

# Evolución del consumo de tabaco en España: impacto de la legislación

Papel de la sociedad española de neumología y cirugía torácica, SEPAR

CARLOS A. JIMÉNEZ -RUIZ

Director del PII de Tabaquismo de la SEPAR.  
C/. Conde de Peñalver, 96. Madrid 28006

e-mail: victorina@ctv.es

## RESUMEN

El artículo analiza la evolución de la epidemia tabáquica en España desde el año 2005 hasta el 2011. Se estudia con detenimiento el impacto que las dos legislaciones implantadas en este tiempo han tenido en la prevalencia de tabaquismo pasivo y activo. El artículo enfatiza el importante papel que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR, ha representado en esta evolución. El artículo muestra los resultados de los principales estudios poblacionales realizados por la SEPAR entre el año 2005 y el 2010.

Palabras clave: Tabaquismo, prevención, legislación, estudios epidemiológicos.

## Introducción

De acuerdo con los datos de la última encuesta nacional de Salud, el 30 % de la población general española por encima de 16 años de edad es fumadora. El 36% de los hombres españoles consumen tabaco y el 24% de las mujeres lo hacen igualmente.<sup>1</sup> Los datos más recientes muestran que en el año 2006 se produjeron 53.155 muertes atribuibles al consumo de tabaco en España en individuos de 35 o

más años de edad. Ello supone el 14,7% de la mortalidad total producida en nuestro país ese año. El 89% de esas muertes se produjo en hombres y el 11% restante en mujeres. Por causas, los tumores malignos ocasionaron más de 24.000 muertes, el cáncer de pulmón más de 16.000, las enfermedades cardiovasculares más de 17.000 y las enfermedades respiratorias más de 11.000. La EPOC ocasionó casi 10.000.<sup>2</sup>

Estos datos muestran que el tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en España. Diversas medidas han mostrado ser eficaces para controlar la epidemia tabáquica en los diferentes países. Estas medidas pueden ser de diferente ámbito: legislativo, sanitario, social, económico, etc. No obstante, lo que se ha mostrado más eficaz es que las medidas sean amplias y comprensivas y que abarquen cuantos más ámbitos sea posible.

A lo largo de este artículo analizaremos la evolución de las diferentes medidas legislativas que el gobierno español ha ido tomando a lo largo de los últimos años y el papel de la SEPAR en el apoyo y crítica de estas medidas.

## Antecedentes

A finales del año 2005 el Congreso Nacional de Diputados aprobó la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Se trató de la primera Ley Nacional que abordaba de forma amplia los diferentes aspectos relacionados con la prevención y el control del tabaquismo. La SEPAR contribuyó a la aprobación definitiva de esta normativa mediante la realización de estudios epidemiológicos que demostraban que la población general española necesitaba una ley de esas características y, además, la apoyaba de manera masiva. Es más, durante aquellos días la SEPAR realizó una intensa campaña en los medios de comunicación social a favor de la Ley y participó activamente en las discusiones de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, mostrando todos los datos científicos que avalaban su apoyo a dicha norma. También, es cierto, que SEPAR siempre manifestó su preocupación por que la ley no abordaba de manera definitiva algunos aspectos primordiales. Entre ellos cabe citar: la publicidad, promoción y patrocinio indirecto de las labores del tabaco, la política de precios, la financiación pública de los tratamientos para dejar de fumar y la prohibición completa del consumo del tabaco en cualquier espacio público cerrado.

La implantación de la ley a lo largo de los años sufrió diversas vicisitudes, la mayor parte de ellas provocadas por su falta de concreción en un aspecto tan relevante como la

regulación del consumo del tabaco en los lugares de ocio. Ello ocasionó dos importantes problemas. De un lado, se observó una inoperancia de la misma para proteger la salud de los no fumadores que conviven con fumadores en los espacios de ocio. Por otro lado, y debido a que hasta en más del 80% de los restaurantes y bares españoles se seguía consumiendo tabaco sin ningún tipo de restricción, esto dio lugar a que existiese una relajación generalizada en cuanto al estricto cumplimiento de la ley en otros ámbitos como los lugares de trabajo e incluso los centros educativos y sanitarios. Tanto es así, que la ley española fue tomada por las multinacionales tabaqueras como ejemplo a seguir por otros países europeos en donde se estaba discutiendo la implantación de legislaciones reguladoras del consumo del tabaco. Este extremo fue puesto de manifiesto por un grupo de expertos constituido por miembros del Área de Tabaquismo de la SEPAR y el Nicotine Dependence Centre de la Mayo Clinic. Este grupo alertó a la comunidad científica internacional sobre la presión de las multinacionales tabaqueras a los gobiernos de países europeos para que se tomaran decisiones similares a las ejecutadas por el gobierno español en cuanto a la implantación de normativa reguladora del consumo del tabaco. Es lo que se dio en llamar el "modelo español" o la "Spanish solution".<sup>3</sup>

## La elaboración de la actual ley reguladora de consumo de tabaco. Propuestas de la SEPAR.

A principios del año 2010 era evidente que la ley que en aquellos momentos controlaba el tabaquismo en España no servía para nada. Esto hizo que en el Ministerio de Sanidad se comenzase a trabajar con el objetivo de modificar dicha ley y conseguir obtener una nueva norma más adecuada y eficaz para controlar el tabaquismo.

El Ministerio realizó un borrador de la nueva ley y la SEPAR tuvo acceso al mismo. La propuesta del Ministerio era que la modificación de la legislación se tramitase como una Proposición de Ley y que fuese suscrita por el mayor

número posible de grupos parlamentarios en aras de buscar el consenso. Los principales cambios que el borrador introducía eran insuficientes y en algún caso regresivos. Probablemente, la única reforma de las propuestas que era digna de ser apoyada era la prohibición del consumo de tabaco en todos los lugares públicos cerrados. Pensábamos que esa medida era necesaria en un país como el nuestro donde se producen, según algunas estimaciones a la baja, hasta 1228 defunciones por consumo pasivo de tabaco en personas no fumadoras cada año.<sup>4</sup>

Pero por otro lado, el borrador contenía propuestas que parecían regresivas y faltas de sentido en el contexto actual de la Prevención y el Control del Tabaquismo. Entre ellas merece la pena destacar las siguientes: a) se permitía que en un 30% de las habitaciones de los hoteles se pueda consumir tabaco, b) se permitía la venta de tabaco mediante máquinas dispensadoras en discotecas, bares y kioscos, y c) se permitía la existencia de clubes privados para fumadores. Estábamos convencidos de que la implantación de estas medidas supondría un importante revés para la salud pública de nuestro país. Se estaba facilitando la accesibilidad al consumo del tabaco, sobre todo entre la población joven, en un país, como el nuestro, donde la edad de inicio al consumo del tabaco es cada día más precoz.<sup>6</sup> Pero, además, se estaba abriendo la puerta falsa de los clubes privados de fumadores, a través de la cual se podrían colar un buen número de bares, restaurantes y otros lugares de ocio para convertirse en centros públicos cerrados donde legalmente se pudiera consumir tabaco. Si algo habíamos aprendido era que el articulado de la ley no debería ser ambiguo ni dejar resquicio para una interpretación "personalizada" de la norma. La experiencia demostraba que cuando existían artículos en los que no se especificaba de manera clara y concisa que el consumo del tabaco estaba prohibido en todos los lugares públicos cerrados y se dejaba lugar a las libres interpretaciones, el resultado era decepcionante.

En este sentido la SEPAR tenía estudios que lo demostraban claramente. En un estudio realizado por un grupo de trabajo del Área de Tabaquismo de la SEPAR se encontró que la exposición global al aire contaminado por humo de tabaco (AHT) decreció del 49,5% en el año 2005 hasta

un 38% en el año 2007 (un año después de implantada la ley), es decir se encontró un 22% de reducción. No obstante, la exposición en bares y restaurantes (lugares estos donde la ley permitía o no fumar dependiendo de la superficie de los mismos) la exposición al AHT sólo se redujo un 8% entre estos dos años.<sup>6,7</sup> Teniendo en cuenta esta mala experiencia no parecía muy recomendable apoyar medidas como las que ese borrador proponía.

Pero es que, además, la Propuesta hacía caso omiso de importantes medidas sanitarias. Era necesario que la ley contemplase medidas encaminadas a la facilitación de la asistencia sanitaria a los fumadores y la financiación de los tratamientos del tabaquismo para aquellos que quisieran realizar un serio intento de abandono del consumo del tabaco. Al no incluir estas importantes medidas sanitarias se estaba olvidando al grupo de españoles más desprotegidos en este campo: las personas fumadoras. Diversos estudios han encontrado que la financiación pública de los tratamientos para dejar de fumar conseguiría tres importantes objetivos: a) un mayor número de fumadores recibirían atención sanitaria para dejar de fumar, b) un mayor número de fumadores intentaría dejar de fumar y c) un mayor número de fumadores abandonaría con éxito el consumo del tabaco.<sup>8</sup>

No obstante, la propuesta cometía otro grave pecado por omisión: no contemplaba ningún tipo de medida fiscal sobre el tabaquismo. Con ello se perdía una importante oportunidad de mejorar los aspectos económicos del tabaquismo en un momento de crisis económica. Según datos de la Agencia Estatal de Administración Tributaria en el año 2008 el importe total de los gastos atribuibles al tabaquismo en España fue de 14.710 millones de euros y los ingresos por impuestos ese mismo año fueron de 9.266 millones de euros. Luego ese año, el estado español perdió 5.444 millones de euros debido al tabaquismo.<sup>9</sup> Teniendo en cuenta estos datos, SEPAR pidió que la nueva normativa sobre regulación del consumo del tabaco contemplase un incremento significativo de los precios de las labores del tabaco; y que se especificase, además, que dicho incremento debería ser re-invertido por el estado español en campañas a favor de la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

Otro importante caballo de batalla era el control de la publicidad indirecta. En aquellos meses estábamos asistiendo a un dramático ascenso de la publicidad indirecta de las labores del tabaco. La Industria tabaquera sabía que la legislación era bastante eficaz para controlar la publicidad directa de sus productos, sin embargo se mostraba totalmente inoperante para controlar la indirecta. Por ello, cada día aparecían más fotos en revistas, magazines, semanarios, etc., en donde los cigarrillos, el humo, las personas consumiendo tabaco (sobre todo las mujeres) se hacían más presentes. Incluso en series de TV dirigidas a jóvenes estos aspectos se veían más frecuentemente. Por no hablar del torticero manejo de los códigos de barras que se estaba haciendo en los coches y motos de carreras. Todo esto hablaba de que la Industria tabaquera estaba lanzando una campaña de publicidad indirecta de las labores de tabaco en la que los jóvenes y las mujeres eran sus objetivos primordiales. Era urgente y necesario que esa campaña fuese controlada.

## Propuestas para una nueva Ley

Teniendo en cuenta todos estos comentarios, la SEPAR lanzó sus propuestas para una nueva ley. A continuación se comentan.

Toda normativa en relación con el control del tabaquismo debe pretender la consecución de tres objetivos: a) proteger a los no fumadores del aire contaminado por el humo del tabaco, b) prevenir que los jóvenes se inicien en el consumo del tabaco y c) ayudar a los fumadores a dejar de serlo. Para alcanzar estos objetivos es necesario que la ley española de medidas sanitarias frente al tabaquismo sea reformada en los siguientes aspectos: a) prohibir el consumo del tabaco en todos los lugares públicos, b) regular todo tipo de promoción, publicidad y patrocinio directos e indirectos de las labores del tabaco, c) facilitar la asistencia sanitaria a los fumadores y financiar los tratamientos del tabaquismo a través del sistema sanitario público y d) incrementar los precios de las labores del tabaco y que dicho incremento

repercuta en la realización de campañas y programas de prevención y tratamiento del tabaquismo.

## Prohibición del consumo del tabaco en todos los lugares públicos.

A lo largo de los últimos años la SEPAR ha realizado numerosos estudios con el objetivo de analizar el impacto que la Ley 28/ 2005 ha tenido en cuanto a la regularización del consumo del tabaco en los lugares públicos y en la percepción que sobre la misma ha tenido la población general española.

En un estudio realizado por el Área de Tabaquismo de la SEPAR se encontró que la exposición global al ACHT decreció del 49,5% en el año 2005 (antes de la Ley) hasta un 38% en el año 2007 (un año después de implantada la Ley), es decir se encontró un 22% de reducción. No obstante, la exposición en bares y restaurantes al ACHT sólo se redujo un 8% entre estos dos años.<sup>7</sup> En otro estudio epidemiológico llevado a cabo sobre una muestra representativa de la población general española constituida por 6533 sujetos se encontró que: a) el 78% de la población estudiada notaba molestias producidas por el ACHT y el 85% de ellos las calificaban como de intensidad alta o muy alta, b) el 95% de la población estudiada estaba convencida que el ACHT es perjudicial para la salud y hasta el 85% de ellos calificaban este perjuicio como grave, c) el 84% de la población estudiada estaba a favor de aumentar las medidas sanitarias que controlasen el consumo del tabaco en los lugares públicos, d) el 12% de los niños menores de 13 años expuestos al ACHT presentaban síntomas respiratorios (tos, pitos en el pecho y expectoración) en comparación con sólo un 6% de aquellos que no estaban sometidos a este contaminante y e) el 14% de los no fumadores expuestos al ACHT presentaban síntomas respiratorios frente a sólo un 11% de los no expuestos.<sup>10</sup>

Las principales conclusiones de estos estudios mostraban que el ACHT es perjudicial para la salud, que la población general española estaba preocupada por este contaminante

y mostraba su conformidad con la puesta en marcha de medidas legales que regulen el consumo de tabaco en público y, lo que es más importante, que la ley vigente en aquellos momentos en España se mostraba inoperante para proteger a los no fumadores del ACHT. El análisis de todos estos datos justificaba una inmediata revisión de la ley en cuanto al articulado que regulaba el consumo del tabaco en los lugares públicos. Por ello, la SEPAR proponía que el artículo 8 de la ley que establecía la habilitación de espacios públicos donde se podía fumar desapareciese y se estableciese claramente que todo espacio público debe ser considerado libre de humo de tabaco. Además, SEPAR proponía también que desapareciese la disposición adicional segunda donde se contemplaba un régimen especial de pequeños establecimientos de hostelería y restauración donde estaba permitido fumar; se modificase la disposición adicional tercera y consideraba necesario que se abriese un debate con los expertos en cuanto a las disposiciones adicionales 6 y 8, que hacían referencia al consumo del tabaco en los establecimientos penitenciarios y en las salas de psiquiatría de los hospitales.

### **Regulación de la promoción, publicidad y patrocinio directos e indirectos de las labores del tabaco**

A medida que la normativa avanza en el control de la publicidad, patrocinio y promoción directa de las labores del tabaco, las multinacionales tabaqueras desarrollan modelos de patrocinio y publicidad indirectos que les permiten seguir enviando mensajes en pro del consumo a quienes son su objetivo principal: los jóvenes y las mujeres. La normativa que entonces estaba en vigor se había mostrado muy eficaz para controlar el patrocinio, la promoción y la publicidad directas de las labores de tabaco, pero había sido incapaz de controlar estos aspectos desde un punto de vista indirecto. Así, en aquellos años estábamos asistiendo a un incremento de la aparición de marcas de tabaco o de personas consumiéndolo en series televisivas, en cines, en magazines, e incluso, en secciones de periódicos donde entrevistaban a líderes sociales y que desempeñaban un importante papel

modélico para la sociedad civil. Por ello, SEPAR consideraba importante que se modificase el Capítulo III de la ley y que dicha modificación contemplase la prohibición de cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio directos e indirectos de las labores de tabaco.

### **Facilitar la asistencia sanitaria a los fumadores y financiar los tratamientos del tabaquismo a través del sistema sanitario público**

La SEPAR ha realizado un estudio sobre una muestra representativa de la población general española constituida por 6533 sujetos y ha observado los siguientes datos: a) que el 19% de los fumadores intentó dejar de fumar un año después de haberse implantado la Ley, pero sólo un 22% de ellos confesó que en su decisión influyó la implantación de la normativa, b) que aproximadamente 1.200.000 fumadores dejaron de fumar un año después de la implantación de la normativa, aunque sólo el 8% de ellos atribuyó su éxito a la implantación de la normativa, es decir, aproximadamente 95.000 sujetos.<sup>11,12</sup>

La prestación de servicios sanitarios orientados al tratamiento del tabaquismo es una labor que requiere la coordinación, concertación y vinculación de acciones y recursos de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. El objetivo es lograr que los servicios asistenciales en materia de tabaquismo estén al alcance de todos los ciudadanos por igual, con las máximas cotas de calidad y eficacia. Para ello el Área de Tabaquismo de la SEPAR ha propuesto un modelo de atención que permite fijar y ordenar las prioridades, considerando la magnitud del problema de la epidemia del tabaquismo, la legislación en vigor y la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos. Este modelo propone una organización para atajar el tabaquismo de una forma estructurada en dos niveles de atención, de manera que puedan llevarse a cabo acciones que vayan desde la prevención primaria hasta las intervenciones más intensivas y especializadas.<sup>13,14</sup> En los últimos años la SEPAR ha aportado suficiente información científica que avala la necesidad para la financiación pública de los diferentes tratamientos que han sido aprobados por el Ministerio de Sanidad y Política Social para el

tratamiento del tabaquismo.<sup>15</sup> Además, la SEPAR ha liderado el consenso entre importantes sociedades científicas y asociaciones de pacientes para que esta financiación se lleve a cabo con criterios de eficacia y eficiencia que tengan en cuenta que los recursos sanitarios son finitos pero que respeten la equidad y homogeneidad del sistema sanitario público.<sup>16</sup>

SEPAR consideraba que la redacción de la Ley no especificaba de manera clara cuales serían las medidas sanitarias a tomar para ayudar a los fumadores a dejar de serlo. Por ello, SEPAR exigía que la nueva normativa especificase claramente que se promocionaría la ayuda sanitaria a todos los fumadores que desearan abandonar el consumo del tabaco y que se financiarían por el sistema sanitario público los tratamientos para dejar de fumar como se financian los tratamientos de cualquier otra enfermedad crónica.

### **Incrementar los precios de las labores del tabaco y que dicho incremento repercuta en la realización de campañas y programas de prevención y tratamiento del tabaquismo**

Una de las medidas que se ha mostrado más eficaz no sólo para disminuir el número de fumadores en una determinada población, sino, también para ayudar a que los jóvenes no se inicien al consumo del tabaco ha sido el incremento de los precios de las labores del tabaco. Se estima que por cada aumento del 10% en los precios, el consumo se reduce alrededor del 2,5 al 5% en los países con ingresos elevados. A pesar de que el gobierno español estableció a comienzos de 2006 el tipo mínimo impositivo de 55 euros por cada 1000 cigarrillos, con el objetivo de que las marcas baratas subieran el precio de las cajetillas pues el precio del tabaco en España sigue siendo bajo. De hecho, España es el país de Europa occidental donde el tabaco es más barato. Por ejemplo, en Francia y Reino Unido el precio de los cigarrillos es dos y tres veces más caro que en España, respectivamente.

Por otro lado, hay que desterrar la falsa creencia de que el consumo de tabaco es beneficioso desde un punto de vista económico para un determinado país. Según datos de la Agencia Estatal de Administración Tributaria en el año 2008, el estado ingreso como consecuencia de la ven-

ta de labores del tabaco la cantidad de 9.266 millones de euros. Ese mismo año, el estado español pagó para cubrir los gastos sanitarios directos de sólo cinco enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco (EPOC, asma, cáncer de pulmón, enfermedad cerebro-vascular y enfermedad coronaria) la cantidad de 6.870 millones de euros. Pero además, ese mismo año, el coste que tuvieron las empresas españolas como consecuencia del tabaquismo fue de 7.840 millones de euros. De ellos el 76% fueron por pérdida de productividad por el consumo de tabaco en el lugar de trabajo y el 20% se atribuyó a costes adicionales de limpieza y conservación de instalaciones. El resto fue por absentismo laboral debido a enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco. Como se ve el importe total de los gastos atribuibles al tabaquismo en España para el año 2008 fue de 14.710 millones de euros y los ingresos por impuestos ese mismo año fueron de 9.266 millones de euros. Luego ese año, el estado español perdió 5.444 millones de euros debido al tabaquismo. Teniendo en cuenta estos datos, SEPAR pedía que la nueva normativa sobre regulación del consumo del tabaco contemplase un incremento significativo de los precios de las labores del tabaco; y que especificase, además, que dicho incremento debería ser re-invertido por el Estado español en campañas a favor de la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

## **Situación legislativa actual**

Después de todas estas vicisitudes, en el momento actual la norma que regula el consumo del tabaco es la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Las principales características de esta ley son las siguientes: a) se prohíbe el consumo del tabaco en todos los lugares públicos, b) se permite fumar en un 30% de las habitaciones de los hoteles, c) se permite la existencia de clubes privados de fumadores, d) se permite la venta de tabaco en los kioscos, e) se prohíbe todo tipo de publicidad directa de las labores de tabaco, f) no se controla la publicidad indirecta y g) no se contemplan medidas sanitarias de apoyo a los fumadores para que dejen de fumar.

En el año 2011 la SEPAR ha realizado un nuevo estudio para saber cual ha sido el impacto que la implantación de la nueva Ley ha tenido en la situación actual del tabaquismo en España. Los principales resultados de este estudio ha sido los siguientes: a) se ha encontrado que se ha reducido la exposición al aire contaminado por humo de tabaco (AHT) entre los españoles en 17 puntos porcentuales. En el año 2007, el 38% de los españoles estaba sometido al AHT y en el momento actual, lo está el 21%, b) la cifra total de fumadores entre las personas mayores de 13 años ha pasado de ser del 21,2% de la población antes de la aplicación de la primera Ley de 2005, a un 17,65% actual. No obstante se ha encontrado que la cifra de fumadores ha aumentado en un 0,50% con respecto al anterior estudio del año 2007, c) los españoles fuman una media de 12 cigarrillos al día y fuman más los hombres que las mujeres, d) uno de cada tres encuestados (un 27% de los fumadores) ha intentado dejar de fumar desde la implantación de la última ley. Un 14% volvió a fumar en menos de 24 horas y un 72% recayó en el primer mes. Es de destacar que sólo un 12% lo intentaron con ayuda médica.

No obstante, el estudio de la SEPAR también ha puesto de manifiesto la existencia de un claro descenso del tabaquismo pasivo, y por lo tanto la demostración de que la legislación sobre el tabaco es positiva. En España se ha pasado de contar con un 49,5% de no fumadores expuestos al humo del tabaco (antes de la primera ley), a un 21% en el momento actual. Es muy significativo que desde la implantación de la nueva ley a principios de 2011, el porcentaje de fumadores pasivos haya descendido en 17 puntos porcentuales. Más llamativo ha sido el descenso en lugares de trabajo y locales de ocio. En los lugares de trabajo se ha pasado del 26% (antes de la 1ª Ley), al 6% en diciembre 2011. En relación a los locales de ocio, entendiendo como tales los bares, restaurantes y salas de fiesta, se ha pasado del 37% al 12% (tras la implantación de la segunda ley).

## Conclusiones

El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en España. Alrededor de 53.000 españoles mueren cada año como consecuencia del consumo del tabaco. El control del

tabaquismo exige la implantación de medidas en diversos ámbitos: legislativo, social, sanitario, económico, etc. Desde el año 2005 el gobierno español ha puesto en marcha dos iniciativas legislativas encaminadas a controlar esta epidemia. La SEPAR ha contribuido en estas iniciativas realizando estudios poblacionales que analizaban la eficacia de la implantación de cada una de las leyes y el impacto que sobre la sensibilización de la población tenían estas legislaciones. El principal resultado de las legislaciones ha sido una reducción muy significativa de la prevalencia de tabaquismo pasivo en todos los lugares públicos. No obstante, no se ha detectado una reducción muy significativa del número de fumadores activos desde el año 2007 al 2011.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
- 2.- Banegas JR, Díez L, Bañuelos B, González J, Martín-Moreno JM, Córdoba R, Jiménez Ruiz CA. La mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin. (Barc)* 2010; 23: 456-61.
- 3.- Muggli ME; Lochart NJ, Ebbert JO, Jimenez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Hurt RD. Legislating tolerance: Spain's national public smoking law. *Tobacco Control* 2010; 19: 24-30
- 4.- Lopez MJ, Perez Rios M, Schiaffino A, Fernández E. Mortality attributable to passive smoking in Spain. *Tobacco Control* 2007; 16:373-7
- 5.- Organización Mundial de la Salud. MPOWER, un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [acceso 1 Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/index.html>
- 6.- Riesco Miranda JA, Jiménez Ruiz CA, Carrión Valero F, Solano Reina S, Ramos Pinedo A, Grávalos Guzmán J, de Granda Orive JI. Estudio del impacto de la ley 28/2005 sobre la prevalencia de tabaquismo y cambios en la actitud de los españoles. *Arch Bronconeumol* 2009; 45 (Supl Congreso Nacional): 140.
- 7.- Jiménez-Ruiz CA; Riesco Miranda JA; Richard D. Hurt; Ramos Pinedo A; Solano Reina S; Carrion Valero F. Study of impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*. 2008;18:622-5.
- 8.- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry S et al. Treating Tobacco use and dependence: 2008 update. *Clinical practice guideline*, Rockville MD; US. Department of Health and Human

Service. May 2008. Traducción al español: Guía de Tratamiento del Tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.

9.- Agencia Estatal de Administración Tributaria. Informe 2008. Disponible en: [http://www.aeat.es/AEAT/Contenidos\\_Comunes/La\\_Agencia\\_Tributaria/Estadisticas/Informes\\_Estadisticos/Informes\\_Anuales\\_de\\_Recaudacion\\_Tributaria/Ejercicio\\_2008/Anexos/Cuadros\\_IAR07.xls](http://www.aeat.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Informes_Estadisticos/Informes_Anuales_de_Recaudacion_Tributaria/Ejercicio_2008/Anexos/Cuadros_IAR07.xls)

10.- F. Carrión Valero, C.A. Jiménez Ruiz, J.A. Riesco Miranda, J.I. de Granda Orive, S. Solano Reina, Ramos Pinedo A. Epidemiología del tabaquismo pasivo en España antes de la ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Resultados de un estudio de base poblacional. *Prev Tab* 2008; 10: 86-94.

11.- Riesco Miranda JA, Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Esquinas Lòpez C, Serrano Rebollo JC, de Granda Orive JI. Presente y futuro del Área de Tabaquismo de la SEPAR. *Arch Bronconeumol* 2009; 45 (Supl 1): 16-20.

12.- Solano Reina S, de Granda Orive JI, Vaquero Lozano P, Florez Martin S, Ramos Pinedo A, Jimenez Ruiz CA. Esperanza ante la

futura ley de control y prevención del tabaquismo. *Rev Patol Resp.* 2010; 13: 49-51

13.- Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Esquinas C, Serrano LC, Ruiz Manzano J. Situación actual del control y abordaje del tabaquismo en nuestro país. (2005-2010). *Prev Tab* 2010. Monográfico N<sup>o</sup> 1

14.- De Granda JI, Carrion F, Alonso S, Marquez FL, Riesco JA, Sampablo I, et al. Atención y prestación de servicios en materia de tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2006; 42: 600-4

15.- Jimenez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI, et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44: 213-9.

16.- Jimenez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Herrada García JA, Riesco Miranda JA. Documento de consenso entre sociedades científicas y asociaciones de pacientes sobre la financiación de los tratamientos farmacológicos para el tabaquismo. *Prev Tab.* 2009; 11: 19-24.