: dificultades del sistema de restricciones voluntarias**

6.5.1. *Perspectiva general*

Hasta hace muy poco, el Reino Unido era la oveja negra de Europa en lo concerniente a la restricción de fumar en los lugares públicos y centros de trabajo. A pesar de la creciente tendencia hacia las normativas de espacios sin humo en lugares como oficinas, tiendas, cines y transporte público, alrededor de 2 millones de personas en Inglaterra y Gales siguen en la actualidad expuestas al humo del tabaco en su lugar de trabajo. Pero gracias a una campaña coordinada por distintas organizaciones de salud, los sindicatos y secciones del sector hostelero, finalmente se ha convencido a los políticos de la necesidad de una legislación para garantizar que la población pueda trabajar y hacer vida social sin que su salud se vea afectada por el humo ambiental del tabaco.

Tabla 1: Resultados de una encuesta de You Gov a 3.600 personas encuestadas de todo el Reino Unido realizada en diciembre de 2005. Se les preguntó si apoyarían una propuesta para convertir TODOS los centros de trabajo, incluidos todos los pubs y restaurantes en espacios sin humo.

	% Inglaterra	% Escocia	% Gales	% Irlanda del Norte	% Reino Unido
Apoyaría la propuesta	71	71	70	78	71
No apoyaría la propuesta	24	25	27	18	24
No sabe	5	4	4	4	5

Fuente: Una encuesta encargada por *Action on Smoking and Health y Cancer Research UK*.

La corriente de apoyo público a los lugares de trabajo sin humo también ha sido impulsada por la popular y satisfactoria implementación de la prohibición de fumar en Irlanda (tabla 1). Escocia fue el primer país dentro del Reino Unido que aprobó una legislación para convertir todos los centros de trabajo en espacios sin humo. Aunque era inevitable que Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte hicieran lo mismo con el tiempo, el gobierno laborista había propuesto inicialmente exenciones para los clubes privados y pubs que no vendían comida.

Ahora que está a punto de convertirse en realidad una prohibición impuesta por ley sobre la contaminación por el humo del tabaco en casi todos los lugares de trabajo cerrados, es fácil olvidar cuán largo y tortuoso ha sido el proceso hasta llegar a este punto. Las razones para el enfoque liberal que ha predominado hasta ahora reflejan actitudes políticas y sociales anteriores que están empezando a cambiar en respuesta a las aplastantes pruebas de los efectos perjudiciales del humo ambiental del tabaco. El retraso en la legislación hasta la fecha se debe también probablemente a la presión encubierta por parte de la industria tabaquera, especialmente sus intentos de forjar relaciones con el sector de la hostelería para oponerse a la normativa de espacios sin humo. A pesar de la falta de legislación, se ha producido un cambio gradual hacia las normativas de espacios sin humo en la mayoría de los centros de trabajo y en muchos lugares públicos en el Reino

Unido. El gran rezagado ha sido el sector hostelero y la culpa de esto la tiene la «*Public Places Charter*» (Carta de los Lugares Públicos), respaldada por este sector, con su énfasis en la ventilación como una «solución» al problema del tabaco.

6.5.2. Breve historia de la tendencia hacia las normativas de espacios sin humo

Aunque el apoyo del gobierno del Reino Unido a la protección legal de la población frente al humo ambiental del tabaco es reciente, algunos diputados parlamentarios han intentado en numerosas ocasiones individualmente proyectos de ley para prohibir fumar en los lugares públicos y centros de trabajo, por ejemplo, la propuesta presentada por una actual Ministra que prometía su apoyo a las disposiciones de espacios sin humo en 1994. Sin embargo, como suele suceder con la mayoría de estas propuestas que no cuentan con el apoyo del gobierno, el intento de prohibir fumar en los lugares públicos se perdió en las primeras fases del procedimiento parlamentario.

A pesar de la ausencia de una legislación que dispusiese que los negocios o lugares accesibles al público tuviesen zonas para personas no fumadoras, empezó a producirse un cambio *gradual* hacia las normativas de espacios sin humo a principios de la década de 1970 en adelante, en respuesta a la presión por parte de la población. Algunos de los primeros cambios en la política incluían un aumento de las disposiciones en cuanto a la prohibición de fumar en el transporte público. En Londres, por ejemplo, se prohibió fumar en los autobuses de un piso en 1971, mientras que la proporción de vagones de metro sin humo aumentó del 50% al 75%. Sin embargo, pasaron 16 años más hasta que se prohibió fumar completamente y se habría tardado más si no hubiera sido por un incendio que se cobró 31 vidas. Entre otras de las primeras medidas se encontraba la prohibición de fumar en algunos cines (1971) y el surgimiento de algunos hoteles y casas de huéspedes que proporcionaban un alojamiento sin humo (principios de la década de 1980).

Tabla 2: Establecimientos con políticas eficaces de espacios sin humo para el público en general, 1995

Tipo de establecimiento	% de establecimientos con políticas eficaces de espacios sin humo
Tiendas	63
Salud	71
Enseñanza	77
Restaurantes y cafés	36
Pubs	14
Otros	53

Eficaz se define como una política sobre el tabaco que prohíbe o restringe fumar en las áreas que utiliza el público. La política debe hacerse cumplir. Cuando hay zonas habilitadas para fumar y no fumar dentro de la misma sala, debe haber un sistema de ventilación adecuado.

Fuente: *Nacional Opinión Poll Social and Political for the Ministry of the Environment*⁴

Tabla 3: Restricciones sobre el consumo de tabaco en el lugar en el que la persona encuestada trabaja en la actualidad. 1996-2003. Muestra base: aquellas personas trabajando actualmente

	% de nivel de restricción					
	1996	1997	1999	2000	2001	2003
No se fuma en absoluto	40	42	48	44	47	50
Sólo zonas designadas	42	41	37	40	38	38
No hay restricciones	13	13	11	11	9	8
No trabaja con otros	5	4	4	5	6	4

Fuente: *Office for National Statistics*⁵.

Tabla 4: Personas encuestadas de acuerdo en que debería restringirse fumar en ciertos lugares, 1996- 2003. Base de muestra: todas las personas encuestadas

	% de personas que piensan que debería restringirse fumar						
	1996	1997	1999	2000	2001	2002	2003
...en el trabajo	81	84	85	86	86	86	86
...en los restaurantes	85	85	88	88	87	88	87
...en los pubs	48	51	54	53	50	54	56
...en otros lugares públicos	82	85	87	86	85	87	90

Fuente: *Office for National Statistics* ⁵.

Las tablas de la 2 a la 4 muestran el cambio en el nivel de restricciones sobre el consumo de tabaco con el paso del tiempo en el Reino Unido entre 1995 y 2003, y el cambio en la postura de la población respecto a las restricciones sobre el tabaco durante este mismo periodo de tiempo.

Durante las décadas de 1980 y 1990, la tendencia hacia las normativas de espacios sin humo en los lugares públicos continuó, ya que los negocios respondían a la demanda de los consumidores. En 1998, el *Independent Scientific Comité on Smoking and Health* (Comité Científico Independiente sobre el Tabaco y la Salud), organismo consultivo del Gobierno, publicó un informe en el que se llegaba a la conclusión de que había un pequeño pero significativo aumento en el riesgo de cáncer de pulmón a causa de la exposición al humo ambiental del tabaco y de que se debe alertar a la población sobre los riesgos que supone el respirar el humo del tabaco de otras personas⁶.

Cuatro años después, el Gobierno editó un código de práctica para las personas encargadas y propietarias de los lugares visitados por el público. Esta guía de orientación indicaba claramente que el no fumar debería ser la norma en los lugares públicos y también apuntaba que «sólo la ventilación no protege adecuadamente frente a los efectos del humo ambiental del tabaco». El Gobierno estableció como objetivo que el 80% de los lugares que visita el público contasen con políticas sobre el tabaco «efectivas» a finales de 1994. Esto se interpretó en

general como una obligación de disponer de zonas sin humo. Pero de nuevo, el énfasis se puso sobre el fomento y la persuasión. Ni siquiera hubo una amenaza de legislación o sanciones si las personas encargadas y propietarias no cumplían las disposiciones. En 1995, se realizó una evaluación de hasta qué punto se habían cumplido los objetivos. Aunque algunas categorías como las tiendas y centros de entretenimiento habían mostrado signos de mejora, ninguna de ellas alcanzaba el objetivo del 80%. Sólo las categorías de enseñanza (77%) y salud (71%) se acercaban. El informe de la encuesta nacional de opinión indicaba: «Este resultado es sorprendente ya que alrededor de cuatro quintas partes de las personas dueñas y encargadas de los locales se mostraron de acuerdo con el consejo sobre salud de que inhalar el humo de los cigarrillos de otras personas puede perjudicar la salud de las personas no fumadoras». El nivel de acuerdo oscilaba entre el 74% y el 91%.

A finales de la década de 1990, muchos lugares públicos como centros comerciales, cines, transporte público e instalaciones de ocio eran espacios total o parcialmente sin humo. Sin embargo, la lentitud del proceso ha dejado a muchos grupos vulnerables desprotegidos frente al humo del tabaco y sirve para mostrar por qué el sistema de restricciones voluntarias es una medida de salud pública insatisfactoria. Entre las personas más afectadas por las restricciones voluntarias sobre el consumo de tabaco se encuentran la población trabajadora del sector del ocio y la restauración. La actual falta de protección de la salud es producto de la inadecuada respuesta en cuanto a políticas del gobierno laborista elegido en 1997, que optó por una continuación del sistema de restricciones voluntarias en cuanto a las disposiciones de espacios sin humo.

6.5.3. *Public Places Charter (La Carta de los Lugares Públicos): un sistema de restricciones voluntarias*

Tras la victoria del Partido Laborista en 1997 después de 18 años de mandato Conservador, el nuevo Gobierno prometió introducir una serie de medidas de control del tabaco como la prohibición de la publicidad de tabaco, y servicios especializados para la población que quisiera dejar de fumar. Estas medidas se explicaban en detalle en el primer Libro Blanco (documento de la política) publicado sobre el tabaco⁷. Aunque la comunidad sanitaria acogió la mayoría de estas medidas con entusiasmo, el área de debilidad era el fracaso del gobierno para comprometerse a elaborar una legislación que prohibiese fumar en los centros de trabajo y lugares públicos. El formato propuesto era una continuación del sistema de restricciones voluntarias promovido por el mercado, diseñado para fomentar unas mayores normativas de espacios sin humo pero sin sanciones

para las empresas que no cumplieren los debilísimos objetivos establecidos por el Gobierno.

En el «*Smoking Kills*» *White Paper* (Libro Blanco «Fumar mata») se indicaba que «la disposición [de zonas para personas no fumadoras] está mejorando, pero aún queda mucho camino por delante». Sin embargo, el documento también decía que:

*Pensamos que la prohibición general de fumar en todos los lugares públicos no está justificada mientras podamos progresar de forma rápida y sustancial en colaboración con el sector. [Párr. 7.4, p. 66]*⁷

El Libro Blanco establecía una jerarquía de medidas, especificando que un entorno totalmente sin humo era el ideal, que tener salas separadas para personas fumadoras y no fumadoras era la siguiente mejor opción, mientras que la tercera opción sería la de tener zonas separadas para personas fumadoras y no fumadoras. Estas propuestas pasarían posteriormente a ser la base de lo que se conoció como la Carta de los Lugares Públicos (PPC por sus siglas en inglés).

La Carta de los Lugares Públicos se introdujo oficialmente en septiembre de 1999. Formaban parte de ella los principales grupos del sector hostelero como la Asociación de Restaurantes, la Asociación Británica de Cerveceros y propietarios de Pubs y la Asociación Británica de Hostelería. La Asociación de Minoristas con Licencia para vender Alcohol (ALMR) asumió el papel de coordinadora de la campaña. Sin embargo, la financiación la proporcionó AIR, siglas en inglés de «la Atmósfera Mejora los Resultados», con su énfasis en la ventilación como una «solución» al problema del tabaco. AIR a su vez, recibió financiación de la Asociación de Fabricantes de Tabaco (TMA) aunque dicha asociación no deseaba que esto se supiera y prefirió mantenerse al margen. Los lazos entre la industria tabaquera y el sector hostelero se han documentado en otras publicaciones⁸, siendo «Cortesía de Elección» de Philip Morris una de las más conocidas. Aquí se ponía el énfasis en los «espacios», es decir, la conveniencia, que se puede percibir, de satisfacer las necesidades tanto de personas fumadoras como de no fumadoras proporcionando zonas separadas siempre que sea posible.

Aparte de la debilidad obvia del sistema de restricciones voluntarias, la PPC incluía la opción de permitir a los pubs y restaurantes no hacer nada, más que poner un cartel con la leyenda ¡está permitido fumar! Las tres opciones de la política eran: «Prohibido fumar en las zonas públicas», «Permitido fumar en las zonas designadas» y «Permitido fumar». Además, los locales con ventilación mecánica como aire acondicionado podían poner carteles indicando que dicho

equipo estaba instalado, con la inferencia de que esto ayudaría a resolver el problema del tabaco.

Los promotores de la Carta de los Lugares Públicos convencieron al Gobierno para que aceptara objetivos pobres mediante los cuales medir el éxito de la política. Eran los siguientes:

- el 50% de todos los pubs y restaurantes deberían tener una política formal sobre el tabaco y mostrar signos externos.
- el 35% de estas políticas deberían restringir el consumo de tabaco a las zonas designadas o establecer como disposición la existencia de sistemas de ventilación según las normas acordadas.

6.5.4. Evaluación de la Carta de los Lugares Públicos

En noviembre de 2001, el Grupo de la Carta publicó un informe de situación provisional. Los resultados no eran impresionantes. Sólo el 27% de los pubs y bares cumplían las disposiciones de la Carta y la mayoría de ellos (62%) optaban por el «Permitido fumar». Sólo el 9% de los pubs encuestados tenían zonas separadas de personas fumadoras y no fumadoras y en ninguno se había prohibido fumar totalmente. El informe pronosticaba que en 2003, un tercio de los pubs tendría zonas para personas fumadoras y no fumadoras separadas. Sobre esta base, argumentaba que la Carta estaba en el camino de cumplir sus objetivos. Sin embargo, la PPC no consiguió finalmente ni siquiera cumplir estos modestos objetivos.

El Grupo de la Carta entregó su informe definitivo al Ministerio de Sanidad en mayo de 2003, sin ponerlo a disposición del público. ¿La razón de su reticencia? El hecho de que los signatarios de la Carta no habían conseguido ni siquiera el modesto objetivo de tener una política sobre el tabaco formal y una señalización apropiada; sólo el 43% de los pubs cumplían las disposiciones, un 7% por debajo del objetivo del 50%. Los logros en lo referente a la habilitación de zonas para fumar separadas eran igualmente poco llamativos ya que el 56% de los locales que cumplían la Carta aún permitían fumar en todo su espacio y sólo unos pocos proporcionaban un entorno totalmente sin humo.

Una encuesta independiente encargada por el Gobierno validó estos resultados. Poco después de su publicación, el Ministerio de Sanidad hizo la siguiente declaración:

Debe hacerse más y rápido. El Gobierno considerará el problema del humo ambiental del tabaco a la luz de estas conclusiones y otros acontecimientos recientes (incluido el Convenio Marco para el Control del Tabaco).

6.5.5. Reconocimiento de la necesidad de legislación

A pesar del llamamiento para «hacer más y rápido», el Gobierno no pudo ofrecer propuestas alternativas y permaneció en silencio acerca de esta cuestión. Por contraste, el sector hostelero siguió argumentando que las medidas voluntarias para limitar el consumo de tabaco eran adecuadas y elaboraron planes para animar a los pubs y restaurantes a que implementaran más normativas de espacios sin humo.

El sector hostelero sabía que si no respondía rápidamente, podría invocarse la amenaza de legislación del Gobierno. A mediados de 2003, los parlamentos de Gales, Escocia e Irlanda del Norte, así como algunos gobiernos regionales ingleses estaban empezando a formular planes para convertir los centros de trabajo en espacios totalmente sin humo. De estos, sólo el Ejecutivo escocés tenía poder para promulgar una ley de este tipo; los otros necesitaban que el gobierno nacional del Reino Unido aprobara una legislación que les autorizara.

A principios de 2004, estaban empezando a aparecer signos de división en el sector hostelero con respecto a la cuestión del tabaco. La cadena de pubs JD Wetherspoon, la primera en tener zonas designadas para personas no fumadoras en todos los locales, rompió filas al declarar que era preferible una prohibición total de fumar que el sistema irregular que proponía el sector de los pubs. Aunque en ese momento el fundador y director general de Wetherspoon, Tim Martin, dijo que iniciar una prohibición sin el respaldo de la ley sería «un suicidio comercial», varios meses después anunció sin embargo que Wetherspoons convertiría 60 de sus pubs en espacios totalmente sin humo en mayo de 2005 y el resto de la cadena un año después. Mientras tanto, en un intento por esquivar la posible legislación, una coalición de cinco grupos importantes de pubs anunció un plan para convertir el 80% del área de sus locales en espacios sin humo en diciembre de 2009.

La cuestión de los espacios sin humo siguió atrayendo la atención de los medios de comunicación con la implantación de la prohibición de fumar en todos los lugares de trabajo, incluidos pubs y restaurantes, en Irlanda en marzo de 2004. Como eran nuestros vecinos más cercanos, todas las miradas estaban puestas en la población irlandesa para ver cómo respondían a la nueva ley. Como era de

esperar, el comercio autorizado para la venta de alcohol a ambos lados del mar de Irlanda pronosticó unas consecuencias nefastas: pérdida de puestos de trabajo, cierre de pubs, y lo que era más importante para algunos, el fin de la famosa algarabía irlandesa, la genial atmósfera que supuestamente crean la música, la Guinness y el humo del tabaco. El hecho de que la prohibición de fumar en Irlanda resultase popular y no llevase al final del sector de los pubs generó aún más división sobre la cuestión dentro del sector hostelero británico.

Inducido por una amplia alianza de organizaciones sanitarias, el impulso para una legislación que dispusiera la prohibición total de fumar continuó durante 2004 y siguió siendo un tema candente en los medios de comunicación. Mientras tanto, el Gobierno del Reino Unido celebró una ronda de consultas para elaborar un nuevo Libro Blanco sobre salud pública. La cuestión de cómo afrontar mejor el consumo de tabaco en los lugares públicos era uno de los puntos más importantes de la agenda y la presión sobre el Gobierno para que siguiera el modelo irlandés era intensa. Sin embargo, las discusiones políticas en el último momento llevaron a una propuesta suavizada: se prohibiría fumar en la mayoría de los centros de trabajo cerrados incluidos restaurantes, pero los pubs que no sirviesen comida y los clubes privados quedarían exentos. Esta política chapucera puso de acuerdo a los defensores de la salud y a los distintos grupos del sector hostelero en que éste era un enfoque burocrático inviable e innecesario. Mientras tanto, el Gobierno se aferró a la política hasta que una división irreconciliable en el Gabinete ministerial obligó al Primer Ministro a permitirles a los miembros laboristas del parlamento el voto libre en esta cuestión. Liberados de la obligación de seguir la línea del partido, los políticos votaron rotundamente a favor de una legislación integral de espacios sin humo.

6.5.6. Conclusiones

A pesar del fuerte apoyo público a las disposiciones de espacios sin humo en los lugares públicos y centros de trabajo, el legado del sistema de restricciones voluntarias dejó al Reino Unido rezagado detrás de muchos países europeos, aunque ha seguido adelante con la legislación integral de espacios sin humo. Las lecciones que hay que aprender están claras. En primer lugar, depender de las fuerzas del mercado lleva, en el mejor de los casos, a un ritmo de cambio lentísimo, y en el peor, a una total inercia. En segundo lugar, hay pruebas claras de que la industria tabaquera ha desempeñado un papel importante en el fomento de las restricciones voluntarias para esquivar la legislación. Una tercera lección es que aplicar una política como la Carta de los Lugares Públicos a una gama de negocios tan dispar es inviable. El sector de la hostelería es diverso y las respuestas a códigos de práctica voluntarios siempre serán variables de acuerdo con la

prioridad que se le dé a políticas concretas. No es sorprendente que los pubs y bares estuvieran menos inclinados a adoptar la restricción de fumar que los restaurantes y hoteles, lo que hace que conseguir un código de práctica uniforme sea prácticamente imposible. El ejemplo del Reino Unido debería servir como advertencia para otros países que están considerando las restricciones voluntarias: sencillamente no funcionan. El control del humo del tabaco es demasiado importante como para dejarlo en manos de las fuerzas del mercado. Por el bien de la salud pública, debe prohibirse fumar en los lugares públicos y centros de trabajo por ley.

Referencias

- 1 Towards a Tobacco Free Society, Ireland – a Smoke Free Zone. The report of the Tobacco Free Policy Review Group, Dublin, Stationery Office, 2000.
- 2 Report on the health effects of environmental tobacco smoke (ETS) in the workplace. Office of Tobacco Control, Health and Safety Authority. December 2002.
- 3 Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. SIRUS, National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo, Norway, June 2005. www.sirus.no/cwobjekter/SmokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf. Accessed: February 2006.
- 4 Report by National Opinion Poll (NOP) Social and Political for the Department of the Environment. Smoking in public places. 2nd survey data. Her Majesty's Stationery Office, 1996.
- 5 Smoking-related behaviour and attitudes, 2003. London, Office for National Statistics, 2004.
- 6 Independent Scientific Committee on Smoking and Health: fourth report. London, HMSO, 1988.
- 7 Smoking kills. A White Paper on Tobacco. London, Department of Health, 1998
- 8 See for example: The tobacco industry, ETS and the hospitality trade. London, Action on Smoking and Health, 2003. http://www.ash.org.uk/html/workplace/html/hospitality_ets.html

Capítulo 7

Conclusiones y recomendaciones

1. La exposición al humo ambiental del tabaco mata en la actualidad a 79.000 personas de la Unión Europea (UE) al año. 72.000 de estas muertes se deben a la exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar y 7.000 a la exposición al humo ambiental del tabaco en el trabajo.
2. La exposición al humo del tabaco en el trabajo dentro del sector hostelero es la causa de una muerte cada día laborable en la UE.
3. Toda la población trabajadora tiene el derecho a estar protegida del humo ambiental del tabaco y el sector empresarial tiene la obligación legal de tomar medidas para prevenir la exposición al humo ambiental del tabaco en los centros de trabajo.
4. La única manera eficaz de brindar esta protección es la promulgación de una legislación integral en materia de consumo de tabaco en los centros de trabajo.
5. La ventilación no protege a la población trabajadora de la exposición al humo ambiental del tabaco.
6. Los acuerdos voluntarios no protegen a la población trabajadora de la exposición al humo del tabaco.
7. Las leyes de espacios sin humo en los centros de trabajo conducen a un aumento de los intentos de dejar de fumar.
8. La evidencia científica demuestra que las políticas de espacios sin humo también reducen el consumo de tabaco.
9. Los beneficios de las políticas de espacios sin humo son especialmente notables en el sector privado de la economía.
10. Los beneficios a largo plazo de las políticas de espacios sin humo mejorarán el capital humano de los países, lo que llevará a un mayor crecimiento económico en línea con los objetivos de Lisboa.

11. Las empresas tabaqueras han afirmado que la legislación de espacios sin humo en los centros de trabajo aplicada a los bares y restaurantes tendría un impacto negativo sobre el negocio. Investigaciones independientes y fiables proporcionan pruebas claras de que esta afirmación es falsa. En casi 100 estudios de todo el mundo elaborados antes del 31 de agosto de 2002 y basados en medidas objetivas y fiables, no se ha podido encontrar un impacto negativo.
12. La información más reciente sobre el efecto de las prohibiciones de fumar en Nueva York, Columbia Británica, Irlanda, Noruega o Nueva Zelanda no mostraba un impacto negativo sobre el negocio.
13. El apoyo a las políticas de espacios sin humo entre la población europea es fuerte. La mayoría de las personas apoyan en la actualidad leyes integrales de espacios sin humo en todos los centros de trabajo, incluidos bares y restaurantes
14. El apoyo a las leyes de espacios sin humo aumenta tras su introducción, tanto entre las personas fumadoras como en las no fumadoras.
15. La población trabajadora y la población en general cumplen la legislación de espacios sin humo.
16. Todos los Estados Miembros de la UE deberían promulgar cuanto antes una legislación integral de espacios sin humo, para convertir todos los centros de trabajo y lugares públicos cerrados en espacios sin humo.
17. Al hacer esto, deberían tenerse en cuenta las recomendaciones de Limassol que se enumeran a continuación.

7.1. Recomendaciones de Limassol para obtener una legislación integral de espacios sin humo

Las recomendaciones de Limassol se redactaron en una reunión de estrategia de las organizaciones de control del tabaco de la UE en Limassol, Chipre, en abril de 2005. Al redactarlas, las personas participantes tuvieron en cuenta los acontecimientos recientes en países como Irlanda, Noruega, Italia, Escocia y Francia, así como en otros países del resto del mundo. La lección aprendida de este ejercicio es que cada país es diferente y que cada país abordará la elaboración de una legislación de espacios sin humo efectiva a su manera. En algunos países, como Italia, se contaba con un gran apoyo político para promulgar dichas

legislaciones; en otros, como el Reino Unido, se pudo hacer sin este apoyo pero se necesitó una coalición fuerte y coordinada que apoyara las leyes de espacios sin humo para llenar el vacío que habían dejado los políticos. Sin embargo, pueden identificarse los elementos clave para el éxito y se presentan a continuación.

La reunión de estrategia y las recomendaciones de Limassol fueron el resultado de una colaboración entre las siguientes organizaciones: Association of European Cancer Leagues, European Heart Network, European Respiratory Society, European Network for Smoking Prevention, Cancer Research UK y la Ligue Nationale Contre le Cancer.

Introducción

Éstas son algunas recomendaciones clave que se basan principalmente en las conclusiones de la investigación y la experiencia satisfactoria de países como Irlanda, Noruega e Italia. Estas recomendaciones deberían ser relevantes en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, la aplicación de leyes de espacios sin humo se ve afectada por circunstancias políticas, sociales y económicas locales, que necesitarían una adaptación a escala local o nacional.

1. El principal argumento científico es la evidencia del peligro al que se enfrentan las personas expuestas al humo ambiental del tabaco.

La legislación de espacios sin humo es una legislación en materia de salud y seguridad. La evidencia científica establece que el humo del tabaco produce enfermedades, discapacidad y muerte en las personas expuestas al mismo, tanto personas fumadoras como en no fumadoras. La *Internacional Agency for Research on Cancer (IARC)* de la Organización Mundial de la Salud identifica a la exposición al humo ambiental del tabaco como una causa de cáncer de pulmón, y clasifica el humo ambiental del tabaco como un carcinógeno humano. El Artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptada unánimemente por 192 países en mayo de 2003, reconoce que la evidencia científica ha establecido sin lugar a dudas que la exposición al humo del tabaco produce muerte, enfermedades y discapacidad. El principio rector es el derecho de todas las personas a trabajar en un entorno laboral sano. El apoyo de la comunidad de salud pública es fundamental y el respaldo de los sindicatos del sector hostelero también puede ser crucial. Se recomienda una campaña de concienciación sobre el peligro del humo ambiental del tabaco. La ventilación no puede considerarse como una opción para resolver los problemas de salud que produce el humo ambiental del tabaco.

2. *El argumento más convincente en el debate político es el enorme éxito de la puesta en marcha de legislación integral de espacios sin humo en Irlanda, Noruega e Italia.*

En los tres países, el apoyo a la ley ha aumentado después de su introducción. La investigación en Irlanda ha indicado que el 93% de la población piensa que la introducción de la ley fue una buena idea, incluido el 80% de las personas fumadoras, y el 98% de la población cree que los centros de trabajo son lugares más sanos desde la introducción de la ley, incluido el 94% de las personas fumadoras. Los entornos sin humo son siempre un motivo de satisfacción para la ciudadanía..

3. *Optar por una legislación clara.*

Una legislación confusa no se respetará. Por legislación clara se entiende un texto jurídico sin ambigüedades, en el que se indique una fecha clara de entrada en vigor, con señales visuales evidentes y sanciones y responsabilidades claras y ampliamente conocidas para su cumplimiento. Es crucial realizar una campaña de concienciación sobre las disposiciones legales: es una manera relativamente barata de reducir los costes de cumplimiento, ya que la legislación dependerá en gran medida de que las partes afectadas apliquen la política por voluntad propia de forma eficaz.

4. *La mejor opción es una prohibición total sin exenciones.*

Las pruebas indican que una prohibición total es más fácil de aplicar que restricciones parciales al consumo de tabaco. Por restricción se entiende que se permite fumar en algunas zonas y se prohíbe fumar en otras zonas, lo que ocasiona confusión y disputas entre personas fumadoras y no fumadoras. El grado de cumplimiento de la legislación en Irlanda y Noruega mejoró cuando se implantó la prohibición total en 2004.

5. *Una legislación integral de espacios sin humo es el objetivo.*

La legislación integral de espacios sin humo incluye la prohibición total de fumar en los centros de trabajo, bares y restaurantes, lugares públicos (lo que incluye centros sanitarios y educativos) y los medios de transporte públicos. Una sociedad no se convertirá en una sociedad sin humo de la noche a la mañana. La disposición más importante es la relativa al fumar en el lugar de trabajo. La ley más fácil de

instaurar es la que afecta a los medios de transporte público de corto recorrido, como autobuses y metro. Por el contrario, la más difícil es la que se refiere a la prohibición de fumar en bares. Si la legislación integral de espacios sin humo no cuenta con un apoyo suficiente de una manera inmediata, se puede considerar un enfoque paulatino.

6. Evitar legislación que permita áreas o zonas para personas fumadoras.

El concepto de zona de personas fumadoras es confuso y difícil de aplicar. Además, esta medida no proporciona protección alguna para la salud ya que el humo de la zona de personas fumadoras se mezcla con el aire de la zona donde no se puede fumar. Una prohibición total es la mejor opción. Si no es viable una prohibición total, una alternativa es disponer de salas cerrada para personas que fuman. Las características de estas salas deben definirse de tal forma que la elección de esta opción sea más bien excepcional. Como mínimo, en los casos en los que se permitan fumar en salas independientes, es importante que dichas salas cuenten con un espacio limitado, estén física y completamente separadas de las salas para personas no fumadoras, sus paredes vayan del suelo al techo y su ventilación se realice directa y estrictamente hacia el exterior. Además, no se debe requerir a la población trabajadora y los clientes que entren en estas salas para hacer su trabajo en el caso de los primeros o, ni siquiera, pasar por ellas. La legislación en Italia, Malta y Suecia se basa principalmente en estos principios.

7. Evitar presentar legislación que probablemente no pueda hacerse cumplir.

El cumplimiento de la legislación de espacios sin humo tiene que empezar el primer día de su entrada en vigor. Si la legislación no se ha cumplido durante la primera semana, es posible que los problemas de cumplimiento continúen. Es más fácil mantener un alto grado de cumplimiento cuando la ley se ha respetado desde el primer momento.

8. Proporcionar un sistema eficaz de cumplimiento.

El cumplimiento de una ley depende de varios factores como la información sobre la fecha de su entrada en vigor (que la población sepa que la ley va a entrar en vigor), la visibilidad de los carteles que prohíben fumar, la claridad de la ley (que la ley sea fácil de entender y fácil de cumplir), información sobre la clasificación

de las infracciones y cuantía de las multas, información sobre los mecanismos de presentación de quejas (como un número de teléfono), el número de controles y la probabilidad de se identifique cualquier incumplimiento.

9. Una prohibición total en el entorno laboral, incluidos bares y restaurantes, sólo es posible después de un proceso de preparación y consulta adecuado.

Un factor clave para el éxito de la legislación es la actitud de la población con respecto a la legislación de espacios sin humo. La implantación de dicha ley requiere la aprobación por parte de la población. Se recomienda llevar a cabo encuestas de opinión sobre las políticas de espacios sin humo. Es necesario contar con un proceso de preparación y consulta apropiado que puede realizarse mediante debates públicos y parlamentarios.

10. Estrategia de medios de comunicación activa y reactiva

Para mantener a la población a favor, hay que desarrollar una estrategia de medios de comunicación permanente, que incluye el proporcionar continuamente nuevas investigaciones e información en relación con la legislación de espacios sin humo y contar con un equipo de respuesta de medios de comunicación capaz de reaccionar deprisa.

11. Estar preparado para una fuerte oposición al introducir una ley integral de espacios sin humo.

El sector hostelero y la industria tabaquera han reivindicado que la prohibición de fumar en restaurantes y bares tiene un impacto negativo sobre su negocio y que genera un número menor de ventas y menos empleo. No hay pruebas que apoyen estas afirmaciones, pero pudieran tener un impacto sobre la opinión pública. Un estudio realizado en Noruega ha demostrado que había más personas que pensaban, antes de la introducción de esta ley, que iba a haber más problemas de los que realmente ocurrieron cuando ésta entró en vigor.

12. La introducción de una legislación de espacios sin humo requiere una comunidad de profesionales de la salud que esté unida.

La comunidad de profesionales de la salud tiene que formar una amplia coalición de organizaciones que apoye la legislación de espacios sin humo. Esta coalición debe desarrollar un plan estratégico con un mensaje claro y hablar con una sola voz.

La Smoke Free Partnership

Levantarse la cortina de humo - 10 razones para una Europa sin humo del tabaco

2006 - 162 pag. 17 x 24,5 cm

ISBN 1-904097-56-1

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad prematura en la Unión Europea. Este informe examina la exposición al humo ambiental del tabaco en la Unión Europea. Escrito por personas expertas en este campo y proporciona la primera valoración de la mortalidad causada por la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco en el conjunto de los países de la Unión Europea, los aspectos económicos de las políticas de espacios sin humo y las opciones políticas par prevenir la exposición al humo ambiental del tabaco.

El informe concluye resaltando que la única forma eficaz de prevenir la exposición al humo ambiental del tabaco es promulgando una legislación por la que se prohíba completamente fumar en todos los lugares públicos y de trabajo. Cada persona trabajadora tiene derecho a ser protegida del humo ambiental del tabaco. Una legislación integral y completa de espacios sin humo es posible y cuenta con el apoyo de la población.