



**DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA LEY
QUE 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.**

Fundamentos de la modificación



1. FUNDAMENTOS DE LA MODIFICACIÓN

La modificación de la Ley se inspiró en los siguientes puntos:

1. Protección a la población del humo ambiental del tabaco.
2. Protección a toda la población trabajadora del humo ambiental del tabaco en sus centros y lugares de trabajo.
3. Protección a la población menor de edad del humo ambiental del tabaco.
4. Prevención del inicio del consumo de tabaco.
5. Facilitar la deshabituación tabáquica.
6. Desnormalizar el consumo de tabaco en la sociedad.

Teniendo como base estos puntos, se procedió a diseñar una serie de medidas que contribuyeran a elevar la protección de la salud de toda la población, tanto en lo relativo a ampliar los espacios no contaminados por humo del tabaco como a la prevención del inicio y facilidades para la deshabituación. Como parte esencial del proyecto, se procedió a evaluar el beneficio-riesgo, fundamentalmente sanitario pero también sobre los costes económicos y sociales de las medidas proyectadas. El documento de evaluación está disponible en la página Web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. A continuación se describe un resumen.

1.1 Fundamentos sanitarios

1.1.1. Enfermedades y muertes causadas por el tabaco

- **Morbi-mortalidad atribuible al consumo de tabaco**

El tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo según la OMS¹, constituyendo un problema de salud pública de primera magnitud en los países desarrollados.

En España mueren cada año alrededor de 50.000 personas por enfermedades derivadas del consumo de tabaco², una cifra mayor que el conjunto de fallecidos por

¹ La epidemia de tabaquismo. Publicación científica Nº 577. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.



accidentes de tráfico, SIDA y consumo de drogas ilegales. Una cuarta parte (26,5%) de estas muertes atribuibles al tabaco, son muertes prematuras, ocurridas antes de los 65 años³. Esto equivaldría a una media diaria de 137 muertes como consecuencia del tabaco.

El consumo de tabaco está vinculado a la aparición de unas 30 enfermedades⁴, entre ellas 10 tipos de cáncer, y es la principal causa de más de la mitad de las enfermedades cardiovasculares.

La lista de enfermedades a las que se asocia es interminable; así pues está ampliamente demostrado que el tabaco es responsable de más del 90% de los casos de bronquitis, del 95% de los casos de cáncer de pulmón, del 30% de todas las cardiopatías coronarias y está también asociado a la aparición de cáncer de cavidad bucal y laringe, esófago, estómago, páncreas, riñón, vejiga, cuello uterino y leucemia mieloide aguda. También está vinculado a un mayor riesgo de diabetes, depresión, adicción al alcohol y otras sustancias, mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas, alteraciones del gusto y el olfato, periodontitis, cataratas, infertilidad, retrasos en la concepción, partos prematuros, recién nacidos de bajo peso, adelanto de la menopausia, incremento de la osteoporosis y del riesgo de fractura de cadera⁶.

- **Morbi-mortalidad atribuible a la exposición al humo del tabaco**

La evidencia científica ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad, y que no hay ningún nivel de exposición seguro al HAT.⁵

² Montes A, Pérez-Ríos M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. Adicciones. 2004; 16 (Supl.2):75-82

³ Banegas JR, Díez GL, González EJ, et al. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med clin (Barc).2005; 124:769-71.

⁴ The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta. U.S. Department of health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention; 2004.

⁵ The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2006



Los datos disponibles en España para el año 2002, estimaron entre 1.228 y 3.237 las muertes atribuibles a la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) en no fumadores (en el trabajo y el hogar), teniendo en cuenta solo el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares.⁶ Por lo tanto **mueren por esta causa entre 3 y 9 personas diariamente.**

En el año 2002, la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), clasificó al humo ambiental de tabaco como sustancia cancerígena para los humanos⁷, estimando su contenido en más de 4000 sustancias químicas, de las cuales 69 son cancerígenas. Dos países europeos, Alemania y Finlandia, han clasificado el HAT como carcinógeno y han incluido en su legislación en materia de salud y seguridad laboral, la prevención de la exposición al mismo en el lugar de trabajo, al considerarlo un riesgo laboral por su naturaleza cancerígena⁸.

La exposición al humo ambiental de tabaco causa enfermedad cardiovascular (aumento del riesgo de enfermedad coronaria en un 25%-30%) y cáncer de pulmón (aumento del riesgo en un 24%) en adultos no fumadores. En niños, es causa de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias agudas (neumonías, bronquitis), otitis media, disminución de la función pulmonar y exacerbaciones del asma^{9, 10}.

La exposición al humo ambiental de tabaco es especialmente perjudicial en niños y en mujeres embarazadas, asociándose en estas últimas a un mayor riesgo de aborto

⁶ López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A. et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. Tob Control.2007; 16:272-7

⁷ International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health Organization.

⁸ Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el control del tabaco (CMCT). Directrices para la aplicación del artículo 8. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2007.

⁹ The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2006

¹⁰ Secondhand smoke: review of evidence since 1998. NHS. Department of Health. Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH); 2004



espontáneo, complicaciones en el embarazo y recién nacidos prematuros o de bajo peso, lo que incrementa el riesgo de muerte perinatal.

1.1.2 Influencia de las políticas de espacios libres de humo

La disminución de la exposición a la contaminación derivada del humo del tabaco y la reducción del consumo de tabaco que se persigue con las políticas de espacios libres de humo, llevará asociada consecuentemente una importante disminución de la enorme carga de enfermedad ocasionada por el tabaco en la población. Hay efectos muy positivos de carácter inmediato como la disminución de ataques de asma que motivan demanda sanitaria urgente de niños o la disminución de episodios de cardiopatía coronaria mortales en algunos casos, ambos en personas expuestas pasivamente al tabaco; efectos a medio plazo como la disminución de morbi mortalidad por distintas enfermedades respiratorias, cardiovasculares y otras; y, finalmente, efectos a largo plazo como son la evitación de las innumerables tragedias humanas que suponen en España los cánceres de diverso tipo, particularmente el carcinoma de pulmón.

Las políticas que impiden la contaminación por humo ambiental de tabaco sin excepciones en los lugares de trabajo (incluidos los establecimientos de hostelería) se asocian a una disminución del consumo de tabaco del 3% al 4%, así como a una reducción del número de cigarrillos en las personas que continúan fumando¹¹; sin embargo el efecto estimado sobre la prevalencia de consumo de tabaco, se reduce a la mitad cuando las políticas son parciales y tienen excepciones (disminución del 1-2%).

Los estudios disponibles indican que las políticas libres de humo tienen una influencia positiva altamente significativa en los siguientes aspectos:

- o Disminución de la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco
- o En el consumo de tabaco en población general
- o En el consumo de tabaco en población juvenil

¹¹ Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ. 2002; 325:188.



o En el consumo de tabaco en trabajadores

Se observó, por ejemplo, el impacto de la ley 28/2005 en la exposición al humo ambiental de tabaco en diversos ámbitos (hogar, trabajo, bares y restaurantes), tanto en términos de prevalencia de exposición como sobre los niveles de humo ambiental de tabaco. Los trabajos disponibles ponen de manifiesto que las reducciones más importantes se han producido en los lugares de trabajo en los que la ley impide fumar. En cambio los trabajadores de hostelería eran el único colectivo que no presentaba una reducción importante de dichos niveles y que, por tanto, los factores de riesgo no habían disminuido.

Los datos de ventas de cigarrillos en expendedurías de la Península y Baleares, durante el periodo de 1989 a 2008, muestran dos cambios de tendencia en tres periodos diferenciados: el primero desde 1989 hasta 1996 con un descenso del 1,6% en el número de cigarrillos per cápita, el segundo desde 1996 hasta 2000 con un aumento del 4,9% anual y el tercero de 2000 hasta 2008 con una recuperación del descenso inicial del 1,6% anual. Esta tendencia no sigue un patrón homogéneo en las diferentes comunidades autónomas, así pues se observa que las regiones limítrofes con Francia y en menor medida con Portugal mantienen un gran incremento de las ventas hasta 2005 (lo que parece sugerir una mayor adquisición de tabaco por los ciudadanos de los países vecinos).

En el año **2006, coincidiendo con la entrada en vigor de la ley se alcanzó un punto de inflexión, en el que la venta de cigarrillos comienza a descender**, efecto que puede estar relacionado con las limitaciones que establece la normativa sobre la venta y el suministro de tabaco.



1.2. Impacto económico

1.2.1. Coste sanitario y empresarial

Según la OMS¹², las políticas de espacios libres de humo, se asocian a importantes beneficios económicos, ya que el tabaquismo genera unos costes empresariales y sanitarios muy elevados. Estos beneficios se producen por la vía de los costes evitados:

- Disminución de los costes sanitarios directos atribuibles a la patología asociada a la exposición al humo ambiental de tabaco
- Aumento de la productividad en las empresas:
 - o Tiempo ahorrado en los descansos para fumar
 - o Disminución del absentismo laboral por patología asociada a la exposición al humo ambiental de tabaco.
- Disminución de los costes de limpieza y mantenimiento de los edificios (lugares de trabajo).

En España,¹³ los **costes sanitarios** directos de 5 enfermedades asociadas al consumo de tabaco (enfermedad coronaria, EPOC, asma, cáncer de pulmón y enfermedad cerebrovascular) ascienden a **7.695 millones de euros anuales**⁵⁶.

Con respecto al **coste económico del tabaquismo en las empresas**, el **consumo de tabaco** supone unos costes anuales de **8.781 millones de euros** y cada trabajador que fuma en España cuesta a su empresa unos 1700 euros al año (2008). Pero además, en el **sector hostelero** (restaurantes y bares fundamentalmente), este coste es muy superior al de otros sectores, ya que al coste que genera el

¹² World Health Organization, "Protection from Exposure to Secondhand Tobacco Smoke: Policy Recommendations," (2007) p 12.

¹³ Evaluación económica del Control del tabaquismo en el sector hostelero: bares y restaurantes. Informe del Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo. Abril 2009



consumo de tabaco de los trabajadores, hay que sumarle el derivado del consumo de tabaco de los clientes.

En el año 2008 el coste económico del tabaquismo en el sector hostelero, ascendió a **447,2 millones de euros**, desglosado en los siguientes apartados:

- Absentismo laboral por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco: 10,7 millones de euros.
- Pérdida de productividad por el consumo de tabaco en el lugar de trabajo: 319 millones de euros.
- Costes adicionales de limpieza, mantenimiento y conservación de instalaciones: 117,4 millones de euros.

Usando simulaciones se estima que la aplicación de la ley, supondrá al sector hostelero, un **ahorro de 90 millones de euros** por los costes totales del tabaquismo (por la vía de los costes evitados) un año después de su entrada en vigor, y se prevé una disminución de estos costes con el tiempo y un ahorro mucho mayor a largo plazo.

Este modelo prevé, que paralelamente a la reducción de los costes, la legislación provocará un aumento en los ingresos del sector por el incremento en la afluencia a los locales de los no fumadores. A esto hay que añadir los importantes beneficios para la salud de los trabajadores de la hostelería y de los clientes, al quedar protegidos de la exposición al humo ambiental de tabaco.

Por tanto, el impacto económico estimado de la nueva normativa en el ámbito de la hostelería sería globalmente positivo.

1.2.2. Impacto económico en el sector hostelero español



Numerosos estudios realizados en países donde las leyes de control del tabaquismo entraron en vigor antes que en España han demostrado que estas no han tenido efectos negativos sobre el sector hostelero y en algún caso el efecto ha sido positivo.

Previamente a la adopción de la ley 28/2005 se afirmaba por parte de las asociaciones de hosteleros que la norma produciría un impacto negativo en el sector hostelero, con una caída en el número de ventas de más de 1500 millones de euros, junto con la pérdida de miles de puestos de trabajo. Tal impacto negativo no ha sido observado sino que se produjeron tendencias positivas¹⁴.

Recientes estudios muestran que cada vez es mayor el número de destinos turísticos que son elegidos por motivos de salud y seguridad sanitaria, España como país turístico debe estar entre los países que garantizan la seguridad sanitaria, la estancia saludable.

1.3. Aspectos sociales

- **Derecho a la protección de la salud de los trabajadores de la hostelería**

Uno de los objetivos de la Ley 28/2005 fue la creación de espacios libres de humo y de ahí la prohibición total de fumar en los lugares de trabajo para proteger así la salud de los trabajadores frente al humo ambiental de tabaco. Esta ley, no consideró el sector de la hostelería y su implantación efectiva ha constatado que la mayor parte del sector se ha decantado por permitir fumar. Es por ello necesario abordar la situación de los trabajadores de este sector para que estén en situación de igualdad con el resto de los trabajadores.

- **Derecho a la protección de la salud de los menores**

¹⁴ Evaluación económica del Control del tabaquismo en el sector hostelero: bares y restaurantes. Informe del Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo. Abril 2009



La exposición al humo de tabaco ambiental es especialmente nociva en niños y adolescentes y no contribuye al rechazo social del tabaco, aumentando así la probabilidad de que estos menores lleguen a ser futuros fumadores. Precisamente los jóvenes de 16-24 años son los más expuestos al humo ambiental del tabaco fuera del hogar y del trabajo (72,9%).¹⁵

La Conclusión del Parlamento Europeo de 26 de noviembre de 2009 sobre los entornos libres de humo, pone de manifiesto que los niños están expuestos involuntariamente al humo ambiental del tabaco en espacios cerrados y que tienen derecho a recibir protección y a no sufrir daño por hábitos que son perjudiciales para su salud cuando ellos son especialmente vulnerables a la exposición al humo ambiental de tabaco. Son razones adicionales para ampliar los espacios libres de la contaminación causada por el tabaco.

- **Garantizar la equidad de la aplicación de la ley en todo el territorio**

La norma aprobada en 2005 ha sido desarrollada y aplicada de forma desigual en las Comunidades Autónomas. En algunas de ellas, la normativa de desarrollo no se ha correspondido fielmente con la ley estatal y el grado de implantación no se ha seguido con el rigor que hubiera sido necesario. Esta situación aconsejaba la modificación de la norma llevada a cabo facilitando así su aplicación y garantizando la igualdad en todo el territorio español. Por ello texto de la norma es ahora más claro pues no hay excepciones ni deje aspectos abiertos a la interpretación, de forma que permite una implantación homogénea en todo el territorio nacional. Los ciudadanos saben ahora con absoluta seguridad que en ningún local de hostelería se puede fumar.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España, año 2006.