



Campana

# NUEVOS AIRES

EN EL CONTROL  
DEL TABAQUISMO

DOCUMENTO CONSENSO  
Mesa Tcnica de Catalunya  
(Barcelona, 22 de junio de 2010)

## COMITÉ ORGANIZADOR

---

- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).
- Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas.

## OBJETIVO

---

La Mesa Técnica inscrita dentro de la **Campaña “Nuevos aires en el control del tabaquismo”**, se celebró en Barcelona el pasado 22 de junio de 2010 con el objetivo de reunir a un grupo multidisciplinar de profesionales para determinar la situación actual del abordaje del tabaquismo en Cataluña, así como para valorar si los recursos actuales son suficientes, y si la estructura sanitaria actual permite el correcto manejo del fumador.

Todo ello, para conseguir introducir y mantener el tabaquismo en la agenda política que favorezca avances legislativos que permitan progresar en el control de la epidemia tabáquica.

## TEMAS ABORDADOS DURANTE LA MESA TÉCNICA

---

Durante la celebración de la Mesa Técnica de Cataluña los expertos presentes abordaron el tema del tabaquismo desde diferentes ámbitos:

- 1. Pacientes**
- 2. Atención Primaria**
- 3. Atención Especializada**
- 4. Psicología y Psiquiatría**
- 5. Enfermería**
- 6. Farmacia**
- 7. Administración pública**

## SITUACIÓN ACTUAL

### RADIOGRAFÍA DEL CONSUMIDOR DE TABACO

Según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña relativos al año 2.006, **el 29% de los catalanes de 15 y más años son fumadores**. La prevalencia de varones fumadores en Cataluña es del 34%, mientras que el consumo de tabaco en mujeres es del 24%.

De acuerdo con los estudios sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes de Cataluña promovidos por la Generalitat, **3 de cada 10 jóvenes catalanes de entre 15 y 24 años admite fumar diariamente**. La edad de inicio del hábito del tabaco se sitúa sobre los 15 años y el consumo diario se consolida a los 17, mientras que el pico de consumo se encuentra entre los 21 y los 22 años, con diferencias entre sexos, ya que las mujeres fuman más entre los 15 y los 18, y los hombres lo hacen más tarde.

En 2008, 150.000 personas intentaron dejar de fumar en Cataluña y 50.000 de ellos lo lograron. O lo que es lo mismo, uno de cada tres catalanes que intentaron dejar de fumar en 2.008 lo consiguieron.

Si bien parece que el tabaquismo en Cataluña ha entrado en un ciclo de control a la baja consiguiéndose los niveles más bajos documentados, también es cierto que la proporción de fumadores disminuye más acentuadamente en los hombres que en las mujeres.

## VENTA DE TABACO

En cuanto a las ventas de tabaco en Cataluña, **en el año 2008 se vendieron 848.745.585 paquetes de cigarrillos**, un 0,55% más que en 2007, aunque datos recientes demuestran que las ventas durante 2009 fueron menores que las de 2008. Esta tendencia se ha acentuado en 2010.

## MORTALIDAD Y MORBILIDAD ASOCIADAS AL TABACO

Según estimaciones recientes, en Cataluña, **el 6% del total de muertes en mujeres y el 20% de las de los hombres son atribuibles al consumo de tabaco**. Así, según las palabras de la subdirectora general de Promoción de la Salud de la Consejería de Salud del Gobierno catalán, Carmen Cabezas, en el marco de las XI Jornadas de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), un total de 24 personas mueren cada día en Cataluña a causa del tabaco, lo que suma aproximadamente 8.600 al año.

Entre 2002 y 2006, **la mortalidad atribuible al tabaquismo en Cataluña se ha reducido en 400 muertos anuales**, y aunque continúan aumentando las neoplasias, bajan las enfermedades cardiovasculares y las patologías respiratorias. Tras la introducción de la ley 28/2005, se ha producido un descenso en las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio en la mayoría de los grupos de edad.

## ESPACIOS LIBRES DE HUMO

De acuerdo con el estudio 'El tabaco en los establecimientos de restauración y hostelería: Estudio observacional en Barcelona' en 2008 **el 40% de los restaurantes de la Ciudad Condal eran libres de humo u ofrecían zonas separadas**, mientras que **el 75,4% de los bares-cafeterías permitían fumar amparados por la Ley 28/2005**.

La Ley 28/2005 ha servido como catalizador del descenso del consumo de tabaco en Cataluña, incrementando las tentativas de abandono y haciendo que la exposición ambiental al humo de tabaco en los espacios donde se prohibía fumar disminuyera.

Para su implantación, el Departamento de Salud realizó una serie de medias para conseguir la actuación e implicación de los sectores clave, como el mundo laboral, la población, las asociaciones de consumidores, los agentes sociales, el mundo de la hostelería y el comercio, las administraciones públicas y el ámbito sanitario que fueron:

- Difundir información de los efectos del consumo de tabaco sobre la salud.
- Sensibilizar sobre los cambios posibles y sobre las experiencias internacionales de prevención y control del tabaquismo.
- Informar y promover acciones de buena práctica para favorecer los ambientes libres de humo.

Según un estudio de la Sociedad Española de Epidemiología, Cataluña es la comunidad que mejor cumplió la anterior ley anti-tabaco. Así, entre enero de 2006 y diciembre de 2009 se realizaron un total de 52.280 inspecciones para evaluar el seguimiento de la Ley 28/2005, tramitándose 532 expedientes de los que se sancionaron 350.

## LEY DE SALUD PÚBLICA DE CATALUÑA

En octubre de 2009, el Parlamento catalán aprobó por unanimidad la Ley de Salud Pública de Cataluña, una medida pionera que reconocía por primera vez en la historia el derecho de los fumadores a recibir por parte de la Generalitat ayudas para abandonar el tabaco.

En la actualidad el sistema catalán facilita apoyo farmacológico y acompañamiento sanitario a ciertos grupos seleccionados de fumadores que quieran dejar de fumar.

## RECURSOS SANITARIOS CONTRA EL TABAQUISMO

Para la atención al fumador en los centros sanitarios se han articulado una serie de actividades coordinando recursos asistenciales cuyas líneas principales son:

- Red de centros de Atención Primaria sin humo: Se ha conseguido la cobertura de todas las Áreas Básicas de Salud actuales en Cataluña, donde los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) ofrecen consejo, intervención breve y seguimiento de los pacientes.
- Red de farmacias sin humo: Más de 100 oficinas, con un protocolo de consejo mínimo, de asesoramiento y seguimiento.
- Red de hospitales sin humo: Actualmente hay 54 en fase activa y se pretende alcanzar la cobertura total (68 hospitales) en 2011.
- Unidades de referencia: Actualmente existen 23 unidades especializadas que ofrecen tratamiento especializado a la población derivada.

Como resultado de esta actividad asistencial de ayuda para dejar de fumar se han obtenido los siguientes datos:

- En Atención Primaria, entre 2006 y 2009 se han registrado 42.000 fumadores que dejaron de fumar de media cada año.
- En los hospitales, 2.108 pacientes ingresados recibieron ayuda para dejar de fumar entre 2006 y 2009.
- Las Unidades Especializadas atienden más de 2.000 pacientes cada año.
- La Línea telefónica de atención al fumador ha recibido 10.000 llamadas desde su lanzamiento en 2007. De 2.026 personas, 968 iniciaron tratamiento entre junio de 2007 y abril de 2009. En 2010 ha crecido de manera muy notoria la utilización de esta línea de ayuda.
- Se han financiado 8.464 tratamientos farmacológicos de forma gratuita entre 2006 y 2009, con un coste aproximado global de 1.350.000 de euros.



## 1. Pacientes y ciudadanos

### 1.- PACIENTES Y CIUDADANOS

El representante de los pacientes y de la sociedad civil señala 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 como un instrumento útil que supuso una mejora con respecto a la situación anterior a la aprobación de dicha Ley, pero que sin embargo no protegía ni al colectivo fumador, al que se privaba de la posibilidad de acceder a tratamientos que se han demostrado eficaces, ni al no fumador, al que se obligaba a permanecer en ambientes contaminados por humo de tabaco debido al deterioro progresivo del cumplimiento de la actual Ley. Por ello era necesario modificar determinados aspectos de la misma para proteger a la ciudadanía del aire contaminado por humo de tabaco y resultó positivo que el Congreso apoyara por unanimidad la toma en consideración de la reforma de la Ley del Tabaco para conseguir que los espacios públicos y de trabajo sean 100% libres de humo de tabaco.

**El representante de los pacientes destaca la enorme importancia sanitaria del tabaquismo como una enfermedad devastadora y demanda prestaciones sanitarias homogéneas a nivel nacional con el objetivo de no discriminar al enfermo por su lugar de nacimiento, según dicta la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.**



Reivindica la financiación pública y puesta a disposición del paciente de todos aquellos medicamentos que hayan demostrado su eficacia y traslada su desconcierto por el hecho de que estos medicamentos no estén actualmente financiados, mientras que sí lo están otros mucho más caros para tratar las enfermedades que el tabaquismo provoca. Sostiene que sería mucho más eficiente tratar el tabaquismo para evitar todas las enfermedades secundarias.

Señala la formación de los profesionales como la mejor garantía que tienen los pacientes para una adecuada asistencia sanitaria.

**Entre los principales déficits apuntados por el representante del colectivo de pacientes se encuentran la necesidad de una mejor formación del personal sanitario y su falta de motivación en el tratamiento del tabaquismo, junto con la falta de coordinación entre el colectivo de atención primaria y atención especializada.**

Propone el diseño de un modelo sanitario estructurado que permita el correcto manejo del paciente fumador y hace una llamada a los profesionales sanitarios para establecer consensos en las actuaciones contra el tabaco, dejando al lado rivalidades corporativistas.

**2. Atención Primaria****2.- ATENCIÓN PRIMARIA**

Los representantes de Atención Primaria coinciden en señalar la posición privilegiada de los Equipos de Atención Primaria en el abordaje del tabaquismo ya que son los profesionales sanitarios de referencia para el paciente. Señalan la formación y concienciación en tabaquismo de profesionales como medida prioritaria.

**Documento PESCE****El PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation)**

es un documento dirigido a analizar el papel de los médicos en el tratamiento del tabaquismo en Europa. Se llevó a cabo entre septiembre de 2006 y mayo de 2008.

Participaron 31 profesionales de 27 países, aunque solo 3 eran médicos de familia o generales.

Los objetivos de este documento son:

- 1** Promover el aumento de las intervenciones desde los profesionales de AP.
- 2** Impulsar o remarcar el beneficio económico que tiene el aumento de esas intervenciones.
- 3** Cambiar el entorno de los profesionales de AP para que las intervenciones puedan llevarse a cabo.

Según dicho documento, entre los factores que influyen en que los profesionales de AP intervengan más o menos en la cesación tabáquica se encuentran:

- Los profesionales fumadores intervienen menos.
- El interés y la actitud en relación al tabaco.
- Percepción de algunos profesionales de que la intervención tabáquica daña la relación médico-paciente.
- Factores relacionados con los propios pacientes.
- Factores estructurales como el tema del tiempo, presión asistencial...
- Falta de conocimiento de los métodos y tratamientos para ayudar a dejar de fumar.

En cuanto a las recomendaciones políticas y estratégicas que concluyeron los 31 participantes se encuentran:

- 1 Entrenar habilidades en tabaco: aumentar las competencias y la formación tanto a nivel universitario como de formación continuada.
- 2 Promover desde AP la participación en proyectos de investigación.
- 3 Ayudar a todos los profesionales que quisieran dejar de fumar.
- 4 Informar de los servicios y las unidades de tabaco existentes y de los resultados del manejo de los pacientes en tratamiento y derivados, de tal forma que existiera una información bidireccional.
- 5 Registrar sistemáticamente en las historias clínicas el estatus de fumador y las acciones que se están llevando a cabo.

**2. Atención Primaria**

- 6 Desburocratizar las consultas de AP para poder dedicar tiempo a la prevención, el control y el tratamiento de las enfermedades.
- 7 Potenciar el papel de los profesionales de AP en el abordaje del tabaquismo y en la definición de las directrices clínicas.
- 8 Establecer políticas de espacios libres de humo en el entorno de los profesionales de AP.
- 9 Controlar el consumo de tabaco de los profesionales sanitarios.
- 10 Concienciar a la población de que la Atención Primaria está capacitada para manejar al paciente fumador.
- 11 Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia que tiene la prevención y la cesación tabáquica en la salud de la población.
- 12 Evitar que las sociedades científicas tengan relación, directa o indirecta, con la industria tabaquera.

**Documento Técnico de Consenso de la Atención Sanitaria del tabaquismo en España**

**El Documento Técnico de Consenso de la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España fue hecho público en 2009.** Este documento describe las características propias de Atención Primaria y su posición privilegiada en el manejo del tabaquismo.

Su carácter activo, integral, longitudinal, accesible, su capacidad para desarrollar un trabajo en equipo, llevar a cabo una atención personalizada y contar con una dimensión comunitaria, hacen de Atención Primaria un lugar privilegiado para el abordaje del tabaquismo. El hecho de que el 70% de los fumadores pasen por una consulta al menos una vez al año proporciona a este colectivo una oportunidad única para intervenir en tabaco, siendo el mejor punto de captación y seguimiento de los fumadores.

## Programa Atención Primaria sin humo

El programa ATENCIÓN PRIMARIA SIN HUMO nació en 2002 con el objetivo de:

- 1.- Sensibilizar a los profesionales de Atención Primaria.
- 2.- Disminuir la prevalencia de fumadores entre el colectivo de Atención Primaria.
- 3.- Ayudar a los pacientes a dejar de fumar facilitando el acceso a los tratamientos.
- 4.- Proteger la salud de los profesionales evitando su exposición al humo ambiental de tabaco.

El Programa se sustenta sobre 4 pilares fundamentales:



**2. Atención Primaria**

En términos generales, la formación es la línea de actuación en la que más se ha avanzado. En ella se lleva trabajando 7 años, se ha formado en tabaco a 800 profesionales que a su vez han formado a sus compañeros, utilizando la formación de formadores y la formación en cascada, llegando la formación a la totalidad de EAP de Cataluña.

**Otras acciones en tabaco**

- 1.- Elaboración de guías de tabaquismo.
- 2.- Jornadas para consolidar la red de tabaco establecida. En este sentido señalan la importancia de establecer sinergias entre los diferentes programas de tabaco desarrollados en Cataluña.
- 3.- Encuesta online. Se ha realizado una encuesta analizando tanto la situación actual como las necesidades en tabaquismo. La formación de profesionales se perfila como imprescindible.
- 4.- Creación de grupos de trabajo en diferentes áreas:
  - Jóvenes y tabaco
  - Terapia en grupo
  - Tratamientos de grupos especiales
  - Alternativas no farmacológicas
  - Evaluación del propio programa
  - Grupos que los mismos referentes vayan definiendo

## Intervenciones en Atención Primaria

Los representantes del colectivo de Atención Primaria resumen de la siguiente manera el papel de este colectivo en el manejo del tabaquismo.

- **Intervención breve:** el objetivo es identificar al fumador y poner a su disposición los tratamientos disponibles para dejar de fumar. Esta intervención está integrada en la actividad diaria de las consultas y se debe ofrecer a todas aquellas personas que acudan al centro de salud por el motivo que sea. Se trata de una intervención oportunistas.
- **Intervención intensiva, en algunos casos:** Se trata de una intervención programada, con unas 6-7 visitas de una duración aproximada de entre 20-30 minutos cada una.
- **Intervención en grupo:** Se realiza en diferentes centros de Atención Primaria. La admisión de los interesados se evalúa según criterios de inclusión. La intervención es llevada a cabo por un médico y una enfermera de Atención Primaria. Se compone de 7 sesiones (con una diferencia de un mes entre una sesión y otra) de 90 minutos.
- **Intervenciones comunitarias:** Se participa en la difusión de campañas de tabaco y se da soporte desde los centros a las mismas con el objetivo de llegar a la población a través de la participación en programas de radio y TV, entrevistas en diarios, etc.
- **Consultas específicas de tabaco dentro de los centros de Atención Primaria.** Un profesional de Enfermería o medicina dedica un espacio horario específico para atender a pacientes fumadores de su cupo o derivados por otros compañeros. Se suelen realizar intervenciones intensivas.

**2. Atención Primaria**

Desde Atención Primaria se han realizado tres estudios de gran valor:

# 1 ISTAPS

Con una duración de 2 años (2003-2005) pretendía evaluar la abstinencia de los pacientes sometidos a intervenciones en tabaquismo. Para ello se crearon dos grupos, uno con una intervención sistemática e intensiva y el grupo control sometido a la intervención que se practica habitualmente.

Participaron 82 centros de Atención Primaria de 13 Comunidades Autónomas (más de 150 profesionales, tanto médicos como enfermeras). Los resultados del estudio demostraron porcentajes de abstinencia superiores en el grupo intervención. Todavía se están analizando algunos de los datos del estudio.

# 2 ITADI

Estudio cuyo objetivo es conseguir la abstinencia en pacientes diabéticos fumadores atendidos en Atención Primaria en la ciudad de Barcelona. Actualmente se ha finalizado el periodo de reclutamiento y la entrega de resultados se prevé para 2011.

Cuenta con un grupo control y un grupo intervención. Participan cerca de 1.000 pacientes (977) y 98 equipos de Atención Primaria.



# 3 BIBE

Estudio sobre tabaquismo pasivo en bebés para determinar la efectividad de una intervención breve en Atención Primaria dirigida a padres y a madres fumadores con el objetivo de reducir la exposición de los bebés al humo del tabaco (2009-2010).

Contó con un grupo intervención y un grupo control. Se recogieron datos sobre antecedentes y exposición de los bebés mediante encuesta a los progenitores, y se recogió una muestra de cabello para determinación biológica de los niveles de exposición (nicotina). Es un estudio multicéntrico en el que han participado 96 centros de Atención Primaria de toda Cataluña, con un total de 162 equipos de pediatría formados tanto por profesionales médicos como de Enfermería.

Se está analizando en el momento actual el estudio. No obstante, los primeros datos nos muestran que un 73% de los progenitores declaran fumar o permitir fumar en el propio domicilio y, según datos de nicotina en cabello, un 70% de los bebés hijos de algún progenitor que fuma, está expuesto al humo de tabaco.

### 3. Atención Especializada

#### 3. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los representantes del colectivo de Atención Especializada coinciden en señalar la asistencia sanitaria al fumador como responsabilidad de todos los profesionales sanitarios, si bien matizan que esta asistencia tiene mayor importancia por parte de los profesionales de Atención Especializada ya que ellos atienden a pacientes que en la mayoría de los casos tienen patologías relacionadas con el consumo de tabaco. Por este motivo, la intervención de este colectivo debe ser obligatoria e imperativa siempre.

Existen pacientes que por sus características – urgencia para la cesación, grado de adicción o comorbilidad- requieren ser enviados a las Unidades Especializadas de Tabaquismo.

Las funciones que deben cumplir las Unidades Especializadas son asistenciales, docentes y de investigación y han de estar formadas por un equipo multidisciplinar de profesionales expertos en tabaquismo que incluya médicos, enfermeras y psicólogos.

Las Unidades Especializadas deben tener buena comunicación tanto con los profesionales sanitarios de Atención Primaria de un paciente concreto como con otros especialistas que puedan tratar a ese mismo paciente en algún momento por determinadas patologías.

Los criterios de derivación válidos para los representantes de Atención Especializada son los publicados por SEPAR en el año 2001 y que posteriormente (2008) fueron adoptados por el CNPT dentro de su “Documento Técnico de Consenso Sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España”.

#### Tratamientos de cesación tabáquica

Según los representantes de todos los colectivos reunidos en torno a la Mesa Técnica sobre tabaquismo en Cataluña, aquellas opciones farmacológicas para dejar de fumar que hayan demostrado ser eficaces y coste-efectivas deberían ser prestadas por el

Sistema Nacional de Salud, y consideran que el coste que supondría para el Sistema Nacional de Salud la financiación de dichos fármacos sería asumible y limitado en el tiempo al no tratarse de un tratamiento crónico.

**Los expertos reunidos coinciden en señalar los tratamientos farmacológicos para la deshabituación tabáquica como algo necesario e importante, e incluso clave para el tratamiento de determinados grupos de población, pero no son el tratamiento en sí, sino un elemento más del proceso que constituye un apoyo dentro de un tratamiento integral.**

Los representantes de todos los colectivos participantes debaten acerca de la idoneidad de que todos los profesionales sanitarios puedan prescribir un tratamiento farmacológico a aquellos pacientes que estén en fase de preparación para abandonar el consumo de tabaco o si solo los especialistas (neumólogos, cardiólogos, etc.) pueden hacerlo. La conclusión es que para que se cumpla el primer supuesto es imprescindible que todos los profesionales tengan el conocimiento suficiente de los tratamientos existentes para poder prescribirlos y que realicen el seguimiento pertinente al cumplimiento terapéutico de los pacientes, como en cualquier otra patología.

### **Impacto de la nueva Ley 42/2010**

La Ley 42/2010, de 30 de diciembre es una ampliación de la Ley 28/2005 que entró en vigor el 1 de enero de 2006 y contemplaba medidas sanitarias frente al tabaquismo, así como la regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Diversos estudios han analizado el impacto de la Ley 28/2005 no solo sobre la salud de los españoles, sino también su impacto económico.

### 3. Atención Especializada

En Cataluña tras la aplicación de la Ley 28/2005 el Departament de Salut fue muy activo en la sensibilización e implicación de los sectores clave. Los datos han mostrado que las ventas de tabaco durante los años 2006 y 2007 descendieron de forma importante así como el consumo per cápita. En conjunto, la Ley tuvo un efecto importante en mejoras de la salud: la mortalidad atribuible al tabaquismo se redujo en 400 muertos anuales y se produjo un descenso en las hospitalizaciones por Infarto Agudo de Miocardio, siendo de un 11% en hombres y 9% en mujeres, y aunque se produjo en todos los grupos de edad no se observó en los hombres menores de 45 años.

**Estudios de M. Nebot y colaboradores demostraron una reducción elevada de la nicotina ambiental en los lugares de trabajo antes y después de la Ley**, así como en los centros educativos y en los locales de hostelería donde se había implantado el cumplimiento de la Ley, lo que no ocurría en aquellos que no la habían implantado.

**Un informe elaborado por Pinilla, J. y Negrín, M.A. pasados cuatro años desde la entrada en vigor de la Ley 28/2005 demuestra que los principales indicadores económicos del sector de la Hostelería no sugerían efecto negativo alguno: no se han producido repercusiones económicas negativas sobre el sector.**

Sin embargo, en la mayoría de países europeos donde se ha aplicado la regulación de espacios libres de humo, tampoco se han observado efectos negativos sustanciales en los ingresos y empleo del sector hostelero. Las movilizaciones que se están produciendo ahora y que muestran datos negativos del sector, quizás deberían tener en cuenta la concurrencia de otros factores, como es fundamentalmente la crisis económica actual.

El Departament de Salut ha recogido que el 83% de los locales inspeccionados en Cataluña cumplen con la nueva Ley. Se calcula que la nueva Ley contribuirá a evitar entre 700 y 800 fallecimientos por Tabaquismo Pasivo que se producen anualmente en esta comunidad autónoma.

La resistencia de la industria tabaquera fue dura y seguirá siendo dura, evidentemente, así como la del sector de la hostelería, pero en ningún país europeo (donde las normas fueron mucho más restrictivas de entrada) se han producido efectos negativos sobre el sector.

**La extensión de la obligatoriedad de los espacios sin humo a los locales hoy exentos generaría una ganancia en bienestar inmediata, porque en España el número de no fumadores dobla al de fumadores.**

Es decir, en término medio, por cada fumador que salga perdiendo por no poder fumar cuando salga con los amigos, dos no fumadores de la misma pandilla saldrán ganando. Podemos incluso matizar este cálculo si consideramos que según la Encuesta Catalana de Salud (muestra representativa de 4443 adultos en el módulo de tabaco) un 37% de los fumadores están muy de acuerdo o bastante de acuerdo con que se prohíba fumar en los restaurantes.

**La nueva ley ha tenido un efecto multidimensional en términos de: mejoras en la salud, disminución de la prevalencia tabáquica en jóvenes y reducción general en la exposición al humo ambiental del tabaco (Nebot y Fernández, 2009).**

#### 4. Psicología / Psiquiatría

#### 4.- PSICOLOGÍA / PSIQUIATRÍA

##### Relación entre consumo de tabaco y enfermedades mentales

**La dependencia de la nicotina**, si bien es un factor de riesgo para la aparición de ciertas patologías (EPOC, cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, etc.), **es un trastorno psiquiátrico** en sí mismo contemplado en diversos manuales de diagnóstico de enfermedades mentales. Además la nicotina produce probablemente la adicción más severa entre todas las drogas.

La prevalencia del consumo de tabaco en población psiquiátrica es entre 2 y 4 veces superior a la de la población general, mientras que **cerca del 23% de la población fumadora presenta algún trastorno psiquiátrico**. Se trata de pacientes con una mortalidad más alta en relación con el consumo de tabaco, pudiendo llegar a vivir hasta 25 años menos en caso de enfermos psiquiátricos graves.

La comorbilidad con otras adicciones es muy elevada, rozando el 80% en el caso del alcohol, el 90% en el caso de dependencia a opiáceos, disparándose estos índices todavía más en pacientes institucionalizados: entre el 50 y el 60% en patología psiquiátrica y consumidores de tabaco, mientras que **3 de cada 4 pacientes institucionalizados consumen tabaco**.

**Los pacientes psiquiátricos fuman más cigarrillos que la población sin trastornos mentales** siendo su grado de sintomatología de abstinencia mucho más severo: Hasta 4 veces más en el caso de la depresión mayor y multiplicándose por 16 en la dependencia al alcohol.

Además, los enfermos mentales consumen más otras drogas, cumplen peor el tratamiento prescrito y existen claras evidencias de la relación entre la asociación del consumo de tabaco y el suicidio: los fumadores de alrededor de 15 cigarrillos al día doblan el riesgo de suicidio, que se multiplica por 4 veces entre los grandes fumadores. Por otro lado, dejar de fumar previene el riesgo de suicidio y los ex fumadores prácticamente tienen el mismo riesgo de suicidio que los que nunca han fumado.

En resumen, se trata de una población que fuma más, que tiene mayor riesgo de consumir otras drogas, en la que la sintomatología de abstinencia es más grave, que cumple peor el tratamiento, que tiene mayor riesgo de suicidio y menores expectativas de vida, por lo que estamos ante una población extremadamente vulnerable.

### Vacío de certezas

No se sabe con exactitud por qué los pacientes psiquiátricos fuman ni qué funciona en el abordaje del tabaquismo en un paciente psiquiátrico. Se sabe que existe una vulnerabilidad compartida, probablemente exista una base genética común, existen factores sociales – situación social deprimida por parte del paciente psiquiátrico que le lleva a sentirse solo, aburrido, y probablemente tenga mayor riesgo de consumir tabaco, que es además un vehículo de comunicación social- y también factores externos al propio paciente como pueden ser la falta de motivación del psiquiatra, o el temor a enfrentarse al paciente psiquiátrico por parte de otros profesionales que tratan a este paciente para que no se desestabilice y no genere problemas. Por otro lado están los costes inasumibles por parte de una amplia proporción de los pacientes psiquiátricos del tratamiento farmacológico para dejar de fumar.

Los representantes de los psicólogos y los psiquiatras destacan la importancia de combinar la entrevista motivacional, la terapia cognitiva o conductual y el abordaje farmacológico en los pacientes psiquiátricos. Estos pacientes son complejos y van a requerir de una intensidad en el tratamiento mayor que la población general, haciendo en ocasiones necesario plantearse la reducción del consumo de tabaco como un objetivo intermedio. **Se reclama la necesidad de un abordaje psicoterapéutico reglado con tratamiento farmacológico continuado en el tiempo (hasta 12 meses) para el tratamiento de la abstinencia.**

### Papel del psicólogo / psiquiatra

El papel de la psiquiatría es fundamental en el abordaje del tabaquismo en pacientes psiquiátricos en la medida en que se trata de un número de población muy importante

#### 4. Psicología / Psiquiatría

dentro de los pacientes fumadores, que van a ver comprometida su salud por el consumo de tabaco. Por este motivo, estos profesionales no pueden “desentenderse” y plantear la derivación de este paciente a otro especialista, sino asumir este abordaje, porque está demostrado que el vínculo del paciente con su médico, sea el psiquiatra o el que sea, debe ser aprovechado por la fuerza que tiene para promover la cesación tabáquica.

Todos los expertos reunidos coinciden en que el psicólogo no es el único profesional capacitado para la aplicación de tratamientos psicológicos o conductuales. Afirman que todos los profesionales que trabajan en tabaco deben motivar al paciente que no quiere dejar de fumar, ayudarlo a identificar toda aquella conducta que se pueda asociar al deseo de fumar, etc.

El papel del psicólogo es importante no tanto en la patología dual tabaquismo-patología psiquiátrica, como en el manejo de determinados grupos de deshabituación en los que otros profesionales pueden tener dificultades, así como en el manejo de la patología ansiosa que aparece al dejar de fumar.

**El papel del psicólogo en un equipo multidisciplinar de intervenciones frente al tabaquismo es fundamental.** En opinión de los expertos, no es coste-efectivo situar estos equipos multidisciplinarios de médicos, enfermeras y psicólogos en el nivel de Atención Primaria, sino que deben existir unidades de referencia por proximidad.

#### **Núcleo duro de fumadores con patología dual psiquiátrica-tabaquismo**

La población que está dejando de fumar es fundamentalmente la que menos dificultades tiene para abandonar el hábito tabáquico, ya sea porque lo deja por su cuenta o porque recibe la ayuda pertinente, pero probablemente el porcentaje de pacientes complejos que tienen dificultades reales para consolidar la abstinencia va a estar cada vez más plagado de pacientes psiquiátricos, algo a tomar en consideración para sistematizar la intervención a realizar en esta población. En opinión de los representantes de este colectivo, a medida que España se vaya acercando y equiparando al resto de países que llevan mucho más tiempo realizando intervenciones poblacionales, el porcentaje de pacientes que no puedan dejar de fumar y que tengan patología dual psiquiátrica-tabaquismo será cada vez mucho más elevado, como ya se está



viendo en Estados Unidos y en algunos países nórdicos, donde en ese reducto de fumadores que aún no ha dejado de fumar la prevalencia de trastorno psiquiátrico es mucho más elevada, por lo que las intervenciones que habrá que realizar sobre este colectivo de fumadores deberá ser cada vez menos estandarizada y más individualizada.

## Retos

Entre los principales retos mencionados por los expertos se encuentran:

- 1 El colectivo psiquiátrico es uno de los colectivos que habría que priorizar en cuanto a la financiación del tratamiento farmacológico para dejar de fumar. En estos pacientes la subvención no sirve. Los expertos defienden la gratuidad de los tratamientos para estos pacientes porque en algunos casos va acompañado de una situación económica dramática.
- 2 No todos los pacientes psiquiátricos deben recibir un tratamiento más especializado, por lo que el reto estaría en la existencia de un buen flujo de comunicación entre Atención Especializada y Unidad Especializada que permita intercambiar casos concretos.
- 3 No se debería ser discriminatorios en las unidades psiquiátricas como no se es con otras unidades médicas libres de humo. Un hospital o un centro médico, por definición, son espacios libres de humo, por lo que cuestionan la necesidad de habilitar espacios para fumar en las unidades psiquiátricas, y reivindican que las unidades de psiquiatría sean espacios libres de humo, de acuerdo con el posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría.
- 4 Necesidad de mejorar la docencia y la investigación. Los profesionales salen poco preparados para atender pero sobre todo poco motivados.
- 5 Existen múltiples servicios que no parecen tener bien definido cuál es su objetivo, de quién son competencia... Habría que acercarse a la integración de servicios y que estos servicios integrados sean lo más cohesionados posible.
- 6 El sistema autonómico de salud (CatSalut) debería incentivar más el registro de intervención en tabaquismo, recogiendo estas intervenciones en los contratos y objetivos de hospitales y centros de salud mental.

## 5. Enfermería

### 5.- ENFERMERÍA

La representante de Enfermería reivindica el papel de este colectivo en el abordaje del tabaquismo, ya que al situarse en diferentes niveles asistenciales, las enfermeras y enfermeros son los profesionales más próximos y accesibles los usuarios: ejercen intervenciones a nivel hospitalario, atención primaria o en centros de atención educativa, y realizan también actividades en agencias de salud desempeñando labores de prevención y promoción de la salud. Además, el colectivo enfermero es el más numeroso del sistema sanitario: Sólo en Cataluña hay entre 45.000 y 50.000 enfermeras/os.

Sin embargo, y aunque lo anteriormente mencionado hace de Enfermería el colectivo potencialmente más dinámico en cuestiones que afectan a la ciudadanía pudiendo ser uno de los colectivos que tuviera uno de los papeles más importantes en lo que al control del tabaquismo se refiere, existen algunos hándicaps entre los que se encuentran:

**Prevalencia.-** Los datos de los que dispone la Red de Hospitales Sin Humos apuntan a que entre un 30 y un 35% de las enfermeras son fumadoras, lo que dificulta enormemente el desarrollo de un rol ejemplar como profesionales modelo ante la población.

**Formación.-** Según la representante de las enfermeras, ninguna de las 12 escuelas de Enfermería existentes en Cataluña ofrece formación alguna en tabaquismo, por lo que los profesionales interesados en el tema del tabaco deben formarse a través de los cursos de postgrado puestos en marcha desde la Administración Pública o desde las diferentes redes, como la red de Atención Primaria o la de atención hospitalaria, para intentar paliar las deficiencias del sistema educativo. Por ello, la representante del colectivo de Enfermería reclama que los planes de estudios de estos estudiantes incluyan una asignatura en la que se trate específicamente el abordaje del tabaquismo, o que éste sea un tema contemplado de manera transversal en su itinerario curricular para garantizar que todos los enfermeros tenga una formación mínima sobre cómo se valora y cómo se diagnostica a un fumador, qué abanico de intervenciones existen, etc.

**Falta de motivación.-** Dentro del contrato del Servei Català de la Salut, a los hospitales aún no se les pide actividad sobre el tabaco (en Atención Primaria

esta intervención sí que está contemplada en el contrato). Esto hace que la intervención sea voluntaria y que dependa de la motivación individual del profesional. La representante del colectivo enfermero denuncia que son muchos los hospitales que aún no disponen de protocolos de intervención y que cuando los tienen no están integrados en el día a día de sus actividades. La Atención Primaria permite una pauta de mayor continuidad en la que las enfermeras sí han integrado en mayor proporción todo el despliegue de intervenciones en tabaquismo y donde sí existe un protocolo de intervención.

Todo esto hace que la situación de los enfermeros en Cataluña contemple un escenario dual: mientras que el panorama de los enfermeros de Atención Primaria permite ser más optimista, la realidad de **los enfermeros hospitalarios de Cataluña está constituida por una mayoría de profesionales carentes de formación en tabaquismo y una minoría que se ha formado por iniciativa propia** pero que realiza intervenciones oportunistas, poco sistemáticas y de las que no se realiza un seguimiento. Es por ello que la representante de Enfermería demanda protocolos de intervención y métodos de registro sistemáticos como en cualquier otro tipo de intervención, ya que en su opinión existen mecanismos, estructuras y circuitos sobre los que trabajar pero falta una sistematización de las intervenciones en tabaquismo. Sin embargo, la hospitalización resulta un momento potencialmente idóneo para iniciar un proceso de cesación tabáquica puesto que los pacientes fumadores están en un centro sin humo, cuentan con profesionales sanitarios a su disposición y suelen replantearse el abandono principalmente si su motivo de hospitalización está relacionado con el consumo de tabaco.

La representante de las enfermeras solicita además una intervención de la Administración Pública y, en mayor medida, de los gestores de los hospitales y centros de salud. De esta manera se podrán cuantificar el número de intervenciones en materia de tabaquismo que se están realizando, así como incentivar y motivar a los profesionales para que lleven a cabo el registro del paciente fumador. En cualquier caso, esta experta recalca que diversas iniciativas de la Administración Pública, como la Red de Hospitales y de Atención Primaria sin Humo en Cataluña, han ayudado a que las enfermeras incrementaran su sensibilización formación e implicación en la atención al fumador en todos los ámbitos de la asistencia.

## 6. Farmacia

### 6.- FARMACIA

Según la representante del colectivo de Farmacia, el paciente es quien elige dónde acudir para superar su adicción nicotínica, y el farmacéutico es una posibilidad más dentro de todo el abanico de profesionales que existen para el abordaje de los pacientes fumadores. La experta destaca que la accesibilidad de la oficina de farmacia es muy alta y que el número de oficinas de farmacia por habitante es mucho más elevado que el de centros de salud por habitante.

El programa de deshabituación tabáquica del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, el protocolo de actuación en cesación tabáquica en las oficinas de farmacia del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña y el Libro Blanco de Actividades Preventivas en la Oficina de Farmacia avalan el papel del farmacéutico en la cesación tabáquica del paciente fumador.

**En la actualidad existen 79 oficinas de farmacia en la provincia de Barcelona y casi un centenar en toda Cataluña que ofertan el servicio de cesación tabáquica.**

A nivel de farmacéutico de oficina de farmacia, existen dos tipos de intervenciones:

**1. Intervención mínima.-** La puede llevar a cabo cualquier farmacéutico por el simple hecho de ser un profesional de la salud, aprovechando el momento en el que los usuarios fumadores acuden a la oficina de farmacia a retirar cualquier producto sanitario.

En pacientes que sufren cualquier tipo de patología, el farmacéutico puede hacer refuerzo sobre programas de intervención, refuerzo sobre el mensaje del médico (tanto de Atención Primaria como de Especializada) y ofrecer ayuda. En este sentido, la representante del colectivo de farmacia reclama la necesidad de tener acceso a los centros de cesación y la posibilidad de poder derivar a estos centros a los pacientes complicados que no son susceptibles de ser tratados en la oficina de farmacia o de formar parte de un programa multidisciplinar.

En lo que a la intervención a los pacientes sanos se refiere, la representante de los farmacéuticos destaca un proyecto de tabaco y mujer en el que se actuaba sobre cualquier mujer fumadora que acudiera a la farmacia a retirar anticonceptivos hormonales y no tuviera una motivación para dejar de fumar. Explica que la necesidad de realizar una acción integral a cualquier nivel de la mujer radica en que las mujeres jóvenes fumadoras no se plantean dejar de fumar, posiblemente lo dejarán cuando se queden embarazadas pero lo más probable es que recaigan después del parto.

**2. Intervención en profundidad.-** El farmacéutico que quiera llevar a cabo una intervención en profundidad necesita una formación específica en tabaquismo. A todos los pacientes sanos se les puede realizar una intervención en profundidad con terapia sustitutiva de la nicotina y soporte psicológico-conductual realizando un seguimiento hasta que se considere ex fumador.

Otro elemento a tener en cuenta es cuando la cesación tabáquica se realiza en la Atención Primaria o en una unidad especializada y acude a la farmacia a buscar el medicamento. En este caso, el farmacéutico no debe limitarse simplemente a dispensar el tratamiento, sino aportar un valor añadido, que en opinión de la representante de los farmacéuticos es el acompañamiento durante el proceso, ya que el paciente acudirá a la consulta de Atención Primaria cada mes mientras que a la oficina de farmacia acudirá antes, por lo que ahí radica la oportunidad del colectivo de farmacia en ver cómo se encuentra el paciente, cómo le está funcionando el tratamiento, etc, y realizar una acción sinérgica con el centro deshabituador.

Sin embargo, el principal hándicap del farmacéutico es que necesita el soporte de un nivel especializado para llevar a cabo deshabituaciones en determinados grupos de población (pacientes psiquiátricos, cardiópatas, etc).

La representante del colectivo farmacéutico se pregunta qué hacer ante un usuario que acude a la oficina de farmacia demandando vareniclina o bupropión, o es un paciente candidato a ser derivado a una unidad médica. En su opinión, ante una oportunidad demandada por un usuario, los farmacéuticos deben conducir a este paciente ante un profesional que sea capaz de atender sus demandas. Por ello aboga por una red que les permita derivar a este tipo de pacientes y reclama la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

## 7. Administración

### 7.- ADMINISTRACIÓN

#### Perfil del fumador

La Encuesta de Salud de Cataluña de 2006 ofrece datos sobre consumo de tabaco que permiten conocer a fondo el perfil del fumador catalán.

En términos generales 8 de cada 10 fumadores no se plantean dejar de fumar en los próximos 6 meses, aunque el 97,9% de los consumidores de tabaco son conscientes de su impacto negativo sobre la salud. Esta situación pone de manifiesto la falta de eficacia de los mensajes sobre tabaco difundidos entre la población, lo que podría explicar el bajo porcentaje de población catalana que intenta dejar de fumar.

En 2006 se registró un 29,4% de fumadores en Cataluña, un 19,7% de ex fumadores, y un 50,9% de no fumadores en la población de 15 años en adelante. Del total de la población fumadora (29,4%) el 25,5% eran fumadores diarios y el 3,8% fumadores ocasionales.

La aprobación de la Ley 28/2005 se manifestó en el aumento del número de ex-fumadores de todas las franjas de edad (aumentó la tasa de abandono, disminuyó la proporción de fumadores y se redujo el inicio en jóvenes) aunque la evolución comenzó a apreciarse a comienzos del Siglo XXI.

Los representantes de la Administración Pública destacan la disminución del consumo de tabaco en varones y en mujeres (aunque más lentamente debido a la tardía incorporación de las mujeres al hábito tabáquico) desde 2006. Asimismo, señalan la reducción de la mortalidad asociada al tabaquismo en varones, hecho que no se ha producido aún de manera clara en las mujeres.

Analizando el consumo de tabaco en función de la clase social se aprecia un aumento entre los hombres a medida que disminuye la clase social. Por el contrario, el colectivo femenino de clase alta es más fumador que el colectivo femenino de clase baja.

Se prevé que a finales de 2010 se desarrollará un sistema de evaluación continuado del consumo del tabaco mediante encuestas trimestrales/cuatrimetrales sobre una muestra representativa de población (ESCA continuada). Los datos que se obtengan serán representativos a nivel regional y subregional.

### Recomendación médica

En términos generales, el 53,9% de los fumadores catalanes nunca ha recibido recomendación médica para dejar de fumar y la mayor parte abandona el tabaco sin métodos concretos.

### Ejes de actuación en tabaco

En Cataluña se han establecido 4 ejes de actuación en torno al tabaquismo:

#### 1 Evitar la exposición involuntaria al humo de tabaco.

- Promoviendo políticas de espacios sin humo.- Desde finales de 2004 y de manera muy intensa, a lo largo de 2005 e incluso a comienzos de 2006 con la anterior Ley ya en vigor se han llevado a cabo diferentes acciones de preparación y sensibilización de los sectores clave que favorecieron la aceptación de la Ley 28/2005 frente a otras regiones. Así, se pone de relieve el apoyo popular a las medidas legales que regulen el consumo de tabaco.

Diferentes estudios han demostrado la reducción de los niveles de exposición al humo del tabaco tras la entrada de la Ley anterior en una mayoría de espacios laborales. Esta medida no permitió sin embargo proteger a los trabajadores del sector hostelero.

- Actividad inspectora.- Desde el comienzo de 2006 se realizan inspecciones en locales de hostelería y restauración para comprobar el cumplimiento de la Ley. Paulatinamente se ha producido un incremento del número de inspecciones que se ha plasmado en un amplio historial de expedientes y sanciones, lo que ha permitido un elevado cumplimiento

## 7. Administración

de la normativa. A su vez este cumplimiento se ha visto favorecido por la integración de las actividades de inspección y vigilancia dentro de los servicios sanitarios.

- Sin embargo, la percepción de la población en cuanto al cumplimiento de la Ley 28/2005 era contradictoria. Se percibía un elevado cumplimiento en hospitales y centros de salud y un bajo cumplimiento en bares y discotecas.

### 2 Prevenir el inicio del tabaquismo en la población joven.

- En el marco del programa SALUT I ESCOLA.
- Programas escolares (ver más adelante).
- Acciones puntuales y periódicas.

### 3 Promover el abandono del hábito tabáquico.

- Desde finales de 2008 se llevan a cabo diversas olas de una campaña global de información y sensibilización en torno al mensaje “El fum es fatal”, dirigida tanto a la población fumadora como a la no fumadora.
- A finales de 2007 se puso en marcha una línea telefónica basada en la plataforma SEM. La emisión de un spot televisivo inscrito en el marco de la campaña “El fum es fatal” incrementó el número de llamadas en busca de información para dejar de fumar, así como el número de personas que iniciaron el tratamiento de cesación tabáquica. Actualmente la línea telefónica se encuentra en un nivel óptimo de funcionamiento (ha multiplicado por 5 el número de llamadas y de inicios) y se ha consolidado como un sistema de ayuda estructurada.
- Se han realizado también diversas acciones de calle, de sensibilización, edición de material gráfico, etc.



- Promoción de los recursos asistenciales de la red asistencial, desde la atención primaria, hasta la hospitalaria y las unidades de referencia. Aunque los registros de Atención Primaria muestran una mejora e incremento de la actividad antitabáquica todavía queda mucho por hacer.

Entre los retos que se plantean está mantener la cohesión de los profesionales de Atención Primaria, elevar los estándares de actuación y crear expertos en tabaquismo.

A nivel hospitalario se pretende formar en tabaquismo a las unidades hospitalarias que no prestan este tipo de servicios (en torno a 15 hospitales), así como establecer cohesión y sinergias entre toda la red hospitalaria de Cataluña.

- Aumentar las Unidades de referencia. En la actualidad existe al menos una en cada región sanitaria.
- Actualmente se está administrando 2.000 tratamientos farmacológicos al año que se dirigen prioritariamente a pacientes ingresados, población general desfavorecida, profesionales y trabajadores de los sectores clave con papel modélico (sanitarios, docentes, etc.).

#### 4 Controlar el tabaquismo en la población femenina.

- A través del programa “Embarás sense fum”, iniciado en 2007, se desea aumentar la formación en tabaco de comadronas, profesionales de obstetricia y profesionales de pediatría.
- Desarrollo de la red de Mujeres y Tabaco en Cataluña (INWAT).

El colectivo de representantes de la Administración Pública señala la necesidad de poner en marcha nuevas acciones que refuercen las existentes. En este sentido proponen extrapolar a nivel nacional campañas desarrolladas en Cataluña que han demostrado su eficacia, como por ejemplo “El humo es fatal”.

**7. Administración**

A nivel nacional proponen dos acciones:

**PRIMERA**

Reforzar la fiscalidad para provocar la subida del precio del tabaco.- Proponen que el Gobierno contemple el aumento de la fiscalidad del tabaco, especialmente sobre el tabaco de liar, entre su paquete de medidas para reducir el déficit.

**SEGUNDA**

Reforma legal que proteja del humo ambiental a los trabajadores de bares y restaurantes y estimule a la población en el abandono del hábito tabáquico.

Asimismo proponen una serie de acciones que deberían ser implementadas en todas las CCAAs de manera obligatoria:

1. Formar al área de AP en tabaco ya que se trata de un problema más frecuente que la diabetes o la hipertensión.
2. Defienden el tratamiento de cesación tabáquica en pacientes afectados por otras patologías y grupos sociales desfavorecidos (presos, pacientes psiquiátricos o con problemas de adicción). Asimismo, cuestionan la eficacia de la financiación universal de los medicamentos anti-tabaco ya que los datos de prevalencia son similares a los de otras CCAA que cuentan con financiación (como por ejemplo Navarra y La Rioja).
3. Fomentar la existencia de profesionales modelo. Se propone la intervención sobre el personal sanitario para que abandone el hábito tabáquico. El colectivo de médicos, enfermeras, farmacéuticos... ejerce una elevada influencia sobre la población. En la actualidad el porcentaje de personal sanitario fumador ha disminuido, pasando del 22% hace 6 años al 15%.
4. Actuación sobre la población inmigrante. En un periodo de 10 años hemos pasado de contar con un 2% de población inmigrante fumadora a un 15% debido al aumento de renta per cápita de estos colectivos.

## Programas de prevención

Los representantes de la Administración señalan la necesidad de que los programas de prevención se sustenten sobre contextos normativos que favorezcan la efectividad de los mismos y estudios que expliquen los hábitos y costumbres adquiridos, influencias sociales... en torno al consumo de tabaco.

A lo largo de la década de los 90 el colectivo femenino se inició en el consumo de tabaco por encima del masculino con prevalencias de consumo regular (diarios y semanales) elevadas que se han ido reduciendo paulatinamente. Del 41% de mujeres de 16 años que consumían tabaco regularmente en 2001 se ha pasado al 25% en 2008.

**El estudio ESFA 2001 desarrollado sobre la población escolar situó el mayor incremento del consumo de tabaco en el primer ciclo de la ESO** (escolares de 12-14 años), mientras que el incremento absoluto se sitúa entre los 14 - 16 años. En base a esta radiografía los programas de prevención se deberían ubicar entre los 12-14, momento en el que se concentra el mayor porcentaje de población que se inicia en el consumo de tabaco.

Diversos estudios desarrollados en los últimos años ponen de manifiesto que **un adolescente que se inicia en el consumo de tabaco en 4 semanas puede presentar adicción a la nicotina**. Este planteamiento indica que se puede dejar de fumar en fases mucho más precoces de lo que se creía.

Por lo tanto los representantes de la Administración Pública proponen la actuación tabáquica durante el primer ciclo de ESO junto con el desarrollo de iniciativas posteriores que mantengan el recuerdo. Este grupo de profesionales coinciden en señalar que las acciones aisladas de aula no tienen ningún efecto.

**7. Administración**

**En Cataluña el programa “Salut i Escola” se presenta como el programa marco que articula las actividades en prevención de tabaquismo desarrolladas en los colegios.**

Como principales iniciativas de prevención universal y selectiva en tabaquismo desarrolladas en Cataluña cabe señalar:

Dirigidas al primer ciclo de la ESO:

- 1) **Programa Pase.Bcn.** Se trata de un programa piloto de prevención primaria universal que se puso en marcha a principios de los años 90. Se basa en el desarrollo de competencias sociales y el entrenamiento de habilidades de cómo responder ante las primeras ofertas de consumo de tabaco. Aportan amplia información y trabajan áreas como son la presión social, grupal y publicitaria. Se trata de 7 sesiones con una duración aproximada de entre 9-10 horas. Incluye la información pero después trabaja sobre todo la toma de decisiones y el entrenamiento de habilidades.
- 2) **Classe Sense Fum.** Se trata del programa estrella a nivel regional que unifica y coordina las actividades en materia de prevención en tabaco desarrolladas en las escuelas desde 2003. Su programa homólogo a nivel nacional “Clase sin humo”, es compartido en este momento por 13 comunidades autónomas. Su objetivo es lograr que un aula (compromiso de grupo) esté 6 meses sin fumar, lo que consigue retardar la edad de inicio (uno de los objetivos principales de la prevención en tabaquismo).
- 3) **El Tabac Ben Lluny.** Programa elaborado y promovido en el año 2000 por el Departament de Salut de la Generalitat de Cataluña y destinado a los alumnos del primer y segundo ciclo de ESO. El programa consta de 4 bloques: dos bloques dirigidos a educación primaria (1er ciclo de ESO) y dos a educación secundaria (2º ciclo ESO).

Dirigidas al segundo ciclo de la ESO:

- 1) **El Tabac Ben Lluny.**
- 2) **Consulta oberta “Salut i Escola”.**

En educación secundaria post-obligatoria se está desarrollando la iniciativa “Paso de fumar” para evaluar su efectividad en el abandono del consumo del tabaco y del cánnabis. Se trata de un programa con un sustrato informático controlado por un terapeuta de grupo. Este programa quiere hacer frente a un hecho desarrollado en los últimos años en la ciudad de Barcelona, y en otras partes del territorio catalán, como es la creciente asociación del consumo de tabaco y cánnabis en un grupo no despreciable de fumadores regulares.

### El papel del Ayuntamiento

Los Ayuntamientos poseen una posición privilegiada en relación a la puesta en marcha de campañas de salud pública al estar en contacto directo con los ciudadanos.

Según el tamaño de los municipios, cabe diferenciar entre:

1. **Ayuntamientos grandes.** Caracterizados por tener una estructura de provisión de servicios de salud pública propia más o menos desarrollada.
2. **Ayuntamientos medianos.** Donde la mitad de ellos tienen estructuras de salud pública que desarrollan actividades de promoción de la salud.
3. **Ayuntamientos pequeños.** Aquellos que no tienen estas estructuras de salud pública y dependen de recursos externos o bien mancomunan los servicios.

En la actualidad el 20% de la población vive en alguno de los 835 municipios pequeños generalmente sin recursos de salud pública, un 10% vive en municipios medianos, y el 70% en municipios grandes, de los cuales el 2% pertenecen a Barcelona ciudad.

A pesar de que no existe información exhaustiva de cómo se está llevando a cabo el abordaje del tabaquismo a nivel municipal/local se indica que se ha centrado básicamente en la prevención escolar, aunque por lo general con intervenciones poco homogéneas basadas principalmente en información (charlas) y sin una evaluación posterior.

## 7. Administración

Los representantes de la Administración Pública ponen de manifiesto el rol poco activo asumido por los municipios en la vigilancia y el control del tabaquismo. Las intervenciones en tabaquismo llevadas a cabo a nivel local carecen de una planificación estratégica (suelen ser más oportunistas que planificadas).

En la actualidad se está empezando a desarrollar un nuevo modelo de gestión de la salud en Cataluña con la creación de gobiernos territoriales de salud. De esta forma se pretende dinamizar el papel de los municipios en el área de salud de forma coordinada con el resto de niveles de la administración.

### Propuestas futuras en salud

**La nueva Ley de Salud Pública catalana y la creación de la futura Agencia de Salud Pública de Cataluña, situarán por primera vez a la promoción de la salud dentro de la cartera de servicios sanitarios, lo que convertirá la salud en una prestación que el ciudadano puede exigir.**

Por otro lado, el Plan de Innovación, Atención Primaria y Salud Comunitaria anunciado por el Departament de Salut puede resultar un elemento clave para el impulso e implicación de la Atención Primaria en los servicios de promoción de la salud comunitaria. Esta involucración de la Atención Primaria puede comportar un importante aumento de las coberturas de las acciones de prevención del consumo de tabaco.

### Retos de futuro

1. Situar el abordaje del tabaquismo en un lugar destacado de las agendas de las comisiones de salud pública de los gobiernos territoriales de salud.
2. Establecer un marco de referencia para cada una de las líneas de la Estrategia MPOWER que permita y facilite la planificación estratégica de las acciones de control del tabaquismo en el seno de los diferentes gobiernos territoriales. Se apuesta por aumentar el conocimiento e información epidemiológica en torno al tabaco; desarrollar estrategias de inspección, control y prevención; apoyar al cumplimiento de la Ley y a la futura reforma; promocionar la deshabituación tabáquica y crear redes territoriales que refuercen las ya existentes.

## 8. CONCLUSIONES

1 Todos los expertos participantes coinciden en que **es fundamental que el Parlamento apruebe la nueva ley anti-tabaco** y que se aumente el precio del tabaco incrementando su fiscalidad, especialmente la de las formas más baratas de tabaco, como el tabaco de liar.

2 Los participantes demandan la creación de redes que trabajen de forma coordinada, evitando la multiplicidad de servicios y acercándose a servicios integrados. **Se aboga por una red que permita hacer un tratamiento integral de los pacientes**, de la que las farmacias deberían formar parte. Defienden la creación de grupos de trabajo en red.

3 Los expertos reivindican que **la promoción de la salud** esté al mismo nivel que la protección de la salud.

4 En opinión de los representantes de la Administración, **no debe discutirse la pertinencia de programas preventivos en la edad escolar**, porque ofrecen información de los riesgos para la salud y recursos para una valoración crítica de las situaciones de ofertas y la toma de decisiones ante ellas. Estas acciones preventivas deben enmarcarse en otras acciones de prevención y control a nivel comunitario (campañas, entornos sin humo...) que se ha visto que potencian su acción.

5 Los representantes de todos los colectivos reclaman **la necesidad de una mayor y más amplia formación en tabaquismo** de todos los profesionales implicados en el abordaje y el tratamiento del paciente fumador.

6 Según los expertos, **habría que seguir trabajando el tema de los profesionales modelo**, ya que aunque la incidencia del tabaquismo está bajando entre los profesionales sanitarios, habría que llegar a ellos de manera más importante y crear esquemas de abordaje apropiados.

7 Los expertos reunidos coinciden en señalar que habría que **garantizar que en los planes estratégicos plurianuales** de los gobiernos territoriales de salud esté incluido el abordaje global del tabaquismo.

8 La representante de los profesionales de Enfermería demanda que la Administración incentive y motive a Enfermería para realizar **intervenciones de forma protocolizada**.

9 Todos los participantes destacan la importancia del **programa 'Atención Primaria Sin Humo'** y coinciden en señalar que su fortaleza radica en la sinergia de acción entre la Administración y las sociedades científicas, que ha beneficiado a los profesionales de Atención Primaria y en última instancia al paciente.

10 Otro ejemplo de buena práctica es la **Red de Hospitales sin Humo de Cataluña**, que ha ido creciendo en los últimos años hasta convertirse en un referente a nivel nacional e internacional.

11 **Los pacientes psiquiátricos constituyen un grupo de alto riesgo** que debe ser priorizado con los tratamientos disponibles siempre que sea necesario. Además, los expertos reivindican que las unidades de psiquiatría sean espacios libres de humo, de acuerdo con el posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría.



## 8. CONCLUSIONES

12

**Las Unidades Especializadas son necesarias** en pacientes con criterios de derivación a ellas. Las funciones que deben cumplir estas Unidades son asistenciales, docentes y de investigación, y han de estar formadas por un equipo multidisciplinar de profesionales expertos en tabaquismo.

13

**El tratamiento farmacológico es importante**, especialmente en determinados grupos de pacientes, por lo que habría que facilitar el acceso a la población que los necesite desde cualquier ámbito. Según los representantes del colectivo de Atención Especializada, aquellas opciones farmacológicas para dejar de fumar que hayan demostrado ser eficaces y coste-efectivas deberían ser prestadas gratuitamente por el Sistema Nacional de Salud, y consideran que el coste que supondría para el Sistema Nacional de Salud la financiación de dichos tratamientos sería asumible y limitado en el tiempo al no tratarse de un tratamiento crónico

14

**El farmacéutico es una posibilidad más dentro de todo el abanico de profesionales** que existen para el abordaje de los pacientes fumadores, pero necesita apoyo multidisciplinar, formación y entrenamiento. Los expertos reunidos plantean la necesidad de un estudio piloto que evalúe cómo puede contribuir diferencialmente la oficina de farmacia en el proceso de cesación tabáquica, para identificar ese valor añadido que puede aportar por ejemplo en las recaídas y en el seguimiento a largo plazo.

15

**Se sugiere la posibilidad de crear en el futuro un Plan Director de Tabaquismo en Cataluña** que ordene, coordine y estructure los recursos existentes desde una perspectiva global.

## BIBLIOGRAFÍA

- Villalbí JR, Ballestín M, Nebot M, Brugal T, Díez E. The prevention of substance abuse in schools: a process evaluation of the adoption of a standardised education module en: Promotion and Education, 1997;vol.IV, núm.1, pp. 15-19.
- Ariza C, Nebot M, Giménez E, Tomás Z, Valmayor S, Tarilonte V, De Vries H. Longitudinal effects of the European Smoking prevention Framework Approach (ESFA) Project in Spanish adolescents. Eur J Public Health 2008;Oct 18(5):491-7.
- Wiborg, G, Hanewinkel, R. Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. Prev Med 2002;35:241-249.
- Ariza C, Nebot M La prevención primaria del tabaquismo: un planteamiento integral. Prev Tab 2004; 6(2): 68-83.
- Disponible en  
<http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTrebball/Docs/Grapat/PESCE.pdf>  
<http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTrebball/Docs/Grapat/PESCE.pdf>.
- Disponible en  
[http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Doc\\_Trat\\_CNPT\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf)  
[http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Doc\\_Trat\\_CNPT\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf).
- Disponible en  
<http://www.papsf.cat>" [www.papsf.cat](http://www.papsf.cat).
- Les activitats i les estructures dels serveis de SP. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2010).

## COMITÉ DE REDACCIÓN

Teniendo en cuenta que el tabaquismo requiere un abordaje multidisciplinar, se reúne un panel de expertos procedentes de distintas especialidades y niveles asistenciales:

### Administración pública:

- **Dr. Carles Ariza**, del Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció de la Agencia de Salut Pública de Barcelona, y Secretario de la Junta Nacional del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).
- **Dr. Albert Moncada**, Jefe del Servei de Salut i Comunitat del ayuntamiento de Terrasa, y Delegado del CNPT en Cataluña.
- **Dr. Esteve Saltó**, Responsable de tabaquismo del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.
- **Dr. Joan Ramón Villalbí**, Presidente del Consejo Asesor de Tabaquismo de la Generalitat de Cataluña.

### Atención especializada:

- **Dra. Neus Altet**, Miembro del área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
- **Dra. Ángeles Jiménez Fuentes**, Neumóloga de la Unidad de Tabaquismo de Drassanes.

### Atención primaria:

- **Dr. Joan Lozano**, Coordinador del Grupo de Atención Primaria de Abordaje del Tabaquismo (GRAPAT) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC).

### Enfermería:

- **Dña. Cristina Martínez**, Enfermera del Instituto Catalán de Oncología (ICO).

### Farmacia:

- **Dña. Mireia Massot**, Farmacéutica del Instituto Catalán de Salud.

### Pacientes:

- **D. José Antonio Herrada**, Presidente de la Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas.

### Psicología / Psiquiatría:

- **Dr. Eugeni Bruguera**, Jefe de la Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría del hospital Vall d'Hebrón.
- **Dr. Josep María Ramón**, Director de la Unidad de Tabaquismo del hospital de Bellvitge.



Campana

# NUEVOS AIRES

EN EL CONTROL  
DEL TABAQUISMO



Sociedad Española  
de **Neumología**  
y **Cirugía Torácica**  
SEPAR



Coalición de  
Ciudadanos con  
Enfermedades  
Crónicas

