

Symposium ALAT-SPP-Neumosur: Situación actual del tabaquismo y análisis de las políticas de prevención: Latinoamérica, Portugal, Extremadura y Andalucía

ESTADO DEL TABAQUISMO EN LATINOAMÉRICA. DESIGUALDADES EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO: ¿SON NECESARIAS RECOMENDACIONES REGIONALES

D. Buljubasich

Presidente de la Asociación Argentina de Tabacología (AsAT), Departamento de Tabaquismo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Argentina.
dbulju@gmail.com

INTRODUCCIÓN

América es un gran continente con realidades sociales, políticas y económicas muy distantes y hasta opuestas. El término «América Latina» se emplea en la denominación de los países americanos de habla española y portuguesa en oposición a los países de origen y cultura anglosajones. Los países que integran a Latinoamérica comparten algunas similitudes culturales por haber sido territorios coloniales de España, Portugal y Francia. Entre ellos se observan también grandes variaciones lingüísticas, étnicas, sociales, políticas, económicas y climáticas, por lo que no se puede hablar de un bloque uniforme. Esta realidad se extiende, sin dudas al tema del tabaquismo, donde existen severas asimetrías.

Como definió Mirta Roses Periago, directora de la OPS, «la realidad es que el tabaco genera enormes costos sociales y económicos»¹. Los mitos económicos alrededor del control del tabaco, promovidos en gran parte por las multinacionales del tabaco, son el mayor obstáculo para reducir el consumo.

A diferencia del discurso de la industria, que asegura que el tabaco es un factor de desarrollo, el Banco Mundial ha comprobado que desangra los recursos de la economía mundial a razón de 200.000 millones de dólares anuales. Los ingresos tributarios del tabaco no compensan estos costos. Además, en los países de ingresos altos, la atención de salud para tratar las enfermedades causadas por el tabaco constituye entre el 6% y el 15% de todos los gastos sanitarios. En Chile, por ejemplo, sólo el tratamiento para cáncer de pulmón causado por el tabaco representaría el 6% de los gastos en salud. Cada año, Estados Unidos pierde 82.000 millones de dólares en productividad debido a

las muertes por tabaco, y 76.000 millones en costos de cuidados en salud. En México, en 1998, el 20% de los hogares más pobres gastó casi 11% de sus ingresos en comprar tabaco, mientras que el 20% más rico gastó sólo el 1,5%².

La información indica también que los pobres tienen mayor probabilidad de fumar que los ricos y las familias pobres gastan un mayor porcentaje de sus ingresos en tabaco.

Como resume el informe «Tabaco y Pobreza: un círculo vicioso», producido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), «el tabaco contribuye a la pobreza a través de la pérdida de ingresos, pérdida de productividad, enfermedad y muerte. Juntos, tabaco y pobreza, conforman un círculo vicioso del que a menudo es difícil escapar»².

Los pobres y el consumo de tabaco

- Son los pobres y los que viven en condiciones paupérrimas quienes más tienden a fumar. A nivel mundial, el 84% de los fumadores viven en países en desarrollo o economías en transición.
- Dentro de cada país, el consumo de tabaco varía según el grupo socioeconómico. En muchos países, a todos los niveles de desarrollo y de ingresos, son los pobres quienes más fuman y asumen la mayor parte de la carga económica y de morbilidad del tabaquismo.
- En un estudio de prevalencia del tabaquismo en hombres de Chennai (India) realizado en 1997, se demuestra que el índice más alto se encuentra en los habitantes analfabetos (64%). Esta prevalencia disminuye a medida que aumenta el número de años de escolaridad, y se reduce a alrededor de un quinto (21%) en personas con más de 12 años de escolaridad³.
- En otro estudio que tuvo lugar en el Reino Unido, se observa que fuman únicamente el 10% de las mujeres y el 12% de los hombres del nivel socioeconómico más alto, pero son fumadores el 35% de las mujeres y el 40% de los hombres del nivel socioeconómico más bajo².

POLÍTICAS DE CONTROL DE TABACO EN LATINOAMÉRICA

Comprendiendo el problema del tabaco

Conociendo el problema

El tabaco es una planta originaria del continente americano (*Nicotiana Tabacum*) cuyo uso estaba genera-

lizado en los pueblos prehispánicos, quienes la cultivaron y la consumieron fundamentalmente mediante la pipa. Algunos pueblos incluso la usaron con fines curativos. Los españoles, al instalarse en tierras americanas se apropiaron del cultivo e iniciaron su administración. El uso del tabaco es conocido y practicado por los seres humanos desde hace por lo menos 2000 años y alcanza el “boom” en el siglo XX. La comprobación con rigor científico del daño causado por estos productos recién ocurre a mitad del siglo XX con el memorable estudio de Doll y Hill⁴.

Tendencias epidemiológicas en la región

En la actualidad, las tendencias epidemiológicas observadas en la región, se pueden resumir de la siguiente manera:

- Estabilidad en la prevalencia de consumo. En la mayor parte de los países de América, la prevalencia en el consumo se ha mantenido estable en los últimos años, aunque hay tendencias preocupantes en las áreas urbanas donde se ha registrado un aumento.
- Inicio y consumo a más temprana edad. Cada vez más nuestros niños y adolescentes inician el consumo a edades más tempranas, y consumiendo una mayor cantidad, hecho sumamente preocupante en Latinoamérica. Además, está comprobado que el tabaco es la droga de inicio para el consumo de otras, como alcohol, marihuana y/o cocaína⁵⁻⁶.
- Feminización de la epidemia en el continente. En los últimos años se observó un importante incremento en el consumo entre mujeres⁵⁻⁶.

El vector de la epidemia

Esta epidemia posee un vector, que no es biológico, sino empresarial como es la industria tabacalera, con dos factores muy importantes de poder como son su condición de transnacionalidad y su tremendo poderío económico. En el año 2000 el ingreso anual de Philip Morris superaba ampliamente el PBI de muchos países de nuestra región haciendo muy difícil que un país enfrente en forma aislada a este poderoso enemigo (Caso Uruguay actualmente con su conflicto con la poderosa tabacalera) (figura 1).

La industria en América tiene una fuerte presencia tomando ventajas de las múltiples carencias que tiene nuestro continente en materia de políticas de salud, educación y nutrición. Destina importantes cifras de dinero para actividades de cabildeo en los diversos poderes: ejecutivo-legislativo y judicial. Utiliza cámaras, asociaciones, agrupaciones y/o sindicatos afines o relacionados comercialmente con ella para bloquear

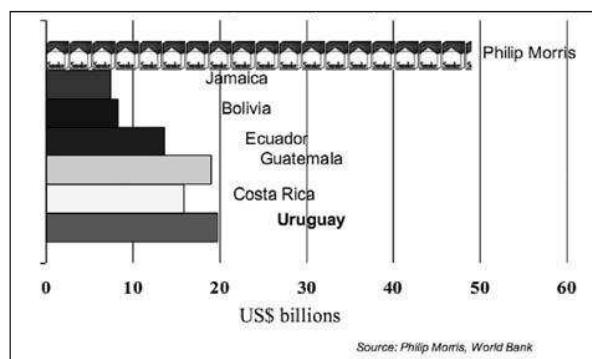


Figura 1. Ingresos en US\$ por ventas de cigarrillos de Philip Morris y el producto bruto interno de algunos países.

iniciativas que vayan en contra de sus intereses. Reclutan, entrenan y manejan mediáticamente a consultores y líderes de opinión para su defensa pública, desvían la atención del daño causado por sus productos, promocionan recursos jurídicos que detienen, retrasan o bloquean iniciativas que puedan perjudicarlos.

Enfrentando el problema del tabaco

La ley seca no se manifiesta como verosímil. Ante esto la mayoría de la comunidad científica se ha manifestado a favor de la estrategia de control de tabaco que propone la “desnormalización” de la conducta de fumar junto con la puesta en marcha de otras acciones efectivas que son⁷:

- Aumento de impuestos y precios.
- Prohibición/restricción de fumar en espacios públicos.
- Prohibiciones completas de publicidad.
- Mejor información al consumidor.
- Advertencias sanitarias contundentes.
- Tratar a los fumadores dependientes.

Importancia del convenio marco para el control del tabaco de la OMS

El Convenio Marco es un tratado internacional de salud pública, concebido para que los países adoptaran un compromiso global y se establecieran medidas mínimas para el control del tabaquismo en el mundo para enfrentar de manera conjunta la pandemia del tabaco. Es jurídicamente vinculante, significando que los países que lo ratifican se comprometen a implementarlo “en buena fe”, y su rango jurídico está en la mayoría de los países por debajo de la Constitución Nacional, pero por encima de las leyes nacionales ordinarias. Entró en vigencia en el año 2005 y ya se han desarrollado 4 Conferencias de las Partes (COP), la última, recientemente, en Uruguay⁹.

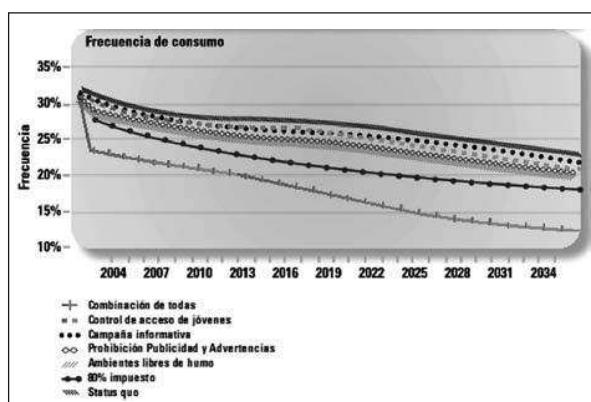


Figura 2. Simulación del impacto de la Política de Control del Tabaco. Modelo en Argentina.

Ferrante D, Levy D, Peruga A. The Role of Public Policies in reducing Smoking Prevalence and Deaths: The Argentina Tobacco Policy Simulation Model. Rev Panam Salud Pública 2007;21 (1):37-49.

Al día de hoy, 24 de los 35 países de la región (68%) son Estados Parte del CMCT. El Salvador, Argentina, Haití y Cuba lo firmaron pero no lo ratificaron. República Dominicana es el único país que no lo firmó. Esto significa que de 559.988 millones de habitantes de la región, 492.974 millones (86,24% de la población) están bajo su influencia. La siguiente etapa es, obviamente la implementación del mismo.

El actual es un momento crítico del tratado. De no lograrse su puesta en marcha en la mayoría de los países, el impacto de sus medidas no será el esperado, desaprovechando la confianza y la fuerza depositada en él. El mayor impacto se produciría mediante la implementación conjunta y simultánea de las principales medidas tal como se sugiere en este estudio de simulación del impacto de la política de control del tabaco para el modelo en Argentina (figura 2).

El movimiento del control del tabaco en Latinoamérica

En los países donde el control del tabaco ha tenido éxito, la sociedad civil ha tenido un importante rol. Incluyendo opinión pública, poder político y periodismo¹⁰. A fines de los 80, personas y organizaciones que trabajaban en control del tabaco se reunieron en el “Comité Coordinador Latinoamericano para el Control del Tabaco” (CLACCTA), que fue apoyado financieramente por asociaciones de EE.UU. y Canadá (Soc. Americana del Cáncer, Ministerio de Salud de Canadá y OPS). Luego se sumó FIC (Federación Interamericana del Corazón) que amplió su influencia en el control regional. En los últimos años gracias a las iniciativas Bloomberg las campañas se intensificaron.

EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN LATINOAMÉRICA

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte prematura prevenible en diversas regiones del mundo. Según las proyecciones, para el año 2030, la cifra de fallecimientos causados por el tabaquismo en el mundo entero alcanzará aproximadamente a 8,3 millones y la mayoría de las muertes (70%) ocurrirán en países en vías de desarrollo⁵.

La prevalencia del consumo de tabaco en Latinoamérica varía ampliamente, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de los mismos, constituyendo un complejo mosaico.

- **Prevalencia en la población adulta (18 a 65 años).**

En Latinoamérica fuma en forma cotidiana aproximadamente 1/3 de la población, siendo los consumos más elevados en los países del Cono Sur del continente (Argentina, Uruguay, Chile, Paraguay y Brasil). Los países de la Región Andina (Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador) ocupan el 2º lugar. En toda la región, la tendencia es a la estabilización, y, esperamos, que sea como paso previo a la disminución. En líneas generales, predomina todavía en el sexo masculino⁵ (figura 3).

- **Prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes de Latinoamérica.**

Los resultados de la encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco (GYTS)⁸ aplicada a estudiantes de 13 a 15 años, muestra que los países sudamericanos tienen actualmente los porcentajes más elevados en el consumo de cigarrillos en adolescentes. En Argentina, Chile y Uruguay el consumo es similar entre adolescentes de ambos sexos y las cifras están alrededor del 20%. Chile en particular presenta una prevalencia en adolescentes similar a la observada en adultos y Colombia presenta una prevalencia alta (28%) en ambos sexos. La mitad de los encuestados comenzaron a fumar antes de los 15 años y la prevalencia aumenta con la escolaridad a pesar de las campañas de difusión masiva. Los factores reportados para el inicio son: a) curiosidad, b) imitación (padres fumadores), c) sentirse más grandes, d) resaltar masculinidad o femineidad, e) influencia de amigos, f) pertenencia a un grupo, con valores tan altos como el 57,8% en provincia de Buenos Aires (Argentina), g) fácil acceso a cigarrillos, incluso venta por unidad.

Revisando encuestas de los últimos años parece haber una tendencia a la disminución en la prevalencia de consumo, a excepción de algunas ciudades de Méjico.

País	Año	Población General de Encuestas Nacionales o Estudios Específicos (%)	
		Mujeres	Hombres
Argentina		26.6 Estudio Carmela: 37.7	36.4 Estudio Carmela: 39.7
Brasil		Estudio Platino: 19.0	Estudio Platino: 30.2
Bolivia		26.1* 39	33.8* 34.9
Chile		Estudio Platino: 35.9 Estudio Carmela: 43.3	Estudio Platino: 42.6 Estudio Carmela: 47.7
Colombia	2003	12.0 Estudio Carmela: 16.0	24.0 Estudio Carmela: 31.3
Costa Rica	2006	8.13	21.3
Cuba		26.3	48.0
Ecuador		5.6* Estudio Carmela: 10.6	23.6* Estudio Carmela: 49.4
El Salvador		12.0	38.0
Guatemala	2001	13.7	26.5
	2005	3.93	18.4
Honduras		11.0	36.0
	1988	14.4*	38.3*
	1993	14.2*	38.3*
México	1998	16.3*	42.9*
	2002	16.1* Urbana/Rural: 18.4/4.2*	39.1* Urbana/Rural: 45.3/32.3*
Nicaragua	2003	7.8	32.9
Panamá	2007	3.9 Indígena: 5 Urbana/Rural: 4.2/29	17.4 Indígena: 24.8 Urbana/Rural: 17.1/15.9
Paraguay		7.4	23.6
Perú		22.6* Estudio Carmela: 15.4	42.6* Estudio Carmela: 38.0
República Dominicana		17.1 10.9*	24.3 15.7*
Uruguay		22.5 Estudio Platino: 24.5	30.4 Estudio Platino: 33.3
Venezuela	2005	21.7 Urbana/Rural: 33.6/17.0 Estudio Platino: 25.7 Estudio Carmela: 14.9	33.8 Urbana/Rural: 38.9/31.0 Estudio Platino: 33.8 Estudio Carmela: 32.2

Figura 3. Prevalencia latinoamericana de tabaquismo en adultos.

The Tobacco Atlas, 3rd edition.

- **Prevalencia en poblaciones especiales:** hay 2 grupos claramente diferenciados en este ítem: los **médicos y las embarazadas**. Hay un alto porcentaje de médicos fumadores en la región, a pesar de que los datos son escasos, poco estandarizados y algo controversiales. En Cuba, Argentina, Chile y Uruguay fuman el 30% de los médicos^{11,12,13}. Uno de los aspectos más importantes en relación a la falta de información sobre la adicción al tabaco es, tal vez, un estudio realizado por la OPS en 18 países de Latinoamérica⁹, en que sólo seis ofrecen educación relacionada al tabaco en sus escuelas de medicina, 2 ofrecen información parcial y 10 no ofrecen ninguna. Esto se agrava por el hecho comprobado de que los profesionales de la salud que fuman y no están instruidos en la problemática del tabaquismo no intervienen en sus pacientes con la misma intensidad que los no fumadores y/o no entrenados.

Esta realidad, plantea la necesidad inmediata de un plan de concientización que incluya ayuda para cesación a los médicos y personal de salud que fuma, junto con el agregado inmediato de la problemática del tabaquismo en la currícula universitaria.

Otra población especial es la de las embarazadas. En ellas, las cifras también son alarmantes, principalmente en Argentina y Uruguay en que, el 75% y 78% de las embarazadas refieren haber fumado alguna vez. En la mayoría de los países de la región, se encuentran cifras elevadas en este grupo poblacional. Volviendo a Argentina y Uruguay el 10,3% y el 18% respectivamente, continuaban fumando durante el embarazo. Chile es el país donde fuman más (28%)⁹.

NECESIDAD DE RECOMENDACIONES REGIONALES

A partir de esta realidad, se desprende la necesidad de recomendaciones regionales particulares. En agosto del 2008, se reúne por primera vez en Lima un grupo de profesionales de la salud de América Latina para expresar sus opiniones y debatir sus ideas sobre cómo podría mejorar la situación del tratamiento del tabaquismo en Latinoamérica. Después de varias reuniones, el grupo advirtió la oportunidad y asumió la responsabilidad de crear una fuerza regional de profesionales de la salud que pudiera tener impacto real sobre la toma de conciencia de la necesidad de tratar la dependencia al tabaco en la región y que dio en llamarse: Coalición Latinoamericana de Profesionales de la Salud para el Tratamiento de la Dependencia al Tabaco.

En junio del 2009, se tomó la decisión de formalizar la Coalición y de realizar la “Declaración de Rio de Janeiro”, que expresa claramente los pensamientos e ideales de la Coalición.

Sus objetivos son:

- Facilitar el acceso a la capacitación sobre tratamiento del tabaquismo a todos los médicos de América Latina.
- Desarrollar acciones para enfatizar la importancia y necesidad del tratamiento integral del tabaquismo.
- Facilitar un entorno propicio para el abandono del consumo, a través de la instrumentación de políticas efectivas para el control del tabaco.
- Instrumentar estrategias regionales para ayudar a reducir el consumo de tabaco entre los médicos y otros profesionales de la salud.
- Promover el entrenamiento adecuado de los estudiantes de profesiones sanitarias en acciones de prevención y cesación del tabaquismo.
- Promover la más amplia disponibilidad y acceso de la población al tratamiento del tabaquismo.

La Coalición es una nueva entidad que apunta a favorecer la accesibilidad y equidad en el tratamiento. El libro *Recomendaciones Latinoamericanas sobre prevención y tratamiento del tabaquismo*⁹ es su primer logro y fue presentado en la 3º reunión en Guadalajara 2010 (Méjico). Resume la información actualizada, establece recomendaciones basadas en evidencias, concisas, simples, accesibles y adaptadas a la realidad latinoamericana, que pueden ser usadas en la actividad asistencial cotidiana.

Contiene mensajes claros e inequívocos que describen la magnitud de la efectividad de las intervenciones para los diferentes profesionales de la salud y facilitan la capacitación y difusión de la información.

Cuenta con el aval de entidades nacionales y regionales, entre las que se encuentran ALAT (Asociación La-

tinoamericana del Tórax), AsAT (Asociación Argentina de Tabacología), AAMR (Asociación Argentina de Medicina Respiratoria), junto a muchas más de toda Latinoamérica.

Tal vez sea el puntapié inicial para la unificación de criterios en un tema tan importante y en un lugar tan heterogéneo como lo es nuestra extensa y desigual América Latina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora15_jul04.htm
2. El tabaquismo agudiza la pobreza de las personas y las familias, disponible en:<http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/wntd04.htm>
3. Gajalakshmi GK et al. Global Patterns of Smoking and Smoking-Attributable Mortality. *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford University Press, 2000.
4. Richard Doll and Bradford Hill, Lung Cancer and Other Causes of Death in Relation to Smoking. *Br Med J*. 1956, November 10;2(50001): 1071-1081.
5. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. *The Tobacco Atlas (3rd edition)*. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2009. www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9xTobacco_Atlas_3rd_Ed.asp
6. The Verdict is in: Findings from United States v. Philip Morris. <http://telconline.org/documents/supression.pdf>
7. Jha P, Chaloupka Frank J. Curbing the Epidemic. Governments and the economics of tobacco control. WashingtonDC; The World Bank, 1999. www.worldbank.org/tobacco/reports.html
8. Factsheets de Global Youth Tobacco Study. www.cdc.gov/tobacco/Global/GYTS/factsheets/amr/factsheets.htm
9. Recomendaciones Latinoamericanas sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. http://www.alatorax.org/index.php?option=com_content&view=article&id=414%3Aactualizaciones-latinoamericanas-sobre-prevencion-y-tratamiento-del-tabaquismo&catid=40%3Aceleridades-&Itemid=99&lang=es
10. Buljubasich D, Lühning S, Pendino R, Control del Tabaquismo en Argentina. ¿Qué Pasó en los Últimos Años. *Rev. Prev del Tabaquismo*. Volumen 11 nº02-Abril/Junio 2009;53-5.
11. Minervini M, Zabert G, Rondelli M, et al. Tobacco Use Among Argentine Physicians. *Revista Argentina de Medicina Respiratoria* 2006;3:100-5.
12. Zylbersztein H, Tabaquismo en Médicos de la República Argentina. Estudio TAMARA MTSAC.
13. Videla A, Verra F, Zabert G. Estudio FUMAHBA Reporte final. 2006. Buenos Aires: Asociación Argentina de Medicina Respiratoria; 2006.

SITUACIÓN ACTUAL DEL TABAQUISMO EN PORTUGAL

L. Barradas

Coordinadora de la Comisión de Tabaquismo de la Sociedad Portuguesa de Neumología. Servicio de Neumología del Instituto Portugués de Oncología de Coímbra. Portugal.

lurdesbarradas@sapo.pt

INTRODUCCIÓN

El tabaco es la principal causa de muerte evitable en Portugal, su consumo constituye uno de los mayores problemas de salud pública con repercusión tanto en la población fumadora como no fumadora. Por año mueren en el mundo alrededor de 5 millones de personas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, si esta tendencia se mantuviese, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2020 este número alcanzara un valor de 10 millones de personas.

El humo del tabaco es uno de los principales contaminantes, no solo por la actividad carcinogénica sino también por el importante factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares y respiratorias^{1,2}. El gobierno portugués, al aprobar los acuerdos de la Convención de la OMS para el control del tabaco a través del decreto Ley nº 25-A/2005, de 8 de Noviembre, se compromete a reforzar las políticas y medidas de protección a las generaciones presentes y futuras de los efectos adversos devastadores del tabaco, no solo en lo relacionado con la salud, sino también en materia social, medioambiental y económica. La Ley 37/2007, de 14 de Agosto, que entró en vigor en enero de 2008, vino a dar respuesta a estos acuerdos y establece, como principio general, un conjunto de limitaciones al consumo de tabaco en recintos públicos cerrados. Aprueba el marco legal en relación a la composición y cantidad de substancias contenidas en los cigarrillos comercializados, a la información que los rótulos de cada paquete deben obligatoriamente llevar, a la venta de productos de tabaco, a la publicidad, promoción y patrocinadores de tabaco y productos relacionados.

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DEL TABACO EN PORTUGAL

La prevalencia del consumo de tabaco en Portugal es más elevada en los hombres en relación con las mujeres^{3,4}. En los últimos 20 años la proporción de fumadores masculinos diarios ha tenido una evolución descendente, al contrario que la población fumadora fe-

menina que se encuentra en aumento, especialmente en las mujeres más jóvenes (tabla 1). Esta prevalencia varía con el grado de escolaridad de forma que los varones presentan menor prevalencia a mayor grado de escolaridad, mientras que en la población femenina aumenta la prevalencia a medida que aumenta el grado de escolaridad. Los desempleados frecuentemente tienen un mayor consumo de tabaco que el resto de la población.

Tabla 1. Proporción (%) no ponderada para la población) de fumadores diarios entre los individuos con más de 15 años de edad que respondieron a las encuestas nacionales de salud realizadas en Portugal continental.

	1987	1995/1996	1998/1999	2005/2006
Hombres	33,3	29,2	29,3	26,1
Mujeres	5,0	6,5	7,9	9,0
Ambos	18,4	17,3	18,0	17,2

Fuente: Encuestas nacionales de salud.

En base a una Encuesta Nacional de Salud realizada en 2005/2006, el 19,7% de los residentes en Portugal con edad igual o superior a 10 años, referían ser fumadores actualmente^{3,4}. De ellos el 10,7% admitían fumar ocasionalmente y el 89,3% de forma diaria. La proporción de fumadores era mayor en la población masculina, el 28,9%, versus el 11,2% en la población femenina. La prevalencia más alta se encuentra en la franja etaria de 35-44 años tanto en los hombres como en las mujeres^{3,5} (figuras 1 y 2).

La frecuencia de ex-fumadores en 2005 (15,1%) era también más elevada en individuos del sexo masculino (24,4% hombres versus 6,5% mujeres). A partir de los 45 años de edad, la proporción de ex-fumadores hombres era particularmente elevada, 43,4%, con oscilaciones entre 41,8% y 47,6% en los cuatro grupos etarios estudiados⁶.

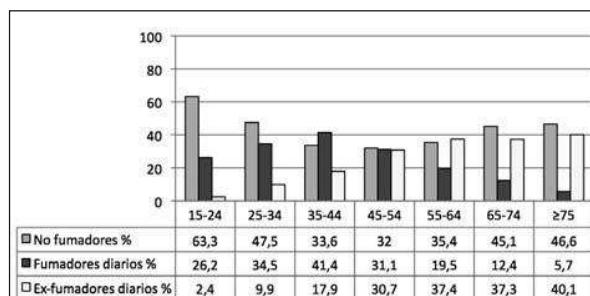


Figura 1. Prevalencias ponderadas (%) de los principales comportamientos de los hombres en relación con el consumo de tabaco, por grupos etarios.

Fuente: Encuesta Nacional de salud 2005/2006.

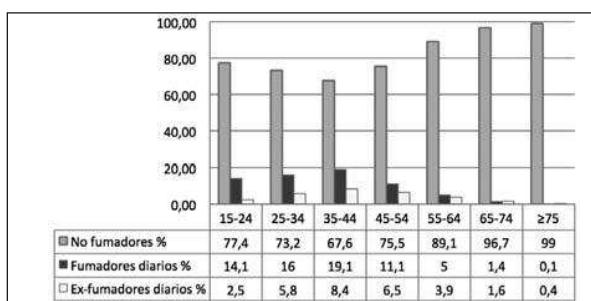


Figura 2. Prevalencias ponderadas (%) de los principales comportamientos de las mujeres relacionadas con el consumo de tabaco, por grupos etarios.

Fuente: Encuesta Nacional de salud 2005/2006.

El último informe del Eurobarómetro publicado en mayo de 2010, indica que el porcentaje de fumadores en Portugal es del 23%, inferior al de los restantes miembros de la Unión Europea que se sitúa próximo al 29%⁷. En base a esa misma fuente de información, Portugal es el país de Europa con mayor número de no fumadores, 64%.

ENFERMEDADES ASOCIADAS AL TABACO E IMPACTO EN LA MORTALIDAD

Según Borges M. et al, en Portugal se estima que mueren anualmente cerca de 12.500 personas por enfermedades asociadas al tabaco, correspondiendo al 11,7% del total de las muertes anuales⁸. Según los mismos autores, el porcentaje de la enfermedad atribuida al tabaco, medida en años de vida ajustados por incapacidad (*disability adjusted life years -DALY-*), es del 11,2%. Existen diferencias sustanciales entre los sexos: en los hombres, el 15,4% de las enfermedades y 17,7% de las muertes son atribuidas al tabaco, mientras que en las mujeres este consumo es el responsable del 4,9% de las enfermedades y del 5,2% de las muertes⁸.

Si los ex-fumadores abandonasen el tabaco y pasasen a tener el riesgo medio de las poblaciones de ex-fumadores, que es superior al de los que nunca fumaron pero inferior al de los fumadores, la enfermedad medida por DALY se podría reducir en un 5,8% (7,8% de los hombres y 2,8% de las mujeres) y las muertes se podrían reducir en un 5,8% (8,5% de los hombres y 2,9% de las mujeres)⁸.

INCENTIVOS AL CESE DEL TABACO

Del total de profesionales de la salud, el porcentaje de los que se dedican a consultas específicas a apoyar a los fumadores que pretenden dejar de fumar es, en relación con el total de ellos, de 216 de 310 médicos

(69,7%), 212 de 255 enfermeros (83,1%), 61 de 97 psicólogos (62,9%) 49 de 68 nutricionistas (72,1%) y otros profesionales 71 de 79 (89,9%)³. Para los hospitales del Servicio Nacional de Salud, el número de profesionales que trabajan en esa área es de 65 (21,0%) médicos, 33 (12,9%) enfermeros, 23 (23,7%) psicólogos, 15 (22,1%) nutricionistas y 5 (6,3%) de otros profesionales³.

EL IMPACTO QUE LA LEY DE TABACO EJERCÍO SOBRE LA SALUD Y LOS HÁBITOS DE LOS PORTUGUESES

Al analizar el impacto que la nueva ley ejerció sobre la salud de los portugueses verificamos que una reducción de la exposición al humo ambiental del tabaco se traduce en una mejoría significativa de la patología respiratoria³. Teniendo como base el estudio promovido por la Dirección General de Salud en 2008, se observó que el 35% de los ciudadanos admite haber mejorado su nivel de salud (figura 3).

Debido a la Ley de Prevención del Tabaco, el 5,1% de los fumadores han dejado de fumar y el 22,3% disminuyó su consumo (figura 4).

De acuerdo con el informe de 31 de diciembre de 2009 de la Dirección General de Salud (Infotabac) la valoración del impacto en la salud de la población general no puede ser realizada aún con rigor porque depende de períodos de inducción de la enfermedad debido a la exposición al consumo del tabaco, en general más largos de lo que media entre la entrada en vigor de la Ley 37/2007 y el momento actual. También, citando esa misma fuente de información, hay indicadores disponibles que nos permiten afirmar que la percepción del cumplimiento de la Ley del tabaco y su aceptación social son elevados.

Mejoria problemas/enfermedad %

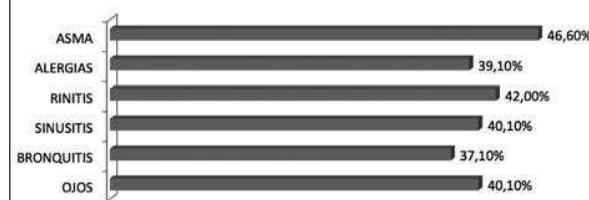


Figura 3. Estudio del nivel de salud.

Fuente: Registro estadístico y epidemiológico del consumo de tabaco en Portugal. DGS 2008.



Figura 4. Alteración de los hábitos de los fumadores.

Fuente: Registro estadístico y epidemiológico del consumo de tabaco en Portugal. DGS 2008.

CONCLUSIÓN

En Portugal se gastan cerca de 126 millones de euros en ingresos hospitalarios y 363 millones de euros en ambulatorio en pacientes con enfermedades producidas por el tabaco. Si los fumadores cesaran el consumo de tabaco tendríamos una reducción de los gastos en cerca de 64 millones en los ingresos hospitalarios y cerca de 108 millones de euros en lo que se refiere a gastos en ambulatorio⁸.

En la Unión Europea, los gobiernos gastan entre 98 y 130 millones de euros cada año en enfermedades y muertes relacionadas con el tabaco⁹. A nivel mundial el tabaquismo genera una pérdida de 200 billones de dólares cada año⁹. Los profesionales de la salud tienen como responsabilidad informar a sus pacientes sobre el riesgo de tabaquismo e incentivarlos para que dejen de fumar. La dependencia del tabaco se considera una enfermedad crónica que precisa de tratamiento.

La epidemia de la dependencia del tabaco requiere una actuación multidisciplinar centrada, sobre todo, en incentivar el cese del consumo de tabaco y en la protección del humo ambiental. Las medidas legislativas de restringir el consumo de tabaco en locales públicos y el incentivar el cese de fumar son, sin duda, las medidas más efectivas para estimular un estilo de vida saludable, de forma a evitar esta epidemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General, Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.2006. www.cdc.gov/tobacco/data-statistics/sgr.
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Framework Convention on Tobacco control. WWW.who.int/fctc/en/index.html.
3. Avaliação Intercalar do Impacto da Nova Legislação de Prevenção do Tabagismo (Lei 37/2007,de 14 de Agosto). Relatório 31 de Dezembro de 2009 INFOTABAC. Direcção Geral de Saúde (www.dgs.pt).
4. Portugal, Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Dados Gerais. INSA/INE, 2008.
5. Machado A , Nicolau R, Dias CM. Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006); Rev Port Pneumol 2009; 15(6):1005-1027.
6. Portugal, Instituto Nacional de Saúde. Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia, 2009.
7. European Commission Atitudes of Europeans Towards Tobacco. Special Eurobarometer, 332. Tobacco, 2010.
8. Borges M, Gouveia M, Costa J, Pinheiro LS, Paulo S, Vaz Carneiro A . Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Rev Port Pneumol 2009; 15(6): 952-1004.
9. Fiori MC. Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008.

SITUACIÓN DEL TABAQUISMO EN EXTREMADURA

F.L. Márquez Pérez

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

fmarquezperez@yahoo.es

SITUACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN EXTREMADURA

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud el consumo de tabaco en Extremadura se ha reducido de forma moderada (un 24,95% de la población adulta fuma diariamente¹ frente al 28,75% de fumadores en 2003²). El porcentaje de fumadores diarios varones está dos puntos por debajo de la media nacional (29,52%), y en las mujeres es sólo un punto inferior a ésta (20,53%). El porcentaje de fumadores ocasionales es también algo menor en nuestra comunidad autónoma en ambos性, y ha disminuido respecto a los datos de la encuesta de 2003. El 28,3% de los jóvenes extremeños son fumadores³. En un estudio recientemente publicado se encontró que en la provincia de Cáceres, en la población de entre 14 y 18 años fuman el 11,9% de los hombres frente al 23,9% de las mujeres⁴, manifestando la tendencia general a invertirse el consumo de tabaco entre géneros.

Las muertes totales atribuibles al consumo de tabaco en Extremadura entre 1990 y 2004 fueron 27.455, con 1.383 fallecidos al año (lo que supone 4 fallecimientos al día), de los cuales 20.848 fueron hombres (76%) y 6.607 mujeres (24%). Esto supuso un 18,41% de todas las muertes ocurridas durante ese periodo y nos indica que 1 de cada 3 muertes ocurridas en varones y 1 de cada 8 en mujeres, son producidas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, sin tener en cuenta la mortalidad atribuible al tabaquismo pasivo. Como en el resto de nuestro país, el consumo de tabaco sigue siendo un problema socio-sanitario de primer orden y altamente prevalente.

ACTUACIONES INSTITUCIONALES LLEVADAS A CABO

Programa de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo de la Comunidad Autónoma de Extremadura

En 2006 se creó el denominado “Programa de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo de la Comunidad Autónoma de Extremadura”, depen-

diente de la Secretaría Técnica de Drogodependencias de la Junta de Extremadura, con la designación de dos personas responsables del mismo. Durante el periodo 2006-2008 se llevaron a cabo una serie de actividades enfocadas a: A) Apoyo a la deshabituación, mediante distribución de guías prácticas, folletos y material informativo sobre tabaco y embarazo, especialmente en centros de salud de la región. B) Actividades de sensibilización y prevención en colectivos específicos, como mujeres, adolescentes y fumadores con patologías ocasionadas o agravadas por el consumo del tabaco (elaboración y difusión de material específico de prevención dirigido a niños y adolescentes, campañas en escuelas con distribución de materiales de información y prevención), campaña informativa para sensibilizar a los profesionales sanitarios y educativos sobre la necesidad de respetar la prohibición de fumar en sus centros de trabajo como colectivos modelicos (Programa “Respira”), colaboración con SEPAR en la actividad del “Camión Planeta Respira”, concurso fotográfico y exposición fotográfica itinerante, así como entrega de premios “En materia de tabaquismo”. C) Actuaciones en formación, fundamentalmente dirigidas a profesionales de Atención Primaria (AP) y a matronas, así como edición y difusión del *Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud*, al que posteriormente nos referiremos. Tras un periodo de dos años en el que no existió responsable de este programa, desde hace un año se nombró un nuevo coordinador del mismo.

Plan de Salud de Extremadura 2009-2012

En el último “Plan de Salud de Extremadura 2009-2012”⁵, en las líneas de actuación para el objetivo 13 (reducción del impacto de las enfermedades respiratorias crónicas) se especifica la aprobación pendiente de un “Plan de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo en Extremadura”, con apoyo a la deshabituación del tabaco. En este mismo capítulo del Plan de Salud regional, se habla de la elaboración de un “Plan Integral de la EPOC en Extremadura”, siendo prioritario en el mismo potenciar la disminución del consumo de tabaco entre la población extremeña.

Medidas de inspección y control

Hasta la entrada en vigor de la nueva Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modificó la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos

del tabaco, la Consejería de Sanidad y Dependencia a través del Servicio Extremeño de Salud (SES) recibió y trámitó un total de 260 denuncias (47 en el año 2006, 53 en el 2007, 67 en el 2008 y 93 en el 2009). Las principales causas de incumplimiento de la ley fueron por fumar en lugares prohibidos o no haber habilitado zona para fumadores y no fumadores y falta de cartelería reglamentaria, por irregularidades en la venta de tabaco (manual o sin mecanismo técnico adecuado para menores), publicidad indebida y venta de tabaco a menores. En aproximadamente un 99% de las denuncias recibidas se han realizado inspecciones. Respecto a las inspecciones de oficio, como vigilancia y control del cumplimiento de la ley y debido a las numerosas cuestiones de orden práctico que suscitó la ejecución de la misma, se estimo oportuno determinar como objetivo específico en contrato de gestión durante los años 2007, 2008 y 2009, la realización de inspecciones por parte del personal sanitario de atención primaria a bares, restaurantes, establecimientos de restauración y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios de nuestra comunidad autónoma. De esta manera, se inspeccionaron 12.204 establecimientos. Como resultado de todas las inspecciones realizadas se abrieron 118 expedientes sancionadores, de los cuales 6 fueron sobreseídos y el resto se resolvieron con cuantías sancionadoras que oscilan desde 30 y 14.000 euros. En relación con la recién estrenada Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que entró en vigor el 3 de enero de 2011, y a fecha de 25 de enero, en Extremadura se han realizado 23 denuncias por incumplimiento de la ley: 21 se han producido por fumar en bares, restaurantes y cafeterías o por carecer de la cartelería necesaria, una por venta de tabaco en estos establecimientos y otra más por carecer de autorización para la máquina expendedora. De estas denuncias, tres se produjeron en el área de Salud de Badajoz, dos en el de Mérida, cinco en Don Benito-Villanueva, una en Llerena-Zafra, siete en Cáceres, tres en Plasencia, una en Coria y otra más en el área de Navalmoral de la Mata.

Situación actual del abordaje del tabaquismo en Extremadura

Datos asistenciales

Los recursos actuales en Extremadura para el tratamiento del tabaquismo son los siguientes:

- Unidades especializadas de tabaquismo (UET): en la Comunidad Autónoma extremeña no existe ninguna unidad de estas características.
- Consultas especializadas de tabaquismo:

- **Atención Primaria (AP).** No figura en la cartera de servicios de AP el abordaje del tabaquismo como tal, por lo que no existe una estructura formal ni en red, sino que de forma aislada, se lleva a cabo el tratamiento del tabaquismo, gracias a la alta motivación de algunos profesionales. Así, en el Área Sanitaria de Cáceres, se realiza tratamiento de deshabituación tabáquica en un centro de salud, y de una forma poco reglada también lo llevan a cabo determinados profesionales de enfermería y médicos de AP de algunos centros de salud de otras áreas de esa provincia. En la de Badajoz, se llevan a cabo tratamientos en seis centros de salud, pero no de forma totalmente reglada. En uno de ellos, se realiza tratamiento multicomponente, compartiendo el esquema terapéutico con la consulta especializada de Neumología, y existiendo gran fluidez entre ambos dispositivos, que se complementan, al ofrecer uno tratamiento grupal, y el otro individual. Al no estar en la cartera de servicio del Área, el funcionamiento se basa también en la buena disposición personal de los terapeutas.
- **Atención Especializada (AE).** La única especialidad hospitalaria que aborda en Extremadura tratamientos para ayudar a los fumadores a dejarlo es Neumología. En Neumología del Hospital Virgen del Puerto (Plasencia) se atienden principalmente a profesionales sanitarios y puntualmente intervenciones en población general. En Neumología de Cáceres existe una consulta monográfica semanal, en la que se atiende a pacientes con comorbilidades respiratorias, cardiovasculares, pacientes oncológicos y psiquiátricos, embarazadas, intervenciones preoperatorias y recaídas. Además, realizan colaboración en el grupo de rehabilitación cardiaca e intervención en pacientes ingresados. En Neumología del Complejo Hospitalario de Badajoz (CHUB), Hospital Infanta Cristina, existe una consulta monográfica también semanal en la que se presta atención a todos pacientes derivados desde Atención Primaria o desde otras especialidades, y a profesionales sanitarios.
- **Centros de Drogodependencia Extremeños (CDEX).** No en todos ellos se abordan tratamientos de deshabituación tabáquica, aunque se ofertan en la mayoría.
- Existen dos ONG que prestan ocasionalmente asistencia al fumador: la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) y la Asociación Oncológica Extremeña (AOEX), que realizan programas temporales con tratamientos grupales, fundamental-

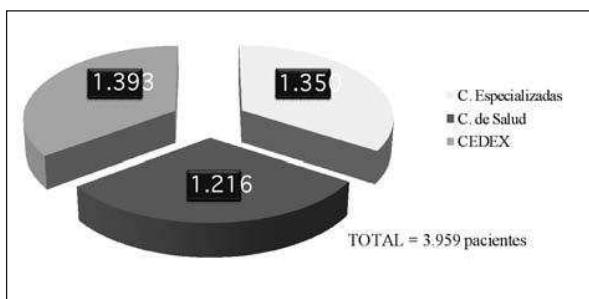


Figura 1. Fumadores atendidos desde enero de 2006 hasta febrero de 2010.

mente mediante terapia conductual. El funcionamiento de estos tratamientos es también irregular, dependiendo de la buena disposición de muchos de los profesionales implicados en algunas de las consultas anteriormente mencionadas, tanto de AP, como de especializada (Neumología).

- Una farmacia extra-hospitalaria, en un pueblo de Cáceres, lleva a cabo algún tipo de abordaje.

En total, desde la entrada en vigor de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, hasta febrero de 2010 en Extremadura (un millón cien mil habitantes, 942.406 mayores de 16 años, y de ellos 25% fumadores, es decir unos 235.000 fumadores) se atendieron 1.393 fumadores en los CEDEX, 1.350 en las consultas específicas de tabaquismo y 1.216 en centros de salud (total 3.959, un 1,7%), (figura 1). En la Comunidad Autónoma Extremeña no existe financiación para los tratamientos farmacológicos del tabaquismo.

Docencia

La docencia pregrado se realiza de forma exclusiva en el Área de Salud de Badajoz, tanto en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, al ser el único Hospital Universitario adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura, y en algunos centros de salud de dicho área que prestan atención al fumador. En el cuarto curso de la licenciatura de Medicina se les imparte a los alumnos una clase, dentro de la asignatura de Patología Médica, dedicada al tabaquismo y deshabituación tabáquica. De forma ocasional se ha impartido una clase similar entre los alumnos de segundo curso de enfermería. Desde hace siete años se organiza la asignatura de libre elección “Abordaje del tabaquismo”, con 4,5 créditos, en la que cada curso se matriculan 80 estudiantes de medicina, fisioterapia, enfermería, y otras licenciaturas, como

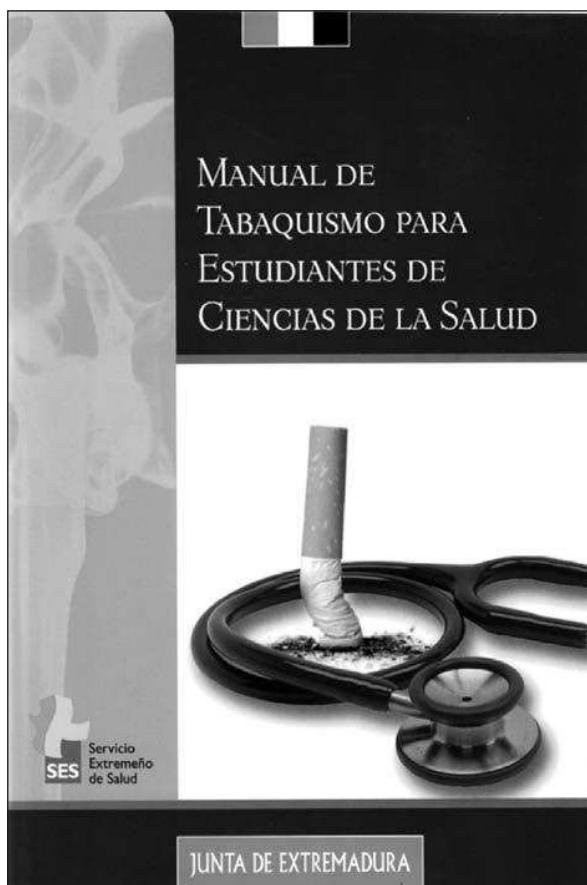


Figura 2. Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud, elaborado en 2009 por los profesores de la asignatura de libre elección del Campus Universitario de Badajoz, Universidad de Extremadura, “Abordaje del tabaquismo”.

educación infantil, económicas o biología. Esta variedad en los estudios cursados por los alumnos hace que sea una experiencia muy enriquecedora. De hecho, las encuestas de satisfacción que se realizan cada curso nos dicen que es una de las asignaturas más valoradas dentro de su grupo. En 2009 los profesores de dicha asignatura elaboramos el *Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud*, pionero en nuestro país, y editado por la Junta de Extremadura (figura 2). La docencia postgrado se realiza de forma muy variada: rotaciones de médicos internos residentes de diferentes especialidades (Neumología, Medicina Familiar y Comunitaria, Cardiología, Medicina Interna) por las consultas de deshabituación tabáquica del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, Hospital Infanta Cristina de Badajoz (CHUB), y Centro de Salud de La Paz de Badajoz, ó cursos para atención primaria y talleres dirigidos fundamentalmente a éstos. Tanto

desde Neumología, como desde los profesionales de consultas de AP y los psicólogos colaboradores, se participa muy activamente en todas las actividades formativas organizadas por la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

Futuro

A fecha de hoy seguimos en Extremadura pendientes de la discusión y aprobación de un “Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo de la Comunidad Autónoma de Extremadura”, que se contempla en la última edición del Plan de Salud de la Comunidad. Seguimos manteniendo la esperanza en ese plan, ya que creemos que conseguirá sistematizar, ordenar y coordinar el abordaje del tabaquismo en nuestra región. En conclusión, queda mucho por hacer en nuestra Comunidad Autónoma, a pesar de existir un grupo de profesionales altamente implicados y todavía motivados para trabajar en el tema. Esto debe ser contemplado como una oportunidad y una fortaleza, ya que puede llegar a un consenso y una cohesión mayores. Por el contrario puede constituir una amenaza y una debilidad de sustentar las actuaciones en la motivación individual, en base a la buena voluntad de algunos profesionales, ya que ésta no es infinita en el tiempo, y además es claramente insuficiente para abarcar toda la población a atender⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Salud 2006. En: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/home.htm>. Fecha de consulta enero 2011.
2. Encuesta de Salud Extremadura 2001. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
3. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) En: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>. Fecha de consulta enero 2011.
4. José Javier Gómez-Barrado, Soledad Gómez-Turégano, Alfonso Barquilla, José Polo, Juan Ramón Gómez-Martínez, Soledad Turégano, et al. Datos epidemiológicos del tabaquismo en la provincia de Cáceres (España). Prev Tab 2011; 121:139-143.
5. “Plan de Salud de Extremadura 2009-2012”. En: http://www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/common/documentos_pdf/plan09-12.pdf. Fecha de consulta enero 2011.
6. Instituto Nacional de Estadística. Datos del padrón municipal 2009. En: <http://www.ine.es/>. Fecha de consulta enero 2011.
7. FL Márquez Pérez- Situación del tabaquismo en Extremadura. Cuatro años después. Prev Tab 2010; (Supl.1):32-54.

LA SITUACIÓN DEL TABAQUISMO EN ANDALUCÍA, TRAS LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LEY 42/2010

Pedro J Romero Palacios

Coordinador del Grupo de Tabaquismo de Neumosur. Facultad de Medicina. Universidad de Granada

pjromero@neumosur.net

Por lo que respecta a la legislación referente al control del tabaquismo y protección de los consumidores, en España se partía de una situación de desventaja con respecto a los demás países de la UE, en el sentido de que existía la legislación más permisiva en cuanto al consumo, venta y publicidad de las labores de tabaco. La acción de diversas asociaciones científicas de ámbito nacional y regional, entre las que Neumosur participó activamente, permitieron generar un ambiente social propicio a la implantación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, aprovechando la trasposición legal de la directiva europea de publicidad.

Los objetivos que se marcaba la Ley eran claros y explícitos, en cuanto se centraba en evitar el inicio del consumo de tabaco entre los más jóvenes, garantizar el derecho de los no fumadores a respirar aire sin humo de tabaco y hacer más fácil del abandono del tabaquismo a aquellos fumadores que así lo deseán. Para cumplir estos objetivos se centraba en varios aspectos concretos, como son la prohibición de la publicidad del tabaco y la limitación del consumo en centros de trabajo y espacios públicos cerrados¹.

Desde antes de su aprobación, la mencionada Ley 28/2005 venía revestida de polémica, pues si bien es cierto que suponía un avance importante con respecto de la situación previa, no es menos cierto que se quedó muy lejos de las expectativas que había generado. La “limitación del consumo” en lugares públicos y centros de trabajo, en lugar de la prohibición simple y llana, trajo como consecuencia que más del 90% de bares y restaurantes permitieran fumar en su interior. Se creaba, pues, una situación en la que, respetando la legalidad, la inmensa mayoría de los locales públicos permitían fumar. Esta situación fue muy aplaudida por la industria tabaquera, y esgrimida como argumento en diversos foros, llegando a denominarse “el modelo español”².

El impacto real de la norma se demostró limitado desde el principio, observándose una reducción de la exposición a humo de tabaco en el ambiente laboral

y una muy escasa repercusión en los establecimientos hosteleros³. En esta situación, el derecho a la protección de la salud de los no fumadores y de los trabajadores del sector de la hostelería quedaba gravemente dañado.

Existen multitud de razones científico-médicas que avalan la necesidad de que todos los espacios públicos sean libres de humo de tabaco, independientemente de las actividades que en ellos se realicen. Concretamente en España, el tabaquismo pasivo es la tercera causa de muerte evitable, estimándose este problema produce alrededor de 3.200 defunciones cada año en España. Ello supone 57 muertes cada semana⁴. El humo ambiental del tabaco contiene unas 4.500 sustancias tóxicas, y al menos 40 de ellas son potencialmente cancerígenas, sin que existan medios de extracción de humos o renovación de aire ambiental que puedan evitar el riesgo que supone esta exposición para fumadores y no fumadores⁵.

Por otra parte, uno de los principales argumentos esgrimidos en contra de la prohibición de fumar en lugares públicos se centra en la posible pérdida económica que se puede producir en los establecimientos hosteleros. En este sentido, diversos estudios han desmentido la veracidad de estos argumentos, demostrando que tanto en España como países de nuestro entorno⁶, la implementación de medidas para el control del consumo de tabaco no sólo no han supuesto una merma en el volumen de negocio y personas empleadas en el sector hosteler, sino que en muchos casos se ha producido un efecto positivo⁷.

Hay que recordar que nuestro país ha ratificado en el seno de la Organización Mundial de la Salud, las

disposiciones contenidas en los artículos del Covenio Marco para el Control del Tabaquismo, en los que las autoridades políticas españolas se comprometen a proteger la salud de los no fumadores frente al aire contaminado por el humo del tabaco, a evitar que los jóvenes se inicien al consumo del tabaco y a ayudar a que los fumadores la abandonen de manera definitiva. En este contexto, y precedida de cierta polémica, en enero de 2011 ha entrado en vigor la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, que modifica de la Ley 28/2005, en la que se prohíbe definitivamente fumar en espacios públicos cerrados y colectivos.

SITUACIÓN ACTUAL DEL TABAQUISMO EN ANDALUCÍA

En Andalucía, como en el resto de regiones europeas, el tabaquismo sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública. Según los datos que aporta la Encuesta Andaluza de Salud 2007, la prevalencia de consumo de tabaco en la Comunidad, es de 31,1% (39,5 hombres y 23,1 mujeres).

Esta adición es la causa directa del 14,6% del total de las muertes en Andalucía, lo que implica que alrededor de 10.000 personas mueren anualmente en nuestra comunidad como consecuencia directa del consumo de tabaco, una quinta parte de las que mueren en todo el territorio nacional por este motivo⁸. En este momento, según datos de la Encuesta Nacional Salud 2006, la cantidad de fumadores en España se sitúa en el 29,5%, lo que supone que todas las provincias Andaluzas, salvo Cádiz, se encuentran por encima de la media en cuanto a número de fumadores (figura 1).

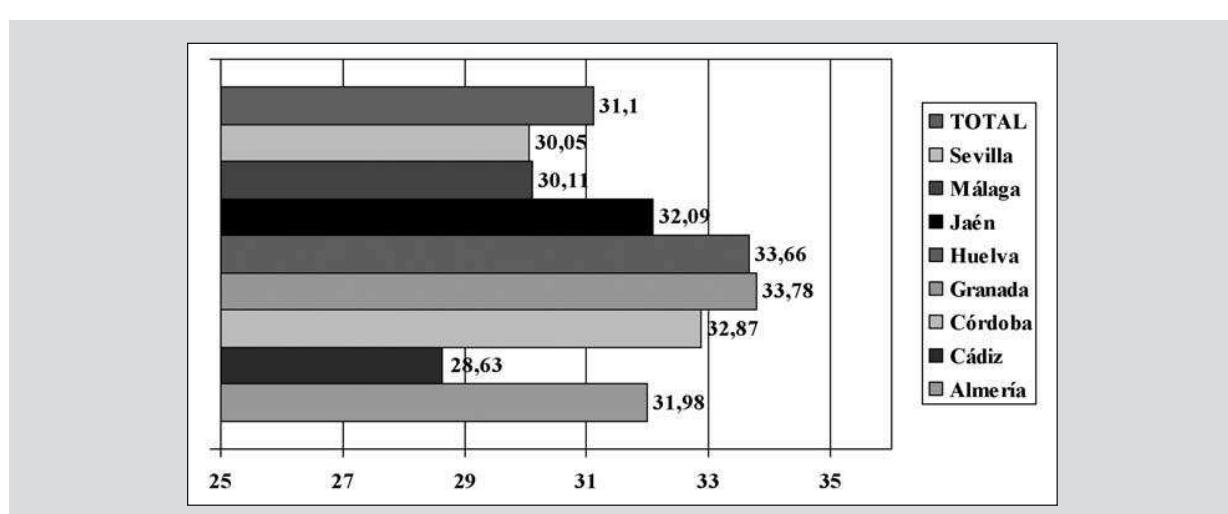


Figura 1. Fumadores en Andalucía. Extraído de los datos de la EASP 2007.

Tabla 1. Fumadores a diario por sexo y provincia (EAS 2003-2007)

	2003			2007		
	Hombre%	Mujer%	Total %	Hombre%	Mujer%	Total%
Almería	42,02	17,79	30,01	38,75	24,49	31,98
Cádiz	38,88	26,61	32,63	35,70	22,04	28,63
Córdoba	43,95	23,60	33,45	43,87	22,69	32,87
Granada	37,31	20,94	28,88	43,09	25,00	33,78
Huelva	35,57	26,49	30,95	40,29	26,77	33,66
Jaén	50,37	24,21	37,03	43,61	20,74	32,09
Málaga	33,65	21,15	27,22	36,79	23,67	30,11
Sevilla	39,46	23,51	31,25	38,45	21,74	30,05
Total	39,47	23,12	31,10	39,36	23,05	31,10

Comparación de los datos de 2003 y 2007. Fuente EAS.

Tabla 2. Exfumadores por sexo y provincia (EAS 2003-2007).

	2003			2007		
	Hombre%	Mujer%	Total %	Hombre%	Mujer%	Total%
Almería	20,7	11,6	16,2	18,1	7,3	13,0
Cádiz	16,5	5,6	10,9	23,2	5,2	13,9
Córdoba	21,5	6,5	13,8	20,6	4,2	12,1
Granada	30,2	10,7	20,2	21,3	10,2	15,5
Huelva	18,5	4,6	11,4	20,4	13,6	17,1
Jaén	18,5	7,0	12,6	19,5	6,7	13,1
Málaga	25,0	10,4	17,5	15,6	5,3	10,3
Sevilla	18,9	5,8	12,2	19,2	9,8	14,4
Total	21,2	7,7	14,3	19,5	7,5	13,4

Fuente. Encuesta Andaluza de Salud. Epidemiología y SL. SG de Salud Pública. Consejería de Salud.

Como puede observarse en los datos que se muestran en la tabla 1, la cantidad total de personas que fuman a diario no ha cambiado en 2007 con respecto de los datos que teníamos de 2003. Se mantiene un consumo muy elevado entre los varones de Jaén, Granada y Córdoba. A este respecto cabe destacar que se ha producido un llamativo incremento en el numero de fumadores en Granada, tanto en varones como en mujeres, que ha pasado del 37,31 al 43,09% en el caso de los varones y del 20,94 al 25% en el de las mujeres. En las provincias de Almería, Huelva y Málaga se aprecian igualmente incrementos significativos en la cantidad global de fumadores, habiendo disminuido en Cádiz, Córdoba, Sevilla, y llamativamente en Jaén, donde ha pasado del 37,3 al 32,09%.

Por rangos de edad, el pico máximo de prevalencia se sitúa entre los 25 y 44 años (43%), seguido de la

franja de edad comprendida entre los 45-54 años (34,45%) y finalmente la cantidad de fumadores en el rango entre 16 y 24 años está en el 33,43%.

Como complemento de los datos anteriormente mencionados, cabe destacar que el número de personas que dejan de fumar en el conjunto de Andalucía ha descendido en 2007 con respecto de los datos de que disponíamos en 2003 (tabla 2). En cuatro provincias andaluzas: Almería; Cádiz, Granada y Málaga, han dejado de fumar menos personas que en 2003, y en todas ellas excepto en Granada este descenso recae en el sector femenino. En Málaga la diferencia entre los hombres y mujeres que dejan de fumar es muy llamativa, pues dejan de fumar en 2007 un 15,6% de varones frente a un 5,35% de mujeres, siendo el cálculo general del 10,3% los fumadores que lo dejan en 2007. Si comparamos estos datos con los de 2003,

en los que se refleja que dejaron de fumar un 17,5%, correspondiendo un 25% a varones y un 10,4% a mujeres, apreciamos un cambio de tendencia que habría que seguir cuidadosamente.

Estos datos indican que es imprescindible aumentar los esfuerzos en las campañas para ayudar a los fumadores a dejar de serlo, y que resulta evidente que es necesario insistir en un abordaje del tabaquismo de manera diferente entre hombres y mujeres, con programas específicos dirigidos a uno y otro sexo.

Por otra parte, en las provincias de Cádiz, Huelva, Jaén y Sevilla ha aumentado el número de exfumadores, siendo las provincias de Sevilla y Huelva en las que más mujeres han dejado de fumar con respecto a los datos de 2003. No obstante los porcentajes de varones que dejan de fumar siguen siendo llamativamente distintos a los de mujeres, lo que apunta de nuevo a la necesidad de implementar programas específicos en los que las diferencias de sexo sean tenidas en cuenta. A raíz de la entrada en vigor en Enero de 2011 de la modificación Ley 28/2005, en los servicios sanitarios se ha detectado una creciente demanda de apoyo para dejar de fumar por parte de fumadores que ya están en fase de preparación. Se estima que por cada millón de habitantes hay entre 17.200 y 41.80 sujetos que quieren hacer un intento serio para dejarlo y de ellos al menos el 30% son fumadores con alta dependencia por la nicotina, que requieren tratamiento especializado. En Andalucía, con una población de algo más de ocho millones de personas, la población que requeriría tratamiento especializado para dejar de fumar oscilaría entre los 42.000 y 102. 000 pacientes.

Esto supone un gran reto, e implica la necesidad de dar respuesta a esta demanda de manera efectiva. La lamentablemente, la entrada en vigor de la nueva norma no se ha acompañado de una mayor dotación en los medios y recursos necesarios para llevar a cabo un abordaje integral del tabaquismo.

Dentro de las prioridades que se mencionan en el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud 2010-2013, se menciona como uno de los ejes de actuación la necesidad de impulsar la Salud Pública para mejorar la salud del conjunto de los ciudadanos. Que duda cabe, que el abordaje del tabaquismo debe ser una de las líneas maestras que articulen esta política.

PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO EN ANDALUCÍA 2005-2010

Andalucía ha sido una de las comunidades que más precozmente incorporaron estrategias y objetivos relacionados con el control del tabaquismo. En 2002, en

el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el marco del II Plan Andaluz de Salud, se impulsó desde la Consejería de Salud un Plan de actuación sobre el tabaquismo. Este plan se sustanció en el Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (PITA) 2005-2010. Dicho Plan, enmarcado dentro del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, se marcaba como objetivos coordinar las actuaciones sanitarias y los recursos disponibles para mejorar la atención a las personas fumadoras. Otros objetivos importantes eran los de proteger el derecho a la salud de los andaluces, además de potenciar estilos de vida saludables y la creación de espacios libres de humo como áreas de bienestar social. En el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía se abordaba el problema del tabaquismo desde una perspectiva global e intersectorial de prevención, asistencia y seguimiento, proponiendo diferentes líneas de actuación en diversos ámbitos:

- En el contexto escolar se han puesto en marcha distintas estrategias de prevención del tabaquismo, con programas que abarcan acciones centradas en los centros educativos de enseñanza secundaria, dentro del proyecto de construcción de una Red Andaluza de Escuelas Promotoras de Salud. En este sentido, el Programa ESO sin humo, que persigue disminuir y retrasar la incorporación de los jóvenes al tabaquismo ha llevado a cabo numerosas acciones formativas en centros escolares, dirigidas tanto a profesores como a alumnos.
- El Programa "Forma Joven", centra su actividad en los espacios docentes y de encuentro entre los jóvenes, para conseguir espacios libres de humo.
- El Plan de Empresas Saludables persigue la promoción de la salud en el ámbito laboral, considerando los centros de trabajo como lugares estratégicos para la promoción de estilos de vida saludables. Entre otros objetivos, dicho Plan pretende conseguir un ambiente de trabajo libre de humo, como zona de bienestar social y proteger el derecho a la salud de todo su personal. Asimismo, se pretendía facilitar apoyo para la deshabituación a los trabajadores y trabajadoras que deseen dejar su hábito.
- En el ámbito local, el Plan ha querido impulsar la colaboración con todos los sectores implicados (corporaciones locales, entidades ciudadanas, organizaciones científicas y profesionales, grupos de autoayuda, ONGs, etc.) aunando esfuerzos y coordinando estrategias para alcanzar los objetivos propuestos.
- Por otra parte, se pretendía ofrecer un modelo asistencial que permitiese el abordaje del tabaquismo

de forma individual, en función del estadio de cambio en el que se encuentre la persona fumadora, poniendo especial énfasis en la continuidad asistencial. En este el ámbito de la atención a personas fumadoras, cabe destacar la puesta en marcha del Programa de deshabituación tabáquica vía telefónica (Quitline), que pretende garantizar la máxima accesibilidad a toda la población andaluza.

- Se ha continuado con la creación de unidades de apoyo para la atención al tabaquismo y actualmente existen unidades de Atención al Tabaquismo que dan cobertura a toda la red asistencial de atención primaria de salud y a las áreas de gestión sanitaria.
- Asimismo, se han desarrollado acciones específicas en los colectivos de relevancia social o modelicos (profesionales de los servicios sanitarios, de educación, y de las administraciones públicas), para disminuir la prevalencia del consumo de tabaco entre los mismos. Asimismo, se contemplaba la necesidad de implementar estrategias específicas en situaciones que requieren una atención especial (pobreza, privación de libertad, trastornos mentales, embarazo).
- Uno de los aspectos relevantes del Plan es que planteaba la necesidad de fomentar la formación en tabaquismo en la totalidad de los profesionales involucrados en este problema, capacitándolos en distintas áreas según su competencia profesional. En actividades de formación, hasta 2007 se han impartido 670 cursos en que se ha formado a 8.525 profesionales del sistema sanitario público andaluz, potenciando la red de formadoras y formadores del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.
- En el ámbito de la investigación, se han potenciado estudios relacionados con las líneas prioritarias del plan y se ha creado el Centro Andaluz de Investigación en Tabaquismo (CAIT).

Tal vez como resultado o consecuencia lógica de la implantación del PITA, se ha continuado con la elaboración e implantación en 2008 del Proceso de atención a la personas fumadoras en todo el SSPA. Este Proceso se propone organizar la atención a las personas fumadoras, garantizando la mejor atención sanitaria, basada en la evidencia científica disponible, incluyendo entre sus líneas de acción: "Definir la atención al tabaquismo utilizando como herramienta la metodología de los procesos asistenciales, siguiendo las directrices del II Plan de Calidad del SSPA". Esquemáticamente, el Proceso de Tabaquismo se puede resumir en los siguientes puntos:

Definición funcional

Conjunto de intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, destinadas a personas fumadoras o exfumadoras de tabaco hasta los 5 años de su abandono, con el objeto de ayudarles a avanzar en su proceso de cambio.

Límite de entrada

Mediante captación oportunista en cualquier punto del SSPA y/o cuando lo solicite la persona voluntariamente.

Límite final

Persona que durante 5 años se ha mantenido abstinent, o bien que por voluntad propia decide abandonar el proceso.

Límites marginales

No se describen en este proceso las intervenciones específicas en adolescentes, embarazadas y personas con trastorno mental grave, que se desarrollaron en sucesivos subprocesos específicos.

Observaciones

En tanto que enfermedad adictiva crónica, toda persona que abandone el proceso de deshabituación o tenga recaídas y decida intentar de nuevo el abandono, volvería a ser incluida en el proceso.

Con la implantación del Proceso de Atención a las Personas Fumadores se ha querido reducir la variabilidad en la atención que se presta a las personas fumadoras en los diferentes contextos asistenciales.

Actualmente, en todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía se han puesto en marcha medidas tales como: la señalización interna y externa como Centros Libres de Humo, campañas de sensibilización e información dirigidas a profesionales y personas usuarias (materiales didácticos), sesiones formativas, análisis de zonas de especial riesgo de las sugerencias, quejas y reclamaciones que tienen como motivo el consumo del tabaco. Si bien es cierto que estas medidas y actuaciones se han llevado a cabo en todos los centros asistenciales de Andalucía, no es menos cierto que la repercusión efectiva de las mismas ha sido escasa hasta la fecha.

Situación en Atención Primaria de Salud

Según datos de la Consejería de Salud, el "consejo a personas fumadoras" en consulta debe realizarse en todos los centros de atención primaria existentes

(1.459) y por la totalidad de los profesionales de salud de este nivel (medicina de familia, enfermería, trabajo social, pediatría, psicología). Esta atención se trata, en suma, de lo que se denomina intervención mínima (IM) en consulta, o consejo oportunista en relación al tabaquismo, siendo acompañado en la mayoría de los casos de documentación de refuerzo y por un compromiso de seguimiento.

En este momento, se considera que todos los centros de Salud y Distritos sanitarios han incorporado la intervención mínima (IM), y están desarrollando activamente la intervención avanzada (IA), que consiste en programas personalizados para dejar de fumar, con seguimientos periódicos por parte de un profesional sanitario y que cuenta con la posibilidad de apoyo con terapia psicológica y farmacológica.

Atención especializada

En atención especializada, el SSPA cuenta con 36 hospitales de distinto nivel de complejidad (regionales, comarcales y de especialidades). Todos los profesionales de atención especializada deben realizar intervención mínima en tabaquismo, tanto a la población que acude a consultas externas, como a pacientes ingresados, cobrando especial relevancia las consultas por problemas de salud relacionados con tabaquismo y las consultas de anestesia, previas a una intervención quirúrgica.

Actualmente tenemos datos de la existencia de 13 unidades de deshabituación tabáquica en distintos hospitales de Andalucía, una en la Sede Social de la Asociación Española Contra el Cáncer, y una en un Centro Periférico de Especialidades (CPE). Todas ellas están adscritas a los servicios o unidades de Neumología. Existen igualmente unidades de deshabituación tabáquica gestionadas por algunos servicios de Medicina Preventiva, aunque no contamos con datos específicos a este respecto.

De la dotación y funcionamiento de las Unidades Especializadas de Tabaquismo (UET) adscritas a las unidades o servicios de Neumología tenemos datos directos y fiables, obtenidos a través de una encuesta de ámbito nacional llevada a cabo por iniciativa del Área de Tabaquismo de SEPAR. Estas Unidades Especializadas de Tabaquismo realizan fundamentalmente intervención avanzada individual, y en algunos casos también grupal, y representan un referente de formación y supervisión para los centros que en los últimos años van incorporado esta actividad a su cartera de servicios. Las UET comenzaron su labor en la asisten-

cia a los profesionales sanitarios, y cada vez en mayor medida han incorporado la oferta de tratamiento del tabaquismo a la población general.

Según los datos de la encuesta SEPAR, realizada durante el año 2004, de los 16 centros en los que se hace tratamiento de deshabituación del tabaquismo, en siete de ellos se cuenta con un psicólogo, a tiempo parcial o completo (en dos casos), para el tratamiento grupal y seguimiento individual de los pacientes. La dedicación de los neumólogos encargados de la coordinación del tratamiento del tabaquismo es en todos los casos a tiempo parcial. En dos de los centros se cuenta con la colaboración de la Asociación Española Contra el Cáncer en lo referente a tratamiento psicológico.

Medidas de inspección y control

Según datos ofrecidos recientemente por la Consejería de Salud, los inspectores de la Consejería de Salud han realizado un total de 5.397 inspecciones en establecimientos hosteleros desde la entrada en vigor de la Ley 42/2010 de 30 de diciembre. En estas inspecciones se ha podido constatar como el nivel de cumplimiento en los establecimientos hosteleros de Andalucía en el primer mes desde la entrada en vigor de la normativa alcanza el 94,45%.

En total se han realizado 5.397 inspecciones entre el 2 y el 31 de enero, de ellas 737 se han realizado en Almería; 619 en Cádiz; 686 en Córdoba; 493 en Granada; 393 en Huelva; 398 en Jaén, 730 en Málaga y 1.341 en Sevilla.

La Consejería de Salud cuenta con 915 inspectores que se encargan de vigilar el cumplimiento de la normativa, tanto para comprobar que no se está fumando en los establecimientos y locales públicos, de restauración y ocio, como en lo que a cartelería y señalización se refiere.

CONCLUSIONES

Pese a lo anteriormente expuesto, a la implementación del PITTA, a la puesta en marcha del Proceso de atención a las personas fumadoras, y a la entrada en vigor de la Ley de 28/2005⁹, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el consumo, el suministro, y la publicidad de los productos del tabaco, la realidad es que en Andalucía el número de fumadores es mayor que en el conjunto del territorio nacional, y que en 2007 hay más fumadores que en 2003. Los datos en este sentido son concluyentes, y dejan poco margen a la autocoplacencia.

La entrada en vigor de la Ley 42/2010 de 30 de diciembre¹⁰ supone una oportunidad para conseguir disminuir el impacto social del tabaquismo. Desde Neumosur apoyamos sin reservas la entrada en vigor de esta norma e instamos a las autoridades sanitarias a emplear a fondo los recursos que tienen a su disposición para cumplir y hacer cumplir la Ley. Por otra parte, reivindicamos un mayor esfuerzo en la creación de nuevas unidades de tabaquismo y en la potenciación de las ya existentes, así como solicitamos la financiación de los tratamientos del tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández E, Villalbí J, Córdoba R. Lecciones aprendidas en el control del tabaquismo en España. Salud Pública Mex 2006; 48 suppl I:SI 48-SI 54.
2. Rada AG. BMJ. Fighting big tobacco in Spain. 2010 Nov 15;341:c6462. doi: 10.1136/bmj.c6462.
3. Galán I, Mata N, Estrada C, Díez-Gañán L, Velázquez L, Zorrilla B, Gandarillas A, Ortiz H. Impact of the "Tobacco Control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. BMC Public Health 2007; 7:224.
4. López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C, García M, Juárez O, Moncada A, Fernández E. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. Tobacco Control 2007; 16: 373-7.
5. Smoking and Health. US Department of Health and Human Services. A report of the Surgeon General. 1964.
6. Scollo et al. Disponible en <http://www.vctc.org.au/tcrs/hospitalitysummary.pdf>
7. Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
8. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciano Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117: 692-4.
9. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE nº 309, martes 27 de diciembre de 2005. 42241-50.
10. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE nº 318, viernes 31 de diciembre de 2010. 109188-194. <http://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>