

# **OPORTUNIDADES Y OBSTÁCULOS EN LA BATALLA CONTRA EL TABAQUISMO EN ESPAÑA**

Jaime Pinilla Domínguez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

El presente documento corresponde a la ponencia que con igual título he sido invitado a realizar en el transcurso de las XIV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud (AES), dentro de la mesa denominada “Promoción de hábitos saludables (tabaco)”. En este entorno de debate mi cometido es doble, por un lado como ponente y por otro como moderador de la mesa. Mesa que, gratamente, comparto con los Drs. Ángel López-Nicolás, Fabiola Portillo y José Ramón Calvo. Es por ello que el presente documento debe considerarse como una exposición, eminentemente introductoria, de los temas presentados y posteriormente discutidos, y no como una revisión sistemática de la evidencia recogida por la literatura.

## **1. Introducción**

El control del tabaquismo es una de las principales prioridades sanitarias de la mayoría de los países desarrollados. Por poco que se haga, la lucha contra el tabaquismo resulta muy agradecida. Los resultados obtenidos hasta el momento muestran de forma clara como cualquier estrategia que disminuya el consumo de tabaco se muestra altamente beneficiosa, tanto si se trata de enfermedades evitadas como si se contabiliza como costes eludidos por el sistema sanitario, López-Nicolás, González et al. (2002).

El daño que supone para la salud el consumo de tabaco se aleja de la capacidad de acción individual. Esto obliga a que sea abordado por las instituciones gubernamentales, en su misión de tratar de modificar y corregir aquellos factores sociales que generan externalidades negativas a la sociedad. Estas intervenciones generalmente superan las competencias propias de los servicios asistenciales, de promoción de la salud o educativos, derivando necesariamente en intervenciones de naturaleza principalmente política.

Los obstáculos que dificultan la lucha contra el tabaquismo surgen continuamente. Aunque en los últimos años hemos asistido a un incremento del número de acciones contra el consumo de tabaco, así como a un aumento del cuidado por el cumplimiento de la normativa vigente, estas actuaciones son puntuales. Estamos disparando flechas contra tanques. Además estos tanques disponen de un buen blindaje. La industria tabaquera destina continuamente gran cantidad de recursos a sortear y bloquear actividades e iniciativas contra el tabaquismo, acciones que se evidenciaron, por ejemplo, cuando se hicieron públicos sus documentos internos a raíz de los sumarios penales instruidos en los EEUU. Estrategias de las cuales no está excluido nuestro país, ver Soto-Mas, Villalba et al. (2003).

Los resultados, en nuestro país, de la batalla tabáquica muestra algunas tendencias globales esperanzadoras, sin embargo aún quedan muchos aspectos por mejorar. El presente trabajo intenta revisar las oportunidades y obstáculos a los que se enfrentan las actuales políticas públicas de control del tabaquismo en España. En este contexto llamaremos “oportunidades” a los factores que facilitan o impulsan la lucha contra el tabaquismo y “obstáculos” a los factores que la dificultan.

## **2. Los campos de batalla**

La lucha contra el tabaquismo transcurre principalmente en dos campos de batalla:

- 1) Terreno fiscal
- 2) Terreno sanitario

Cada una de estas dos políticas, la fiscal y la sanitaria, pertenecen a dos esferas de la Administración diferenciadas, Hacienda y Sanidad respectivamente, que persiguen objetivos parcialmente dissociados. El primero es fundamentalmente recaudatorio, el segundo es de salud. Una combinación intensiva y extensiva de ambas políticas ha demostrado su éxito en Estados Unidos, Farrelly, Pechacek y Chaloupka (2001). En España todavía no hay estudios concluyentes, donde las políticas de salud basadas en restringir el acceso al tabaco, particularmente para los jóvenes, han sido más tímidas,

Villalbí (2002), y las políticas impositivas se han fundado más en el ánimo recaudatorio o en las exigencias armonizadoras de la Unión Europea.

Los cigarrillos están gravados con el IVA como impuesto general (16% del precio de venta al público) y con un impuesto especial. Este impuesto especial tiene un componente específico relativamente bajo (13 ptas. por cajetilla en el 2001 hasta la actualidad) y otro proporcional (54% del precio de venta al público). Ambos componentes aumentaron gradualmente a partir de la entrada de España en la Comunidad Europea, partiendo de 2 ptas. por cajetilla y tipos proporcionales diferenciados para los cigarrillos rubios y negros, ver tabla 1. El precio final de la cajetilla resulta de sumar a los impuestos el 8.5% correspondiente a la comisión minorista, y el 20% (aproximadamente) del margen del fabricante. El principal componente del precio, por tanto, son los impuestos, que globalmente representan alrededor del 71% del precio de venta al público. Tanto la fiscalidad como los precios del tabaco son más bajos en España que en la mayoría de los países de la UE, ver Montes y Villalbí (2001). Sólo Luxemburgo, Grecia y Portugal están por debajo. Los impuestos en el Reino Unido, primer país de la UE en el ranking, son el 400% de los españoles. Como condición suficiente, pero no necesaria, este diferencial ha propiciado el contrabando y las ventas fronterizas, y estos a su vez han repercutido en la recaudación, en los precios y en la demanda, Joossens (1999)

Hasta la última revisión en el año 2002 de las directivas comunitarias sobre el impuesto especial de los cigarrillos, los países miembros debían aplicar, como mínimo, un 57% sobre el precio de la categoría de precios más vendida. Tras la modificación de 2002, se obliga al mismo tiempo a que ese 57% se traduzca, por lo menos, en 60 € por 1000 cigarrillos, 64 € a partir de 2006, excepto España y Grecia que pueden aplazarlo hasta 2008.

Los 60 € lineales mínimos de impuesto específico representan en torno al 54% del precio de las marcas 'premium' en España (actualmente el precio de un paquete de Winston/Marlboro vale en la península 2.50 €), y porcentajes sensiblemente mayores para las demás. Así, es el 100% del precio de Ducados, o el 73% para Fortuna. Pero lo más relevante es el cambio de la fórmula proporcional a la lineal. El impuesto lineal ha sido defendido repetidamente por fiscalistas y sobre todo por salubristas, por responder

mejor a su misión como ‘impuesto del pecado’ que evite externalidades financieras, Conzález, Pinilla y Barber (2003).

**Tabla 1**

Evolución de los tipos impositivos que gravan el tabaco en España

Año	Componente específico (ptas. por cajetilla)	Componente ad valorem (% del PVP)
1987	2	Rubio: 40%, Negro: 28%
1988	3	Rubio: 40%, Negro: 28%
1989	3	Rubio: 40%, Negro: 28%
1990	3	Rubio: 40%, Negro: 28%
1991	3	Rubio: 40%, Negro: 28%
1992	3	45.5 %
1993	3	48.5 %
1994	7	49 %
1995	8	50.6 %
1996-2000	10	54 %
2001-hasta la actualidad	13	54 %

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las políticas de salud relacionadas con el tabaco, Villalbí y López (2001), estas se han basado en restringir el acceso, particularmente de los jóvenes, y el control de la publicidad. Han sido más tímidas que en otros países, y no siempre se aplican, o no se aplican bien. Además, hay un amplio margen de regulación autonómica tras las transferencias de competencias, Villalbí (2002). La tabla 2 presenta un resumen de estas medidas.

**Tabla 2**

Tabaco. Legislación Española de ámbito estatal

Año	Normativa que impone restricciones al acceso
1989	Prohíbe la venta de tabaco en centros escolares
1992	Regulación del etiquetado de productos del tabaco
1994	Regulación del etiquetado de productos del tabaco
1994	Publicidad de tabaco en actividades de radiodifusión televisiva
1999	Estrategia nacional sobre drogas
1999	Limitaciones a la venta del tabaco
2002	Normativa sobre el contenido y etiquetado de labores de tabaco
2003	Plan Nacional contra el Tabaquismo

Fuente: Villalbí (2002)

### **3. Estado actual de la batalla contra el tabaquismo en España.**

Las políticas públicas relacionadas con el tabaco en España discurren a lo largo de seis frentes principales. Veamos las oportunidades y obstáculos que se originan en cada uno de estos ejes:

#### **3.1 Regulación de la manufactura, distribución y venta**

El mercado manufacturero español es un mercado bastante regulado. Tras la adhesión de nuestro país a la Unión Europea el monopolio se abolió, salvo para la distribución detallista mediante estancos, todavía por concesión administrativa. La red de estancos es el núcleo de la distribución minorista, existiendo puntos de venta con recargo que se surten de estos y que se han expandido notablemente. Se permiten las máquinas de venta automática con restricciones de acceso para evitar su uso por menores. La venta de tabaco está prohibida a menores de 16 años en algunas CCAA y a menores de 18 en el resto. La venta de cigarrillos sin precinto ni advertencias sanitarias también está prohibida.

- **Oportunidades:** Nuevas estrategias de regulación del mercado dirigidas a incentivar cultivos alternativos al tabaco, por ejemplo, el caso de las flores en Zimbabwe, Maravanyika (2002). En este sentido, parece sorprendente que la misma UE que financia los cultivos de tabaco financie simultáneamente agresivas campañas antitabaco.

En lo que respecta a la venta, los esfuerzos deben dirigirse a la aplicación y a la vigilancia del cumplimiento de la ley más que una nueva legislación.

- **Obstáculos:** Una mayor regulación se plantea problemática para la distribución y venta. En lo que concierne a los adultos, el acceso al tabaco no puede ser limitado en tanto que se trata de un producto legal, aunque sí pueden restringirse los puntos de venta. La legislación es confusa en cuanto a la licencia para algunos establecimientos (bares, restaurantes, etc.). Pese a que la venta de tabaco sin precinto y advertencias sanitarias está prohibida, la venta de cigarrillos sueltos sigue siendo habitual aún en nuestros días.

### **3.2 Regulación del producto**

En la actualidad, los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono son fijados por el Real Decreto 1079/2002, de acuerdo a la Directiva Europea 2001/37/CE, no existiendo regulación alguna para el resto de aditivos. La nueva normativa prohíbe a partir de septiembre de 2003 el uso de los términos "light" o "suave" y "bajo contenido de alquitrán". Además la directiva europea impone la ampliación de los tamaños de las advertencias sanitarias hasta alcanzar un mínimo del 30 y 40% de la superficie de las caras anterior y posterior de los envases de tabaco, y permite la reproducción de imágenes de órganos afectados por el tabaquismo.

A partir de diciembre de 2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo, amparado en el Real Decreto 1079/2002, exige a los fabricantes e importadores de productos del tabaco la lista de todos los ingredientes del tabaco, así como las cantidades de dichos ingredientes utilizados en la fabricación.

- **Oportunidades:** Resulta necesaria la existencia de un mayor control científico sobre la manufactura del tabaco, es vital que tengamos conocimiento de lo que realmente contiene el producto y de esta forma, el total de sus peligros. Debe considerarse incluir mensajes más directos y contundentes que los aplicados anteriormente, apoyados con imágenes, como pulmones ennegrecidos, cáncer oral, etc.

- **Obstáculos:** En la actualidad los aditivos añadidos al tabaco son innumerables. La mayoría de ellos no son necesarios para el proceso productivo buscando sólo efectos

placenteros o adictivos. Por otro lado, incluso en los países en donde los consumidores tienen acceso razonable a la información sobre los efectos del consumo de tabaco persisten las concepciones erróneas sobre estos. Por ejemplo, pese a la prohibición de la denominación de cigarrillos lights, los fabricantes continúan diferenciando sus modalidades mediante colores pastel asociados con el concepto de suave. Muchos fumadores siguen considerando estas marcas más inocuas que otras, Ramström y Villalbí (2000). Finalmente, si prosperase la iniciativa de las imágenes a modo de advertencia sanitaria, preocupa que ésta pueda resucitar el mercado negro, fomentándose la entrada de cajetillas en las que estas imágenes no figuran.

### **3.3 Regulación de la publicidad y la promoción.**

En España no hay límites en las actividades de promoción salvo su prohibición en revistas infantiles, y en televisión. No hay regulación para la prensa, sólo en medios institucionales. Desde 1985 sólo en algunas CCAA se prohíbe la publicidad en vallas de la vía pública.

- **Oportunidades:** Los estudios que han investigado las consecuencias de las prohibiciones parciales de la publicidad de los cigarrillos revelan que su efecto sobre el consumo es escaso o nulo. La evidencia es confusa y contradictoria, sin embargo sí que parece que las restricciones parciales, además de tener poco éxito, serían contraproducentes pues permiten a la industria el cambio hacia otras formas de promoción que entonces quedan inmediatamente “legalizadas”. En cambio, prohibiciones totales podrían reducir hasta un 6% el hábito tabáquico. Se plantea necesario conocer los gastos que las tabaqueras destinan a publicidad. Incluso, como ocurre en el Estado de California, imponer cuotas de contra-publicidad en los medios de comunicación, mensajes emitidos por gobiernos u organismos de promoción de la salud en contra del consumo de tabaco, Hu, Sung y Keeler (1995).

- **Obstáculos:** Cuando los gobiernos prohíben la publicidad del tabaco en un medio, por ejemplo en la televisión, la industria tabaquera sustituye esta publicidad por la efectuada en otros medios de comunicación, con escasa o nula repercusión en sus gastos globales de comercialización. La prohibición de la promoción de actividades musicales y deportivas está escasamente regulada. Además, hay intentos claros de publicidad indirecta, productos con la misma marca, o la presencia de los productos en el cine y en

la televisión. En este sentido, según un estudio sobre el cine americano, el 87% de las películas más taquilleras muestra a algunos de sus personajes fumando, Sargent, Dalton, Beach, et al. (2002). En el 28% de las 250 cintas de más éxito de los últimos nueve años, además de fumar se veía con toda claridad la marca de cigarrillos que usaban los actores. Resulta cada vez más frecuente que en las películas se exhiban productos de marca conocida. La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Médica Americana han pedido que se incluya al principio de las películas un distintivo (una R) si aparecen sus personajes fumando.

### **3.4 Regulación de los espacios sin humo**

Está regulado el consumo de tabaco en aquellos espacios en donde existe el peligro claro de incendio o explosión, en medios de transporte públicos y en edificios públicos cerrados (centros educativos, sanitarios, aeropuertos, estaciones, etc.). Estas restricciones comienzan a funcionar en 1985 como iniciativa de algunas CCAA, posteriormente son recogidas en el Decreto Ley 192/1988.

- **Oportunidades:** Las restricciones al consumo de tabaco deben extenderse a entornos privados, por ejemplo al lugar de trabajo. Los más beneficiados por estas legislaciones son los no fumadores, quienes evitan de esta forma la exposición a los riesgos sanitarios y a las molestias causadas por los ambientes cargados de humo, Fichtenberg y Glantz (2002). Es posible que como efecto de estas restricciones se reduzca el consumo de algunos fumadores y se induzca a que otros dejen de fumar. Recientemente el Gobierno Irlandés a promulgado una ley que prohíbe fumar en todos los lugares de trabajo, en los recintos públicos cerrados (incluso pubs y restaurantes) donde no se habilitarán áreas para fumadores, y en todos los sistemas de transporte públicos. Aquellos individuos que sean sorprendidos fumando deberán abonar una multa de hasta 3.500 €. Noruega pretende aplicar una ley similar a partir del 1 de junio de 2004.

- **Obstáculos:** Salvo en los transportes públicos el grado de cumplimiento de estas restricciones es muy bajo, Méndez (2002). Es frecuente todavía encontrar ceniceros en los pasillos de Hospitales, Universidades e infinidad de centros públicos. Las actitudes hacia el no fumador siguen siendo poco respetuosas.

### **3.5 Política de elaboración de programas sanitarios y educativos**

Los primeros programas educativos de prevención comienzan a impartirse en las escuelas a finales de los ochenta. Desde 1987, e impulsados por administraciones locales y profesionales de la salud se desarrollan programas sobre adultos, básicamente orientados a la cesación y a la prevención. Con posterioridad se amplían estos servicios mediante implicación de los Servicios de Salud Autonómicos así como del Insalud. Estas intervenciones se basan esencialmente en dos grandes aspectos: las campañas de promoción de la salud y el tratamiento de la adicción.

- **Oportunidades:** La promoción de estilos y hábitos de vida saludables entre los jóvenes es la estrategia más recurrida por suscitar un mayor consenso social. Además debemos de tener en cuenta que la gran mayoría de los fumadores habituales se inicia en el hábito tabáquico antes de los 20 años, Pinilla J, González B (2001). Si luchamos contra el tabaquismo a edades tempranas tendremos mayores posibilidades de evitar futuros fumadores.

En lo que respecta a los adultos, resulta necesario generalizar las intervenciones de los profesionales sanitarios frente a sus pacientes fumadores. La disponibilidad de nuevas terapias farmacológicas puede jugar también un papel importante. Resulta necesario impulsar la aparición de recursos especializados como las unidades de tabaquismo, y otros dispositivos de ayuda a la cesación, como las líneas telefónicas o métodos de apoyo por correo e internet.

En el marco del Plan Nacional contra el Tabaquismo de 27 de marzo de 2003, el Ministerio de Sanidad se ha comprometido a financiar públicamente aquellos tratamientos más eficaces (previo informe de la Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías) para dejar de fumar. De momento sólo algunas Comunidades Autónomas proporcionan ayuda pública a estos tratamientos. Navarra financia los parches de nicotina; Extremadura, proporciona el tratamiento a través de unidades que tratan otras adicciones, y Cataluña facilita una ayuda económica.

- **Obstáculos:** Las estrategias que se limitan a campañas de información a los escolares tienen una escasa influencia, Lantz, Jacobson et al. (2000). Estas estrategias son mucho menos eficaces entre los adultos jóvenes que, por otra parte, son la población más

vulnerable al marketing de la industria tabaquera. Las respuestas de los adolescentes a la información sobre las consecuencias a largo plazo de una acción que influirá en su salud no son las mismas que las de los adultos, en parte porque su comportamiento está más orientado hacia el presente y también por la tendencia a rebelarse contra las advertencias de los mayores. Por otro lado, las campañas publicitarias de información al público sobre el tabaquismo no aparecen de forma sistemática limitándose a acciones puntuales y de bajo presupuesto.

Hay escasas unidades especializadas en tabaquismo y con listas de espera que van desde los seis meses al año. El tratamiento farmacológico de la adicción se han basado tradicionalmente en el tratamiento sustitutivo con nicotina (parches o chicles), sin embargo esta estrategia se ha demostrado poco eficaz ya que, si bien pueden ayudar a superar la adicción fisiológica a la nicotina, no tiene efectos sobre el componente psicológico ni sobre otras sustancias adictivas del tabaco, Foulds, Stapleton et al. (1997).

### **3.6 Política fiscal<sup>1</sup>**

La fiscalidad del tabaco ha experimentado variaciones notables en los últimos años aunque todavía mayores son las que se avecinan. El mayor aumento se produjo en el 2001, cuando el impuesto específico alcanza las 13 ptas. por cajetilla y el tipo proporcional se estabiliza en el 54%. Además del impuesto especial, el IVA aumenta el gravamen de los cigarrillos con un tipo general del 16%.

- **Oportunidades:** La subida de precios es el método más eficaz para reducir el consumo, especialmente entre los más jóvenes. Los distintos estudios realizados sitúan en 0.4 la elasticidad precio de la demanda de cigarrillos en España, Pinilla (2002). En este sentido, y con el objeto de controlar efectos inflacionistas, el gobierno español sugiere con insistencia la necesidad de retirar el precio del tabaco del cómputo del IPC.

---

<sup>1</sup> En lo que respecta al campo de batalla fiscal, para una mayor extensión, remitimos al lector al documento de Ángel López-Nicolás “Tabaquismo y Economía Pública: Reflexiones para la Política Fiscal en España”, documento incluido en el libro de ponencias de las jornadas y correspondiente a la intervención del profesor López-Nicolás.

La llave para provocar una subida en los precios la tienen el aumento de los impuestos indirectos.

- **Obstáculos:** La estructura del Impuesto en España, en donde predomina la parte proporcional frente a la específica, favorece las posibilidades de las tabacaleras de controlar la subida de los precios. A partir de este mes de mayo se incorporan a la Unión países como, por ejemplo, Letonia con una parte específica de 9 € por cada 1000 cigarrillos, en su impuesto sobre el tabaco, a años luz de los 60 € que contempla la directiva actual. Corremos por tanto el peligro de que aumenten de manera desorbitada los índices de contrabando así como las ventas fronterizas.

#### **4. Otras medidas para reducir la demanda de tabaco**

La batalla en los seis frentes anteriores ha demostrado su eficacia, sobre todo cuando se efectúa de manera conjunta, Bartol (2000) y López-Nicolás, González et al. (2002). La presencia de resultados poco favorables se explica por la interacción de diferentes elementos, entre los que habría que destacar: la estructura social de la comunidad; los hábitos culturales y la aceptación del tabaquismo como hecho normalizado.

Existen otras muchas medidas que si bien no se corresponden con una política concreta están presentes en el campo de batalla contra el tabaquismo. Destacamos principalmente:

- Divulgación de los hallazgos de la investigación sobre los efectos del tabaquismo para la salud siendo necesario el impacto de publicaciones en informes oficiales.

- Lucha contra el contrabando: Se considera esencial eliminar todas las formas de comercio ilícito de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación. Resulta necesaria la elaboración de una legislación nacional, que entre otras cuestiones obligue a que en los envases figure el origen de los productos. La lucha contra el contrabando es la principal medida disponible para reducir la oferta, Joonsen (2000).

Finalmente, otra opción es quedarnos de “brazos cruzados”, y esperar el ¿cambio?

## **5. Conclusión**

La evolución de la epidemia del tabaquismo en España ha tenido algunas peculiaridades que no pueden obviarse, económicas, políticas y culturales. Inicialmente los condicionantes económicos llevaron a ralentizar el proceso durante los años del aumento de la prevalencia, suponiendo cuotas de consumo medio bajo. La mayor parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza. A partir de los años sesenta el consumo de tabaco por fumador empieza a aumentar de forma clara. La figura de Tabacalera como monopolio estatal ha dificultado la regulación, hasta 1999, año de su privatización, las consideraciones en materia de salud resultaban generalmente ajenas a las políticas gubernamentales.

Durante los últimos años, las políticas anti-tabaco en España se han desarrollado de forma parcial, a menudo siguiendo el impulso de iniciativas internacionales. En este sentido, la adopción de directivas europeas ha jugado un papel fundamental. Para progresar en el control del tabaquismo es necesario que nuestras autoridades concentren sus esfuerzos en nuevos planteamientos. Resulta vital introducir la problemática relacionada con el tabaco y su control en el debate político, impulsar la adopción de políticas preventivas claras, y velar seriamente por su aplicación efectiva.

La difusión en el ámbito social de la idea de que el tabaco no es bueno para la salud resulta vital. Mientras que no se consiga crear esta conciencia generalizada, será mucho más difícil aumentar la efectividad de las campañas contra el tabaquismo. Actualmente en España, las fuerzas implicadas más activamente en la lucha contra el tabaquismo proceden fundamentalmente de sectores sanitarios. Es previsible que los retos del futuro planteen la conveniencia de una aproximación al consumidor en general, velando por el cumplimiento efectivo de normas reguladoras. Por otra parte debemos prestar atención al proceso legislativo y a sus actores clave, en España y en la nueva UE, para poder avanzar en los procesos de regulación del tabaquismo.

Cuando se consiga que segmentos importantes de la población desapruében el hábito tabáquico, será mucho más sencillo introducir medidas correctoras del consumo, ya que no será sólo el sistema sanitario el que luchará contra el tabaco sino que también la sociedad rechazará su consumo.

## **Bibliografía**

Bartol J. La evaluación económica de los programas de cesación tabáquica. Expectativas de futuro. *Prev. Tab* 2000; 2(2): 75-76.

Farrelly MC, TF Pechacek y FJ Chaloupka (2001) "The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1981-1998". NBER, Working Paper 8691, Diciembre 2001

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

Foulds J., Stapleton J., Bell N., et al. Mood and physiological effects of subcutaneous nicotine in smokers and never smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 1997; 44: 105-115.

González B., Pinilla J., Barber P. La Economía del Tabaco. El Tabaquismo. JR Calvo, A. López Editores. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2003.

Hu TW, Sung HY, Keeler TE. Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *Am J Public Health*. 1995 Sep;85(9):1218-22.

Joossens L (1999) "Smuggling and cross-border shopping of tobacco products in the EU: a report for the Health Education Authority, London". Diciembre 1999.

Joossens L., Raw M. How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ* 2000; 321: 947-950.

Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, Ahlstrom A. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control*. 2000 Mar;9(1):47-63.

López-Nicolás A., González J, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante un aestrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria* 2002. 16: 308-17.

Maravanyika E. Do financially viable alternatives to tobacco growing exist in Zimbabwe? The Economics of Tobacco Control in Southern Africa. Paper presented by Corné van Walbeek at the 11th World Conference on Tobacco or Health, Chicago, 6-10 August 2000.

Méndez E. Las políticas de espacios libres de humo: La red de Hospitales sin Humo de Cataluña. *Prev Tab*. 2002; 4(2): 93-94.

Montes A. y Villalbí J.R. The price of cigarettes in the European Union. *Tobacco Control* 2001; 10: 135-136.

Ramström L., Villalbí J.R. Los cigarillos light no disminuyen los riesgos del fumador. *Rev Clin ESp*. 2000; 200: 108.

Pinilla J, González B. Profile of the population of Spain with respect to the smoking habit, period 1993-1997. Eur J Public Health 2001 Sep, 11:346-51

Pinilla J. Análisis comparado del impacto de las políticas impositivas vía precio en el consumo de tabaco. Gaceta Sanitaria, 2002;16(5):425-35.

Sargent, J. D., Dalton, M. A, Beach, M L, et al. Viewing tobacco use in movies. Does it shape attitudes that mediate adolescent smoking. Am J Prev Med. 2002; 22(3): 137-45.

Soto-Mas F, Villalbí, JR, Granero L, Jacobson H, Balcazar H. Los documentos internos de la industria tabaquera y la prevención del tabaquismo en España. Gaceta Sanitaria 2003. 17 (3); 9-15.

Villalbí, JR. y López V. La prevención del tabaquismo como problema político. Gaceta Sanitaria 2001; 3 (15):265-273.

Villalbí, JM. El tabaco como problema de salud pública. Informe SESPAS 2001. Cabasés J., Villalbí JR, Aibar C. Editores. Valencia 2002.