



**CAMPANYA**



**NOUS  
AIRES**  
En El Control  
Del Tabaquisme

**DOCUMENT DE CONSENS**

**Taula Tècnica de Catalunya**

*(Barcelona, 22 de juny de 2010)*

## **COMITÈ ORGANITZADOR**

---

- ✓ Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràctica (SEPAR).
- ✓ Comitè Nacional per a la Prevenció del Tabaquisme (CNPT).
- ✓ Coalició de Ciutadans amb Malalties Cròniques.

## **OBJECTIU**

---

El passat 22 de juny de 2010 va tenir lloc, a Barcelona, la Taula Tècnica, inscrita dins la campanya "Nous aires en el control del tabaquisme", amb l'objectiu de reunir un grup multidisciplinar de professionals per determinar la situació actual de l'abordatge del tabaquisme a Catalunya, i valorar si actualment es disposa de prou recursos, i si l'estructura sanitària actual permet atendre correctament el fumador.

L'objectiu és aconseguir introduir i mantenir el tabaquisme a l'agenda política i promoure millores legislatives que permetin avançar en el control de l'epidèmia tabàquica.

## **TEMES TRACTATS DURANT LA TAULA TÈCNICA**

---

Durant la Taula Tècnica de Catalunya, els experts presents van tractar el tema del tabaquisme des de diferents àmbits:

- 1. PACIENTS**
- 2. ATENCIÓ PRIMÀRIA**
- 3. ATENCIÓ ESPECIALITZADA**
- 4. PSICOLOGIA I PSIQUIATRIA**
- 5. INFERMERIA**
- 6. FARMÀCIA**
- 7. ADMINISTRACIÓ PÚBLICA**

## **SITUACIÓ ACTUAL**

---

### **RADIOGRAFIA DEL CONSUMIDOR DE TABAC**

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya relatives a l'any 2006, el 29% de la població catalana de 15 anys i més és fumadora. La prevalença d'homes fumadors a Catalunya és del 34%, mentre que el consum de tabac en dones és del 24%.

Els estudis sobre el consum de tabac entre els joves de Catalunya, dirigits per la Generalitat de Catalunya, indiquen que 2 de cada 10 joves catalans d'entre 15 i 24 anys admeten fumar a diari. L'edat d'inici de l'hàbit del tabac se situa al voltant dels 15 anys, i el consum diari es consolida als 17 anys, mentre que el pic de consum es troba en joves de 21 i 22 anys, amb diferències entre sexes; les dones fumen més entre els 15 i els 18, i els homes ho fan més tard.

L'any 2008, 150.000 persones van intentar deixar de fumar a Catalunya, 50.000 ho van aconseguir. O sigui, un de cada tres catalans que va intentar deixar de fumar l'any 2008 ho va aconseguir.

Sembla que el tabaquisme a Catalunya ha entrat en un cicle de control a la baixa, s'han registrat els nivells més baixos documentats; ara bé, val a dir que la proporció de fumadors disminueix de manera més accentuada en els homes que en les dones.

### **VENDA DE TABAC**

Pel que fa a les vendes de tabac a Catalunya, l'any 2008 es van vendre 848.745.585 paquets de cigarretes, un 0,55% més que el 2007, encara que dades recents demostren que l'any 2009 les vendes van ser menors respecte el 2008. Aquesta tendència s'ha accentuat el 2010.

### **MORTALITAT I MORBIDITAT ASSOCIADES AL TABAC**

Segons estimacions recents, a Catalunya, el 6% del total de morts de dones i el 20% de morts d'homes es pot atribuir al consum de tabac. Així doncs, segons les paraules de la sotsdirectora general de Promoció de la Salut de la Conselleria de Salut del govern català, Carmen Cabezas, en el marc de les XI Jornades de la Societat Espanyola d'Especialistes en Tabaquisme (SEDET), un total de 24 persones moren cada dia a Catalunya a causa del tabac, xifra que suma aproximadament 8.600 persones l'any.

Entre 2002 i 2006, la mortalitat atribuïble al tabaquisme a Catalunya s'ha reduït en 400 morts anuals, i encara que les neoplàsies continuen

augmentant, baixen les malalties cardiovasculars i les patologies respiratòries. Després de l'aplicació de la Llei 28/2005, s'ha produït un descens de les hospitalitzacions per infart agut de miocardi a la majoria dels grups d'edat.

## **ESPAIS LLIURES DE FUM**

D'acord amb l'estudi "El tabaco en los establecimientos de restauración y hostelería: Estudio observacional en Barcelona" de 2008, el 40% dels restaurants de la Ciutat Comtal és lliure de fum o ofereix zones separades, mentre que el 75,4% dels bars-cafeteria permet fumar d'acord amb el que estableix la Llei 28/2005.

La Llei 28/2005 ha servit com a catalitzador del descens del consum de tabac a Catalunya, s'han incrementat els intents d'abandonament i ha disminuït l'exposició ambiental al fum de tabac als espais en què es prohibeix fumar.

Per a la seva implantació, el Departament de Salut va portar a terme una sèrie de mesures per aconseguir l'actuació i la implicació dels sectors clau, com el món laboral, la ciutadania, les associacions de consumidors, els agents socials, el món de l'hostaleria i el comerç, les administracions públiques i l'àmbit sanitari. Les mesures implantades van consistir a:

- ✓ Difondre informació sobre els efectes del consum de tabac en la salut.
- ✓ Sensibilitzar sobre els canvis possibles i sobre les experiències internacionals de prevenció i de control del tabaquisme.
- ✓ Informar i promoure accions de bona pràctica per afavorir els ambients lliures de fum.

Segons un estudi de la Societat Espanyola d'Epidemiologia, Catalunya és la comunitat que va complir millor l'actual llei antitabac. Així doncs, entre gener de 2006 i desembre de 2009 es van realitzar un total de 52.280 inspeccions per avaluar el seguiment de la Llei 28/2005, es van tramitar 532 expedients, dels quals 350 es van sancionar.

## **LLEI DE SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA**

A l'octubre de 2009, el Parlament català aprova per unanimitat la Llei de salut pública de Catalunya, una mesura pionera que reconeix per primera vegada en la història el dret dels fumadors de rebre, per part de la Generalitat, ajudes per deixar de fumar.

Actualment, el sistema català ofereix suport farmacològic i acompanyament sanitari a determinats grups seleccionats de fumadors que volen deixar de fumar.

## **RECURSOS SANITARIS CONTRA EL TABAQUISME**

Per atendre el fumador als centres sanitaris, s'han articulat una sèrie d'activitats amb la coordinació dels recursos assistencials. Les línies principals són:

- ✓ Xarxa de centres d'atenció primària sense fum: s'ha aconseguit la cobertura de totes les àrees bàsiques de salut actuals a Catalunya, on els professionals sanitaris (mèdics i d'infermeria) ofereixen consell, intervenció breu i seguiment dels pacients.
- ✓ Xarxa de farmàcies sense fum: més de 100 oficines, amb un protocol de consell mínim, d'assessorament i de seguiment.
- ✓ Xarxa d'hospitals sense fum: actualment n'hi ha 54 en fase activa i es pretén arribar a la cobertura total (68 hospitals) l'any 2011.
- ✓ Unitats de referència: actualment hi ha 23 unitats especialitzades que ofereixen tractament especialitzat a la població derivada.

Com a resultat d'aquesta activitat assistencial d'ajuda per deixar de fumar, s'han recollit les dades següents:

- ✓ A atenció primària, entre 2006 i 2009 es van registrar 42.000 fumadors que van deixar de fumar de mitjana cada any.
- ✓ Als hospitals, 2.108 pacients ingressats van rebre ajuda per deixar de fumar entre 2006 i 2009.
- ✓ Les unitats especialitzades atenen més de 2.000 pacients l'any.
- ✓ La línia telefònica d'atenció al fumador ha rebut 10.000 trucades des del seu inici, l'any 2007. De 2.026 persones, 968 van iniciar tractament entre juny de 2007 i abril de 2009. L'any 2010 ha crescut de manera significativa la utilització d'aquesta línia d'ajuda.
- ✓ S'han finançat 8.464 tractaments farmacològics de franc entre 2006 i 2009, amb un cost aproximat global d'1.350.000 €.

## **TEMES TRACTATS DURANT LA TAULA TÈCNICA**

---

### **1. PACIENTS I CIUTADANS**

El representant dels pacients i de la societat civil afirma que la Llei 28/2005 de mesures sanitàries enfront el tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac és un instrument útil que va suposar una millora respecte la situació anterior a l'aprovació de la Llei; val a dir, però, que no protegia ni el col·lectiu fumador, al què es privava de la possibilitat d'accedir a tractaments que han demostrat ser eficaços, ni al no fumador, obligat a quedar-se en ambients contaminats per fum de tabac a causa del deteriorament progressiu del compliment de l'actual Llei. Per això, era necessari modificar determinats aspectes per protegir la ciutadania de l'aire contaminat pel fum de tabac i va resultar positiu que el Congrés donés suport per unanimitat a la reforma de la Llei del tabac per aconseguir que els espais públics i de treball siguin 100% lliures de fum de tabac.

El representant dels pacients destaca la gran importància sanitària del tabaquisme pel fet de ser una malaltia devastadora, i demana prestacions sanitàries homogènies en l'àmbit estatal amb l'objectiu de no discriminar el malalt pel seu lloc de naixement, segons estableix la Llei de cohesió i de qualitat del Sistema Nacional de Salut espanyol.

Reivindica el finançament públic i que es posin a disposició del pacient tots els medicaments que hagin demostrat llur eficàcia, i trasllada el seu desconcert pel fet que no es financen aquests medicaments, però, en canvi, sí que es financen altres medicaments molt més cars per tractar les malalties que provoca el tabaquisme. Afirma que seria molt més eficient tractar el tabaquisme per evitar-ne totes les malalties secundàries.

Assenyala la formació dels professionals com la millor garantia dels pacients per a una adequada assistència sanitària.

Entre els principals dèficits citats pel representant del col·lectiu de pacients, hi ha la necessitat d'una millor formació per part del personal sanitari i la manca de motivació en el tractament del tabaquisme, juntament amb la manca de coordinació entre el col·lectiu d'atenció primària i d'atenció especialitzada.

Proposa el disseny d'un model sanitari estructurat que permeti una bona atenció del pacient fumador i fa una crida als professionals sanitaris per establir acords en les actuacions contra el tabac, deixant de banda rivalitats corporativistes.

## **2. ATENCIÓ PRIMÀRIA**

Els representants de l'atenció primària coincideixen a assenyalar la posició privilegiada dels equips d'atenció primària en l'abordatge del tabaquisme, perquè són els professionals sanitaris de referència per al pacient. Assenyalen la formació i la conscienciació sobre tabaquisme de professionals com a eix prioritari.

### **Document PESCE**

El PESCE (General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation) és un document adreçat a analitzar el paper del personal mèdic en el tractament del tabaquisme a Europa. Es va redactar entre setembre de 2006 i maig de 2008.

Hi van participar 31 professionals de 27 països, encara que només 3 eren metges de capçalera o generals.

Objectius d'aquest document:

1. Promoure l'augment de les intervencions per part dels professionals d'AP.
2. Impulsar o remarcar el benefici econòmic que té l'augment d'aquestes intervencions.
3. Canviar l'entorn dels professionals d'AP, perquè es puguin portar a terme les intervencions.

Segons aquest document, alguns dels factors que influeixen en que els professionals d'AP intervinguin més o menys en la cessació tabàquica són:

- ✓ Els professionals fumadors intervenen menys.
- ✓ L'interès i l'actitud respecte el tabac.
- ✓ Percepció d'alguns professionals que la intervenció tabàquica perjudica la relació entre el metge i el pacient.
- ✓ Factors relacionats amb els propis pacients.
- ✓ Factors estructurals com el temps, la pressió assistencial, etc.
- ✓ Manca de coneixement dels mètodes i dels tractaments per ajudar a deixar de fumar.

Pel que fa a les recomanacions polítiques i estratègiques que van concloure els 31 participants:

- 1.** Entrenar habilitats en tabac. Augmentar les competències i la formació en l'àmbit universitari i de formació continuada.
- 2.** Promoure des de l'AP la participació en projectes d'investigació.
- 3.** Ajudar tots els professionals que volen deixar de fumar.
- 4.** Informar dels serveis i de les unitats de tabac existents i dels resultats de l'atenció dels pacients en tractament i derivats, de manera que hi hagi una informació bidireccional.
- 5.** Registrar sistemàticament a les històries clíniques l'estatus del fumador i les accions que es porten a terme.
- 6.** Desburocratitzar les consultes d'AP per poder dedicar temps a la prevenció, al control i al tractament de les malalties.
- 7.** Potenciar el paper dels professionals d'AP en l'abordatge del tabaquisme i en la definició de les directrius clíniques.
- 8.** Establir polítiques d'espais lliures de fum pel que fa als professionals d'AP.
- 9.** Controlar el consum de tabac dels professionals sanitaris.
- 10.** Conscienciar la població que l'atenció primària està capacitada per atendre el pacient fumador.
- 11.** Conscienciar els professionals sanitaris de la importància que té la prevenció i la cessació tabàquica en la salut de la població.
- 12.** Evitar que les societats científiques tinguin relació, directament o indirecta, amb la indústria tabaquera.



## **Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España**

El 2009 es va publicar el Documento Técnico de Consenso de la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. El treball descriu les característiques pròpies d'atenció primària i la seva posició privilegiada en l'atenció del tabaquisme.

El caràcter actiu, integral, longitudinal, accessible, el desenvolupament d'una tasca en equip, la implantació d'atenció personalitzada i la seva dimensió comunitària converteixen l'atenció primària en un lloc privilegiat per abordar el tabaquisme. El 70% dels fumadors passa per una consulta com a mínim una vegada l'any, això ofereix al col·lectiu una oportunitat única per intervenir contra el tabaquisme, convertint-se en el millor punt de captació i de seguiment dels fumadors.

### **Programa "Atenció primària sense fum"**

El programa "ATENCIÓ PRIMÀRIA SENSE FUM" neix el 2002 amb l'objectiu de:

- 1.** Sensibilitzar els professionals d'atenció primària.
- 2.** Disminuir la prevalença de fumadors entre el col·lectiu d'atenció primària.
- 3.** Ajudar els pacients a deixar de fumar facilitant l'accés als tractaments.
- 4.** Protegir la salut dels professionals evitant-ne l'exposició al fum ambiental de tabac.

El programa es basa en 4 pilars fonamentals:

- ✓ Espais sense fum
- ✓ Sensibilització
- ✓ Formació dels professionals, perquè puguin intervenir en els pacients amb més garanties
- ✓ Deshabitució per als professionals d'atenció primària

En termes generals, la formació és la línia d'actuació en què s'ha avançat més. Fa 7 anys que s'hi treballa, 800 professionals han rebut formació sobre tabaquisme i, alhora, han format els seus companys; gràcies a la

formació de formadors i a la formació en cascada, s'ha aconseguit que arribi a la totalitat d'EAP de Catalunya.

### **Més accions sobre el tabac**

- 1.** Elaboració de guies de tabaquisme.
- 2.** Jornades per consolidar la xarxa de tabac establerta. En aquest sentit, destaquen la importància d'establir sinèrgies entre els diferents programes de tabac desenvolupats a Catalunya.
- 3.** Enquesta en línia. S'ha fet una enquesta per analitzar la situació actual i les necessitats en tabaquisme. La formació de professionals es perfila com a imprescindible.
- 4.** Creació de grups de treball a diferents àrees:
  - ❖ Joves i tabac
  - ❖ Teràpia en grup
  - ❖ Tractament de grups especials
  - ❖ Alternatives no farmacològiques
  - ❖ Avaluació del programa propi
  - ❖ Grups que defineixin els referents

### **Intervencions a atenció primària**

Els representants del col·lectiu d'atenció primària resumeixen de la següent manera el paper d'aquest col·lectiu en el tractament del tabaquisme.

- ✓ Intervenció breu: l'objectiu és identificar el fumador i posar a la seva disposició els tractaments disponibles per deixar de fumar. Aquesta intervenció s'inscriu en l'activitat diària de les consultes i s'ha d'oferir a les persones que visiten el centre de salut, independentment del motiu. Es tracta d'una intervenció oportuniste.
- ✓ Intervenció intensiva, en alguns casos: es tracta d'una intervenció programada, amb unes 6-7 visites d'una durada aproximada d'entre 20 i 30 minuts cadascuna.
- ✓ Intervenció en grup: es realitza en diferents centres d'atenció primària. L'admissió de les persones interessades s'avalua segons criteris d'inclusió. La intervenció es porta a terme per un professional mèdic i un professional d'infermeria d'atenció primària. Està composta per 7 sessions de 90 minuts (amb un interval d'un mes entre dues sessions).

- ✓ Intervencions comunitàries: es participa a la difusió de campanyes de tabac i es dóna suport des dels centres amb l'objectiu d'arribar a la població (participació en programes de ràdio i de TV, entrevistes a diaris, etc.).
- ✓ Consultes específiques sobre tabac dins els centres d'atenció primària. Un professional d'infermeria o medicina dedica un espai horari específic per atendre els seus pacients fumadors o pacients derivats per altres companys. S'acostumen a realitzar intervencions intenses.

Des d'atenció primària s'han portat a terme tres estudis de gran valor:

## **1. ISTAPS**

L'estudi, amb una durada de 2 anys (2003-2005), pretenia avaluar l'abstinència dels pacients sotmesos a intervencions de tabaquisme. Es van crear dos grups, un amb una intervenció sistemàtica i intensiva i el grup de control, sotmès a la intervenció que es practica habitualment.

Hi han participar 82 centres d'atenció primària de 13 comunitats autònomes (més de 150 professionals mèdics i d'infermeria). Els resultats de l'estudi van demostrar percentatges d'abstinència superiors en el grup d'intervenció. Encara s'estan analitzant algunes de les dades de l'estudi.

## **2. ITADI**

L'objectiu d'aquest estudi és aconseguir l'abstinència en pacients diabètics fumadors atesos a atenció primària a la ciutat de Barcelona. Actualment s'ha finalitzat el període de reclutament i el lliurament de resultats es preveu per al 2011.

Disposa d'un grup de control i d'un grup d'intervenció. Hi participen uns 1.000 pacients (977) i 98 equips d'atenció primària.

## **3. BIBE**

Estudi sobre tabaquisme passiu en nadons per determinar l'efectivitat d'una intervenció breu a atenció primària adreçada a pares i mares fumadors amb l'objectiu de reduir l'exposició dels nadons al fum del tabac (2009-2010).

Va gaudir d'un grup d'intervenció i d'un grup de control. Es van recollir dades sobre antecedents i sobre l'exposició dels nadons a partir d'una enquesta als progenitors, i es van recollir mostres de cabells per determinar biològicament els nivells d'exposició (nicotina). És un estudi multicèntric en què van participar 96 centres d'atenció primària de tota Catalunya, amb un total de 162 equips de pediatria formats per professionals mèdics i d'infermeria.

**NOUS  
AIRES**  
En El Control  
Del Tabaquisme

Actualment s'està analitzant l'estudi. No obstant això, les primeres dades indiquen que un 73% dels progenitors declara fumar o permetre fumar al propi domicili i, segons dades de nicotina als cabells, un 70% dels nadons, fills d'algun progenitor que fuma, està exposat al fum de tabac.

### **3. ATENCIÓ ESPECIALITZADA**

Els representants del col·lectiu d'atenció especialitzada coincideixen a assenyalar l'assistència sanitària al fumador com a responsabilitat de tots els professionals sanitaris, encara que detallen que aquesta assistència té més importància per part dels professionals d'atenció especialitzada, perquè atenen pacients que la majoria de vegades presenten patologies relacionades amb el consum de tabac. Per tant, la intervenció d'aquest col·lectiu sempre ha de ser obligatòria i imperativa.

Hi ha pacients que, per les seves característiques (urgència per a la cessació, grau d'addició o comorbiditat), cal enviar a les unitats especialitzades de tabaquisme.

Les funcions que han de complir les unitats especialitzades són assistencials, docents i d'investigació, i han d'estar formades per un equip multidisciplinar de professionals experts en tabaquisme que inclogui personal mèdic, d'infermeria i de psicologia.

Les unitats especialitzades han de mantenir una bona comunicació, tant amb els professionals sanitaris d'atenció primària d'un pacient concret, com amb altres especialistes que poden tractar el pacient en algun moment per determinades patologies.

L'any 2001, SEPAR va fer públics els criteris de derivació vàlids per als representants d'atenció especialitzada. Posteriorment, l'any 2008, el CNPT els va adoptar al Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España.

#### **Tractaments de deshabitució tabàquica**

Segons els representants de tots els col·lectius reunits al voltant de la Taula Tècnica sobre tabaquisme a Catalunya, el Sistema Nacional de Salut espanyol hauria d'oferir les opcions farmacològiques per deixar de fumar que han demostrat ser eficaces i cost-efectives. A més, consideren que el Sistema Nacional de Salut espanyol podria assumir el cost que suposaria el finançament d'aquests fàrmacs, que, a més, no formen part de cap tractament crònic.

Els experts reunits coincideixen a afirmar que els tractaments farmacològics per a la deshabitució tabàquica són necessaris i importants, fins i tot claus per al tractament de determinats grups de població, però no són la base del tractament, sinó un element més del procés, que constitueix una ajuda dins un tractament integral.

Els representants de tots els col·lectius participants debaten sobre la idoneïtat que tots els professionals sanitaris puguin prescriure un

tractament farmacològic als pacients que es troben en fase de preparació per deixar de fumar o si s'hauria de reservar només per als especialistes (pneumòlegs, cardíologs, etc.). Conclouen que, perquè sigui possible el primer supòsit, és imprescindible que tots els professionals gaudeixin del coneixement suficient sobre els tractaments existents per poder prescriure'ls i fer el seguiment pertinent del compliment terapèutic dels pacients, com en qualsevol altra patologia.

### **Impacte de la nova Llei 42/2010**

La Llei 42/2010, de 30 de desembre, és una ampliació de la Llei 28/2005 que va entrar en vigència l'1 de gener de 2006 i recollia mesures sanitàries enfront el tabaquisme i la regulació de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.

Diversos estudis han analitzat l'impacte de la Llei 28/2005 pel que fa a la salut dels espanyols i el seu impacte econòmic.

A Catalunya, després de l'aplicació de la Llei 28/2005, el Departament de Salut va exercir un paper molt actiu en la sensibilització i la implicació dels sectors clau. Les dades han demostrat que les vendes de tabac durant els anys 2006 i 2007 van baixar de forma important, així com el consum per càpita. En conjunt, la Llei va tenir un efecte important pel que fa a les millores de salut: la mortalitat atribuïble al tabaquisme es va reduir de 400 morts anuals i es va produir un descens en el nombre d'hospitalitzacions per infart agut de miocardi (11% en homes i 9% en dones), i, encara que es va produir en tots els grups d'edat, no es va observar en els homes de menys de 45 anys.

Estudis de M. Nebot i col·laboradors van concloure una reducció important de la nicotina ambiental als llocs de treball abans i després de la Llei, també als centres educatius i als locals d'hostaleria en què s'havia implantat el compliment de la Llei, fet que no passava als centres que no l'havien implantat.

Un informe elaborat per Pinilla, J. i Negrín, M.A. quatre anys després de l'aplicació de la Llei 28/2005, demostra que els principals indicadors econòmics del sector de l'hostaleria no mostraven cap mena d'efecte negatiu, no hi ha hagut repercussions econòmiques negatives al sector.

A la majoria de països europeus en què s'ha aplicat la regulació d'espais lliures de fum, tampoc no s'han observat efectes negatius substancials en els ingressos o els llocs de treball del sector de l'hostaleria. Les mobilitzacions que estem vivint actualment es basen en dades negatives del sector, potser, però, haurien de tenir en compte altres factors, com, fonamentalment, la crisi econòmica actual.

El Departament de Salut afirma que el 83% dels locals inspeccionats a Catalunya compleix la nova Llei. Es calcula que la nova Llei contribuirà a

evitar entre 700 i 800 morts per tabaquisme passiu que es produeixen anualment a Catalunya.

La resistència de la indústria tabaquera va ser dura i ho continuarà sent, evidentment, així com la del sector de l'hostaleria. Ara bé, a cap país europeu (en què les normes van ser molt més restrictives des de bon començament) no s'han produït efectes negatius al sector.

L'extensió de l'obligatorietat dels espais sense fum als locals actualment exempts generaria una millora de benestar immediata, perquè a Espanya el nombre de no fumadors dobla el de fumadors. És a dir, de mitjana, per cada fumador perjudicat per no poder fumar quan surt amb els amics, dos no fumadors de la mateixa colla se'n beneficiarien. Fins i tot podem matisar aquest càlcul si tenim en compte que, segons l'Enquesta Catalana de Salut (mostra representativa de 4.443 adults al mòdul de tabac), un 37% dels fumadors estan molt d'acord o bastant d'acord amb la prohibició de fumar als restaurants.

La nova Llei ha tingut un efecte multidimensional en termes de millores en la salut, disminució de la prevalença tabàquica en joves i reducció general en l'exposició al fum ambiental del tabac (Nebot i Fernández, 2009).

## **4. PSICOLOGIA/PSIQUIATRIA**

### **Relació entre consum de tabac i malalties mentals**

La dependència de la nicotina és un factor de risc per a l'aparició d'algunes patologies (EPOC, càncer de pulmó, malalties cardiovasculars, etc.) i també constitueix un trastorn psiquiàtric recollit en diversos manuals de diagnòstic de malalties mentals. A més, la nicotina probablement produeix l'addició més severa d'entre totes les drogues.

La prevalença del consum de tabac en població psiquiàtrica és entre 2 i 4 vegades superior a la de la població general, mentre que aproximadament el 23% de la població fumadora presenta algun trastorn psiquiàtric. Es tracta de pacients amb una mortalitat més alta amb relació al consum de tabac, que poden arribar a viure fins a 25 anys menys en cas de malalts psiquiàtrics greus.

La comorbiditat amb altres addicions és molt elevada, frega el 80% en el cas de l'alcohol, el 90% en el cas de dependència a opiàcis, i les xifres es disparen encara més en pacients institucionalitzats: entre el 50% i el 60% en patologia psiquiàtrica i consumidors de tabac, mentre que 3 de cada 4 pacients institucionalitzats consumeixen tabac.

Els pacients psiquiàtrics fumen més cigarretes que la població sense trastorns mentals, el grau de simptomatologia d'abstinència és molt més sever, fins a 4 vegades més en el cas de la depressió major i es multiplica per 16 en la dependència a l'alcohol.

A més, els malalts mentals consumeixen més altres drogues, segueixen menys bé el tractament prescrit i hi ha clares evidències de la relació entre l'associació del consum de tabac i el suïcidi. Els fumadors d'unes 15 cigarretes al dia doblen el risc de suïcidi, que es multiplica per 4 entre els grans fumadors. En canvi, deixar de fumar preveu el risc de suïcidi i els exfumadors pràcticament tenen el mateix risc de suïcidi que els que no han fumat mai.

En resum, es tracta d'una població que fuma més, que té més risc de consumir altres drogues, en què la simptomatologia d'abstinència és més greu, que segueix menys bé el tractament, que té més risc de suïcidi i menys expectatives de vida. En definitiva, estem davant d'una població extremadament vulnerable.

### **Buit de certeses**

No sabem amb exactitud per què els pacients psiquiàtrics fumen, ni què funciona en l'abordatge del tabaquisme en un pacient psiquiàtric. Sabem que hi ha una vulnerabilitat compartida, probablement existeix una base



genètica comuna, hi ha factors socials -situació social deprimida per part del pacient psiquiàtric que el fa sentir sol, avorrit, i probablement tingui més risc de consumir tabac, que és, a més, un vehicle de comunicació social- i també factors externs al propi pacient, com poden ser la falta de motivació del psiquiatra, o la por d'enfrontar-se al pacient psiquiàtric per part d'altres professionals que tracten el pacient perquè no es desestabilitzi i no generi problemes. Tampoc no hem d'oblidar els costos no assumibles per part d'una àmplia proporció dels pacients psiquiàtrics del tractament farmacològic per deixar de fumar.

Els representants dels psicòlegs i dels psiquiatres destaquen la importància de combinar l'entrevista motivacional, la teràpia cognitiva o conductual i l'abordatge farmacològic en els pacients psiquiàtrics. Aquests pacients són complexos i requereixen una intensitat en el tractament més gran que la població general, i a vegades pot ser necessari plantejar-se la reducció del consum de tabac amb un objectiu intermedi. Es reclama la necessitat d'un abordatge psicoterapèutic reglat amb tractament farmacològic continuat en el temps (fins a 12 mesos) per al tractament de l'abstinència.

### **Paper del psicòleg/psiquiatra**

El paper de la psiquiatria és fonamental en l'abordatge del tabaquisme en pacients psiquiàtrics, perquè es tracta d'un nombre de població molt important dins els pacients fumadors, que poden veure la seva salut compromesa pel consum de tabac: Per això, aquests professionals no poden "desentendre's" i plantejar la derivació d'aquest pacient a un altre especialista, sinó assumir-ne l'abordatge, perquè està demostrat que s'ha d'aprofitar el vincle del pacient amb el seu metge (psiquiatra o no) per la força que té per promoure la cessació tabàquica.

Tots els experts reunits afirmen que el psicòleg no és l'únic professional capacitat per aplicar tractaments psicològics o conductuals i destaquen que tots els professionals que treballen en tabac han de motivar el pacient que no vol deixar de fumar, ajudar-lo a identificar les conductes que es poden associar al desig de fumar, etc.

El paper del psicòleg és important en la patologia dual tabaquisme-patologia psiquiàtrica i, sobretot, en l'atenció de determinats grups de deshabitació en què altres professionals poden trobar dificultats, i en el tractament de la patologia ansiosa que apareix després de deixar de fumar.

El paper del psicòleg en un equip multidisciplinari d'intervencions contra el tabaquisme és fonamental. Segons els experts, no és cost-efectiu situar aquests equips multidisciplinars de metges, infermeres i psicòlegs en l'àmbit de l'atenció primària, sinó que han d'existir unitats de referència per proximitat.

## **Nucli dur de fumadors amb patologia dual psiquiàtrica-tabaquisme**

La població que està deixant de fumar és fonamentalment la que té menys dificultats per abandonar l'hàbit tabàquic, independentment de si ho deixa per compte propi o perquè rep l'ajuda pertinent, però probablement el percentatge de pacients complexos que tenen dificultats reals per consolidar l'abstinència, cada vegada registrarà més pacients psiquiàtrics, fet que caldrà tenir en compte per sistematitzar la intervenció que cal realitzar en aquesta població. Segons els representants d'aquest col·lectiu, a mesura que Espanya s'apropa i s'equipara a la resta de països que porten molt més temps implantant intervencions poblacionals, el percentatge de pacients que no poden deixar de fumar i que tenen patologia dual psiquiàtrica-tabaquisme serà cada vegada més alt, com passa actualment als Estats Units i a alguns països nòrdics, on aquest reducte de fumadors que encara no ha deixat de fumar presenta una prevalença de trastorn psiquiàtric molt més alta. Per tant, les intervencions que caldrà realitzar a aquest col·lectiu de fumadors hauran de ser cada vegada menys estandarditzades i més individualitzades.

### **Reptes**

Principals reptes mencionats pels experts:

- 1.** El col·lectiu psiquiàtric és un dels col·lectius que caldria prioritzar pel que fa al finançament del tractament farmacològic per deixar de fumar. En aquests pacients la subvenció no serveix. Els experts defenen la gratuïtat dels tractaments per a aquests pacients, perquè en alguns casos va acompanyat d'una situació econòmica dramàtica.
- 2.** No tots els pacients psiquiàtrics han de rebre un tractament més especialitzat. El repte rau en l'existència d'una bona comunicació entre l'atenció especialitzada i la unitat especialitzada que permeti intercanviar casos concrets.
- 3.** No s'haurien de fer discriminacions a les unitats psiquiàtriques, caldria actuar com a les altres unitats mèdiques lliures de fum. Un hospital o un centre mèdic, per definició, és un espai lliure de fum; per tant, qüestionen la necessitat d'habilitar espais per fumar a les unitats psiquiàtriques, i reivindiquen que les unitats de psiquiatria siguin espais lliures de fum, d'acord amb el posicionament de la Societat Espanyola de Psiquiatria.
- 4.** Necessitat de millorar la docència i la investigació. Els professionals surten poc preparats per atendre, però sobretot poc motivats.

**5.** Hi ha certa multiplicitat de serveis que sembla que no tenen ben definit el seu objectiu, de qui són competència,... Caldrà apropar-se a la integració de serveis i que aquests serveis integrats estiguin més ben cohesionats.

**6.** El sistema autonòmic de salut (CatSalut) hauria d'incentivar més el registre d'intervenció en tabaquisme, caldria recollir les intervencions als contractes i objectius d'hospitals i centres de salut mental.

## **5. INFERMERIA**

La representant d'infermeria reivindica el paper d'aquest col·lectiu en l'abordatge del tabaquisme. El col·lectiu d'infermeria se situa en diferents àmbits assistencials i, per tant, constitueix el grup de professionals més proper i accessible als usuaris: intervé en l'àmbit hospitalari, l'atenció primària o en centres d'atenció educativa, i també fa activitats a agències de salut en tasques de prevenció i promoció de la salut. A més, el col·lectiu d'infermeria és el més nombrós del sistema sanitari. Només a Catalunya hi ha 45.000 i 50.000 professionals d'infermeria.

Les dades exposades anteriorment demostren que el col·lectiu d'infermeria és potencialment el més dinàmic en qüestions que afecten a la ciutadania i podria convertir-se en un dels col·lectius amb un dels papers més importants pel que fa al control del tabaquisme. No obstant això, es troba amb alguns obstacles:

**Prevalença.** Les dades de la xarxa d'hospitals sense fums indiquen que entre un 30% i un 35% del col·lectiu d'infermeria és fumador, fet que dificulta enormement el desenvolupament d'un rol exemplar com a professionals model versus la població.

**Formació.** Segons la representant del col·lectiu d'infermeria, cap de les 12 escoles d'infermeria de Catalunya ofereix formació sobre tabaquisme. Per tant, els professionals interessats en el tema del tabac s'han de formar a través dels cursos de postgrau engegats des de l'administració pública o des de les diferents xarxes, com la xarxa d'atenció primària o la d'atenció hospitalària, per intentar pal·liar les deficiències del sistema educatiu. Per això, la representant del col·lectiu d'infermeria reclama que els plans d'estudis d'aquests estudiants incloguin una assignatura en què es tracti de manera específica l'abordatge del tabaquisme, o que sigui un tema contemplat de manera transversal en l'itinerari curricular per garantir que tot el col·lectiu d'infermeria disposi d'una formació mínima sobre com es valora i com es diagnostica un fumador, quin ventall d'intervencions hi ha, etc.

**Manca de motivació.** Dins el contracte del Servei Català de la Salut, encara no es demana als hospitals activitats sobre el tabac (a atenció primària aquesta intervenció s'inclou al contracte). Això fa que la intervenció sigui voluntària i depengui de la motivació individual del professional. La representant del col·lectiu d'infermeria denuncia que molts hospitals encara no disposen de protocols d'intervenció i que, quan els tenen, no estan integrats al dia a dia de les seves activitats. L'atenció primària permet una pauta més gran de continuïtat en què les infermeres han integrat en major proporció tot el desplegament d'intervencions sobre tabaquisme i on hi ha un protocol d'intervenció.

Tot plegat fa que la situació del col·lectiu d'infermeria a Catalunya es trobi en un escenari dual. D'una banda, el panorama del col·lectiu d'infermeria d'atenció primària permet ser més optimista. D'altra banda, però, la realitat del col·lectiu d'infermeria hospitalari de Catalunya està formada per una majoria de professionals sense formació sobre tabaquisme i una minoria que s'ha format per iniciativa pròpia, però que realitza intervencions oportunistes, poc sistemàtiques i sense seguiment. Per aquest motiu, la representant d'infermeria demana protocols d'intervenció i mètodes de registre sistemàtics, com en qualsevol altre tipus d'intervenció, perquè, segons ella, ja hi ha mecanismes, estructures i circuits amb què treballar, però falta una sistematització de les intervencions en tabaquisme. Ara bé, l'hospitalització és un moment potencialment idoni per iniciar un procés de cessació tabàquica, perquè els pacients fumadors es troben en un centre sense fum, disposen de professionals sanitaris a la seva disposició i acostumen a replantejar-se l'abandonament principalment si el motiu de l'hospitalització està relacionat amb el consum de tabac.

La representant del col·lectiu d'infermeria també demana una intervenció de l'administració pública i, principalment, dels gestors dels hospitals i dels centres de salut per quantificar el nombre d'intervencions que es fan en matèria de tabaquisme, per incentivar i motivar els professionals perquè portin a terme el registre del pacient fumador; encara que l'experta vol remarcar que diverses iniciatives de l'administració pública, com la xarxa d'hospitals i d'atenció primària sense fum a Catalunya, han ajudat a que el col·lectiu estigui més sensibilitzat, format i implicat respecte a l'atenció al fumador en tots els àmbits de l'assistència.

## 6. FARMÀCIA

Segons la representant del col·lectiu de farmàcia, és el pacient qui escull on anar per deshabituat-se de la seva addició a la nicotina, i el farmacèutic és una possibilitat més dins de l'ampli ventall de professionals que hi ha per a l'abordatge dels pacients fumadors. També destaca que l'accessibilitat a l'oficina de farmàcia és molt alta i que el nombre d'oficines de farmàcia per habitant és molt més elevat que el de centres de salut per habitant.

El programa de deshabituació tabàquica del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, el protocol d'actuació en deshabituació tabàquica a les oficines de farmàcia del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya i el Llibre blanc de les activitats preventives a l'oficina de farmàcia avalen el paper del farmacèutic en la deshabituació tabàquica del pacient fumador.

A dia d'avui, 79 oficines de farmàcia a la província de Barcelona, i gairebé un centenar a tota Catalunya, ofereixen el servei de deshabituació tabàquica.

Pel que fa al farmacèutic d'oficina de farmàcia, hi ha dos tipus d'intervencions:

- ✓ **Intervenció mínima.** La pot portar a terme qualsevol farmacèutic pel simple fet de ser un professional de la salut, aprofitant el moment en que els usuaris fumadors visiten l'oficina de farmàcia per retirar un producte sanitari.
- ✓ En pacients que pateixen algun tipus de patologia, el farmacèutic pot fer reforç sobre programes d'intervenció, reforç sobre el missatge del metge (tant d'atenció primària com d'especialitzada) i oferir ajuda. En aquest sentit, la representant del col·lectiu de farmàcia reclama la necessitat de tenir accés als centres de deshabituació i la possibilitat de poder derivar a aquests centres els pacients complicats que no són susceptibles de ser tractats a l'oficina de farmàcia o de formar part d'un programa multidisciplinar.
- ✓ Pel que fa a la intervenció dels pacients sans, la representant dels farmacèutics destaca un projecte de tabac i dona en què s'actuava sobre qualsevol dona fumadora que anés a la farmàcia per retirar anticonceptius hormonals i no tingués una motivació per deixar de fumar, i explica que la necessitat de fer una acció integral a qualsevol nivell de la dona rau en que les dones joves fumadores no es plantegen deixar de fumar, possiblement ho deixaran quan estiguin embarassades, però el més probable és que recaiguin després del part.
- ✓ **Intervenció en profunditat.** El farmacèutic que vol portar a terme una intervenció en profunditat necessita una formació específica en

tabaquisme. Tots els pacients sans poden ser objecte d'una intervenció en profunditat amb teràpia substitutiva de la nicotina i suport psicològic i conductual, amb seguiment fins que es consideri exfumador.

Un altre element que cal tenir en compte és quan la deshabitució tabàquica es fa en l'atenció primària o en una unitat especialitzada i el pacient va a la farmàcia a buscar el medicament, el farmacèutic no ha de limitar-se simplement a lliurar el tractament de deshabitució tabàquica, ha d'aportar un valor afegit, que segons la representant dels farmacèutics és l'acompanyament durant el procés, perquè el pacient acudirà a la consulta d'atenció primària cada mes, mentre que a l'oficina de farmàcia hi anirà abans. Per tant, és una oportunitat per al col·lectiu de farmàcia per veure com es troba el pacient, com li funciona el tractament, etc., i implantar alguna acció sinèrgica amb el centre deshabitador.

Ara bé, el principal obstacle del farmacèutic és que necessita el suport d'un nivell especialitzat per portar a terme deshabitacions en determinats grups de població (pacients psiquiàtrics, cardiòpates, etc.).

La representant del col·lectiu farmacèutic es pregunta què fer davant d'un usuari que va a l'oficina de farmàcia i demana vareniclina o bupropió, o és un pacient candidat a ser derivat a una unitat mèdica. Segons ella, davant d'una oportunitat sol·licitada per un usuari, els farmacèutics l'han de conduir davant un professional capacitat per atendre les seves demandes. Per això, vota per una xarxa que els permeti derivar aquest tipus de pacients i reclama la col·laboració entre els diferents nivells assistencials.

## **7. ADMINISTRACIÓ**

### **Perfil del fumador**

L'Enquesta de Salut de Catalunya de 2006 ofereix dades sobre consum de tabac que permeten conèixer a fons el perfil del fumador català.

En termes generals, 8 de cada 10 fumadors no es plantegen deixar de fumar en els propers 6 mesos, encara que el 97,9% dels consumidors de tabac és conscient del seu impacte negatiu sobre la salut. Aquesta situació posa de manifest la manca d'eficàcia dels missatges sobre tabac difosos entre la població, fet que podria explicar el baix percentatge de població catalana que intenta deixar de fumar.

L'any 2006 es va registrar un 29,4% de fumadors a Catalunya, un 19,7% d'exfumadors, i un 50,9% de no fumadors en la població de 15 anys i més. Del total de la població fumadora (29,4%), el 25,5% era fumador diari i el 3,8%, fumador ocasional.

L'aprovació de la Llei 28/2005 es va fer palesa en l'augment del nombre d'exfumadors en totes les franges d'edat (augment del percentatge d'abandonament, disminució de la proporció de fumadors i reducció de la iniciació en joves), encara que l'evolució va començar a apreciar-se a principi del segle XXI.

Els representants de l'administració pública destaquen la disminució del consum de tabac en homes i en dones (però més lentament a causa de la tardana incorporació de les dones a l'hàbit tabàquic) des de 2006. També assenyalen la reducció de la mortalitat associada al tabaquisme en homes, fet que encara no s'ha produït de manera clara en les dones.

Si analitzem el consum de tabac en funció de la classe social, podem apreciar l'augment del consum del tabac entre els homes a mesura que baixa la classe social. En canvi, el col·lectiu femení de classe alta és més fumador que el col·lectiu femení de classe baixa.

Es preveu que a final de 2010 s'implantarà un sistema d'avaluació continuat del consum del tabac a partir d'enquestes trimestrals/quatrimestrals sobre una mostra representativa de població (ESCA continuada). Les dades que es conculguin seran representatives en l'àmbit nacional i subnacional.



## **Recomanació mèdica**

En termes generals, el 53,9% dels fumadors catalans no ha rebut mai recomanacions mèdiques per deixar de fumar i la major part abandona el tabac sense mètodes concrets.

## **Eixos d'actuació en tabac**

A Catalunya s'han establert 4 eixos d'actuació al voltant del tabaquisme:

### **1. Evitar l'exposició involuntària al fum de tabac.**

Promoció de polítiques d'espais sense fum. Des de final de 2004 i de manera molt intensa, al llarg de 2005 i fins i tot a principi de 2006 amb l'anterior Llei en vigència, s'han portat a terme diferents accions de preparació i de sensibilització dels sectors clau que afavoreixen l'acceptació de la Llei 28/2005 amb relació a altres comunitats. Cal destacar el suport popular a les mesures que regulen el consum de tabac.

Diferents estudis han demostrat la reducció dels nivells d'exposició al fum del tabac després de l'entrada de la llei anterior en una majoria d'espais laborals. Aquesta mesura no va permetre, però, protegir els treballadors del sector de l'hostaleria.

Activitat inspectora. Des de principi de 2006 es porten a terme inspeccions en locals d'hostaleria i de restauració per comprovar el compliment de la Llei. S'ha produït un increment gradual del nombre d'inspeccions, que s'ha plasmat en un ampli historial d'expedients i sancions, fet que ha permès un alt compliment de la normativa. Aquest compliment s'ha vist afavorit per la integració de les activitats d'inspecció i de vigilància dins els serveis sanitaris.

Ara bé, la percepció de la població pel que fa al compliment de la Llei 28/2005 era contradictòria. Es percebia un alt compliment en hospitals i en centres de salut, i un baix compliment en bars i en discoteques.

### **2. Prevenir l'inici del tabaquisme entre la població jove.**

En el marc del programa "SALUT I ESCOLA".

Programes escolars (vegeu més endavant).

Accions puntuals i periòdiques.

### **3. Promoure l'abandonament de l'hàbit tabàquic.**

Des de final de 2008 es porten a terme diverses aplicacions d'una campanya global d'informació i de sensibilització a partir del missatge "El fum és fatal", campanya adreçada a la població fumadora i no fumadora.

A final de 2007 es va posar en marxa una línia telefònica basada en la plataforma SEM. L'emissió d'un anunci televisiu inscrit en el marc de la campanya "El fum és fatal" va incrementar el nombre de trucades que volien informació per deixar de fumar, i el nombre de persones que van iniciar el tractament de deshabitació tabàquica. Actualment, la línia telefònica es troba en un nivell òptim de funcionament (ha multiplicat per 5 el nombre de trucades i d'inicis de tractaments) i s'ha consolidat com un sistema d'ajuda estructurada.

També s'han realitzat diverses accions de carrer, de sensibilització, d'edició de material gràfic, etc.

Promoció dels recursos assistencials de la xarxa assistencial, des de l'atenció primària fins a l'hospitalària i les unitats de referència. Encara que els registres d'atenció primària mostren una millora i un increment de l'activitat antitabàtica, encara queda molta feina per fer.

Un dels reptes que es plantegen és mantenir la cohesió dels professionals d'atenció primària, elevar els estàndards d'actuació i crear experts en tabaquisme.

En l'àmbit hospitalari es pretén formar en tabaquisme les unitats hospitalàries que no ofereixen aquest tipus de serveis (aproximadament 15 hospitals), i establir cohesió i sinèrgies entre tota la xarxa hospitalària de Catalunya.

Augmentar les unitats de referència. Actualment n'hi ha una, com a mínim, a cada regió sanitària.

A dia d'avui s'administren 2.000 tractaments farmacològics l'any, adreçats prioritàriament a pacients ingressats, població general desafavorida, professionals i treballadors dels sectors clau amb paper modèlic (sanitaris, docents, etc.).

#### **4. Controlar el tabaquisme en la població femenina.**

A través del programa "Embaràs sense fum", iniciat el 2007, es vol augmentar la formació en tabac de llevadores, professionals d'obstetrícia i professionals de pediatria.

Desenvolupament de la xarxa de dones i tabac a Catalunya (INWAT).

El col·lectiu de representants de l'administració pública assenyala la necessitat de posar en marxa accions noves que reforcin les accions

existents. En aquest sentit, proposen extrapolar en l'àmbit estatal campanyes desenvolupades a Catalunya que han demostrat la seva eficàcia, com per exemple "El fum és fatal".

En l'àmbit estatal proposen dues accions:

**1.** Reforçar la fiscalitat per provocar l'augment del preu del tabac. Proposen que el govern espanyol contempli l'augment de la fiscalitat del tabac, especialment sobre el tabac de liar, entre el paquet de mesures per reduir el dèficit.

**2.** Reforma legal que protegeixi del fum ambiental els treballadors de bars i restaurants i estimuli la població a abandonar l'hàbit tabàquic.

També proposen una sèrie d'accions que caldria implantar a totes les comunitats autònomes de manera obligatòria:

- ✓ Formar l'àrea d'atenció primària en tabac, perquè es tracta d'un problema més freqüent que la diabetis o la hipertensió.
- ✓ Defensen el tractament de deshabitució tabàquica en pacients afectats per altres patologies i grups socials desfavorits (presos, pacients psiquiàtrics o amb problemes d'addició). També qüestionen l'eficàcia del finançament universal dels fàrmacs antitabac, perquè les dades de prevalença són similars a les de la resta de comunitats autònomes que disposen de finançament (com, per exemple, Navarra i La Rioja).
- ✓ Fomentar l'existència de professionals model. Es proposa la intervenció sobre el personal sanitari perquè abandoni l'hàbit tabàquic. El col·lectiu mèdic, d'infermeria, farmacèutic... exerceix una forta influència en la població. Actualment el percentatge de personal sanitari fumador ha disminuït, passa del 22% de fa 6 anys al 15%.
- ✓ Actuació sobre la població immigrant. En un període de 10 anys, es passa d'un 2% de població immigrant fumadora a un 15%, a causa de l'augment de la renda per càpita d'aquest col·lectiu.

## **Programes de prevenció**

Els representants de l'administració destaquen la necessitat que els programes de prevenció es basin en contextos normatius que afavoreixin la seva efectivitat i estudis que expliquin els hàbits i costums adquirits, influències socials,... sobre el consum de tabac.

Al llarg de la dècada dels 90, el col·lectiu femení es va iniciar en el consum del tabac per davant del masculí amb prevalences de consum regular (diaris i setmanals) elevades, que han anat disminuint gradualment. Del 41% de dones de 16 anys que consumien tabac regularment l'any 2001, s'ha passat al 25% el 2008.

L'estudi ESFA 2001 desenvolupat sobre la població escolar va situar el major increment del consum de tabac en el primer cicle d'ESO (escolars de 12-14 anys), mentre que l'increment absolut se situa entre els 14-16 anys. En base a aquesta radiografia, els programes de prevenció s'haurien d'ubicar entre els 12-14 anys, edat en què es concentra el percentatge més alt de població que s'inicia en el consum de tabac.

Diversos estudis desenvolupats els últims anys posen de manifest que un adolescent que s'inicia en el consum de tabac, en 4 setmanes pot presentar addició a la nicotina. Aquest plantejament indica que es pot deixar de fumar en fases molt més precoces del que es creia.

Per tant, els representants de l'administració pública proposen l'actuació tabàquica durant el primer cicle d'ESO, juntament amb la implantació d'iniciatives posteriors que serveixin com a recordatori. Aquest grup de professionals coincideixen a assenyalar que les accions aïllades d'aula no tenen cap efecte.

A Catalunya el programa "Salut i escola" es presenta com el programa marc que articula les activitats de prevenció del tabaquisme implantades a les escoles.

Com a principals iniciatives de prevenció universal i selectiva en tabaquisme desenvolupades a Catalunya cal destacar:

Adreçades al primer cicle de l'ESO:

- ✓ Programa "Pase.Bcn". Es tracta d'un programa pilot de prevenció primària universal que es va engegar a principi dels anys 90. Es basa en el desenvolupament de competències socials i l'entrenament d'habilitats sobre com respondre davant les primeres ofertes de consum de tabac. Aporten informació àmplia i treballen àrees com la pressió social, grupal i publicitària. Es tracta de 7 sessions amb una durada aproximada d'entre 9 i 10 hores. Inclou la informació, però després treballa sobretot la presa de decisions i l'entrenament d'habilitats.

- ✓ "Classe sense fum". Es tracta del programa estrella en l'àmbit català que unifica i coordina les activitats en matèria de prevenció en tabac desenvolupades a les escoles des del 2003. El seu programa homòleg en l'àmbit estatal "Clase sin humo" s'està impartint actualment en 13 comunitats autònomes. L'objectiu és aconseguir que una aula (compromís de grup) estigui 6 mesos sense fumar, fet que aconseguix retardar l'edat d'inici (un dels objectius principals de la prevenció en tabaquisme).
- ✓ "El tabac ben lluny". Programa elaborat i promogut l'any 2000 pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i adreçat a l'alumnat de primer i segon cicle d'ESO. El programa consta de quatre blocs: dos blocs adreçats a educació primària (1r cicle d'ESO) i dos a educació secundària (2n cicle d'ESO).

Adreçades al segon cicle d'ESO:

- ✓ "El tabac ben lluny".
- ✓ Consulta oberta "Salut i escola".

A educació secundària postobligatòria s'implanta la iniciativa "Passo de fumar", amb l'objectiu d'avaluar la seva efectivitat en l'abandonament del consum del tabac i del cànnabis. Es tracta d'un programa amb un substrat informàtic controlat per un terapeuta de grup. Aquest programa vol fer front a una realitat dels últims anys de la ciutat de Barcelona i altres parts del territori català, la creixent associació del consum de tabac i el cànnabis en un grup no menyspreable de fumadors regulars.

### **La funció de l'ajuntament**

Els ajuntaments gaudeixen d'una posició privilegiada amb relació a l'activació de campanyes de salut pública per estar en contacte directe amb els ciutadans.

Segons la mida dels municipis diferenciem entre:

- ✓ Ajuntaments grans. Es caracteritzen per tenir una estructura de provisió de serveis de salut pública pròpia més o menys desenvolupada.
- ✓ Ajuntaments mitjans. La meitat tenen estructures de salut pública que desenvolupen activitats de promoció de la salut.
- ✓ Ajuntaments petits. No disposen d'aquestes estructures de salut pública i depenen de recursos externs o bé mancomunen els serveis.

A dia d'avui, el 20% de la població viu en algun dels 835 municipis petits generalment sense recursos de salut pública, un 10% viu en municipis mitjans, i el 70% viu en municipis grans, dels quals el 2% pertany a Barcelona ciutat.

Encara que no disposem d'informació exhaustiva de com es porta a terme l'abordatge del tabaquisme en l'àmbit municipal/local, s'indica que s'ha centrat bàsicament en la prevenció escolar, però, en general, amb intervencions poc homogènies basades principalment en informació (xerrades) i sense cap avaluació posterior.

Els representants de l'administració pública posen de manifest el rol poc actiu assumit pels municipis en la vigilància i el control del tabaquisme. Les intervencions en tabaquisme que s'han implantat en l'àmbit local no tenen una planificació estratègica (solen ser més oportunistes que planificades).

Actualment es comença a desenvolupar un nou model de gestió de la salut a Catalunya amb la creació de governs territorials de salut. D'aquesta manera, es pretén dinamitzar el paper dels municipis en l'àrea de salut de manera coordinada amb la resta de nivells de l'administració.

### **Propostes futures en salut**

La nova Llei de salut pública catalana i la creació de la futura Agència de Salut Pública de Catalunya situaran per primera vegada la promoció de la salut dins la cartera de serveis sanitaris, fet que convertirà la salut en una prestació que la ciutadania pot exigir.

A més, el Pla d'innovació, atenció primària i salut comunitària anunciat pel Departament de Salut pot resultar un element clau per a l'impuls i la implicació de l'atenció primària als serveis de promoció de la salut comunitària. Aquest compromís de l'atenció primària pot comportar un important augment de les cobertures de les accions de prevenció del consum de tabac.

### **Reptes de futur**

Com a reptes de futur assenyalen:

- 1.** Situar l'abordatge del tabaquisme en un lloc destacat de les agendes de les comissions de salut pública dels governs territorials de salut.
- 2.** Establir un marc de referència per a cada una de les línies de l'estratègia MPOWER que permeti i faciliti la planificació estratègica de les accions de control del tabaquisme en els diferents governs territorials. S'aposta per augmentar el coneixement i la informació epidemiològica al

**NOUS  
AIRES**  
**En El Control  
Del Tabaquisme**

voltant del tabac; desenvolupar estratègies d'inspecció, control i prevenció; donar suport al compliment de la Llei i a la futura reforma; promoure la deshabitució tabàquica i crear xarxes territorials que reforcin les xarxes existents.

## **CONCLUSIONS**

---

**1. T**ots els experts participants coincideixen en que és fonamental augmentar el preu del tabac incrementant la seva fiscalitat, especialment la de les formes més econòmiques de tabac, com el tabac de liar.

**2. E**ls participants demanen la creació de xarxes que treballin de forma coordinada, evitant la multiplicitat de serveis i apropant-se a serveis integrats. Sol·liciten una xarxa que permeti fer un tractament integral dels pacients, les farmàcies haurien de formar-ne part. Defensen la creació de grups de treball en xarxa.

**3. E**ls experts reivindiquen que la promoció de la salut estigui al mateix nivell que la protecció de la salut.

**4. S**egons els representants de l'administració, no s'ha de discutir la pertinença de programes preventius en l'edat escolar, perquè ofereixen informació dels riscos per a la salut i recursos per a una valoració crítica de les situacions ofertes i la presa de decisions. Aquestes accions preventives han d'emmarcar-se en altres accions de prevenció i de control en l'àmbit comunitari (campanyes, entorns sense fum,...) que s'ha demostrat que en potencien l'acció.

**5. E**ls representants de tots els col·lectius reclamen la necessitat de més formació, i més àmplia, sobre tabaquisme, de tots els professionals implicats en l'abordatge i el tractament del pacient fumador.

**6. S**egons els experts, caldria seguir treballant el tema dels professionals model, perquè encara que la incidència del tabaquisme disminueix entre els professionals sanitaris, caldria arribar-hi millor i crear esquemes d'abordatge apropiats.

**7. E**ls experts reunits coincideixen a indicar que caldria garantir que els plans estratègics plurianuals dels governs territorials de salut incloguin l'abordatge global del tabaquisme.

**8. L**a representant dels professionals d'infermeria demana que l'administració incentivi i motivi el col·lectiu d'infermeria per fer intervencions de forma protocolitzada.

**9. T**ots els participants destaquen la importància del programa "Atenció primària sense fum" i afirmen que la seva força rau en la sinèrgia d'acció



entre l'administració i les societats científiques, que ha beneficiat els professionals d'atenció primària i, en última instància, el pacient.

**10. U**n altre exemple de bones pràctiques és la xarxa d'hospitals sense fum de Catalunya, que, en els últims anys, ha crescut fins a convertir-se en un referent en l'àmbit nacional i internacional.

**11. E**ls pacients psiquiàtrics constitueixen un grup d'alt risc que cal prioritzar amb els tractaments disponibles sempre que sigui necessari. A més, els experts reivindiquen que les unitats de psiquiatria són espais lliures de fum, d'acord amb el posicionament de la Societat Espanyola de Psiquiatria.

**12. L**es unitats especialitzades són necessàries en pacients amb criteris de derivació. Les funcions que han de complir les unitats són assistencials, docents i d'investigació, i han d'estar formades per un equip multidisciplinar de professionals experts en tabaquisme.

**13. E**l tractament farmacològic és important, especialment en determinats grups de pacients, per això, caldria facilitar l'accés als fàrmacs a la població que els necessita des de qualsevol àmbit. Segons els representants del col·lectiu d'atenció especialitzada, el Sistema Nacional de Salut espanyol hauria d'oferir de franc les opcions farmacològiques per deixar de fumar que han demostrat ser eficaces i cost-efectives; el cost que suposaria per al Sistema Nacional de Salut espanyol el finançament d'aquests fàrmacs és assumible i limitat en el temps, perquè no es tracta d'un tractament crònic.

**14. E**l farmacèutic és una possibilitat més dins de l'ampli ventall de professionals per a l'abordatge dels pacients fumadors, però necessita suport multidisciplinar, formació i entrenament. Els experts reunits plantegen la necessitat d'un estudi pilot que avaluï com pot contribuir diferencialment l'oficina de farmàcia en el procés de deshabitució tabàquica, per identificar aquest valor afegit que pot aportar, per exemple, a les recaigudes i al seguiment a llarg termini.

**15. E**s suggereix la possibilitat de crear en el futur un pla director de tabaquisme a Catalunya que ordeni, coordini i estructurari els recursos existents des d'una perspectiva global.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

VILLALBÍ, JR; BALLESTÍN, M; NEBOT, M; BRUGAL, T; DIEZ, E.: *The prevention of substance abuse in schools: a process evaluation of the adoption of a standardised education module: Promotion and Education*. 1997; vol. IV, núm. 1, p. 15-19.

ARIZA, C; NEBOT, M; GIMÉNEZ, E; TOMÁS, Z; VALMAYOR, S; TARILONTE, V; DE VRIES, H: *Longitudinal effects of the European Smoking prevention Framework Approach (ESFA) Project in Spanish adolescents*. Eur J Public Health 2008; oct. 18(5):491-7.

WIBORG, G; HANEWINKEL, R: *Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence*. Prev Med 2002;35:241-249.

ARIZA, C; NEBOT, M: *La prevención primaria del tabaquismo: un planteamiento integral*. Prev Tab 2004; 6(2): 68-83.

Disponible a

<http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/Grapat/PESCE.pdf>

<http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/Grapat/PESCE.pdf>

Disponible a

[http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Doc\\_Trat\\_CNPT\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf)

[http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Doc\\_Trat\\_CNPT\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf)

Disponible a

<http://www.papsf.cat>

*Les activitats i les estructures dels serveis de Salut Pública*. Direcció General de Salut Pública.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2010).

## **COMITÈ DE REDACCIÓ**

---

Cal abordar la qüestió del tabaquisme de manera multidisciplinària, per tant, s'ha reunit un conjunt d'experts procedents de diferents especialitats i nivells assistencials:

### **Administració pública:**

- ✓ Dr. Carles Ariza, del Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, i secretari de la Junta Nacional del Comitè Nacional per a la Prevenció del Tabaquisme (CNPT).
- ✓ Dr. Albert Moncada, cap del Servei de Salut i Comunitat de l'Ajuntament de Terrassa, i delegat del CNPT a Catalunya.
- ✓ Dr. Esteve Saltó, responsable de tabaquisme del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- ✓ Dr. Joan Ramon Villalbí, president del Consell Assessor de Tabaquisme de la Generalitat de Catalunya.

### **Atenció especialitzada:**

- ✓ Dra. Neus Altet, membre de l'àrea de tabaquisme de la Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràcica (SEPAR).
- ✓ Dra. Ángeles Jiménez Fuentes, pneumòloga de la Unitat de Tabaquisme de Drassanes.

**Atenció primària:**

- ✓ Dr. Joan Lozano, coordinador del Grup d'Atenció Primària d'Abordatge del Tabaquisme (GRAPAT) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

**Infermeria:**

- ✓ Cristina Martínez, infermera de l'Institut Català d'Oncologia (ICO).

**Farmàcia:**

- ✓ Mireia Massot, farmacèutica de l'Institut Català de la Salut.

**Pacients:**

- ✓ José Antonio Herrada, president de la Coalició de Ciutadans amb Malalties Cròniques.

**Psicologia/Psiquiatria:**

- ✓ Eugeni Bruguera, cap de la Unitat de Conductes Addictives del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Vall d'Hebron.
- ✓ Josep Maria Ramon, director de la Unitat de Tabaquisme de l'Hospital de Bellvitge.