

# EL TABAQUISME: UN GRAN PROBLEMA DE SALUT PÚBLICA

*Josep Vaqué i Rafart*

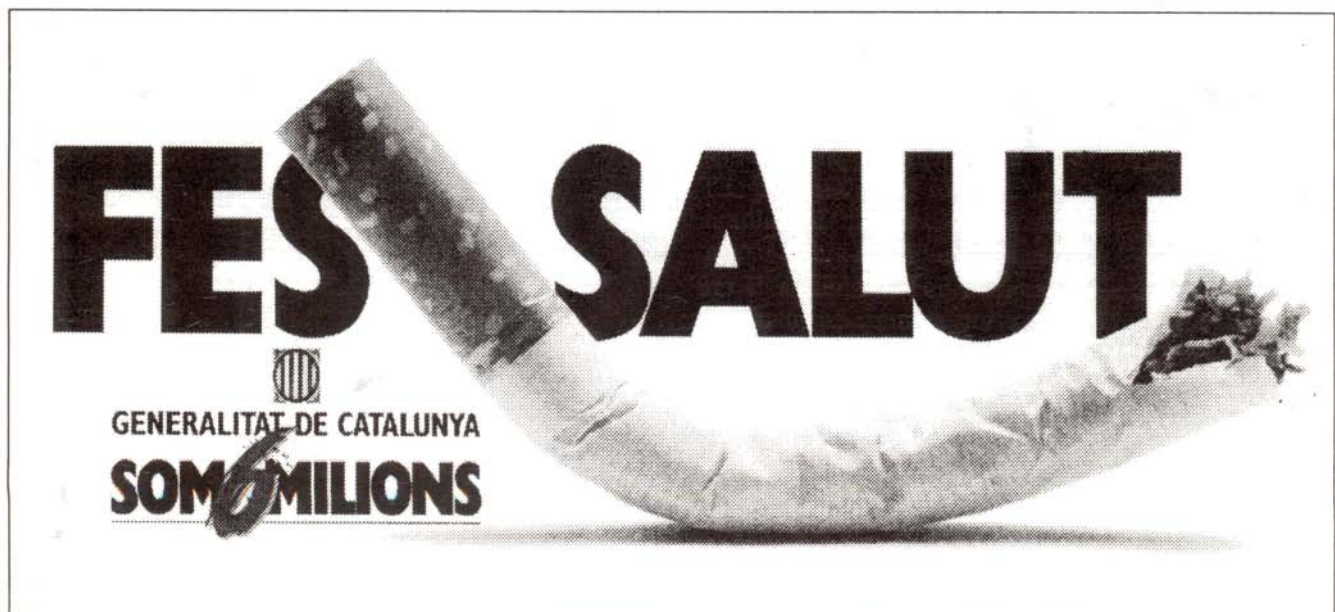
El tabaquisme constitueix un gran problema de salut pública a Catalunya, així com a la majoria dels països desenvolupats, on el consum de cigarretes és la principal causa previsible de pèrdua de salut i de mort prematura. Un fet que singularitza el problema és que el consum de tabac és presumiblement voluntari, per la qual cosa, almenys en teoria, tots els seus danys són previsibles.

## NOCIVITAT DEL TABAC

S'estima que l'excés de mortalitat degut al tabac és d'unes 350.000 persones per any als Estats Units (1), unes 50.000 persones per any a França (2) i unes 5.000 a Catalunya (3). Del 30% al 35% de la mortalitat anual per càncer és atribuïble al tabaquisme, o sigui, un terç de totes les morts per càncer són degudes al tabac. El 80% de la mortalitat per càncer de pulmó és directament

atribuïble al consum de tabac, així com la mateixa xifra en relació a la mortalitat per emfisema i malaltia pulmonar obstructiva. El 30% de la mortalitat anual per cardiopatia coronària és també atribuïble al tabaquisme. S'estima que es perd un promig de 5,5 minuts de vida per cada cigarreta consumida, en base a la reducció de l'esperança de vida dels fumadors, d'un promig de 5 a 8 anys; així, una persona de 25 anys que consumeix un paquet de cigarretes/

dia, presenta una reducció de 4,6 anys, i una persona de la mateixa edat que en fuma dos perd 8,3 anys de vida (1). Les diferències en les taxes de tabaquisme entre home i dona més enllà dels trenta anys, són la principal causa explicatòria de les diferències de la longevitat entre sexes. A més, entre d'altres efectes del tabaquisme, el consum de tabac durant l'embaràs produeix un retard del creixement fetal i incrementa el risc de complicacions durant l'embaràs i de mort



perinatal del fetus.

La descripció de la nocivitat que el consum de tabac produeix en la salut humana podria ocupar amplis volums i no ens hi estendrem ara. És una àrea en la qual es desenvolupa una copiosa recerca i cada dia les publicacions científiques donen a conèixer nous efectes del tabac sobre l'organisme humà. El tabaquisme passiu, que és el que afecta involuntàriament les persones no fumadores, ha estat objecte, recentment, d'importants estudis (4), i s'ha de-

El tabac pot ser més toxicomani- gen que l'alcohol o l'heroïna, i l'hàbit de consumir-lo no és menys difícil d'abandonar. Segons Russell (6), la cigarreta és, entre les formes de satisfacció autoadministrades, la que provoca més dependència.

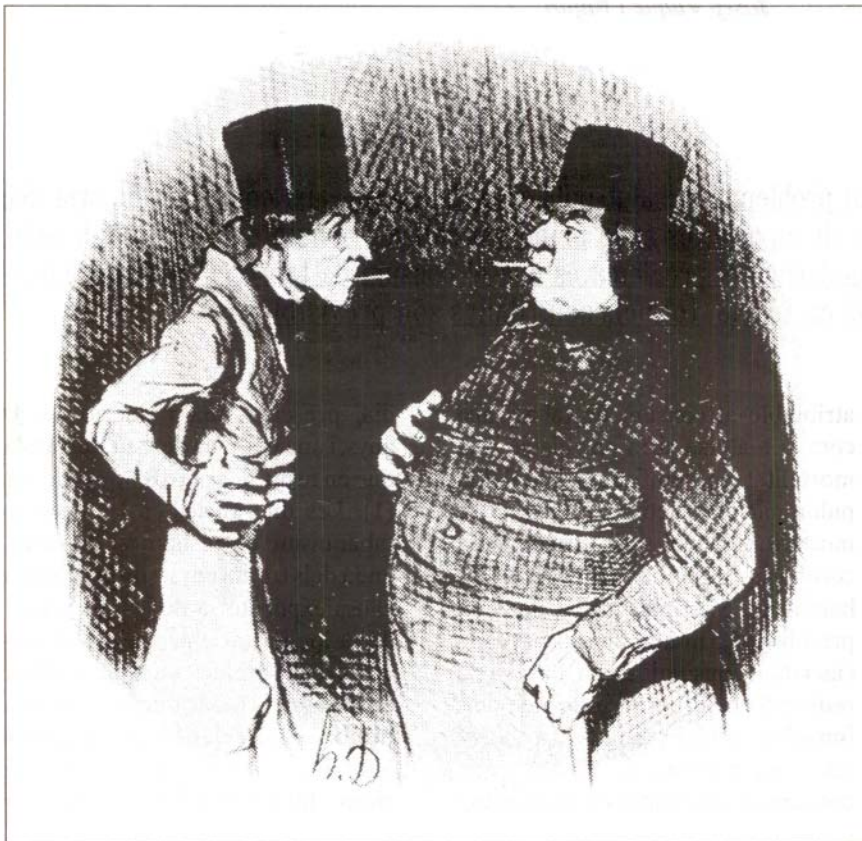
La nicotina té una importància crítica tant per a l'adquisició com per al manteniment de la dependència al tabac. És un potent agent farmacològic que estimula la producció de diversos neurotransmissors endògens i hormones, i, en ser psicoactiu,

La nicotina no és una substància que es pugui prendre ocasionalment, sinó que és una de les poques que cal absorbir a intervals d'algunes hores per prevenir-ne els símptomes d'abstinència. La major part dels fumadors no toleren molt de temps cigarretes d'un baix contingut de nicotina com a sucedanis de les cigarretes normals. Els fumadors regulen el consum de tabac de manera que hi hagi un determinat nivell de nicotina en el corrent sanguini, i compensen la reducció del contingut de nicotina en el fum inhalant més sovint o més profundament, o fumant més cigarretes, la qual cosa es tradueix en un augment de la inhalació de quitrà, monòxid de carboni i altres substàncies nocives presents en el fum. Com és ben sabut, el quitrà conté substàncies cancerígenes (carcinògens, agents promotors de càncer i co-carcinògens) i el monòxid de carboni desplaça l'oxigen de l'hemoglobina de la sang de manera que aquesta no pot complir correctament el seu paper d'oxigenació tisular.

A Gran Bretanya s'ha observat que el consum de cigarretes de baix contingut en quitrà està contribuint a una certa reducció en el nombre de casos de càncer de pulmó, però els efectes nocius sobre l'aparell cardiovascular i l'embaràs no disminueixen (7). Les cigarretes baixes en nicotina i quitrà faciliten que els joves i les dones comencin a fumar aquestes cigarretes lleugeres, cosa que a la llarga no fa més que estendre'n l'hàbit. L'OMS no comparteix la idea que les cigarretes amb un baix contingut de quitrà siguin innòcues, tal com manifesten certs fabricants (8). Cal insistir que no hi ha cap tipus de cigarreta inofensiva.

## POLÍTIQUES ANTITABAC

Tot i que ja des de l'any 1964 -en què fou publicat als EE.UU. el primer informe del U.S. Surgeon General (9) sobre els efectes nocius del consum de tabac- hom coneix bé les importants repercussions del consum de tabac sobre la salut humana, es pot dir, amb poques excepcions, que l'epidèmia de tabaquisme continua estenent-se arreu del món, afectant ja seriosament els països no industrialitzats. Els poders públics i



En aquesta il·lustració de Daumier, el tabac és un plaer, independentment que serveixi per aprimar-se o engrèixar-se.

mostrat la seva associació amb uns majors riscos de càncer de pulmó, broncopatia aguda i crònica, cardiopatia isquèmica i, fins i tot, amb certs trets facials en els nadons de mare fumadora (5).

## LA DEPENDÈNCIA

La nicotina és el principal alcaloide actiu de la planta del tabac *Nicotiana tabacum*; és una droga que ocasiona una forta dependència. El fum és una manera molt eficaç d'administrar la nicotina, perquè arriba al cervell en pocs segons.

produeix una eufòria inicial. Quan el fumar esdevé un hàbit, la coherència de característiques es troba reforçada per influències ambientals i per la regulació farmacològica.

A més de la dependència fisiològica, també influeix l'habitua- ció psicològica de manipular el mate- rial que es fuma, és a dir, de tenir alguna cosa a fer amb les mans i la boca. Cal reconèixer també la im- portància dels ritus socials associats al fet de fumar. La dependència física que molts fumadors senten, de tota manera, no és general.



Il·lustracions d'en Cesc del Programa d'Informació sobre el Tabaquisme, endegat per la Conselleria de Sanitat de la Generalitat.

la societat no sembla que hagin reaccionat massa activament davant la contundent evidència científica existent contra el tabac.

Des dels inicis dels anys 70 l'OMS imparteix directives per tal que els països endeguin programes de lluita contra el tabaquisme. L'actuació d'aquesta agència internacional, però, no ha estat mai massa intensa en l'àmbit que ens ocupa; precisament, en els congressos mundials sobre Tabaquisme i Salut que organitzen diverses entitats científiques independents, s'han adoptat resolucions criticant la feble activitat de l'OMS en la lluita contra el tabaquisme (10). Recentment, la Direcció Regional europea de l'OMS, dins el document de l'estratègia regional per assolir la salut per a tothom l'any 2000 (11), ha fixat 38 objectius que tots els països membres haurien d'aconseguir abans de l'any 2000. En un d'aquests objectius (el núm. 16) es determina que els Estats Membres haurien d'aconseguir, com a mínim, que el 80% de la població fos no fumadora i que el consum nacional de tabac es

reduís a la meitat. Aquest document o programa de salut per a Europa fou signat per tots els Estats Membres, àdhuc Espanya. Gran part dels 38 objectius, com el referent al tabac, seran difícils d'assolir a Espanya, Catalunya i altres països de la Mediterrània, perquè representen fites que requereixen una gran sensibilització i participació de la societat, així com l'aplicació de mesures i programes continuats i costosos, que per ara no considerem que estiguin a l'abast dels esmentats països.

En el Parlament Europeu s'han aprovat resolucions sobre la necessitat d'aplicar accions contra el tabaquisme, i la CEE ha publicat reculls de la legislació europea sobre la matèria; una primera ullada a aquesta legislació sorprèn per la seva abundància i varietat, si bé Espanya hi destaca per la seva escassa producció. La CEE, per altra banda, promou un important projecte anomenat **Europa contra el càncer**, en el qual es contempla l'adopció de 75 mesures concretes, 14 de les quals són de lluita contra el tabac (12).

Amb més o menys intensitat, a tots els països occidentals s'han anat desenvolupant accions antitabac. A certs països com Noruega, Suècia i Canadà, existeixen unes veritables polítiques antitabac endegades pels poders públics, que han produït una notable reducció en la proporció de població fumadora. A Gran Bretanya s'han aconseguit també unes reduccions importants malgrat una notable indefinició governamental en la política antitabac; en aquest país els èxits assolits en la lluita contra el tabac es deuen principalment a la conscienciació dels metges i sanitaris, que a través de llurs organitzacions professionals han mantingut una continuada acció informadora i sensibilitzadora de la societat. Als EE.UU., a més de les actuacions de diverses agències oficials, també ha tingut importància l'acció informadora a càrrec de col·lectius sanitaris; en aquest país, però, sens dubte ha estat la gran sensibilització o preocupació que el ciutadà nordamericà evidencia pels temes relatius a la salut la que ha originat la present situació de gran ressò social i impacte de les accions

antitabac, així com l'estès refús social al consum de tabac (13). A França, la Ministressa de Sanitat, S. Weil, va desplegar importants accions educatives, informatives i legislatives contra el tabac, les quals assoliren un notable impacte, si bé posteriorment no tingueren continuïtat, motiu pel qual els darrers anys hi ha augmentat la proporció de fumadors (2).

En l'àmbit global de l'Estat espanyol mai no hi ha hagut programes ben definits i coordinats de lluita anti-tabàquica. El març de 1982 es va publicar al BOE un R. Decret limitatiu del consum de tabac en centres i serveis públics, el qual fins l'actualitat ha estat l'única peça legislativa del Govern central de certa importància. Actualment, sembla ser que ha d'aparèixer un nou R. Decret força més restrictiu contra el consum de tabac en els centres públics, però té moltes dificultats per anar endavant. A Catalunya, el Departament de Sanitat de la Generalitat ha desplegat accions educatives, informatives i legislatives que han configurat un programa homogeni i exemplar dins el panorama espanyol. El Parlament de Catalunya va aprovar l'any 1985 la Llei sobre **Prevenió i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència**, en la qual es contemplen diverses mesures limitatives del con-

sum de tabac en centres sanitaris, escoles, transports públics, així com mesures limitatives de la publicitat del tabac en la televisió i ràdio públiques, i de la publicitat en les vies i espais públics. Aquesta Llei no és massa respectada per les firmes distribuïdores de tabac, ni per la pròpia Tabacalera S.A. (que és una entitat oficial), les quals continuen fent ús d'una àmplia publicitat en els carrers.

### POLÍTIQUES GLOBALES ANTITABAC

Una política completa antitabac suposaria l'adopció de mesures d'educació sanitària quant a la nocivitat del tabaquisme, adreçades prioritàriament a la població escolar i juvenil, per tal d'evitar que aquest important contingut social s'incorpori a l'hàbit de fumar. També implicaria accions d'informació de la població general mitjançant campanyes d'ampli abast i accions legislatives que cobriren els següents camps: 1) control i transformació de la producció; 2) reducció dels continguts en nicotina, quitrà i monòxid de carboni en les cigarretes; 3) informació al públic sobre els continguts de substàncies nocives en les cigarretes; 4) restriccions per als fumadors en àrees i espais públics; 5) limitacions de les vendes; 6) limitacions de la promoció i publici-

tat; 7) establiment d'una decidida política d'impostos sobre el tabac; i 8) organització de l'atenció a les persones que vulguin deixar de fumar.

Les polítiques parcials només tenen uns efectes parcials; per a afrontar el problema del tabaquisme calen polítiques globals que incideixin sobre tots els punts esmentats. Les mesures legislatives tindrien un efecte molt limitat sense el suport de l'educació sanitària, i a l'inrevés; per això cal aplicar-les de forma conjunta i coordinada.

Tal com assenyalava l'informe del grup d'experts sobre Prevenió i Control del Tabaquisme, del Departament de Sanitat de la Generalitat, tot pla antitabac hauria d'observar cinc objectius fonamentals:

- Reduir tant com es pugui el nombre de joves que comencin a fumar i retardar el màxim el moment d'inici dels qui ho facin.
- Reduir el nombre de fumadors, aconsellant-los i ajudant-los perquè deixin de fumar.
- Procurar que els fumadors que no puguin abandonar l'hàbit disminueixin la inhalació de les substàncies nocives presents en el fum del tabac.
- Protegir els no-fumadors dels efectes nocius o molestos del tabac.

Taula 1. Proporció de població fumadora a Catalunya. 1982 i 1986.

COLLECTIU	1982			1986		
	Homes	Dones	Ambdós sexes	Homes	Dones	Ambdós sexes
POBLACIÓ GENERAL	58,3	20,0	37,9	57,6	23,4	40,4
METGES	55,1	43,6	52,8	51,3	53,6	51,9
MESTRES	52,3	40,5	45,7	50,0	44,0	47,0
JOVES	62,8	60,1	61,7	55,9	48,7	52,1
ESCOLARS*	78,0	67,9	75,0	56,8	48,4	52,5

\* Individus que fumen o han fumat alguna vegada.

FONT: Enquestes sobre Drogodependències. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya. 1982 i 1986.

- Crear un medi ambient social negatiu per a l'hàbit de fumar que el converteixi en socialment inacceptable.

### EL TABAQUISME A CATALUNYA

Segons la Segona Enquesta General sobre Drogodependències realitzada pel Departament de Sanitat de la Generalitat (1986), a Catalunya fuma el 40,4% de la població general (vegeu taula núm. 1). Per tant, respecte de la proporció de fumadors registrada a la primera Enquesta (1982), 37,9%, s'observa un petit increment, que es deu a l'augment del tabaquisme en les dones (+3,4%). A efectes comparatius, cal assenyalar que el 1986 fumava el 32% de la població dels EE.UU., i aquesta xifra era de 42% el 1967.

En els col·lectius anomenats **exemplars** pel seu paper d'exemplaritat social, com els metges i mestres, s'observa també un cert increment del tabaquisme. A l'enquesta del 1982 ja s'observà que aquests col·lectius fumen més que la població general. L'home metge o mestre fuma menys que l'home de la població general, i les diferències existents l'any 1982 s'incrementaren lleugerament el 1986, però la metgessa o mestra fuma en ambdues enquestes més que la dona de la població general. Les metgesses que fumen doblen el percentatge existent en la població femenina general. Cal remarcar que més de la meitat de les metgesses fumen i que, en proporció, fumen més les metgesses que els metges. La dona metge és el col·lectiu adult estudiat que més fuma a Catalunya.

El percentatge de nois i noies (escolars) que fumen habitualment o que han fumat alguna vegada ha disminuït de manera molt important (52,5% el 1986 contra el 75% el 1982). La disminució fou similar en ambdós sexes. En els joves també hom registrà una disminució notable, més accentuada en la dona que en l'home. Per tant, si bé en els nois i els joves s'aprecia una prevalença global superior a la de la població general (52,5% i 52,1% versus 40,4%), en el decurs dels quatre anys transcorreguts entre amb-

**Taula 2. Actitud dels mestres. Anys 1982 i 1986.**  
(Ambdós sexes, percentatges)

	Fumen a classe	Ofereixen tabac als alumnes	Deixen fumar a classe
1982	15,0	2,3	4,3
1986	1,0	1,4	0,9

FONT: Enquestes sobre Drogodependències. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya. 1982 i 1986.

**Taula 3. Grau de preocupació pels efectes del tabac (%)**

#### Catalunya. Població Fumadora

GRAU DE PREOCCUPACIÓ	1982	1983*	1986
Gens/Cap	45,0	42,3	47,9
Poca	27,7	21,7	26,9
Moderada	16,3	21,9	14,8
Molta	10,3	13,4	10,1
BASE (N)	535	520	606

\* Als tres mesos de la campanya antitabac desplegada pel Departament de Sanitat.

FONT: Enquestes sobre Drogodependències. Dept. de Sanitat i Seg. Social. Generalitat de Catalunya, 1982, 1983, 1986.

dues enquestes, el percentatge de fumadors en aquests col·lectius experimentarà una reducció important.

Les accions antitabac desplegades a Catalunya entre el 1982 i el 1986 produïren un bon impacte entre els escolars i els joves. Com que les accions foren bàsicament de tipus educatiu i informatiu, els resultats que ara comentem indiquen el que ja és ben conegut: que l'educació sanitària és molt més efectiva en les edats escolars i juvenils, quan es forgen els valors, les actituds i els comportaments, perquè l'assoliment de canvis en d'altres edats és ben difícil. D'altra

banda, la xifra catalana del 51,9% de metges que fumen és socialment lamentable i representa un escull molt notable per a la lluita antitabàquica a Catalunya; en aquest respecte cal recordar que a Gran Bretanya només fuma el 10% dels metges. La impregnació tabàquica en la dona, que és palesa a nivell de tots els col·lectius, és el reflex del fenomen més ampli de l'emancipació social i laboral de la dona, que fa que adopti hàbits semblants (o més freqüents) als de l'home.

Les actituds dels mestres com a models i educadors sanitaris ha mi-

llorat molt des de 1982 (taula núm. 2). Aquests professionals mantenen una elevada prevalença de tabaquisme, però adopten amb els alumnes un comportament positiu per a la salut.

Una dada de gran interès és el grau d'informació que la població posseeix sobre la nocivitat del tabaquisme (taula núm. 3). Mentre a Catalunya la població tingui uns nivells tan alts de desinformació, serà una tasca ben difícil aconseguir reduir el percentatge de població fumadora i el consum de tabac. La campanya antitabac del 1983 va produir una certa millora en el nivell d'informació (14), però el 1986 hom torna a trobar els nivells de 1982 (15). Aquest fet és indicatiu dels bons resultats de la campanya i, d'altra banda, de l'acció **normalitzadora en la desinformació** que existeix tothora en el nostre entorn, mercès a la permanent presència de la publicitat del tabac i a l'absència d'una acció informativa suficient, de tipus positiu per a la salut.

A Catalunya el consum de tabac per capita es troba estabilitzat al voltant de les 2.600 cigarretes, que és una xifra ben elevada. Segons l'OMS, l'Estat espanyol ocupa el sisè lloc de més consum en l'ordenació de països quant a consum per capita (8).

Les taxes de mortalitat per càncer de pulmó, tràquea i bronquis a Catalunya registren un increment continuat: el 1983 la xifra fou de 29,03 per 100.000 habitants; el 1984 fou de 31,25; i el 1985, de 33,21. És el tumor que ocasiona més defuncions en l'home (16).

### DEIXAR DE FUMAR

Deixar de fumar no és un fet puntual, sinó el resultat d'un procés interactiu de l'individu i el medi que l'envolta; constitueix un procés que es desenvolupa a través de diverses etapes i que requereix un llarg període de temps. El tabaquisme a nivell individual és una veritable drogodependència que posseeix vessants psicològiques i farmacològiques. Deixar de fumar requereix trencar amb la dependència, la qual cosa depèn del grau de motivació de l'individu per a vèncer-la, així com

dels recursos o ajuts que tingui al seu abast.

La major part dels fumadors que han deixat de fumar ho han fet per ells mateixos, sense l'ajut de cap programa formal, ni de cap intervenció assistencial. Entre els principals estímuls que, segons un estudi fet en ex-fumadors, havia contribuït a l'abandó del tabac i a l'abstinència, cal assenyalar: els problemes de salut, la pressió per part de l'espòs/osa i dels fills, les pressions dels companys i amics, i la por a potencials efectes adversos del tabac. En general, com més gran és el nombre de raons per deixar de fumar, major és la probabilitat d'aconseguir-ho (1).

Existeix una variada gamma de mètodes per ajudar a deixar de fumar: farmacològics, teràpies de suport psicològic i de modificació comportamental, hipnosi, acupuntura, reducció conjunta de múltiples factors de risc, i d'altres. Els programes amb més èxit són els que combinen més d'un mètode. L'aplicació d'una teràpia de suport psicològic, juntament amb l'administració d'un xiclet de nicotina, pot aconseguir un 40% d'abstinències al cap d'un any d'acabar el tractament (17).

### Josep Vaqué i Rafart

Josep Vaqué i Rafart és metge, Professor Associat de Medicina Preventiva i Salut Pública a la UAB i Cap del Servei de Medicina Preventiva de la Ciutat Sanitària "Vall d'Hebron", de Barcelona. Fou Cap del Gabinet del Conseller de Sanitat, Dr. J. Laporte (1980-1983) i dirigí la campanya antitabàquica desplegada pel Departament de Sanitat l'any 1983. També fou el redactor de l'avantprojecte de llei sobre drogodependències que aprovà el Parlament de Catalunya l'any 1985. Actualment realitza activitats de recerca epidemiològica sobre factors de risc en el càncer de pulmó i en el càncer de mama.

### BIBLIOGRAFIA

- (1) FIELDING, J.E. **Smoking: Health effects and control.** *New England Journal of Medicina* 1985; 313; 491-498; 555-561.
- (2) BERNARD, J.; TUBIANA, M. **Le tabagisme provoque plus de 50.000 morts par an.** *Desastre Sanitaire, Le Monde*; 3 set. 1987.

- (3) "Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya", **Manual de Prevenció i Control del Tabaquisme**, Col·lecció *Quaderns de Salut*, Barcelona, 1982.

- (4) "ANSR", **Exposure to other people's tobacco-smoke pollution**, *Edinburgh*, 1987.

- (5) STIRLING, H.F.; HANDLEY, J.E.; HOBBS, A.W. **Passive smoking in utero; its effects on neonatal appearance**, *British Medical Journal*, 1987; 295; 627-628.

- (6) RUSSELL, M.A.H. **Tobacco smoking and nicotine dependence**, *A: Research advances in alcohol and drug problems*, Gibbins, R.J. et al. eds., Vol. 3; 1-47; *Wiley and Sons*, Nova York, 1976.

- (7) "Royal College of Physicians", **Health or smoking?**, *Pitman*, Londres, 1983; 21-31.

- (8) "OMS", **Programa de la OMS sobre Tabaco o Salud**, EB77/22 Add. 1, *Copenhague*, 1985.

- (9) "United States Public Health Service", **Smoking and Health**, *Report of the advisory committee to the Surgeon General of the Public Health Service, U.S., Dept. of Health, Education and Welfare, centre for Disease Control*, 1964.

- (10) **Proceedings on the 5th World Conference Smoking & Health**, *Winnipeg, 1.983*, *Canadian Council on Smoking and Health*, 1983.

- (11) "OMS", **Regional targets in support of the Regional Strategy for Health for All**, EUR/RC34/7, 4602D/4445D, *Copenhague*, 1984.

- (12) "Commission des Communautés Européennes", **Programme "Europe contre le Cancer"**, *Brussel·les*, 1986.

- (13) **No Smoking sweeps America, Smokers are fast becoming outcasts - Both socially and legally**, *Business Week, Mc Graw-Hill Publication*, Juliol 27, 1987; 40-52.

- (14) VAQUÉ, J.; SALLERAS, LL. **The use of communication media in a programme against tobacco smoking**, *A: Leathar, D.S. et al. eds., Health Education and the Media*, Oxford, Pergamon Press, 1986.

- (15) VAQUÉ, J.; SALLERAS, LL. **Acciones antitabaco desarrolladas en Catalunya**, *Atención Primaria, Barcelona*, set. 1987.

- (16) "Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya", **Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya**, *Barcelona*, 1983, 1984, 1985.

- (17) "National Institute on Drug Abuse", **Pharmacological Adjuncts in Smoking Cessation**, U.S., *Department of Health and Human Services, Rockville*, 1985.