



HOSPITAL  
DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

# Info Tabac

El informe del experto en tabaquismo

Número 12



El editorial

## Tabaco, crisis económica e hipotecas

Fumar, entre otras cosas, reduce, disminuye y extingue.

Una de las maneras más habituales de medir las conductas es por lo que éstas proporcionan, dan, añaden y favorecen. Todos sabemos que las aportaciones del consumo de tabaco son conocidas y evidentes en la salud de quien sufre tabaquismo.

Otra lectura más económica y material puede referirse, en consonancia a los actuales momentos de inquietud económica, a la pérdida diaria en la economía doméstica que comporta adquirir un producto de vida corta, que se esfuma en pocos minutos. Es decir, compramos algo que se destruye en breve, que, encima, cuesta un dinero y que la mayoría de las personas que lo usan pagarían por no hacerlo.

Ante el paciente fumador que busca motivos para dejar de serlo, habitualmente, el profesional de la salud que le atiende aporta argumentos dirigidos a convencerlo para

que tome su sabia decisión. Ante la pregunta directa: "¿Ha contabilizado usted cuánto se gasta en tabaco al día?", los pacientes suelen responder con un "No me atrevo a calcularlo". Si insistimos, observamos en ellos caras de contradicción, de resignación y de aceptación, pero también de sorpresa ante tan evidente paradoja y sorpresa, como aquel paciente que no se compraba un televisor por considerarlo caro y fuera de su alcance, cuando ahorrando en tabaco podría haber adquirido diez del mismo tipo.

Ante la actual situación real y fruto de la divulgación en los diversos medios de comunicación, este puede ser un buen argumento a añadir a los que ya de por sí debe aportar el paciente en el proceso de cambio para dejar de fumar: dejar de perder, dejar de gastar, y dejar de comprar y empezar a ganar, a ahorrar, a adquirir, a disponer, a disfrutar y a conservar.

En jóvenes, esta estrategia puede ser especialmente útil: no contabilizar el ahorro en dinero, sino en especies, como

entradas de conciertos, ropa, viajes, aparatos electrónicos, nuevos modelos de teléfono móvil, etc.

En adultos, quizás deberíamos cambiar el concepto clásico de premio (un viaje después del tratamiento de deshabituación, un buen equipo de música que me recuerde el esfuerzo realizado, etc.) por la inmediatez de reducir el coste de la hipoteca, la factura del notario, un cambio de muebles, las primeras letras del nuevo coche, etc.

También con imaginación se resuelven los problemas de dependencia del tabaco. En una ocasión expusimos en la universidad el siguiente anuncio: *Quieres ganar 1.000 €?*, como reclamo para el tratamiento de deshabituación. La convocatoria reunió a muchísimos curiosos. Algunos de ellos entraron en suficiente contradicción como para ganar ese dinero.

Equipo de redacción



La experiencia

## Abordaje al Tabaquismo desde un Servicio de Drogodependencias

A finales de la década de los 80, algunos Centros de Asistencia y Seguimiento (CAS) de la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña empezamos a ofrecer ayuda para dejar de fumar a la población general. Actualmente, se nos considera centros de referencia para la deshabituación tabáquica.

Las drogas ilegales, especialmente la heroína, centran toda la atención en esa década por el impacto que estaban causando enfermedades emergentes como el sida. Con el desarrollo de los programas de reducción de daños, entre otros, esta problemática se fue frenando. La cocaína ha ido desplazando el foco de atención, al aumentar cada año el número de inicios de tratamiento. El alcohol aún sigue estando en lo alto del ranking de las sustancias que generan más demanda en los centros. Al principio se cuestionó que algunos profesionales contempláramos el tabaco como otra droga legal que debía ser tratada en los CAS, ya que se consideraba una droga "menor". De hecho, hasta hace poco ni siquiera se registraba en las historias clínicas.

A diferencia de otros centros, y por el hecho de estar ubicado en un hospital, el CAS de Reus ha atendido siempre la interconsulta hospitalaria en materia de drogas. Al final de la década de los 90, comenzamos a realizar tratamiento con nicotina a los fumadores ingresados para paliar su síndrome de abstinencia y aprovechar la ocasión para hacer un intento de cesación. Esta práctica se ha ido generalizando en otros hospitales gracias a la creación y el apoyo ofrecido por la Red de Hospitales sin Humo.

Otros profesionales sanitarios, especialmente de la Atención Primaria y de Farmacia, se han ido formando en tabaquismo,

a menudo con la colaboración de los profesionales de drogas, y han empezado a ayudar a los pacientes en sus consultas. Con el tiempo, se ha creado una amplia red asistencial para dar una respuesta diversificada a las demandas de deshabituación tabáquica.

Actualmente, los CAS tenemos limitaciones en la capacidad asistencial y no podemos ni debemos asumir todos los casos de fumadores. Como especialistas en los procesos de adicción, y con una dedicación de tiempo mayor en cada visita que en otros recursos, los CAS hemos de tratar a los fumadores con más dificultades para dejarlo, es decir, aquellos que han recaído después de algún intento previo y que presentan comorbilidad psiquiátrica, dependencia de otras drogas o patología orgánica asociada.

Los fumadores que acuden a centros de drogas suelen venir motivados y conscientes de su dependencia, con una parte del proceso ya avanzada gracias a diversas influencias e intervenciones de profesionales que se han cruzado en su camino. Vienen contemplando la idea de dejar de fumar, pero a veces aún no están preparados para ello, ya que tienen muchas dificultades reales o imaginarias. La perspectiva de la reducción del riesgo nos ha permitido ayudar a estos fumadores. En los últimos tiempos, estrategias como la reducción del número de cigarrillos, con TSN, se han debatido en diversos foros y se han publicado, y actualmente se utilizan con normalidad.

La experiencia en el tratamiento de las drogodependencias nos hace saber que los cambios son lentos, que hay que abordar de manera personalizada aspectos como la motivación, las creencias y expectativas, el *craving*, la

fantasía del control o las recaídas, y que hay que tener en cuenta los factores que intervienen en el inicio del consumo de drogas y en la instauración de un trastorno de abuso o de dependencia. Según la perspectiva y orientación profesional de cada terapeuta, éste pondrá énfasis en unos aspectos o en otros: biológicos, farmacológicos, cognitivos, emocionales, relacionales...

Para la dependencia del tabaco, el enfoque psicológico que ha demostrado eficacia es el de la terapia cognitivo-conductual y las estrategias de la entrevista motivacional, en el contexto de la terapia individual y/o grupal.

Existen otros enfoques clínicos que hemos utilizado en el resto de drogas y que pueden ser útiles en el tratamiento del tabaquismo, como el enfoque sistémico-relacional. Explorar la organización del sistema familiar (nuclear y de origen) del fumador orienta diagnósticos de disfuncionalidad familiar que potencian las dificultades para la cesación tabáquica. Una buena herramienta es realizar el genograma anotando familiares fumadores, no fumadores y ex fumadores, causas de fallecimiento, enfermedades... Esta exploración no sólo proporciona mucha información, sino que, además, permite al paciente una observación en perspectiva de su posición y su dependencia.

Pilar Roig Cutillas

Psicóloga clínica

Servicio de Drogodependencias

Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Tarragona)



David Vela / España

## Vale la pena

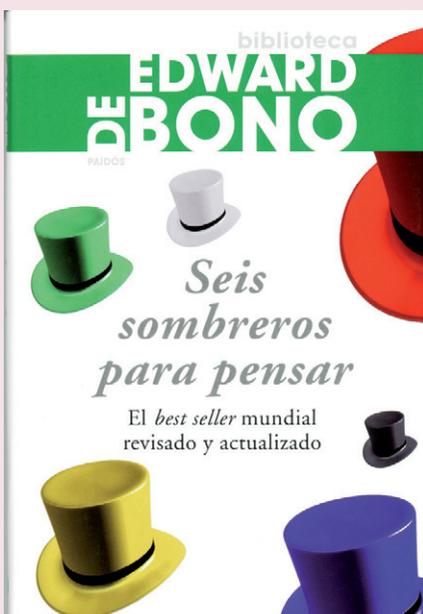
Tengo 26 años y no fumo desde el pasado mes de abril. Dejar de fumar no fue una decisión fácil de tomar ni un camino de rosas. Todo fue a raíz de que mi madre, de 54 años y fumadora, por Navidad tuvo un infarto de miocardio. Entonces fue cuando decidí que no debía fumar más y que tenía que respetar mi salud.

Sabía que sola no lo conseguiría y pedí ayuda. La tuve, pero ya en tratamiento sólo pensaba en fumar, tenía ganas de llorar y de comer. Estaba ansiosa y la situación era insostenible. Cada día era peor: no fumaba, pero en mi mente un pensamiento insistía en que no quería dejar de fumar, me lo repetía una y otra vez. Me preguntaba por qué debía hacerlo, si yo no tenía ningún problema de salud. Volví a fumar un día que estaba desesperada. No me sentí mal ni culpable por haberlo hecho, pero con la insistencia y el apoyo de mi pareja entré en razón, lo volví a intentar y continué el tratamiento. Iban pasando los días, que continuaban siendo largos y grises, y reinaba en mí una gran tristeza. No me di cuenta y ya había pasado un mes, todo iba tomando otro color y empecé a sentirme orgullosa, a valorar lo que estaba consiguiendo y el hecho de que algo que me suponía un gran obstáculo se estaba reduciendo.

Actualmente, tras seis meses de abstinencia, debo decir, sinceramente, que ha valido la pena pasar por esta experiencia, porque ahora soy libre. He conseguido cambiar hábitos, estoy satisfecha de lo que estoy haciendo y, sin bajar la guardia, seguiré adelante paso a paso y día a día hasta llegar a ser realmente una ex fumadora. Vale la pena.

LB

## Crítica literaria

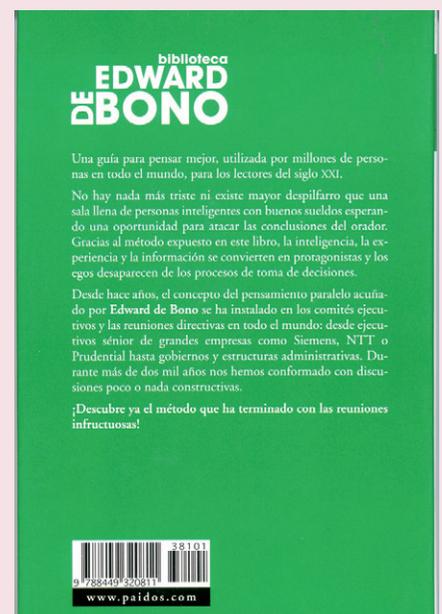


## Seis sombreros para pensar

En este libro, Edward de Bono nos presenta una técnica original y dinámica para llevar a cabo el proceso de toma de decisiones tanto individualmente como en grupo. El autor expone un proceso de pensamiento paralelo, basado en su dirección más que en la descripción.

Esta técnica nos anima a ir poniéndonos seis sombreros metafóricos, que se presentan en seis colores distintos. Cambiamos de sombrero, cambiamos de forma de pensar. Cada uno de ellos nos invita a seleccionar y dirigir nuestro pensamiento hacia alguno de los diferentes procesos de la toma de decisiones: valorar los hechos objetivos, las fortalezas y debilidades, identificar emociones respecto al proceso y el grupo y fomentar la creatividad. Resulta, así, un modo fácil y animado de potenciar y simplificar el pensamiento efectivo.

Edward de Bono  
Editorial Paidós Ibérica





## Tabaquismo preoperatorio y promoción de la salud

*Campaña de sensibilización en la ULB-Erasme*

**Porque una operación «se vive mejor sin tabaco», el hospital ULB-Erasme desarrolla un programa de acompañamiento específico y personalizado, para ayudar a los pacientes a dejar de fumar antes de la intervención.**

«**C**uando se hospitaliza a una persona, por las razones que sea, generalmente ésta es más susceptible de entender los consejos que se le dan con respecto a su salud y, por lo tanto, de participar activamente en el éxito de su acometida. Por otro lado, el contexto hospitalario permite desarrollar programas más extensos de promoción de la salud de los que podría asumir un médico generalista por sí solo; sin embargo, este enfoque pluridisciplinario debe adoptarse en estrecha colaboración con dicho generalista, puesto que él conoce bien a su paciente y, en particular, sus hábitos de vida», explica Jacques Dumont, tabacólogo, enfermero y coordinador del Centre d'Aide aux Fumeurs (Centro de Ayuda a los Fumadores) del hospital Erasme, reconocido por el Fondo de Afecciones Respiratorias, (FARES, en sus siglas en francés). Al igual que otros establecimientos que ya han integrado una estructura de estas características, al formar parte de la Red Europea de Hospitales Libres de Humo, este hospital universitario dispone de un centro de ayuda a los fumadores desde 1997.

La atención a pacientes dependientes del tabaco forma parte naturalmente de sus objetivos. Los ayuda a dejar de fumar si lo desean, mediante consultas individuales con un tabacólogo (índice de éxito aproximado de un tercio tras 6 meses de abandonar el hábito) y entrevistas motivacionales. Además, se organizan grupos de ayuda para dejar el tabaquismo en el seno del hospital, pero también fuera del mismo (mediante reuniones en el lugar de trabajo). Asimismo, la formación del personal es importante para aprender a abordar correctamente este problema, evitar una actitud culpabilizadora en las intervenciones y ayudar eficazmente a todas las personas que se enfrenten a dificultades graves en su vida (separación, duelo, sufrimiento físico y psíquico...). No obstante, con el tiempo, se ha emprendido progresivamente un nuevo giro en el seno del hospital bruselense: se multiplican las colaboraciones entre servicios, ya que pueden movilizarse fácilmente varios pres-tatarios. Entre estas nuevas iniciativas se incluye, sin lugar a dudas, el abandono del tabaco.

### Dejar el tabaco lo antes posible

**«Es importante saber que el tabaquismo aumenta los riesgos de complicaciones generales y postoperatorias en el caso de los fumadores», añade Jacques Dumont.**

En efecto, pueden surgir problemas cardiorrespiratorios, riesgos de infección y coronarios, pero también cicatrizaciones tardías, por lo que la duración del ingreso en el centro hospitalario puede prolongarse.

**«Dejar de fumar antes de una intervención mejora el desarrollo de la anestesia y puede reducir esos riesgos considerablemente. Asimismo, podría ser una oportunidad para abandonar definitivamente el tabaquismo.**

**De ahí que sensibilicemos al conjunto de cirujanos siempre que se programa una operación.»**

Lo ideal es que se deje atrás el tabaquismo entre 6 y 8 semanas antes de la intervención, para lograr que desaparezcan los riesgos anteriormente mencionados. De todos modos, renunciar al hábito más tarde, 3 semanas antes de la intervención, sigue interesando, en la medida en que aporta una reducción notable de dichos riesgos. Incluso si se abandona entre 12 y 48 horas antes resultará beneficioso, pues ello permite un descenso del monóxido de carbono y, por lo tanto, una mejor oxigenación.

**«No obstante, dejar de fumar en una fecha demasiado próxima a la de la intervención, a pesar de aportar múltiples beneficios, puede aumentar el riesgo de tos y expectoraciones.»**

Las consultas preoperatorias de Tabacología están financiadas por el Fonds de Lutte contre le Tabac (Fondo de Lucha contra el Tabaco), de manera que no se facturan. El médico de cabecera del paciente siempre estará informado de esta atención específica. En cambio, el seguimiento postoperatorio y toda ayuda medicamentosa en forma de sustitutos de la nicotina irán a cargo del paciente. La idea de ampliar esta campaña y de trasladarla, tal vez con ocasión del Día Mundial sin Tabaco, el próximo 31 de mayo, a la totalidad de la Red de Hospitales Libres de Humo de la comunidad francesa (una treintena en la parte francófona del país) no desagradaría al coordinador del Centro de Ayuda a los Fumadores del hospital Erasme.

**«Hay más proyectos en desarrollo para 2008-2009 relacionados, por ejemplo, con los pacientes ingresados en cardiología y que sufren problemas de obesidad», afirma Dumont.**

Entretanto, la educación de los pacientes diabéticos, fundamentalmente por medio de la organización de semanas destinadas a ayudarlos a hacer frente a su enfermedad y a vivirla mejor, ya forma parte de un conjunto de acciones de promoción de la salud que se llevan efectivamente a cabo en el hospital Erasme. Destaca también la atención cardiovascular global de los pacientes hospitalizados por infarto, así como la de la obesidad, gracias a la dietética. El centro dispone de una célula dedicada a esta última afección, donde los pacientes reciben información en grupo para gestionar mejor su peso. Todo ello sin olvidar una escuela de la espalda y otras iniciativas relacionadas con el tratamiento de problemas de alcoholismo.

**Thierry Goorden**  
Periodista, médico y  
especialista en Asuntos Europeos  
Bélgica



## Dos años de Ley de Prevención del Tabaquismo en España: luces y sombras

### Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

La ley del tabaco representa el mayor avance en salud pública en España que ha ocurrido en las dos últimas décadas. La ley ha alcanzado el 80% de sus objetivos sin que se hayan generado conflictos ni problemas significativos en el conjunto de la sociedad española.

Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el 79% de la población española apoya los espacios sin humo en los centros de trabajo, el 80% en los transportes, el 61-70% en los restaurantes y el 54-61% en bares y cafeterías. Globalmente, el 70% de la población la apoya según el CNPT<sup>1</sup>, el CIS<sup>2</sup> y la encuesta del Instituto Gallup de 2006<sup>3</sup>. El apoyo a los espacios sin humo va aumentando lentamente en España. La ley será mejor o peor, pero hay que recordar que es la que aprobó el parlamento de la nación que representa al conjunto de los ciudadanos de este país y, por lo tanto, hay que cumplirla.

A principios de 2006, el Ministerio de Economía introdujo y actualizó un componente lineal mínimo para cigarrillos en el impuesto especial sobre el tabaco, de modo que las marcas más baratas han debido incrementar su precio de 1,15 euros a 2,15 euros. Sin embargo, las marcas más populares y consumidas siguen costando más o menos igual que a primeros de 2005, es decir, entre 2,80 y 3,10 euros. El precio medio de la cajetilla se sitúa en 2,30 euros y la subida respecto a 2005 ha sido del 2%, inferior a la inflación. En realidad, el precio real del tabaco en valor constante en los años 2006-2007 es similar al de 1997, por lo que son necesarios incrementos más sustanciales –y siempre por encima del IPC previsto– de los impuestos especiales del tabaco con el fin de desincentivar su consumo<sup>4</sup>.

La desaparición completa de la publicidad, la promoción y el patrocinio (incluida la prohibición reciente del patrocinio de productos de tabaco en el deporte del motor<sup>5</sup>) ha demostrado en todos los países en los que ha entrado en vigor que disminuye el consumo, la prevalencia y la presión para que los jóvenes se inicien en el consumo. No hay razones para pensar que en España no esté ocurriendo lo mismo y en 2006 miles de jóvenes no hubieran comenzado a fumar.

El número de puntos de venta se ha reducido en un 40%, y los que hay están mejor regulados (sólo estancos y máquinas con mando para restringir la venta a menores en bares, restaurantes y quioscos de prensa). Decenas de miles de gasolineras y comercios de todo tipo ya no están autorizados a vender tabaco y, de hecho, no lo hacen. La sobreoferta de puntos de venta no responde a una demanda real, sino a una estrategia para aumentar la disponibilidad del producto entre los adolescentes.

El tabaco ha desaparecido de la escena en las empresas, las administraciones públicas y casi todos los centros de transporte por tierra, mar y aire. También en el comercio, en los centros sanitarios y en los educativos se ha reducido el problema significativamente.

En todos esos lugares, los niveles de contaminación por nicotina han descendido significativamente y el número de locales públicos totalmente limpios de nicotina ha pasado del 10% en 2005 al 40% en 2007, por lo que se ha multiplicado por cuatro. El 85% de las empresas españolas cumplen la ley, según los propios trabajadores. Habrá que insistir en la necesidad de actuaciones de información y sensibilización para conseguir que los trabajadores conozcan el contenido de la ley y que a corto plazo el 100% de las empresas la cumplan adecuadamente.

La hostelería es el punto débil de la ley, puesto que sólo regula los locales de 100 metros o más (20% del total). Aunque una parte de los locales regulados cumplen la ley, la mayoría de los 350.000 locales de hostelería no son lugares libres de humo en España.

Los derechos de millones de españoles no fumadores a tomar un café, una bebida o una comida sin humo no se están respetando. La autorregulación en locales pequeños (80% del total) no ha servido, porque las organizaciones de la hostelería están muy influidas por la industria tabacalera y no han parado de inducir entre los hosteleros el pánico a perder ingresos si no permiten fumar a sus clientes, supuesto que no ocurrirá con una prohibición total en la que todos los locales tengan las mismas obligaciones. Por otra parte, en los locales regulados (un 20% del total) se está incumpliendo la ley en un 60% de ellos<sup>6</sup>. La ley portuguesa, la turca, la chilena y una propuesta que se está discutiendo en la República Checa tienen un redactado idéntico a la nuestra en el apartado de hostelería. Eva Kralikova, experta checa en tabaquismo, refería en Globalink que la propuesta de autorregulación en locales menores de 100 metros es públicamente defendida por Philip Morris. Esto puede ser legítimo por parte de la industria, lo que no es lógico es que logre imponerse a todo un parlamento democrático. La autorregulación en un sector muy influido por una industria básicamente irresponsable como la tabaquera nunca ha funcionado (el 98% de los bares pequeños permiten fumar). La autorregulación significa que el Gobierno deja el puesto de delantero para convertirse en árbitro que contempla como los sectores de “intereses especiales” incumplen los acuerdos que ellos mismos propusieron. El lobby tabaquero y sus aliados de la hostelería están mejor organizados, tienen más dinero y son políticamente más influyentes que los grupos sanitarios y los 35 millones de españoles no fumadores.

Según diversos estudios, al menos el 40% de los españoles siguen expuestos al humo ambiental de tabaco en bares y otros lugares de ocio<sup>7</sup>.

Es casi imposible encontrar un local de este tipo sin humo en muchos pueblos y barrios urbanos. Se ha demostrado de nuevo que las medidas voluntarias de autorregulación no funcionan en los locales de menos de 100 metros. Dado que es un sector de mucha visibilidad social, este hecho altera en gran medida la percepción social sobre el éxito de la ley. Se observan diferencias de cumplimiento entre regiones autónomas, pero es todavía prematuro valorarlas de forma precisa,

dado que no disponemos de datos oficiales. Por otro lado, los augurios de pérdidas de puestos de trabajo hechos por la Federación Española de Hostelería no se han cumplido y el número de contrataciones en el sector se ha incrementado en un 5,2% a lo largo de 2006, según los datos de la Seguridad Social de noviembre de 2006<sup>8</sup>. Por otra parte, la Federación de Hostelería ha reconocido recientemente que la ley no ha supuesto pérdidas para el sector.

Es muy lamentable que algunas regiones autónomas hayan caído en la trampa tendida por las tabacaleras y estén hablando de necesidad de mayor tolerancia en relación con un asunto de protección de la salud pública, que no pretende discriminar a nadie, sino proteger la salud de toda la población. Estimamos que con 15.800 inspecciones y 586 expedientes sancionadores, que según datos fragmentarios parecen haberse producido en toda España en los primeros 9 meses de 2006, no puede hablarse de ley coercitiva. En Irlanda el primer año se hicieron 35.000 inspecciones a una población 10 veces menor que España. Según esas cifras, en España se deberían haber hecho 350.000 inspecciones, es decir, 20 veces más de las que se han hecho.

En 2006 se ha incluido la deshabituación de fumadores en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud<sup>9</sup>.

En muchas regiones autónomas se están desplegando intensos programas de formación de profesionales sanitarios en técnicas de asistencia a fumadores. El documento de consenso promovido por el CNPT con la participación del MSC y las regiones autónomas ya está disponible en su versión final. Por primera vez, un documento técnico conjunto desarrollado con la colaboración del Ministerio de Sanidad, las regiones autónomas, las sociedades científicas y otras organizaciones profesionales reconoce que hay tratamientos eficaces para dejar de fumar y abrirá una puerta para seguir avanzando en este ámbito.

La prevalencia del tabaquismo podría haber caído un 12% respecto al total de fumadores, lo que supone que hay 1.200.000 fumadores menos a finales de 2007 comparado con 2005, según diversas encuestas<sup>10</sup>.

En cuanto a la caída de la prevalencia poblacional, estos datos equivalen a una reducción del 3,4% en dos años. Es verdad que la Encuesta Nacional de Salud de 2006 proporciona una reducción de únicamente el 5% en dos años, que equivaldría a un descenso poblacional del 1,4%. Pero los datos de esta encuesta general de salud –por tanto, no dirigida específicamente a tabaco– no son congruentes con las encuestas específicas de tabaco ejecutadas en el ámbito nacional y regional. En todo caso, este descenso de la prevalencia de fumadores no hubiese sido posible sin la participación de miles de profesionales sanitarios con mayor motivación y formación que en el pasado y de un creciente número de expertos en tabaquismo. Por otra parte, 3 millones de fumadores han intentado dejarlo y casi 2 millones han conseguido fumar menos y estar mejor dispuestos para el siguiente intento. En población escolar de 14 a 18 años, la proporción de fumadores diarios en los últimos 30 días ha pasado del 21,5% al 14,8%, lo que indica una reducción espectacular que no se producía

en los últimos 10 años. Esto puede estar asociado a varios factores, como la prohibición de la publicidad, la reducción de los puntos de venta, el endurecimiento de las condiciones de acceso a los menores y la cesación de cientos de miles de adultos<sup>11</sup>.

**Las ventas de tabaco se han reducido en 2006 un 2,8%<sup>11</sup>, lo que supone 2.600 millones menos de cigarrillos consumidos a lo largo del año o 130 millones de cajetillas.**

En 2005 el descenso fue del 0,6% (casi 5 veces menos). Un estudio reciente revela que la verdadera caída del consumo entre los ciudadanos españoles ha sido del 13% en 2006-2007 comparado con 2005<sup>13</sup>. Esta disparidad en los datos del Comisionado se debe a que el 36% de las ventas en España son a turistas y visitantes, muy voluminosas por el diferencial negativo de los precios del tabaco con los países de procedencia. Por lo tanto, las ventas de tabaco no son un buen marcador del consumo real de tabaco en la población autóctona española.

Estudios poblacionales de percepción de la exposición sugieren mejoras espectaculares en los lugares de trabajo y algunos progresos en bares y restaurantes<sup>14</sup>. También existen estudios de marcadores ambientales. Según éstos, los niveles de nicotina ambiental se han reducido significativamente en un 100% en los centros de trabajo privados, un 65% en las administraciones públicas, un 67% en las universidades y un 94% en los restaurantes libres de humo. En restaurantes con zona de fumadores, la reducción ha sido del 37% y en discotecas y pubs, del 51% (en ambos casos no significativa)<sup>15</sup>. Los camareros de bares sin humo han reducido su nivel de cotinina en un 56%, lo que prueba la importancia de que todos los lugares de ocio sean espacios totalmente libres de humo de tabaco<sup>16</sup>.

**En cuanto a indicadores de salud, datos preliminares han revelado una disminución de la morbilidad atendida por infarto de miocardio del 11,4%, similar a la observada en Italia y en Irlanda<sup>17</sup>.**

Harán falta varios años para que se perciba su efecto en la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas y cáncer, debido a que el intervalo entre exposición y enfermedad es más amplio. En resumen, todos estos resultados justifican sobradamente la entrada en vigor de la ley por encima de cualquier otra consideración.

#### Tareas pendientes

Aparte del Ministerio de Sanidad, todo el Gobierno debe implicarse en mayor medida en la prevención del tabaquismo. El temido "coste socioelectoral" de las medidas de prevención puede ser mayor cuando estas son tibias y no contentan a nadie.

El Ministerio de Hacienda debe atreverse a incrementar el impuesto mínimo del tabaco hasta los 100 euros por mil cigarrillos (ahora es de 70) y el impuesto específico hasta los 12 euros (ahora es de 8 euros), así como mantener anualmente incrementos claramente superiores al IPC. También hay que homologar la fiscalidad del tabaco en picadura para liar al de los cigarrillos. El precio del tabaco

debería desaparecer del cálculo del IPC, para facilitar el incremento de la presión fiscal.

**Es muy importante que el Ministerio de Trabajo acepte formalmente los riesgos del tabaquismo pasivo en el medio laboral, ordene a la Inspección de Trabajo verificar el cumplimiento de la Ley 28/2005 en las empresas y que se reconozcan los efectos del tabaquismo pasivo como una enfermedad profesional.**

El Ministerio de Cultura debe tener en cuenta que persiste la promoción incentivada del tabaco en el cine, las teleseries populares, las revistas juveniles y de moda y otros soportes audiovisuales, y debería analizar cuidadosamente los guiones que financia con dinero público.

El Gobierno debe informar mejor de la magnitud de los riesgos del tabaquismo pasivo a la población. Hacen falta campañas continuadas de información a la población explicando bien la naturaleza y la magnitud de estos riesgos. Esto requeriría una inversión anual entre 7,5 y 15 millones de euros durante al menos dos años.

Es necesario que los servicios de inspección se comprometan activamente en la verificación de la norma y los que la incumplan reiteradamente sean sancionados. Con una ley que ampare todos los lugares públicos como libres de humo el coste en inspección sería mínimo.

Los gobiernos regionales deben asumir sus responsabilidades y tareas de inspección de verificación y control de la ley, especialmente en locales de hostelería y puntos de venta. Se sigue vendiendo tabaco en algunos bares y comercios sin máquina expendedora debido a la falta de control y de inspecciones.

**Hacen falta más recursos estables para que los tratamientos más eficaces sean accesibles para todos los fumadores desde el sistema sanitario público.**

Un porcentaje significativo de fumadores precisan tratamientos intensivos para poder dejar el tabaco y la estructura asistencial en tabaquismo es débil y no está adecuadamente financiada.

Es necesario que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marco del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, desarrolle las medidas legales necesarias para asegurar el control de los productos de tabaco. Es preciso que las autoridades sanitarias puedan informar a los consumidores y al público en general sobre los contenidos de cada presentación comercial del producto. Para ello, se debería articular un sistema de análisis periódicos de los productos a través de laboratorios designados a tal fin.

Es necesario que el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con todas las instituciones que conforman el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, desarrolle un sistema estable de evaluación

de los distintos indicadores que permitan valorar la evolución del problema del tabaquismo en nuestro país, así como el impacto de las distintas medidas legales, educativas y asistenciales que se van desarrollando.

La ley actual, pese a su juventud, ya no tiene más recorrido. Lo dicen comunidades autónomas (Aragón, Cataluña, Navarra, Andalucía...), hosteleros independientes, trabajadores de la hostelería, sociedades científicas, organizaciones de consumidores... Sólo falta que el Gobierno y los parlamentarios comprendan este hecho y propongan soluciones.

**Dra. M. Ángeles Planchuela**  
Presidenta del Comité Nacional  
para la Prevención del Tabaquismo

#### Bibliografía

- <sup>1</sup> CNPT. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación con el consumo de tabaco (Diciembre 2006). Accesible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/C26082 INFORMEDERESULTADOS\\_29\\_12\\_06.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/C26082 INFORMEDERESULTADOS_29_12_06.pdf)
- <sup>2</sup> Encuesta CIS. Tabaquismo y nueva normativa antitabaco (2006). Disponible en [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2660\\_2679/2665/Ft2665.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2660_2679/2665/Ft2665.pdf)
- <sup>3</sup> Instituto Gallup. Ley Antitabaco 2006. Disponible en [http://www.gallup.es/encu/ley\\_antitabac06/intro.asp](http://www.gallup.es/encu/ley_antitabac06/intro.asp)
- <sup>4</sup> Atención Tabaco y Fiscalidad en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (septiembre 2007).
- <sup>5</sup> BOE 13-1-2007. Real Decreto, por el que se deroga la disposición transitoria quinta de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias.
- <sup>6</sup> Aterido I. Organización de Consumidores y Usuarios-Salud. Fumar en Lugares Públicos (junio 2007).
- <sup>7</sup> Encuesta Nacional de Salud. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística.
- <sup>8</sup> Ministerio de Industria y Turismo. <http://www.iet.tourspain.es/paginas/rvisor.aspx?ruta=Afiliación%20Seguridad%20Social/Estructura/Mensual/> (acceso diciembre 2006).
- <sup>9</sup> Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- <sup>10</sup> Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Riesco Miranda JA, Ancochea Bermúdez J. Año SEPAR 2007: Año para la Prevención y el Control del Tabaquismo. Arch Bronconeumol 2007; 43: 423-424.
- <sup>11</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (encuesta escolar) 2006-07.
- <sup>12</sup> Comisionado para el Mercado de Tabacos. <http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/mercado Estadisticas.tmpl> (acceso marzo 2007).
- <sup>13</sup> González I. Agencia de Vigilancia Aduanera. Barcelona: Ministerio de Hacienda; 2008.
- <sup>14</sup> Galan I, Mata N, Estrada C, Díez-Ganan 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 Aug 30; 7 (1): 224 17760974.
- <sup>15</sup> Sánchez-Martínez F, López MJ, Nebot M, Ariza C, Grupo de Evaluación de la Ley 28/2005. Exposición al humo ambiental de tabaco en centros de trabajo antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Med Clin (Barc) 2007; 129 (3): 100-3.
- <sup>16</sup> Castillo A, Saltó E, Cabezas C, Nebot M, Juárez O, Sánchez E. Ley Antitabaco 2006. Reducción de ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio un año después. Prevención del Tabaquismo 2007; 9 (S): S9.
- <sup>17</sup> Fernández A, Schiaffino JA, Pascual y Grupo de Evaluación de la Ley 8/2005. Concentración de cotinina en saliva en una cohorte de trabajadores de la restauración antes y después de la Ley 28/2005E. XXIX Reunión Científica SEE. Logroño, 3-6 oct. 2006.

# VII Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo

## Realidades, retos y nuevas estrategias en tabaquismo

**Jueves, 19 de febrero de 2009**

**19.30 h**

Conferencia inaugural (Salón de Actos del Rectorado)  
De los papeles de la industria a la década del control  
Stanton Glantz (San Francisco)

**Viernes, 20 de febrero de 2009**

**De 09.00 h a 10.30 h**

TALLERES  
Espacios sin humo  
Peso corporal y deshabituación al tabaco  
Abordaje en pacientes con psicopatología  
Cómo diseñar un estudio de investigación  
MESAS REDONDAS  
Tabaco, piel y estética  
Manejo de emociones en el proceso de tratamiento

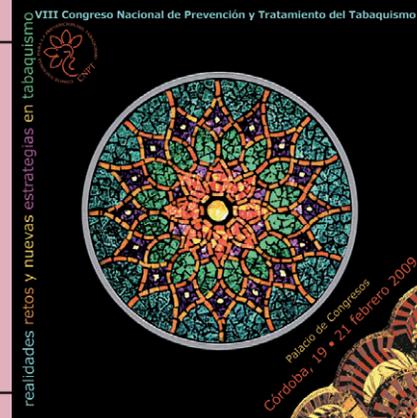
**De 11.15 h a 13.00 h**

TALLERES  
Abordaje del consumo del tabaco en el embarazo  
Entrevista motivacional  
Búsqueda de documentación de la industria  
Tabaco y medios de comunicación. Estrategias de influencia  
MESAS REDONDAS  
Quit-lines  
Abordaje del tabaquismo en consumidores de otras sustancias adictivas

**De 13.15 h a 14.30 h**

Plenario / El futuro de la cesación tabáquica

**De 14.30 h a 16.30 h** / Comida



**De 16.30 h a 18.15 h**

TALLERES  
Prevención de las recaídas  
Género y tabaco  
Grupos de deshabituación en atención primaria  
Análisis crítico de la bibliografía científica  
MESAS REDONDAS  
Prevención del consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes  
Preps y estrategias en la reducción del daño

**De 18.30 h a 19.30 h**

Plenario / Evaluación de las políticas de control

**20.30 h**

Visita guiada de la Mezquita, rutas de las tabernas...

**Sábado, 21 de febrero de 2009**

**De 09.00 h a 10.45 h**

TALLERES  
Habilidades de intervención grupal en el tratamiento.  
Saber escuchar, saber preguntar  
Tabaquismo pasivo: cómo aumentar la percepción de riesgo  
MESAS REDONDAS  
Publicidad y medios de comunicación: Nuevas estrategias publicitarias  
Aspectos claves en la implantación de la atención al tabaquismo  
Fiscalidad del tabaco

**De 11.15 h a 13.00 h**

TALLERES  
Intervención con adolescentes  
La importancia de la comunicación  
Aumento de la adherencia al tratamiento  
Redacción de artículos científicos  
MESAS REDONDAS  
Oportunidades y dificultades en la implementación de medidas de control  
Qué es y qué no es una unidad especializada de tabaquismo  
Cine y TV sin tabaco. Smoke-free movies

**De 13.15 h a 14.30 h**

CONFERENCIA DE CLAUSURA

**De 14.30 h a 16.30 h** / Comida

**De 16.30 h a 18.00 h**

Presentación y defensa de comunicaciones (pósters)  
Asamblea CNPT

**21.30 h**

Cena de clausura

**Lugar:** Palacio de Congresos (Córdoba)

**Contacto:** Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)

**Secretaría Científica:** tel. 693 519 300

**Secretaría Técnica:** tel. (+34) 923 269 292

fax (+34) 923 269 208

**E-mail:** secretaria@cordobacnpt.es

**Web:** http://www.cordobacnpt.es

### Índice

**01** El editorial

Tabaco, crisis económica e hipotecas

**01** La experiencia

Abordaje al Tabaquismo desde el Servicio de Drogodependencias

**02** Concurso de dibujo

**02** Carta de una paciente

Vale la pena

**02** Crítica literaria

Seis sombreros para pensar

**03** Firma invitada

Tabaquismo preoperatorio y promoción de la salud

**04/05** Nuestra experta opina

Dos años de Ley de Prevención del Tabaquismo en España: luces y sombras

**06** La actualidad de la formación

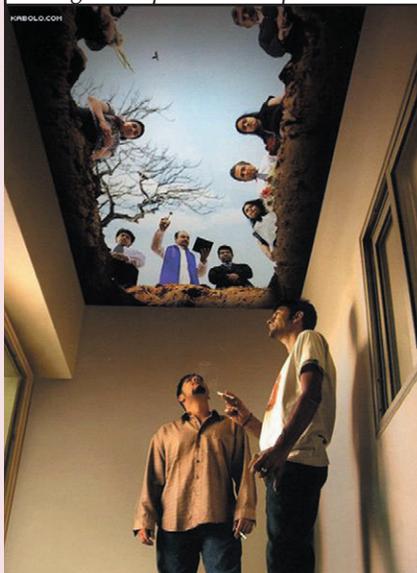
VII Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo

### El consejo

Aplica las tres erres: respétate a ti mismo, respeta a los demás y responsabilízate de tus acciones.

*Dalai Lama (nacido en 1935)*  
Líder espiritual

### Imágenes que hablan por sí solas



### Edita



**HOSPITAL DE SANTA MARIA**



**Generalitat de Catalunya**  
**Departament de Salut**



### Colaboran

