



## Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010

### Índice

Resumen Ejecutivo .....	1
1. Introducción .....	5
2. Exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) .....	6
3. Prevalencia y efecto en el consumo de tabaco .....	13
3.1 Prevalencia .....	13
3.2 Ventas de productos del tabaco .....	28
4. Morbilidad asociada .....	34
5. Grado de implantación de la ley .....	50
5.1 Datos de cumplimiento .....	50
5.2. Percepción de la ciudadanía acerca de la ley .....	53
6. Utilización de los servicios de deshabituación .....	62
7. Conclusiones .....	67
ANEXO I. Tabla de asistencia y utilización de los servicios de deshabituación en las CCAA .....	70
ANEXO II. Resumen de datos sobre impuestos y control de mercado de tabacos .....	104



## Resumen Ejecutivo

### 1. Introducción

El informe da cumplimiento a lo establecido en la **Disposición adicional undécima** de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, introducida por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre.

### 2. Metodología

En este informe, se presentan los datos de prevalencia en adultos posteriores a la entrada en vigor de la ley procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-12, fuente de datos de prevalencia oficial. Asimismo, se presentan datos sobre la variación en la contaminación por humo ambiental de tabaco (HAT) experimentada, seguido por el impacto respecto a la morbilidad relacionada con el tabaquismo (infarto agudo de miocardio, otras formas de cardiopatía isquémica, y asma) obtenidos a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). No es posible presentar datos de mortalidad ya que los últimos datos disponibles corresponden al año 2010, por lo que no se puede evaluar el efecto de la implantación de la modificación de la ley.

Por otra parte, se recogen los datos de percepción de los ciudadanos ante la Ley 42/2010 (mediante el Barómetro Sanitario y la encuesta de la Organización de Consumidores y Usuarios). Finalmente, se presentan los datos sobre la evolución de las ventas de los productos de tabaco y los relacionados con la utilización de los servicios/programas de deshabituación facilitados por las Comunidades Autónomas.

### 3. Resultados

#### 3.1. En relación con la prevalencia de consumo de tabaco.

Los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011 muestran una reducción general de los indicadores de consumo tabaco. La prevalencia de fumadores actuales es en 2011 del 27% en adultos de 15 años y más, frente al 29,9% de 2009 (16 años y más). La prevalencia de fumadores diarios se ha reducido del 26,2% de 2009 al 24% de 2011.



Se mantiene el gradiente de mayor consumo en las clases más desfavorecidas en general, aunque se ha reducido en ciertos grupos especialmente, como adultos jóvenes, con menor nivel de estudios, en situación de desempleo o que están estudiando. Entre los fumadores diarios, el número de cigarrillos al día ha descendido ligeramente.

La proporción de abandono (exfumadores/fumadores+exfumadores) en 2011 es de 42,1%, superior a la del año 2009. Un 33,1% de los fumadores diarios consideran que fuman menos respecto a hace 2 años, un 35% tiene intención de dejarlo en los próximos 1-6 meses, un 30% ha hecho al menos un intento.

### **3.2. En relación con la exposición al humos ambiental de tabaco (HAT).**

Los resultados disponibles muestran que después de la entrada en vigor en enero de 2011 de la ley, la exposición al HAT en locales de hostelería se ha reducido drásticamente (las concentraciones de nicotina y de PM<sub>2,5</sub> disminuyeron en más del 90%). Antes de 2011 los niveles de contaminación medidos en bares, cafeterías y ocio nocturno eran 8 veces más altos que los que se podían medir en la calle mientras en restaurantes la cifra era ente 5 y 6 veces mayor.

### **3.3. En relación con la morbilidad asociada al consumo de tabaco.**

Se observa una reducción de las tasas de ingreso por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma en 2011, año de aplicación de la modificación de la ley.

En el caso de infarto agudo de miocardio en población mayor de 24 años se observan dos descensos en las tasas de ingresos en los años de aplicación de la ley (2006) y su modificación (2011), de aproximadamente un -4% cada uno, en hombres y una destacable reducción global entre 2005-2011 en ambos sexos, que es muy elevada también en cardiopatía isquémica.

En el caso de los ingresos por asma se observa una reducción específica en 2011 en ambos sexos, tanto en el grupo de menores de 65 años, como en las tasas de asma infantil. Estas reducciones en los ingresos hospitalarios tienen una potencial consecuencia directamente en el gasto sanitario.

### **3.4. En relación con la percepción de los ciudadanos ante la Ley 42/2010**

Las encuestas han mostrado la buena aceptación de la ley por parte de los ciudadanos. Así, el Barómetro Sanitario 2012, que incluye un apartado relativo a la percepción de la Ley 42/2010,



muestra una buena aceptación general de la Ley. En respuesta a puntuar su “**grado de acuerdo en que la Ley ha sido una medida acertada**”, la media fue de un 7,62 (escala: 1 “totalmente en desacuerdo” a 10 “totalmente de acuerdo”), lo que representa un incremento del 8,1% con respecto a la misma pregunta en 2011.

### **3.5. En relación con las ventas de productos de tabaco**

En los años anteriores a la implantación de la Ley 28/2005 y de su modificación posterior en 2010 pudo observarse una tendencia clara de disminución de las ventas de cigarrillos. Cabe destacar los fuertes descensos experimentados en los años 2009 a 2012 siendo las reducciones más importantes de la serie las producidas en los dos años de aplicación de la ley.

En 2011 se redujeron las ventas de cigarrillos en un 16,7% y de picadura de liar en un 6,4%, aunque aumentaron las ventas de cigarros (22,4%) y picadura de pipa (272,7%). En lo que respecta a todo el año 2012, se alcanzó la cifra de 2.671 millones de cajetillas, lo que supone una disminución de un 11,40% respecto a 2011.

### **3.6. En relación con la utilización de servicios de deshabituación facilitados por las Comunidades Autónomas (CCAA)**

Todas las CCAA, en el ámbito de sus competencias, han elaborado y desarrollado planes estratégicos de inspección y control al objeto de desarrollar una implantación eficaz y de obtener datos objetivos y cuantificables sobre la implantación.

Las CCAA redoblaron sus esfuerzos durante los años 2011-2012, a través de la red de centros de atención primaria y de sus diferentes servicios especializados de deshabituación, como respuesta al incremento de la demanda de ayuda para dejar de fumar. Así, las diferentes comunidades pusieron en marcha planes de ayuda de diverso tipo tanto para atención presencial como a través de los servicios de tecnologías de la información.



## 1. Introducción

Mediante el presente informe se da cumplimiento a lo establecido en la **Disposición adicional undécima** de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, introducida por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre. Esta disposición establece lo siguiente:

*“El Ministerio de Sanidad y Política Social deberá remitir a las Cortes Generales, con carácter bienal y durante los cuatro años siguientes a la entrada en vigor de la Ley, un informe de evaluación del impacto de esta reforma sobre la salud pública”.*

Transcurridos los dos primeros años de implantación de la ley contamos con datos sobre prevalencia, morbilidad y exposición al humo ambiental que nos permiten llevar a cabo un análisis del impacto que las medidas adoptadas han tenido en la salud pública de nuestro país. No obstante, es un periodo de tiempo relativamente corto para tener datos que nos permitan la valoración completa de los efectos positivos para la salud de la modificación realizada ya que, aunque se dan algunos efectos positivos inmediatos, la mayoría de los efectos más significativos son a medio y largo plazo.

En este informe, se presentan los datos de prevalencia en adultos posteriores a la entrada en vigor de la ley procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de 2012, fuente oficial de datos sobre prevalencia. Asimismo, se presentan datos sobre la variación en la contaminación por humo ambiental de tabaco (HAT) experimentada, seguido del impacto en cuanto a la morbilidad y mortalidad relacionada con el tabaquismo, completado con datos sobre la evolución de las ventas de los productos de tabaco.



## **2. Exposición al humo ambiental de tabaco (HAT)**

Recientemente se ha publicado el informe final del estudio de Evaluación del impacto de la Ley 42/2010 en la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) en locales de hostelería<sup>1</sup>, realizado por el Grupo de Trabajo en tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Los resultados muestran que después de la entrada en vigor en enero de 2011 de la ley, la exposición al HAT en locales de hostelería se ha reducido drásticamente. Por otra parte, la presencia de fumadores en el exterior de los locales, pero cerca de la entrada, aumenta la exposición a HAT en los espacios interiores en comparación con los establecimientos sin la presencia de fumadores en el exterior de los mismos.

En cuanto a su metodología, este estudio es una evaluación antes-después con medidas repetidas llevado a cabo en tres comunidades autónomas de España (Cataluña, Galicia y Madrid), en total se ha incluido una muestra aleatoria de 178 locales de hostelería. Se midió la nicotina en fase de vapor y las partículas respirables de diámetro inferior a 2,5 micras (PM<sub>2,5</sub>) como marcadores de HAT antes (noviembre-diciembre de 2010) y después de la entrada en vigor de la nueva ley (abril-junio de 2011). Se registraron también algunas variables de consumo de tabaco, tales como la presencia de colillas, ceniceros, olor a tabaco y fumadores en el local. En la evaluación de seguimiento se registró también el número de fumadores en las entradas de los locales.



**Tabla 2.1. Concentración de nicotina y de PM<sub>2,5</sub> (µg/m<sup>3</sup>) y variables observacionales de consumo de tabaco antes de la ley (noviembre-diciembre 2010) y después de la ley (abril-mayo 2011) en locales de hostelería en España.**

	Antes	Después	Porcentaje de cambio relativo	
<b>Marcadores ambientales de HAT</b>	<b>Mediana</b> [rango intercuartílico]	<b>Mediana</b> [rango intercuartílico]	<b>(%)</b>	<b>p<sup>a</sup></b>
Nicotina (n=171 muestras apareadas)	5,73 [2,63 – 12,49]	0,57 [0,22 – 1,27]	-90,05%	<0,001
<i>Fumadores en entrada después de la Ley<sup>c</sup></i>		1,13 [0,39 – 1,87]		
Sí (n=60)				
No (n=109)		0,41 [0,17 – 0,83]		
p <sup>d</sup>		<0,001		
PM <sub>2,5</sub> (n=80 muestras apareadas)	233,38 [123,93 – 385,05]	18,82 [13,26 – 28,05]	-91,93%	<0,001
<i>Fumadores en entrada después de la Ley<sup>c</sup></i>		24,74 [19,28 – 33,15]		
Sí (n=22)				
No (n=57)		16,32 [12,24 – 22,95]		
p <sup>d</sup>		<0,05		
<b>Variables observacionales de consumo de tabaco</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>(%)</b>	<b>p<sup>b</sup></b>
Presencia de ceniceros	170 (95,5%)	1 (0,6%)	-99,41%	<0,001
Presencia de colillas	137 (77,0%)	0 (0,0%)	-100,00%	<0,001
Presencia de fumadores en el local	167 (93,8%)	7 (4,1%)	-95,80%	<0,001

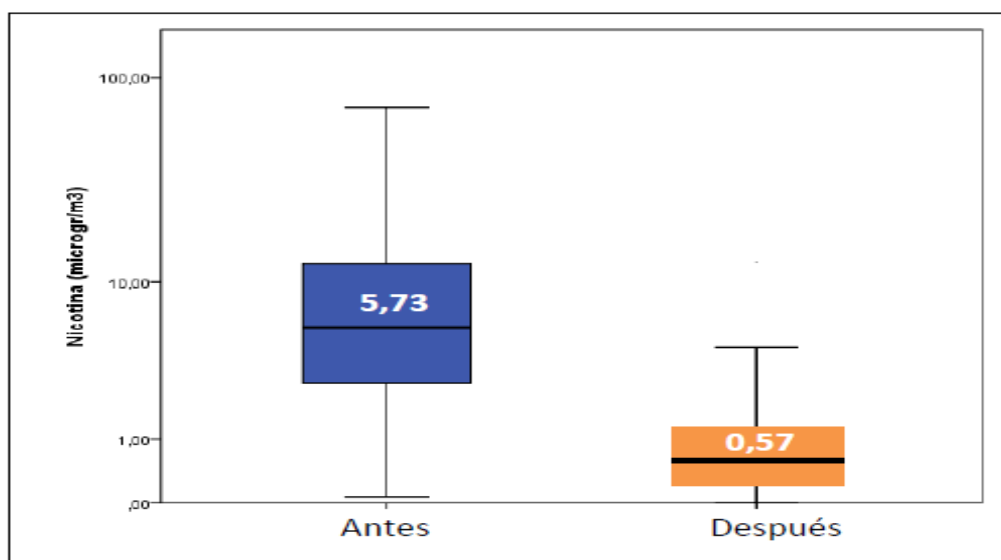
HAT: humo ambiental del tabaco; <sup>a</sup> Test de Wilcoxon de comparación de medianas antes y después de la Ley. <sup>b</sup> Test  $\chi^2$  de McNemar para la comparación de proporciones antes y después de la Ley. <sup>c</sup> Presencia de fumadores en la entrada después de la ley. <sup>d</sup> Test de la U de Mann-Whitney de comparación de "con fumadores en la entrada después de la ley" vs "sin fumadores en la entrada después de la Ley"

Fuente: Grupo de Trabajo en tabaquismo. Evaluación del impacto de la Ley 42/2010 en la exposición al humo ambiental del tabaco en la hostelería. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2012



Los resultados muestran que las concentraciones de nicotina y de  $PM_{2,5}$  disminuyeron en más del 90%. La concentración mediana de nicotina pasó de 5,73 a 0,57  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  y la de  $PM_{2,5}$  de 233,38 a 18,82  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

**Gráfico 2.1. Diagrama de cajas de la distribución de nicotina ambiental antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.**

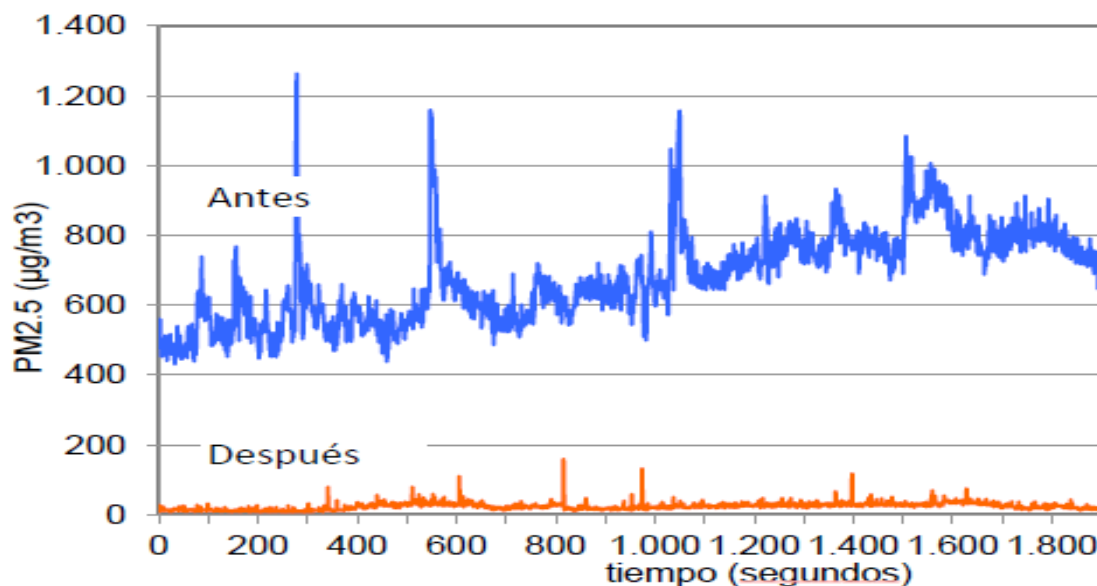


Fuente: Grupo de Trabajo en tabaquismo. Evaluación del impacto de la Ley 42/2010 en la exposición al humo ambiental del tabaco en la hostelería. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2012





**Gráfico 2.2. Mediciones en tiempo real de  $PM_{2,5}$  en el mismo local antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.**



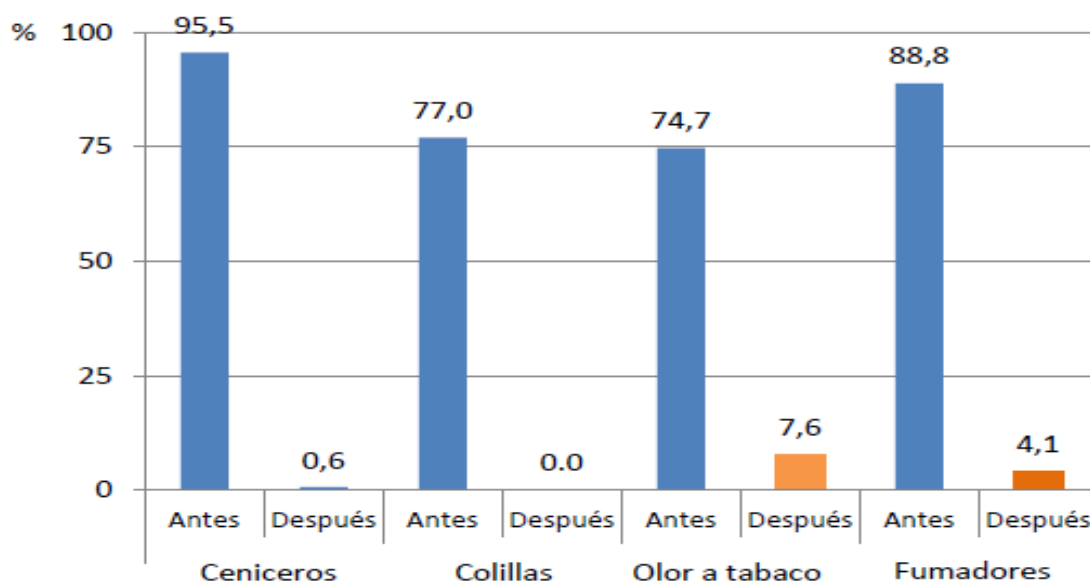
Fuente: Grupo de Trabajo en tabaquismo. Evaluación del impacto de la Ley 42/2010 en la exposición al humo ambiental del tabaco en la hostelería. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2012

Estos datos coinciden además con diversos estudios, entre otros uno publicado recientemente, ha mostrado una disminución del 91% en la concentración de partículas respirables ( $PM_{2,5}$ ) en el interior de locales de hostelería de Zaragoza antes y después de la Ley 42/2010<sup>2</sup>.

En el estudio de la SEE se muestra como la disminución de la exposición al HAT concuerda además con las variables observacionales de consumo de tabaco registradas. Así, la presencia de colillas, ceniceros, olor a tabaco y fumadores en el local disminuyeron significativamente ( $p < 0,01$ ) después de la implantación de la ley.



**Gráfico 2.3. Porcentaje (%) de locales con signos de consumo de tabaco antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.**



Fuente: Grupo de Trabajo en tabaquismo. Evaluación del impacto de la Ley 42/2010 en la exposición al humo ambiental del tabaco en la hostelería. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2012

Por otro lado, como se destaca en el citado informe, tanto las concentraciones de nicotina como las de  $PM_{2,5}$  fueron significativamente más altas en el interior de los locales donde había personas fumando en el exterior y cerca de la entrada del local. Después de la ley, la concentración mediana de nicotina en estos establecimientos fue de  $1,13 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , mientras que la concentración encontrada en los establecimientos sin fumadores en el exterior fue de  $0,41 \mu\text{g}/\text{m}^3$  (Tabla 2.1). Esto sugiere que el HAT en zonas próximas del exterior de los locales contamina los espacios interiores de estos establecimientos, lo que podría reducir la protección de la exposición a HAT. Este hallazgo es consistente con estudios previos, como los que han mostrado que parte del HAT se filtra del exterior a las zonas interiores adyacentes<sup>3</sup>. También se ha mostrado la influencia de las áreas externas semi-cerradas, que tienen mayores niveles de HAT que las que tienen zonas abiertas, no sólo en la concentración en el exterior sino también en el interior del local<sup>4</sup>.

La disminución drástica de la exposición al HAT, implica una reducción considerable del riesgo al que estaban expuestos clientes y trabajadores de este sector. Es importante señalar que antes de 2011 los niveles de contaminación medidos en bares, cafeterías y ocio



nocturno eran 8 veces más altos que los que se podían medir en la calle mientras en restaurantes la cifra era entre 5 y 6 veces mayor.

En cuanto a la exposición en otros lugares cerrados, la **Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE2011)**, publicada recientemente y que se tratará más en profundidad en el siguiente apartado, recoge la percepción de la población sobre la exposición al HAT en espacios y transportes públicos cerrados, en el lugar de trabajo y en sus casas. Son datos de diversa entidad a los de los marcadores ambientales anteriormente analizados y existe dificultad en su comparación con anteriores encuestas por las diferencias en los grupos de edad estudiados. En cualquier caso, en todos ellos se ha dado una considerable reducción en la exposición al HAT, especialmente en los espacios y transportes públicos cerrados y el lugar de trabajo, áreas reguladas por la ley. Así, en el lugar de trabajo se ha producido una reducción superior al 80% de la exposición una hora o más al día al HAT (un 6,7% de la población declaró estar expuesta en 2009 frente al 1,2% de 2011).

La exposición de la población en sus casas también se ha reducido aunque en menor medida, destacando que un 4,7% de los menores de 0-14 años estarían expuestos una hora o más al día al HAT.

**Tabla 2.2. Exposición al humo de tabaco en lugares cerrados, comparativa ENSE2011 - EESE2009**

	ENSE2011/12 (población de 0 y más años)			EESE2009 (población de 16 y más años)			Reducción exposición 1 hora o más al día en el trabajo (%)
	Nunca o casi nunca	Menos de una hora al día	1 hora o más al día	Nunca o casi nunca	Menos de una hora al día	1 hora o más al día	
<b>En espacios y transportes públicos cerrados</b>							
TOTAL	97,6	1,5	0,9	60,0	28,5	11,5	
HOMBRES	97,4	1,8	0,8	52,7	32,9	14,4	
MUJERES	97,9	1,2	0,9	67,1	24,2	8,8	
<b>En las áreas cerradas del lugar de trabajo*</b>							
TOTAL	96,8	1,3	1,2	84,4	4,7	6,7	-81,7%
HOMBRES	95,7	1,5	1,8	80,3	5,7	7,8	-77,4%
MUJERES	98,2	1,1	0,6	89,7	3,5	5,3	-89,0%
<b>En casa</b>							
TOTAL	82,2	6,8	11,0	75,5	11,0	13,5	
HOMBRES	82,0	6,8	11,2	75,7	11,3	13,0	
MUJERES	82,4	6,8	10,9	75,2	10,7	14,1	
<b>0 -14 años</b>	88,5	6,8	4,7	-	-	-	

\*ENSE2011: Población de 15 y más años que trabaja actualmente.

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2009



---

<sup>1</sup> Grupo de Trabajo en tabaquismo. Evaluación del impacto de la Ley 42/2010 en la exposición al humo ambiental del tabaco en la hostelería. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2012.

Disponible en: [www.seepidemiologia.es/informe-ley-42-2010.pdf](http://www.seepidemiologia.es/informe-ley-42-2010.pdf)

<sup>2</sup> Córdoba R, et al. Impacto de la nueva legislación sobre tabaquismo (Ley 42/2010) en los niveles de humo ambiental de tabaco en locales de hostelería. Gac Sanit. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.007>

<sup>3</sup> Sureda X, Martínez-Sánchez JM, López MJ, Fu M, Agüero F, Saltó E, et al. (2011). Secondhand smoke levels in public building main entrances: outdoor and indoor PM2.5 assessment. Tobacco Control, Published online first, Sept 2011.

<sup>4</sup> López MJ, Fernández E, Gorini G, Moshammer H, Polanska K, et al. (2012) Exposure to Secondhand Smoke in Terraces and Other Outdoor Areas of Hospitality Venues in Eight European Countries. PLoS ONE 7(8): e42130.



### 3. Prevalencia y efecto en el consumo de tabaco

#### 3.1 Prevalencia

- **Adultos:**

La **Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE2011)**, aporta los primeros datos sobre prevalencia y otros indicadores de consumo de tabaco en adultos posteriores a la implantación de la Ley 42/2010.

Hasta ahora, los últimos datos disponibles sobre prevalencia de consumo de tabaco a nivel estatal eran los recogidos por la Encuesta Europea de Salud de España del año 2009 (EESE 2009) en mayores de 16 años, previos a la normativa actual.

En la mencionada ENSE2011, el cuestionario de adultos incluye a los chicos/as de 15 y más años, por lo que, a diferencia de las encuestas anteriores, actualmente se dispone de los datos de tabaco en población de 15 años.

EESE y ENSE tienen numerosos elementos en común y, aunque presentan ciertas limitaciones de comparabilidad, las preguntas relacionadas con tabaco se consideran equivalentes. Puesto que ambas son quinquenales y se alternan, en conjunto se dispone de datos de tabaco cada 2,5 años.

Sin embargo, en jóvenes los últimos datos disponibles son los de la encuesta **ESTUDES 2010** (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), que recoge esta información en el grupo de 14-18 años en 2010, anteriores a la implantación de la Ley 42/2010.

Estas encuestas nos permiten tener datos robustos sobre los patrones de consumo de tabaco de la población española, facilitando además esta información desagregada por sexo, grupos de edad, en función del nivel de estudios, comunidad autónoma de residencia, país de nacimiento, tipo de municipio, actividad económica actual, etc.

En lo que respecta a los **datos globales**, en la ENSE2011 se observa una reducción de la prevalencia de consumo tabaco respecto a la EESE2009 general y en diversos indicadores específicos. Así, la prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) es del 27% en adultos en 2011, frente al 29,9% de 2009. La tabla 3.1.1 recoge los datos de consumo de tabaco procedentes de la ENSE2011.



**Tabla 3.1.1. Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad.2011**

Población de 15 y más años.

	FUMADOR/A DIARIO/A	FUMADOR/A OCASIONAL	EXFUMADOR/A	NO HA FUMADO NUNCA
	%	%	%	%
<b>AMBOS SEXOS</b>				
TOTAL	24,0	3,0	19,6	53,5
de 15 a 24 años	21,7	4,7	3,7	69,9
de 25 a 34 años	32,0	4,3	13,1	50,6
de 35 a 44 años	30,6	3,0	17,8	48,6
de 45 a 54 años	32,2	3,4	26,3	38,1
de 55 a 64 años	20,6	2,6	28,2	48,5
de 65 a 74 años	10,0	1,1	27,7	61,3
de 75 a 84 años	4,2	0,6	22,1	73,2
de 85 y más años	1,8	1,2	19,1	77,9
<b>HOMBRES</b>				
TOTAL	27,9	3,5	26,8	41,9
de 15 a 24 años	22,5	5,4	3,2	69,0
de 25 a 34 años	35,7	5,2	13,1	46,0
de 35 a 44 años	32,8	3,0	19,6	44,6
de 45 a 54 años	34,3	3,7	31,4	30,5
de 55 a 64 años	26,3	2,6	40,6	30,6
de 65 a 74 años	16,2	1,8	50,3	31,8
de 75 a 84 años	8,9	1,1	49,5	40,5
de 85 y más años	4,4	3,0	53,4	39,2
<b>MUJERES</b>				
TOTAL	20,2	2,6	12,7	64,5
de 15 a 24 años	21,0	4,0	4,2	70,9
de 25 a 34 años	28,3	3,3	13,1	55,3
de 35 a 44 años	28,3	3,0	16,0	52,8
de 45 a 54 años	30,0	3,2	21,3	45,6
de 55 a 64 años	15,4	2,7	16,6	65,4
de 65 a 74 años	4,6	0,5	8,1	86,8
de 75 a 84 años	0,9	0,2	3,2	95,8
de 85 y más años	0,5	0,2	0,7	98,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011

Estos primeros datos poblacionales tras la implantación de la Ley 42/2010 muestran en 2011 una reducción global de la prevalencia de fumadores actuales de 3 puntos porcentuales respecto a la anterior encuesta EESE2009, lo que implica una disminución de la prevalencia de consumo actual del 9,7% en 2011 respecto a 2009.



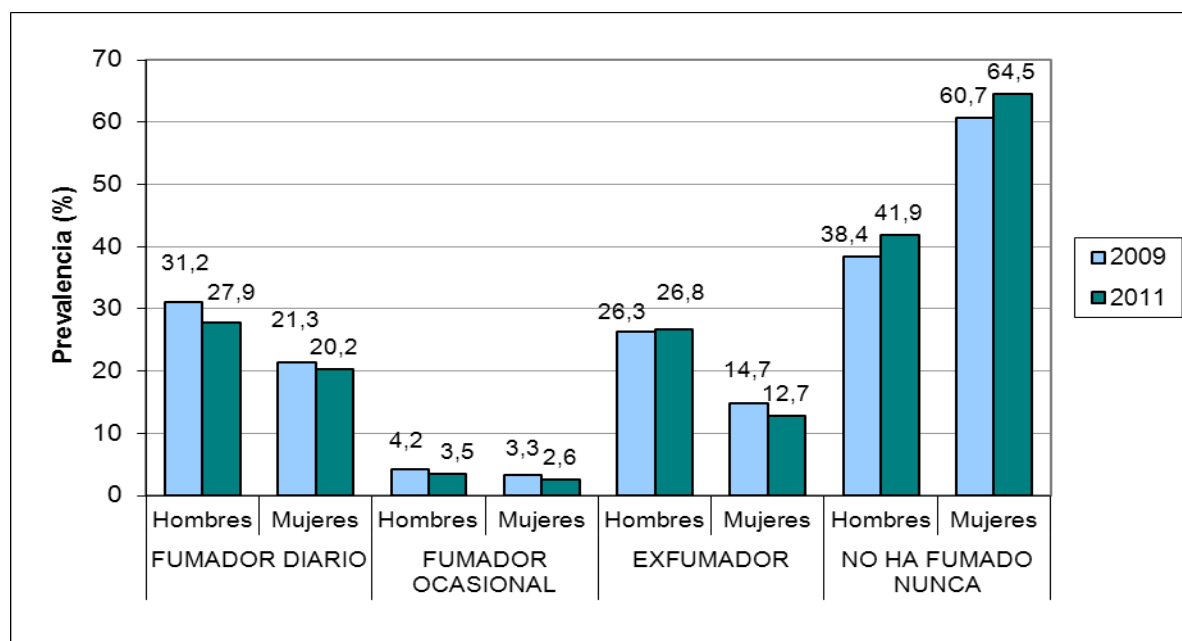
En cuanto al **consumo por sexo**, como se observa en el gráfico 3.1.1 y la tabla 3.1.2, se dan ciertas diferencias. En hombres, con consumo de tabaco más elevado tradicionalmente, la reducción de la prevalencia de consumo actual ha sido mayor proporcionalmente (31,4% en 2011 frente al 35,3% en 2009) que en mujeres (22,8% frente al 24,6% de 2011 y 2009 respectivamente).

De forma similar ocurre en la prevalencia de fumadores diarios, donde se ha dado una reducción del 26,2% de 2009 al 24% de 2011.

El porcentaje de exfumadores prácticamente se mantiene estable, es un 19,6%, aunque en mujeres destaca cierta disminución (de 14,7% a 12,7% en 2009 y 2011 respectivamente).

La prevalencia de personas que no han fumado nunca es del 53,5% en 2011, dándose un aumento general de 4 puntos porcentuales respecto a 2009.

**Gráfico 3.1.1. Consumo de tabaco (comparación ENSE2011- EESE2009)**

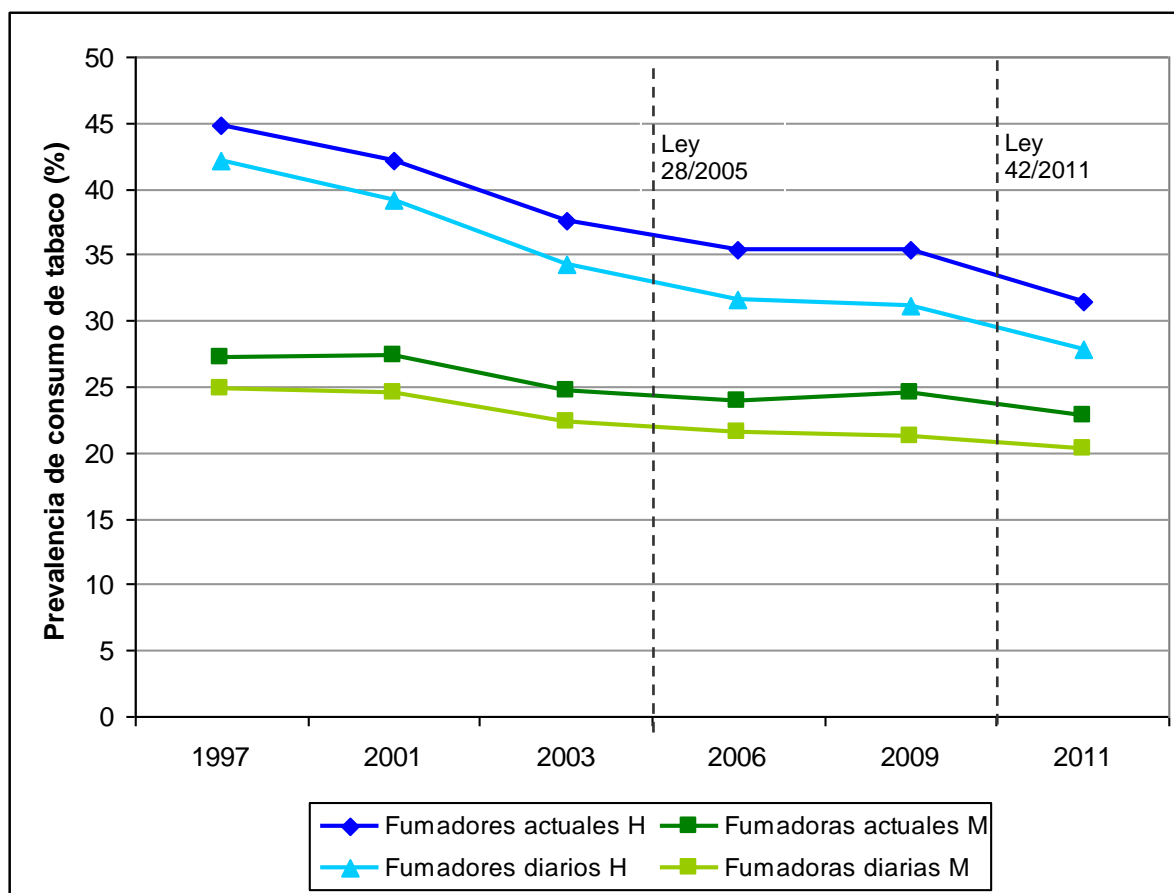


Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE2011 y EESE2009.

En la progresión de la prevalencia de fumadores actuales y diarios en los últimos años (gráfico 3.1.2) se observa que, tras la aplicación de la Ley 42/2010, se ha vuelto a la tendencia de disminución del consumo que en el periodo 2006-2009 se había estabilizado. Aunque la reducción se da de forma más acentuada en hombres, lo cual posiblemente se ve afectado por la posterior incorporación de las mujeres a dicho consumo.



**Gráfico 3.1.2. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales y diarios, según sexo.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Encuestas Nacionales y Europea de Salud.

En cuanto a la **prevalencia por grupos de edad**, a efectos de comparación, es necesario destacar que la ENSE incluye a los adultos a partir de los 15 años y las anteriores encuestas, como la EESE, incluía a los de 16 años y más. Como se puede observar en la tabla 3.1.2., es precisamente el grupo de 15-24 años de edad uno de los que presenta una mayor reducción en el consumo al comparar con los de 16-24 años. Dado que la encuesta ESTUDES 2010 ya mostraba también esa tendencia a la disminución del consumo en el grupo de 14-18 años, como se verá en el apartado de jóvenes, no parece que el descenso en el consumo encontrado sea atribuible en gran medida a esa diferencia entre los grupos de edad incluidos.

También se ha reducido especialmente el consumo en los grupos de mayor edad. Sin embargo, se ha dado un aumento en la prevalencia de fumadoras actuales en mujeres de 55-64 años.





**Tabla 3.1.2. Prevalencia de fumadores actuales y diarios (comparación 2011-2009)**

	FUMADORES ACTUALES (%)				FUMADORES DIARIOS (%)			
	2011	2009	Dif2011-09	% Red 2009/11	2011	2009	Dif 2011-2009	% Red 2009/2011
<b>AMBOS SEXOS</b>	27,0	29,9	-2,9	-9,7%	24,0	26,2	-2,2	-8,4%
de 15 a 24 años*	26,4	32,5	-6,1	-18,8%	21,7	26,3	-4,5	-17,3%
de 25 a 34 años	36,3	38,3	-2,0	-5,1%	32,0	32,8	-0,8	-2,4%
de 35 a 44 años	33,6	37,5	-3,9	-10,5%	30,6	33,4	-2,8	-8,4%
de 45 a 54 años	35,6	37,8	-2,2	-5,8%	32,2	34,0	-1,8	-5,4%
de 55 a 64 años	23,3	21,6	1,7	7,8%	20,6	19,7	0,9	4,8%
de 65 a 74 años	11,1	11,4	-0,4	-3,1%	10,0	10,4	-0,4	-4,1%
de 75 a 84 años	4,7	6,9	-2,2	-31,8%	4,2	6,1	-1,9	-31,5%
de 85 y más años	3,0	3,5	-0,5	-13,1%	1,8	2,3	-0,4	-18,9%
<b>HOMBRES</b>	31,4	35,3	-4,0	-11,2%	27,9	31,2	-3,3	-10,6%
de 15 a 24 años*	27,8	35,2	-7,3	-20,8%	22,5	28,9	-6,4	-22,2%
de 25 a 34 años	40,9	42,7	-1,8	-4,2%	35,7	36,8	-1,1	-3,1%
de 35 a 44 años	35,8	41,7	-5,9	-14,2%	32,8	37,5	-4,6	-12,4%
de 45 a 54 años	38,0	42,1	-4,1	-9,8%	34,3	38,4	-4,1	-10,6%
de 55 a 64 años	28,8	29,5	-0,7	-2,2%	26,3	26,6	-0,3	-1,2%
de 65 a 74 años	17,9	18,0	-0,1	-0,7%	16,2	16,3	-0,1	-0,6%
de 75 a 84 años	10,0	12,8	-2,7	-21,4%	8,9	11,1	-2,2	-19,9%
de 85 y más años	7,3	6,1	1,2	19,8%	4,4	3,2	1,2	36,8%
<b>MUJERES</b>	22,8	24,6	-1,8	-7,4%	20,2	21,3	-1,1	-5,2%
de 15 a 24 años*	24,9	29,8	-4,9	-16,4%	21,0	23,5	-2,6	-10,9%
de 25 a 34 años	31,6	33,6	-2,0	-6,0%	28,3	28,6	-0,4	-1,3%
de 35 a 44 años	31,3	33,1	-1,9	-5,7%	28,3	29,2	-0,9	-3,1%
de 45 a 54 años	33,1	33,5	-0,3	-1,0%	30,0	29,7	0,3	1,0%
de 55 a 64 años	18,0	14,2	3,9	27,2%	15,4	13,2	2,1	16,0%
de 65 a 74 años	5,1	5,8	-0,7	-12,8%	4,6	5,4	-0,9	-15,7%
de 75 a 84 años	1,0	2,7	-1,6	-61,6%	0,9	2,4	-1,5	-64,2%
de 85 y más años	0,7	1,8	-1,1	-62,0%	0,5	1,7	-1,2	-70,6%

\*ENSE2011 (15-24 años), EESE2009 (16-24 años).

**Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2009**



Respecto a la **prevalencia en función de las variables socioeconómicas**, en los datos de consumo de tabaco por clase social (basada en la ocupación de la persona de referencia) de la ENSE2011 (Tabla 3.1.3), se mantiene el gradiente de mayor consumo en las clases más desfavorecidas en general y en hombres específicamente. Al comparar estos datos con los de la ENSE2006, ya que no existen en la ESE2009, se observa que la reducción más importante del consumo se ha producido en las clases II, V y VI en general, en mujeres además destaca un aumento del consumo en la clase III.

En función del nivel de estudios, la mayor reducción en el consumo de tabaco se ha producido en aquellos que como máximo tienen estudios primarios. En cuanto a su relación con la actividad económica actual, ha disminuido especialmente el consumo de aquellos que están estudiando o en situación de desempleo.



**Tabla 3.1.3. Prevalencia de fumadores actuales en función de variables socioeconómicas (comparación ENSE2011- EESE2009)**

	Fumadores actuales											
	Hombres				Mujeres				Total			
			Dif				Dif				Dif	
	2011/12	2009	2011-2009	% Red	2011/12	2009	2011-2009	% Red	2011/12	2009	2011-2009	% Red
<b>TOTAL</b>	31,4	35,3	-4,0	-11,2	22,8	23,9	-1,1	-4,6	27,0	29,5	-2,5	-8,6
<b>Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia*</b>												
I	22,6	25,1	-2,5	-10,1	21,2	22,6	-1,3	-5,9	21,9	23,9	-2,0	-8,2
II	26,3	34,1	-7,7	-22,6	22,7	26,6	-3,9	-14,7	24,4	30,3	-5,9	-19,6
III	28,7	32,9	-4,2	-12,7	24,7	22,3	2,4	10,8	26,6	27,6	-1,0	-3,6
IV (IV A**)	33,7	37,1	-3,5	-9,3	23,5	24,8	-1,3	-5,3	29,1	31,1	-2,0	-6,4
V (IV B**)	33,6	41,4	-7,8	-18,9	24,7	27,1	-2,4	-8,8	29,2	33,5	-4,3	-12,9
VI (V**)	36,2	40,1	-3,9	-9,7	19,1	21,2	-2,1	-9,7	26,5	30,0	-3,5	-11,6
<b>Nivel de estudios</b>												
No sabe leer o escribir o estudios primarios incompletos	22,3	28,6	-6,3	-22,0	4,6	7,5	-2,9	-38,5	11,9	16,3	-4,3	-26,7
Estudios primarios completos	31,5	39,7	-8,2	-20,6	14,0	20,1	-6,2	-30,6	22,4	30,0	-7,6	-25,4
Estudios secundarios de 1ª etapa	37,7	41,7	-4,0	-9,6	28,7	33,4	-4,7	-14	33,3	37,7	-4,3	-11,5
Estudios secundarios de 2ª etapa o enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	30,8	35,9	-5,1	-14,2	28,8	32,1	-3,2	-10,1	29,8	34,0	-4,2	-12,3
Universitarios	23,4	25,1	-1,7	-7,0	21,9	24,0	-2,1	-8,9	22,6	24,5	-2,0	-8,0
<b>Relación con la actividad económica actual</b>				0,0								
Trabajando	34,0	37,8	-3,8	-9,9	30,2	31,0	-0,8	-2,6	32,3	34,8	-2,5	-7,2
En desempleo	46,3	54,9	-8,6	-15,6	36,1	37,1	-1,0	-2,7	41,9	46,5	-4,6	-10,0
Jubilado/a o prejubilado/a	16,7	17,5	-0,8	-4,5	5,0	4,9	0,1	1,8	11,0	11,7	-0,7	-5,7
Estudiando	19,2	23,8	-4,6	-19,5	19,5	24,7	-5,2	-21	19,4	24,3	-4,9	-20,2
Incapacitado/a para trabajar	42,1	39,9	2,2	5,5	23,2	32,0	-8,8	-27,4	34,2	36,6	-2,3	-6,4
Labores del hogar	19,5	12,8	6,7	52,7	17,8	18,3	-0,5	-2,9	17,8	18,2	-0,4	-2,1
Otros	45,0	42,1	2,9	6,9	-	16,1	-	-	33,8	33,5	0,3	1,0

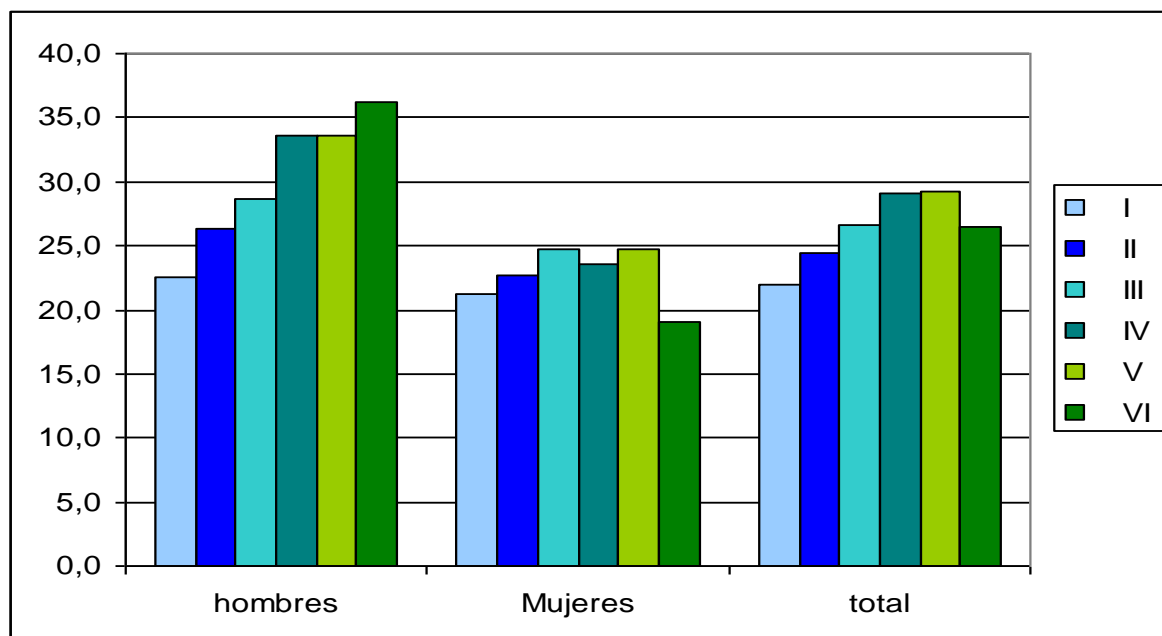
\* Dato previo a la ley disponible: ENSE2006.

\*\*Proveniente de la anterior clasificación por ocupaciones, utilizada en encuestas previas a la ENSE 2011.

**Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2009**



**Gráfico 3.1.3. Prevalencia de fumadores actuales (%) según clase social (ENSE2011)**



Fuente: Elaboración propia a partir ENSE2011.

En cuanto al **número de cigarrillos al día entre los fumadores diarios**, como se aprecia en la tabla 3.1.4, éste ha descendido ligeramente. Un 28,7% de los adultos fuman entre 1-9 cigarrillos al día, un 35,8% entre 10-19 cigarrillos y un 35,5% más de 20 unidades al día. Estudiando la evolución de la prevalencia de consumo (gráfico 3.1.4) se observa que la prevalencia de grandes fumadores (20 o más cigarrillos diarios) continua descendiendo en ambos sexos.

**Tabla 3.1.4. Número de cigarrillos consumidos al día por los fumadores diarios (2009-2011)**

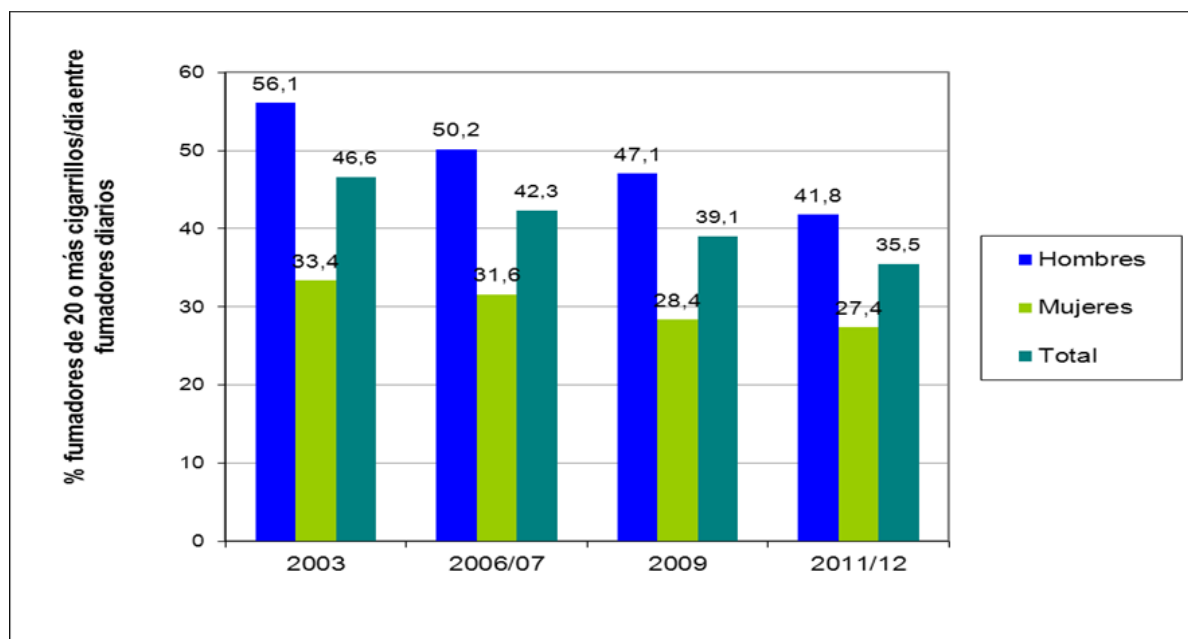
	2011			2009		
	1-9 cig/ día (%)	10-19 cig/ día (%)	≥20 cig/ día (%)	1-9 cig/ día (%)	10-19 cig/ día (%)	≥20 cig/ día (%)
<b>Total</b>	28,7	35,8	35,5	27,2	33,8	39,1
<b>Hombres</b>	23,3	34,9	41,8	21,3	31,6	47,1
<b>Mujeres</b>	35,6	37,0	27,4	34,9	36,7	28,4

Cig/día: cigarrillos al día en fumadores diarios. Se contabilizan tanto los cigarrillos manufacturados como los cigarrillos con tabaco de liar. ENSE2011 (población de 15 y más años), EESE2009 (16 y más años).

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2009



**Gráfico 3.1.4. Evolución de la prevalencia de grandes fumadores entre fumadores diarios (2003-2011)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Encuestas Nacionales y Europea de Salud.

La **edad media de inicio del consumo**, en fumadores diarios es 17,2 años, inferior en hombres que en mujeres (16,7 y 17,9 años respectivamente), manteniéndose relativamente estable respecto a años anteriores.

En cuanto a la **proporción de abandono del consumo** (exfumadores/ [fumadores + exfumadores]), en 2011 es de 42,1% (46% en hombres y 35,9% en mujeres), superior a la del año 2009 (40,6%) y más elevada en hombres, especialmente en los grupos de edad más avanzada, como en años anteriores.

**Los indicadores sobre consumo a los 15 o más años de edad y sobre la intención de abandono del consumo** para esa misma edad, se recogen por primera vez en la ENSE 2011, por lo que no se pueden comparar con años anteriores pero permiten explorar otros aspectos del consumo de tabaco sobre los que las medidas de control y prevención han podido incidir. Como se muestra en la tabla 3.1.5, un 33,1% de los fumadores diarios consideran que fuman menos respecto a hace 2 años (33,9% en hombres y 31,9% en mujeres).



**Tabla 3.1.5. Consumo actual de tabaco respecto a hace 2 años de los fumadores diarios (ENSE 2011)**

	HOMBRES			MUJERES			AMBOS SEXOS		
	MÁS (%)	MENOS (%)	IGUAL (%)	MÁS (%)	MENOS (%)	IGUAL (%)	MÁS (%)	MENOS (%)	IGUAL (%)
<b>TOTAL</b>	13,7	33,9	52,4	20,8	31,9	47,3	16,8	33,1	50,2
de 15 a 24 años	28,8	27,8	43,3	31,5	29,1	39,3	30,1	28,5	41,4
de 25 a 34 años	13,7	31,9	54,4	21,7	36,3	42,0	17,2	33,8	49,0
de 35 a 44 años	14,3	34,1	51,6	19,9	31,0	49,1	16,9	32,7	50,5
de 45 a 54 años	13,2	33,0	53,8	20,4	29,2	50,4	16,6	31,2	52,2
de 55 a 64 años	7,6	37,3	55,0	10,9	37,1	52,0	8,9	37,3	53,9
de 65 a 74 años	4,4	46,0	49,6	17,4	24,1	58,5	7,6	40,6	51,8
de 75 y más años	4,6	38,7	56,8	.	.	.	5,3	34,9	59,8
<b>Clase social</b>									
I	9,3	36,5	54,2	19,8	33,6	46,6	13,9	35,2	50,9
II	13,1	36,6	50,3	17,9	25,8	56,3	15,5	31,1	53,4
III	10,9	35,1	54,0	20,1	29,6	50,2	15,4	32,4	52,2
IV	16,2	31,6	52,2	17,2	34,7	48,1	16,6	32,8	50,7
V	15,5	34,1	50,5	22,4	33,3	44,4	18,4	33,7	47,9
VI	11,6	33,6	54,8	20,4	31,1	48,6	15,3	32,5	52,2
<b>País de origen</b>									
España	14,0	34,0	52,0	21,3	31,6	47,1	17,2	33,0	49,9
Extranjero	11,8	33,4	54,8	17,1	34,3	48,7	14,1	33,8	52,1

\* ENSE2011 (15-24 años), EESE2009 (16-24 años).

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2009

En cuanto a **la intención de dejar de fumar** (tabla 3.1.6), un 11,4% de los fumadores diarios muestra intención de hacerlo en el plazo de un mes y un 23,7% en los próximos 6 meses. Sin embargo, el 70% no ha realizado ningún intento.



**Tabla 3.1.6. Intención de dejar de fumar e intentos de los fumadores diarios (ENSE 2011)**

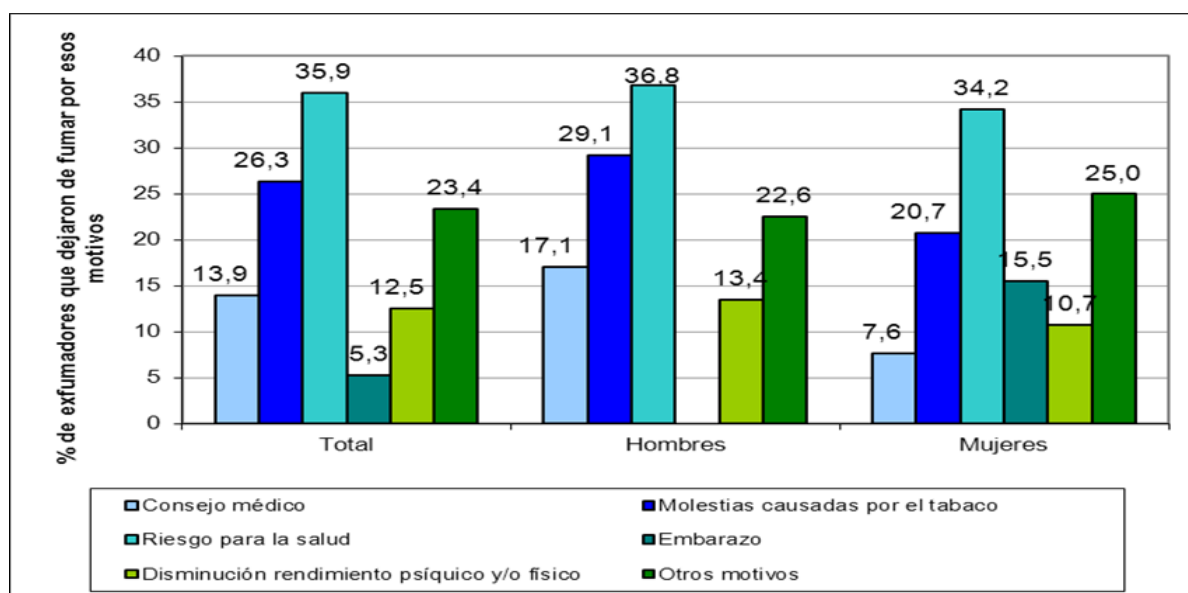
	HOMBRES			MUJERES			AMBOS SEXOS		
	Sí, en un mes	Sí, en los próximos 6 meses	No	Sí, en un mes	Sí, en los próximos 6 meses	No	Sí, en un mes	Sí, en los próximos 6 meses	No
<b>TOTAL</b>	11,7	23,6	64,7	10,9	23,9	65,2	11,4	23,7	64,9
de 15 a 24 años	8,5	28,5	63,0	10,1	18,0	71,9	9,3	23,6	67,2
de 25 a 34 años	12,3	25,0	62,7	11,6	24,9	63,6	12,0	25,0	63,1
de 35 a 44 años	14,0	22,6	63,5	12,4	25,7	61,9	13,3	24,0	62,8
de 45 a 54 años	12,3	26,4	61,4	9,8	25,5	64,7	11,1	26,0	62,9
de 55 a 64 años	6,8	22,7	70,6	9,4	19,5	71,1	7,8	21,5	70,8
de 65 a 74 años	15,1	11,7	73,2	7,2	24,8	68,0	13,2	14,9	72,0
de 75 y más años	7,9	8,0	84,1	.	.	.	8,7	9,6	81,7
<b>Clase social</b>									
I	13,7	19,9	66,5	12,4	33,6	54,1	13,1	25,9	61,0
II	16,9	27,8	55,3	9,5	25,4	65,1	13,2	26,6	60,2
III	13,8	25,3	60,9	14,8	22,2	63,0	14,3	23,8	61,9
IV	13,3	22,4	64,3	11,9	22,3	65,8	12,8	22,4	64,9
V	9,3	25,3	65,5	9,6	24,0	66,4	9,4	24,8	65,8
VI	10,3	19,4	70,3	7,1	24,0	68,9	8,9	21,4	69,7
<b>País de origen</b>									
España	11,5	23,7	64,8	10,7	23,9	65,4	11,1	23,8	65,1
Extranjero	13,4	22,5	64,1	12,4	24,3	63,4	12,9	23,3	63,8
<b>Número de intentos fumadores diarios en 12 meses</b>									
Ninguno	71,8	-		68,6	-	-	70,0	-	-
1-2 intentos	22,8	-		23,8	-	-	23,4	-	-
3-4 intentos	3,3	-		4,6	-	-	4,0	-	-
5 o más intentos	2,1	-		3,1	-	-	2,6	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2009

Con respecto a **los principales motivos para dejar de fumar entre los exfumadores**, recogidos en el gráfico 3.1.5 y la tabla 3.1.7, destacan el riesgo para la salud (35,9%) y las molestias causadas por el tabaco (26,3%). Estos factores, junto con el consejo médico, embarazo, disminución del rendimiento físico/psíquico y otros varían su importancia en la decisión según sexo, grupo de edad y clase social. Así, el consejo médico es un motivo en mayor porcentaje a medida que aumenta la edad para ambos sexos, aunque en mujeres de clases sociales más desfavorecidas este factor tiene menor peso. El embarazo destaca como motivo en mujeres entre 25-45 años. Respecto a la ayuda recibida para dejar de fumar un 4,2% declara haberla recibido de un profesional sanitario y un 93,2% no utilizó ningún tratamiento para ello.



**Gráfico 3.1.5. Principales motivos de los exfumadores para dejar de fumar (ENSE 2011)**



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011

**Tabla 3.1.7. Principales motivos, ayuda y tratamiento utilizado por los exfumadores para dejar de fumar (ENSE 2011)**

Motivos, ayuda y tratamiento de los exfumadores para dejar de fumar	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	TOTAL (%)
<b>Principales motivos</b>			
Consejo médico	17,1	7,6	13,9
Molestias causadas por el tabaco	29,1	20,7	26,3
Riesgo para la salud	36,8	34,2	35,9
Embarazo	.	15,5	5,3
Disminución rendimiento psíquico y/o físico	13,4	10,7	12,5
Otros motivos	22,6	25,0	23,4
<b>Ayuda de un profesional sanitario</b>			
En atención primaria	1,5	1,9	1,6
En atención especializada	0,8	1,0	0,9
Médico de empresa	0,2	0,3	0,3
Otros	1,2	2,0	1,5
Ningún profesional sanitario	96,3	94,8	95,8
<b>Tipo de tratamiento utilizado</b>			
Chicles o parches de nicotina	2,9	2,3	2,7
Medicamentos recetados por el médico	1,5	1,4	1,4
Terapia psicológica	0,3	1,0	0,5
Acupuntura, homeopatía, hipnosis	0,4	1,3	0,7
Otros	2,0	1,8	1,9
No utilicé ningún tratamiento	93,4	92,8	93,2

Una misma persona puede estar en más de una categoría de motivos, ayuda o tratamiento.

\* ENSE2011 (15-24 años), EESE2009 (16-24 años).

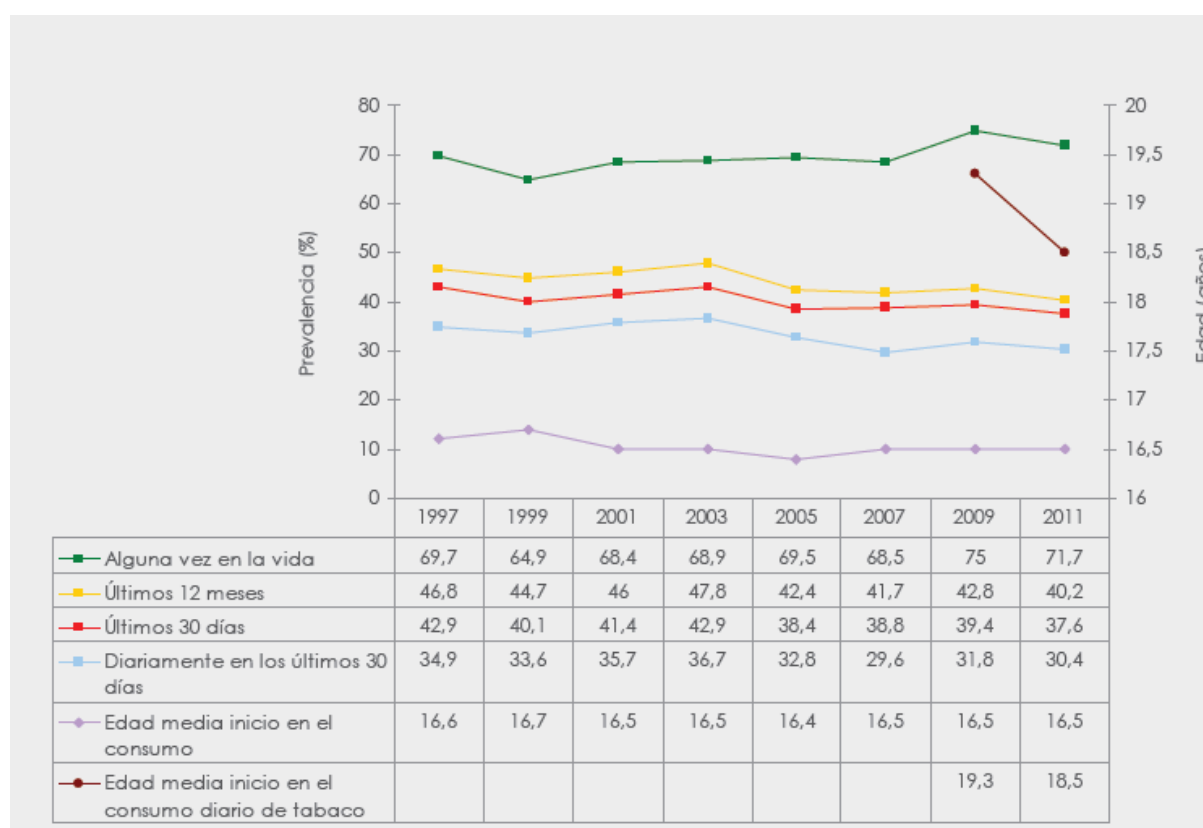
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2009





La información sobre los indicadores anteriormente citados es coherente con los resultados sobre consumo de tabaco de la **Encuesta EDADES 2011** (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general en España) que se realiza en población general residente en hogares (15-64 años) por el Plan Nacional Sobre Drogas. En dicha encuesta se observa también una reducción en los principales indicadores de consumo de tabaco.

**Gráfico 3.1.6. Indicadores de consumo de tabaco**



Fuente: EDADES2011



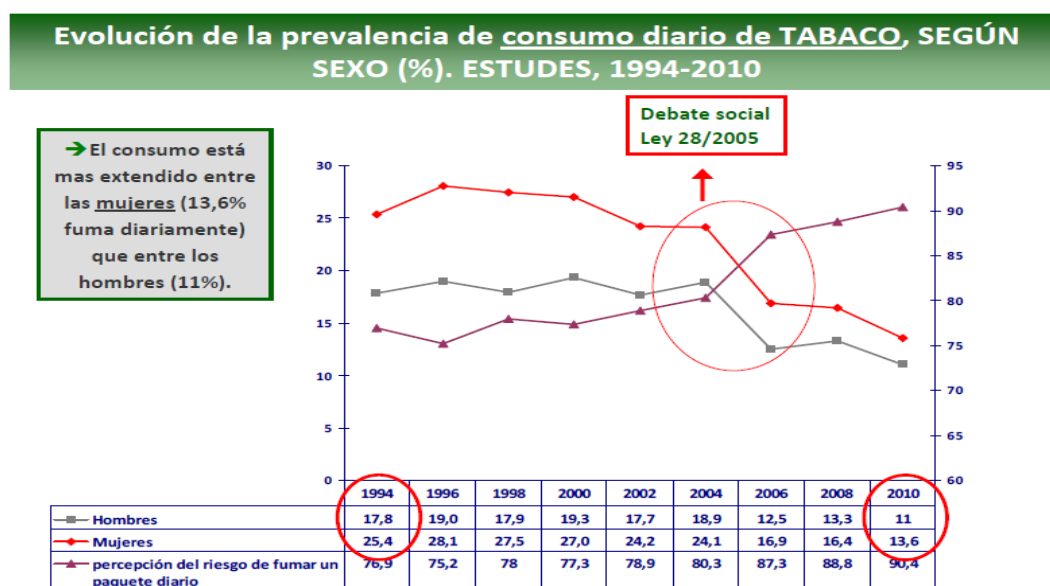
• **Jóvenes:**

En relación con la **prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes**, los datos de la encuesta **ESTUDES 2010** muestran que un 32,4% de los estudiantes de 14-18 años fumó tabaco en los últimos 12 meses y el 12,3% (25,2% entre los de 18 años) lo hizo diariamente en los últimos 30 días. La prevalencia se sitúa en 2010 en el 11% en hombres y en el 13,6% en mujeres, mientras los datos de la encuesta de 2008 fueron del 13,3% y del 16,8% respectivamente, con un fuerte descenso paulatino desde 2004 en la que los resultados fueron de 18,9% y 24,2% respectivamente.

Además, los datos de la encuesta reflejan que los esfuerzos realizados en los últimos años en cuanto a la prevención y control del tabaquismo están dando importantes resultados al haberse producido un aumento de la percepción del riesgo y de los efectos perjudiciales del tabaco en la salud ya que el 90,4% de los encuestados considera que fumar puede producir muchos problemas de salud. Esta cifra era de un 88,8% en 2008 y de un 80,3% en 2004.

En el siguiente gráfico, 3.1.7., puede observarse con claridad cómo tras la introducción de la Ley 28/2005 se alcanzaron importantes descensos en cuanto al consumo diario de tabaco llegando a sus niveles más bajos en 2010 (11% en hombres y 13,6% en mujeres).

**Gráfico 3.1.7. Evolución de la prevalencia del consumo diario de tabaco. ESTUDES 2010**



FUENTE: ESTUDES 1994-2010. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. MSPSI.



- **Población trabajadora:**

Por otro lado, en el estudio “**Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010**”<sup>1</sup>, se muestran datos que sugieren un descenso del porcentaje de fumadores y de la magnitud del consumo en población trabajadora. La información se obtuvo del análisis de la evolución semestral de los datos obtenidos de 413.473 reconocimientos médicos de Salud Laboral, realizados entre julio de 2009 y junio de 2011, en la Sociedad de Prevención de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

A lo largo del periodo de estudio, el porcentaje de fumadores descendió un 5% (del 40,3% al 35,3%,  $p < 0,001$ ) en el total de reconocimientos y el grupo de fumadores con menor consumo diario ( $\leq 10$  cigarrillos) se convirtió en el más frecuente ( $p < 0,001$ ). En el grupo de camareros, bármanes y asimilados las diferencias en el porcentaje semestral de fumadores no alcanzaron significación estadística ( $p = 0,07$ ). En este grupo, los fumadores de  $\leq 10$  cigarrillos/día también se convirtieron en el grupo de consumo más frecuente (pasando del 40,5% al 48,8%) y el porcentaje de fumadores de 21-40 cigarrillos/día disminuyó del 10,6% al 4% ( $p = 0,008$ ).

Estos datos sugieren que el periodo de la implantación de la ley se acompañó de un cambio en el patrón de consumo en la población trabajadora, pero se debe tener en cuenta que la metodología no es comparable a la de las encuestas de salud para obtener conclusiones robustas de prevalencia. En cualquier caso, los datos expuestos recogen el periodo julio 2009-junio 2011, en el que la reducción en el porcentaje de fumadores que podría ser atribuible a la nueva ley supone un descenso del 4.1% resultante de la comparación del primer semestre de 2011 con el mismo periodo de 2010.

---

<sup>1</sup> Catalina Romero C, Sainz Gutiérrez JC, Quevedo Aguado L, Cortés Arcas MV, Pinto Blázquez JA, Gelpi Méndez JA, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. Rev Esp Salud Publica 2012; 86:177-188

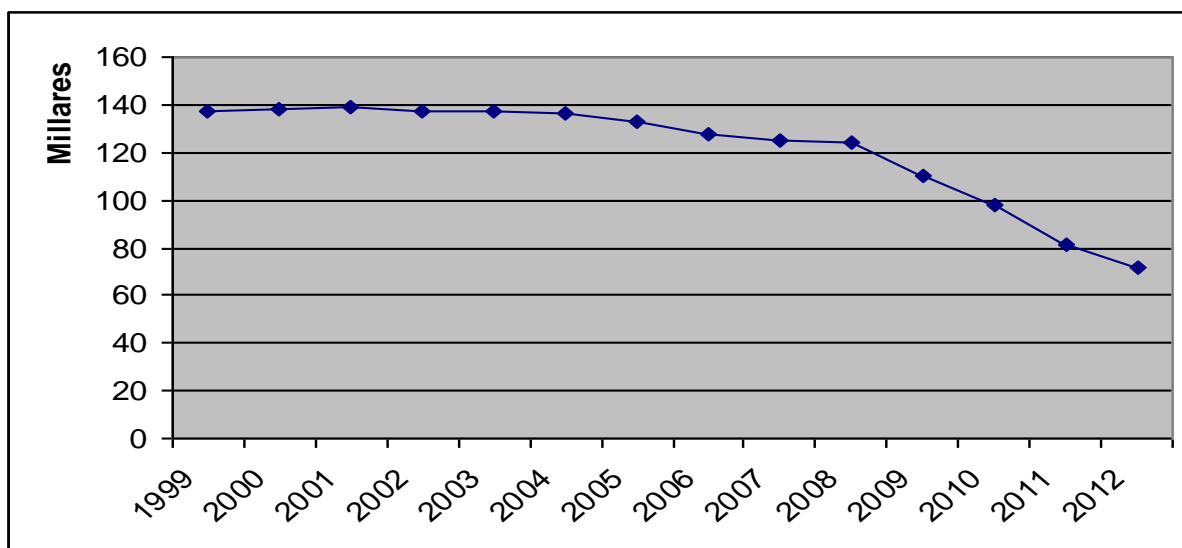


### 3.2 Ventas de productos del tabaco

Ya en los años anteriores a la implantación de la Ley 28/2005 y de su modificación posterior en 2010 pudo observarse una tendencia clara de disminución de las ventas de cigarrillos. Así, puede observarse en el Gráfico 3.2.1 como la tendencia en las ventas de cigarrillos sube inicialmente hasta alcanzar su mayor nivel en el año 2001 desde donde se inicia un descenso continuo hasta la actualidad. Cabe destacar los fuertes descensos experimentados en los años 2009 a 2012 siendo las reducciones más importantes de la serie las producidas en los dos años de aplicación de la Ley 42/2010.

- Reducción de un 20,10% en 2011
- Reducción de un 12,86% en 2012

**Gráfico 3.2.1. Evolución de las ventas de cajetillas de cigarrillos por cada mil habitantes. Años 1999-2012**



Fuentes: Comisionado para el Mercado de Tabacos e Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por otro lado, y según los datos del Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas), las ventas de productos de tabaco 1999-2012 en la Península e Islas Baleares, fueron las siguientes:



**Tabla 3.2.1. Ventas de productos de tabaco por unidad de venta. Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas), años 1999-2012**

	Cigarrillos (cajetilla, 20)	Cigarros (unidades)	Picadura de liar (bolsas o latas)	Picadura de pipa (bolsas o latas)	Picadura de liar (en Kg.)	Picadura de pipa (en Kg.)
1999	4.293.029.000	959.472.000	18.858.000	2.446.000		
2000	4.376.085.000	1.076.365.000	22.204.000	2.558.000		
2001	4.496.065.000	1.135.369.000	32.234.000	2.514.000		
2002	4.530.781.000	1.060.191.000	30.957.000	2.546.000		
2003	4.616.664.000	1.062.958.000	37.857.000	2.581.000		
2004	4.663.050.000	1.136.970.000	47.556.000	2.639.000		
2005	4.634.976.821	1.118.949.838	58.366.339	2.455.344		
2006	4.504.878.829	1.035.489.728	55.448.119	2.303.630		
2007	4.455.138.251	1.102.492.737	64.969.996	2.479.538		
2008	4.514.441.352	1.128.719.060	88.181.496	2.761.136	4.131.748	157.234
2009	4.067.825.494	1.177.662.604			5.476.524	196.833
2010	3.621.537.558	1.535.600.067			5.399.853	376.311
2011	3.015.433.443	1.879.961.508			5.053.787	1.402.335
2012	2.671.732.736	2.223.120.655			6.519.834	883.806

Cigarrillos: cajetillas de 20 unidades

Cigarros: unidades

Picadura para liar: Kilos (2008-2010). Bolsas (años anteriores)

Picadura de pipa: Kilos (2008-2010). Bolsas (años anteriores)

**Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos**

Si realizamos la comparación entre el primer año de entrada en vigor de la ley con los datos del año anterior podemos observar lo siguiente:

- **Cajetillas de cigarrillos:** las ventas experimentaron un descenso de un **16,7%** en 2011 con respecto a 2010.
- **Cigarros:** en cuanto a las ventas en 2011 se produjo un incremento del **22,4%** con respecto a 2010.
- **Picadura para liar:** las ventas reflejan un descenso del **6,4%** en 2011 con respecto a 2010.
- **Picadura de pipa:** las ventas en 2011 muestran un incremento del **272,7%** con respecto a 2010.



En cuanto a porcentajes comparativos entre el año 2012 y 2011, tomando como referencia los acumulados de diciembre, cabe decir lo siguiente en cuanto a los diferentes productos del tabaco:

- **Cajetillas de cigarrillos:** En el mes de diciembre de 2012 se ha mantenido la tendencia negativa de ventas ya que se alcanzó la cifra más baja de la serie (2.671 millones de cajetillas), lo que supone un **11,4%** menos que en 2011.
- **Cigarros:** Se mantiene la tendencia de aumento de ventas iniciada en años anteriores. Así, y en términos anuales se observa un crecimiento del **18,3%** en cigarros y cigarrillos.
- **Picadura para liar:** A pesar de la reducción experimentada en las ventas en 2011, se ha producido un incremento importante de esta labor al alcanzar el **29%** durante el año 2012, respecto al año anterior.
- **Picadura de pipa:** El consumo de picadura de pipa se estabiliza en niveles normales tras las modificaciones fiscales realizadas. Así, la picadura de pipa disminuyó un **37%** en 2012 lo cual se contrapone al gran ascenso experimentado en 2011.

Si comparamos datos de ventas anuales (acumulados de diciembre) de los tres últimos años podemos observar la situación siguiente:

**Tabla 3.2.2. Ventas acumuladas de productos de tabaco en Península e Islas Baleares. Por unidad de venta, en unidades físicas. Diciembre 2010 – diciembre de 2012**

	Cajetillas de cigarrillos			Cigarros			Picadura de liar			Picadura de pipa		
	Totales diciembre	% dif dic. 12/11	% dif dic. 11/10	Totales diciembre	% dif dic. 12/11	% dif dic. 11/10	Totales diciembre	% dif dic. 12/11	% dif dic. 11/10	Totales diciembre	% dif dic. 12/11	% dif dic. 11/10
2012	2.671.732.729	-11,4	-16,74	2.223.120.655	18,25	22,43	6.519.834	29,01	-6,41	883.806	-36,98	272,65
2011	3.015.433.443			1.879.961.508			5.053.787			1.402.335		
2010	3.621.537.558			1.535.600.067			5.399.853			376.311		

Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas).

Cabe destacar que, en los dos primeros meses de aplicación de la ley (enero y febrero de 2011), se alcanzó la cifra más baja de ventas hasta el momento. Esta circunstancia puede explicarse, además de por el efecto de la ley, por la aprobación en diciembre de 2010 del Real Decreto Ley



13/2010 que procedió a elevar su carga impositiva. Posteriormente durante 2012, se sigue observando esta tendencia negativa llegándose a las cifras más bajas de toda la serie en los meses de febrero y diciembre de 2012. Así, en el primero de ellos las ventas solo alcanzaron las 190.829.757 cajetillas mientras que en diciembre se vendieron 189.644.861.

En cuanto a los cambios experimentados en las ventas de otras labores del tabaco se hace necesario situarnos en el contexto adecuado. Así, a pesar del aumento continuado de las ventas de cigarros, de la picadura de liar durante 2012 y de la picadura de pipa en 2011 debemos tener en cuenta sus reducidas cuotas de mercado según los datos ofrecidos por el Comisionado para el Mercado de Tabacos:

- Cigarros y cigarrillos 3,92% del mercado en 2012
- Picadura de liar 7,11% del mercado en 2012
- Picadura de pipa 0,33% del mercado en 2012

Por último, cabe decir que las reducciones en las ventas experimentadas estos dos últimos años han supuesto un importante ahorro para los ciudadanos que pueden disponer del mismo para otros fines. Así, en el año 2011, la reducción del gasto en cigarrillos fue de 722.080.847 €, es decir, un 6,37% menos que lo dedicado a tal fin en el año 2010. En cuanto al año 2012, el ahorro fue de algo más de medio millón de euros, alcanzando la cifra de 539.844.312 €, un 5% menos de lo gastado en 2011.



En lo que respecta a la recaudación por las labores del tabaco se dispone del *Informe Anual de Recaudación Tributaria* correspondiente al año 2011 elaborado por la Agencia Tributaria, que nos ofrece datos acerca de la evolución del mercado de tabacos. Así, durante el año 2011 se alcanzó una recaudación por el Impuesto Especial sobre las Labores del Tabaco de 7.253 millones de euros<sup>1</sup> lo que se traduce en una caída del -2,3% respecto al año anterior. La explicación de tal hecho viene dada en su informe por el propio organismo al reconocer que “*el impacto positivo en los ingresos de la subida del impuesto fue más que compensado por la nueva y más acusada disminución del consumo de tabaco, y por el desplazamiento de dicho consumo hacia los productos de menor precio (y menor impuesto)*”.

Sin embargo, debemos tener presente que dicha recaudación no fue menor, proporcionalmente a la disminución de las ventas, por las medidas fiscales aprobadas a finales de 2010 y que además han sido nuevamente actualizadas en 2012. La evolución de la política fiscal y sus cambios producidos en las diferentes labores puede verse en la siguiente tabla. El citado informe aporta datos sobre la evolución de los ingresos totales que el Estado recibe por parte del Impuesto Especial de las Labores del Tabaco en los últimos años. Así, se observa como los ingresos experimentaron subidas desde 2007 hasta 2010 llegando al máximo de 7.423 millones de euros seguido de una significativa disminución en el año 2011 con 7.253 millones de euros. (Ver tabla 3.2.3).

---

<sup>1</sup> Datos para territorio de régimen fiscal común tras ajustes forales de País Vasco y Navarra. No se ofrece información sobre la inclusión o no de la recaudación en Canarias.





**Tabla 3.2.3. Consumos y recaudación devengada y de caja.**

En millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
<b>· Gasto real en consumo de los hogares (índice)</b>	<b>100,8</b>	<b>100,0</b>	<b>95,9</b>	<b>96,6</b>	<b>96,3</b>	<b>3,2</b>	<b>-0,8</b>	<b>-4,1</b>	<b>0,7</b>	<b>-0,3</b>
<b>VENTAS DECLARADAS DE CAJETILLAS (millones)</b>										
<b>TOTAL</b>	<b>4.097</b>	<b>4.310</b>	<b>3.750</b>	<b>3.439</b>	<b>2.841</b>	<b>-5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>-13,0</b>	<b>-8,3</b>	<b>-17,4</b>
· Tabaco rubio	3.634	3.871	3.365	3.106	2.582	-4,9	6,5	-13,1	-7,7	-16,9
· Tabaco negro	463	439	386	332	259	-8,6	-5,2	-12,2	-13,9	-22,1
· % de tabaco rubio sobre el total	88,70	89,81	89,72	90,34	90,89	0,4	1,1	-0,1	0,6	0,6
· % de tabaco negro sobre el total	11,30	10,19	10,28	9,66	9,11					
<b>IMPUESTOS DEVENGADOS</b>										
<b>IVA</b>	<b>1.413</b>	<b>1.537</b>	<b>1.490</b>	<b>1.655</b>	<b>1.612</b>	<b>5,5</b>	<b>8,7</b>	<b>-3,1</b>	<b>11,0</b>	<b>-2,5</b>
· Tabaco rubio	1.260	1.386	1.340	1.496	1.464	6,0	10,0	-3,3	11,6	-2,1
· Tabaco negro	154	151	150	158	148	1,6	-1,7	-0,8	5,6	-6,3
<b>IE LABORES DEL TABACO</b>	<b>6.726</b>	<b>7.276</b>	<b>7.175</b>	<b>7.654</b>	<b>7.472</b>	<b>5,3</b>	<b>8,2</b>	<b>-1,4</b>	<b>6,7</b>	<b>-2,4</b>
· Tabaco rubio	5.828	6.374	6.171	6.552	6.255	6,4	9,4	-3,2	6,2	-4,5
· Tabaco negro	707	693	687	688	622	0,2	-2,0	-0,8	0,1	-9,5
· Otras labores	191	210	317	414	594	-4,6	9,9	51,3	30,6	43,4
<b>Ajustes forales</b>	<b>-63</b>	<b>-64</b>	<b>-80</b>	<b>-85</b>	<b>-153</b>	<b>-31,0</b>	<b>2,1</b>	<b>24,9</b>	<b>6,2</b>	<b>80,4</b>
· País Vasco	-46	-45	-60	-62	-112	-30,4	-1,3	32,8	3,6	81,0
· Navarra	-17	-19	-20	-23	-41	-32,6	11,0	6,3	13,9	78,6
<b>IMPUESTO DEVENGADO (territorio régimen fiscal común)</b>	<b>6.663</b>	<b>7.212</b>	<b>7.095</b>	<b>7.569</b>	<b>7.318</b>	<b>5,9</b>	<b>8,2</b>	<b>-1,6</b>	<b>6,7</b>	<b>-3,3</b>
<b>PASO A CAJA</b>										
· Desfase caja: dic(t-1) - dic(t)	93	-160	83	-94	-66	1,4	-2,2	1,2	-1,2	-0,9
· Recaudación de ejercicios cerrados	16	0	0	3	0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
· (-) Derechos pendientes de cobro ej corrientes	-7	-29	-47	-55	0	-0,1	-0,4	-0,7	-0,7	0,0
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>6.765</b>	<b>7.024</b>	<b>7.131</b>	<b>7.423</b>	<b>7.253</b>	<b>12,8</b>	<b>3,8</b>	<b>1,5</b>	<b>4,1</b>	<b>-2,3</b>
<b>(-) Participación de las AA.TT.</b>	<b>2.456</b>	<b>2.487</b>	<b>3.226</b>	<b>3.635</b>	<b>4.797</b>	<b>-7,5</b>	<b>1,2</b>	<b>29,7</b>	<b>12,7</b>	<b>32,0</b>
<b>INGRESOS DEL ESTADO</b>	<b>4.309</b>	<b>4.537</b>	<b>3.905</b>	<b>3.788</b>	<b>2.456</b>	<b>28,9</b>	<b>5,3</b>	<b>-13,9</b>	<b>-3,0</b>	<b>-35,2</b>

(p) Estimación provisional

Fuente: Informe Anual de Recaudación Tributaria 2011 (Agencia Tributaria)



#### **4. Morbilidad asociada**

Para valorar el potencial impacto de la ley sobre morbilidad y mortalidad hasta ahora se disponía principalmente de la evidencia científica y de determinadas estimaciones. Actualmente contamos con datos de hospitalización por asma, infarto agudo de miocardio y otras formas de cardiopatía isquémica relativos al año 2011, su progresión desde 2005, así como sus costes asociados. Esta información ha sido obtenida a partir del Registro de Altas del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) y permite ver la tendencia de los ingresos hospitalarios por estas enfermedades, cuya disminución se puede relacionar en parte con la entrada en vigor de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Por otra parte, existen suficientes normas similares en otros países, que han demostrado los efectos beneficiosos para la salud asociados a la disminución de la exposición al humo ambiental del tabaco. Sobre los efectos, a corto o medio plazo, que tienen en la salud las normas que evitan la exposición al humo ambiental del tabaco en lugares cerrados, numerosos estudios han mostrado una reducción en las hospitalizaciones por enfermedad cardiovascular<sup>1,2</sup>, principalmente infarto agudo de miocardio<sup>3,4</sup>, otras cardiopatías isquémicas<sup>5</sup> y accidente cerebrovascular, por otro lado, también en enfermedades respiratorias agudas, como los ingresos por asma<sup>6</sup>. Los efectos demostrados en otros desenlaces perjudiciales como el cáncer son detectables a largo plazo (10 a 20 años). Varios de los estudios mencionados documentan una disminución en el gasto sanitario como consecuencia de la reducción de las hospitalizaciones por estas enfermedades.

A partir de los datos preliminares de hospitalizaciones por asma, infarto agudo de miocardio y otras formas de cardiopatía isquémica, se observa en general, teniendo en cuenta que numerosos factores influyen en estos indicadores, que en el periodo 2005-2011 se ha producido una reducción del número de casos y en la media de estancias en hospitales por estas 3 enfermedades. Por otro lado, se ha dado un aumento del coste medio y total asociado a dichos ingresos, que también se ha dado con el resto de patologías no asociadas al tabaco.



**Tabla 4.1. Evolución de las admisiones por Infarto Agudo de Miocardio, otras Cardiopatías Isquémicas y Asma. Registro de Altas CMBD (hospitales del SNS) España 2005-2011**

<b>Año Alta</b>	<b>2.005</b>	<b>2.006</b>	<b>2.007</b>	<b>2.008</b>	<b>2.009</b>	<b>2.010</b>	<b>2.011</b>
<b>Casos</b>	112.968	109.480	107.012	103.868	101.022	98.547	94.915
<b>Estancias</b>	908.836	843.838	811.990	777.453	738.227	698.610	660.761
<b>Est. Media</b>	8,05	7,71	7,59	7,49	7,31	7,09	6,96
<b>Coste* Total (&amp;)</b>	476.872.999	451.860.017	474.609.712	511.177.073	515.791.689	522.638.604	520.423.445
<b>Coste*medio</b>	4.221,3	4.127,3	4.435,1	4.921,4	5.105,7	5.303,4	5.483,0

Infarto agudo de miocardio (cód. 410) , Asma (cod.493), otras formas de cardiopatía Isquémica (incluye episodios agudos y subagudos de CI más angina - cód 411 y 413)

\*Costes en euros de acuerdo con el proceso de estimación de costes pesos de hospitales generales del SNS - últimos datos de 2008 actualizados según IPC

Fuente: Registro de Altas CMBD – MSSSI. Incluye hospitales públicos, red de hospitales de utilización pública y con concierto sustitutorio, los privados no se incluyen en esta tabla (cobertura parcial aunque número de hospitales participantes creciente). Subdirección General de Información Sanitaria.

### **Metodología:**

Para la obtención de las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio (código 410 de la CIE9MC), otras formas de cardiopatía isquémica (episodios agudos y subagudos de cardiopatía isquémica y angina - códigos 411 y 413) y asma (código 493) se han utilizado los datos del CMBD de altas hospitalarias por esta causa correspondientes a los años 2005-2011, siendo los de este último año datos preliminares aún no publicados oficialmente.

El CMBD recoge datos de hospitales públicos y privados, inicialmente sólo era obligatorio en los primeros por lo que se ha dado en los últimos años una incorporación progresiva de los registros de los hospitales privados al CMBD. Por ello, a efectos de comparación a lo largo del tiempo, en este análisis se incluyen sólo los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Debido a la diferente distribución de estas enfermedades en la población en función de sexo y edad, los casos se han analizado estratificando por sexo y la edad de la población estudiada se ha seleccionado en función de la literatura científica relacionada <sup>2,7</sup>.



Posteriormente, para comparar su progresión en el tiempo, las tasas se han ajustado por edad y sexo por el método directo utilizando el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar.

### **Infarto agudo de miocardio y otras formas de cardiopatía isquémica**

Según uno de los últimos metanálisis publicados<sup>2</sup>, que a su vez es consistente con otros anteriores, las leyes de control del tabaquismo se asocian con descensos significativos en los ingresos por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares. Según este, el descenso asociado a las leyes integrales (que cubren lugares de trabajo, bares y restaurantes, etc.) como la actual normativa española, sería una disminución del 15% en las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio.

En España, tanto en el caso del infarto agudo de miocardio como en el de otras formas de cardiopatía isquémica, las tasas de hospitalización por estas enfermedades en población mayor de 24 años son más elevadas en hombres que en mujeres. Además, presentan una tendencia de disminución en ambos sexos en todo el periodo 2005-2011, iniciada en 2003, previa por tanto a la modificación de la ley de control del tabaquismo implantada en 2011.

En este año, las hospitalizaciones por **infarto agudo de miocardio** fueron de 213,45 y 84,10 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres mayores de 24 años respectivamente (tabla 4.2). Se ha dado, por tanto, una reducción en las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio del 13,9% en hombres y del 19,4% en mujeres en 2011 respecto a 2005, año previo a la implantación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Esta disminución ha sido del 3,8% en hombres y 2,6% en mujeres en 2011 respecto al 2010, año previo a la modificación de la ley.



**Tabla 4.2. Altas hospitalarias de infarto agudo de miocardio por 100.000 habitantes en población mayor de 24 años (SNS. España)**

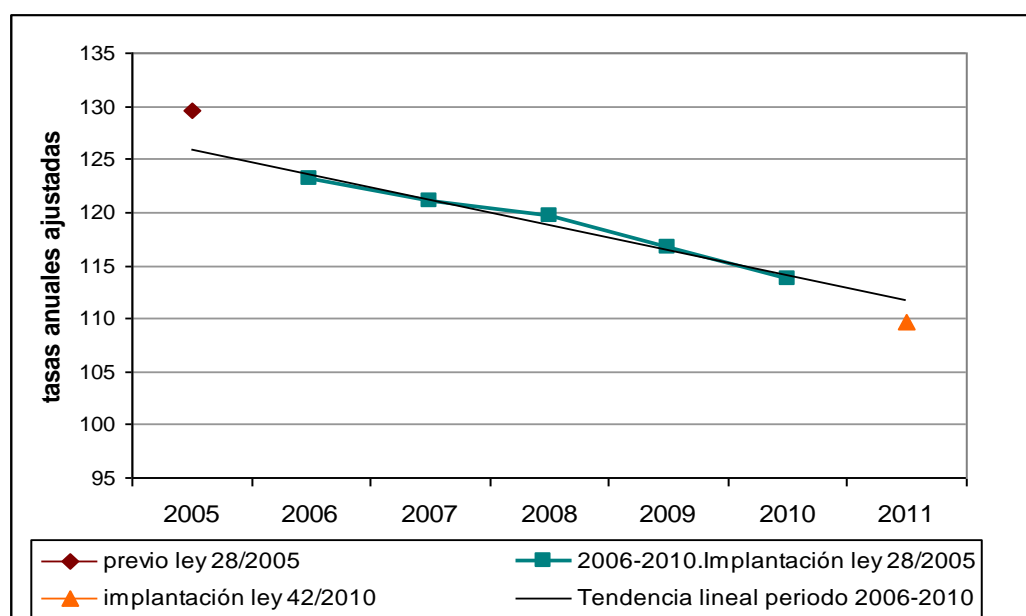
Año	Hombres					Mujeres				
	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)
2005	237,47	247,99	(245,46-249,23)	ref	ref	100,13	104,36	(102,74-105,98)	ref	ref
2006	227,79	237,71	(235,27-240,20)	-10,28	-4,15%	93,61	97,16	(95,61-98,68)	-7,21	-6,90%
2007	223,33	233,23	(230,84-234,47)	-4,48	-1,89%	92,27	95,64	(94,17-97,15)	-1,52	-1,56%
2008	220,01	228,92	(226,57-231,28)	-4,31	-1,85%	92,48	95,62	(94,15-97,11)	-0,02	-0,02%
2009	218,79	225,59	(223,28-226,69)	-3,33	-1,46%	89,03	91,23	(89,82-91,68)	-4,39	-4,59%
2010	218,34	221,94	(219,66-223,05)	-3,65	-1,62%	85,24	86,35	(84,99-87,72)	-4,88	-5,35%
2011	213,45	213,45	(211,25-214,64)	-8,49	-3,83%	84,10	84,10	(82,77-85,44)	-2,25	-2,60%

\*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

Dif. anual: diferencia de tasas respecto al año anterior. Red. anual: % de reducción anual.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI

**Gráfico 4.1. Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en mayores de 24 años (SNS. España)**



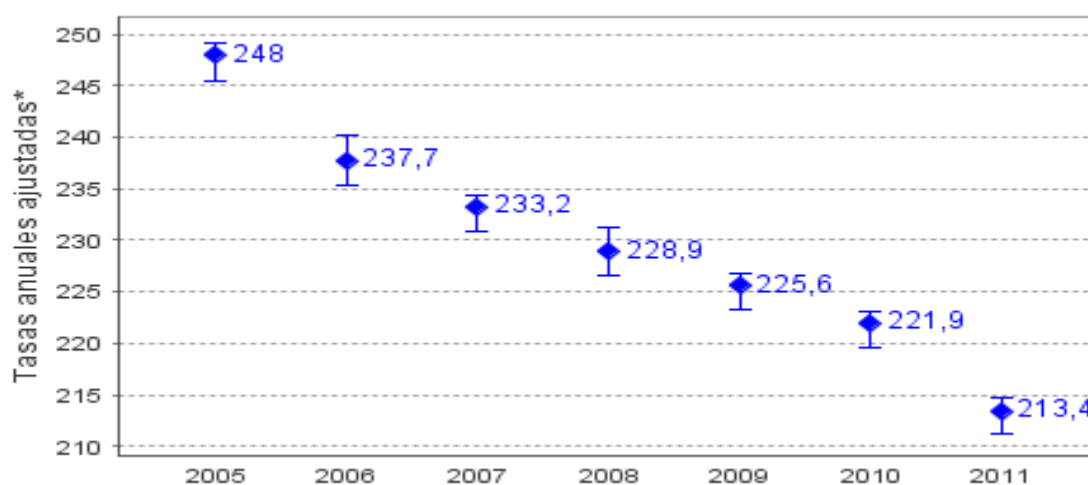
\*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI



En los datos mostrados se observa cierta diferencia entre el primer año de aplicación de la Ley 42/2010 (2011) y el anterior en las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio, teniendo en cuenta que la tendencia de disminución se presenta a lo largo de todo el periodo 2005-2011. En los datos globales y específicamente en hombres las diferencias de tasas anuales presentan dos saltos principales, uno en 2006 (año de aplicación de la Ley 28/2005) y otro en 2011 (año de aplicación de su modificación, con la Ley 42/2010), ambos son reducciones en torno al 4% en las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio respecto al año anterior, diferencias estadísticamente significativas. En mujeres, se observa una reducción anual del 6,9% en 2006, estadísticamente significativa, sin embargo en 2011 es del 2,6% y no significativa respecto al año anterior.

**Gráfico 4.2. Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en hombres mayores de 24 años, con intervalos de confianza al 95%(SNS. España)**

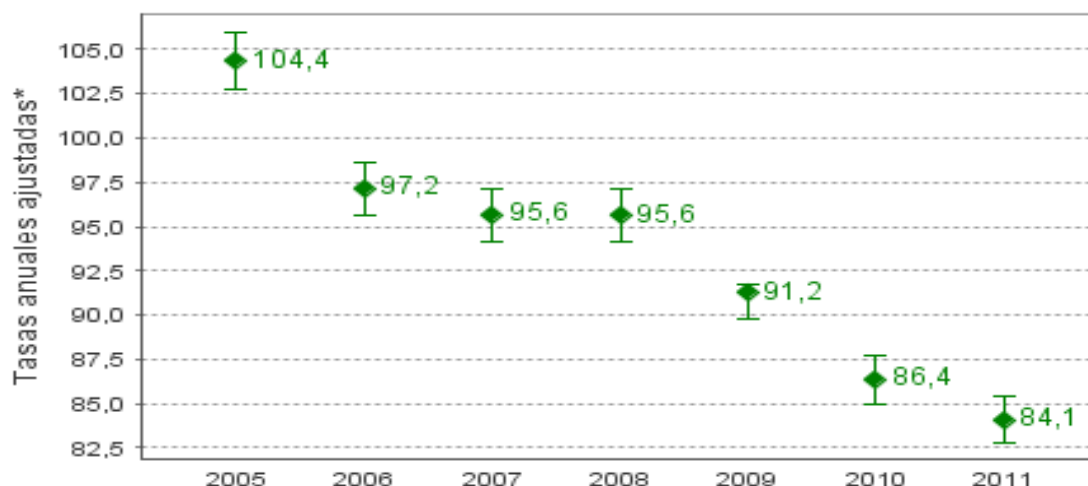


\*Tasas por 100.000habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**



**Gráfico 4.3. Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en mujeres mayores de 24 años, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)**



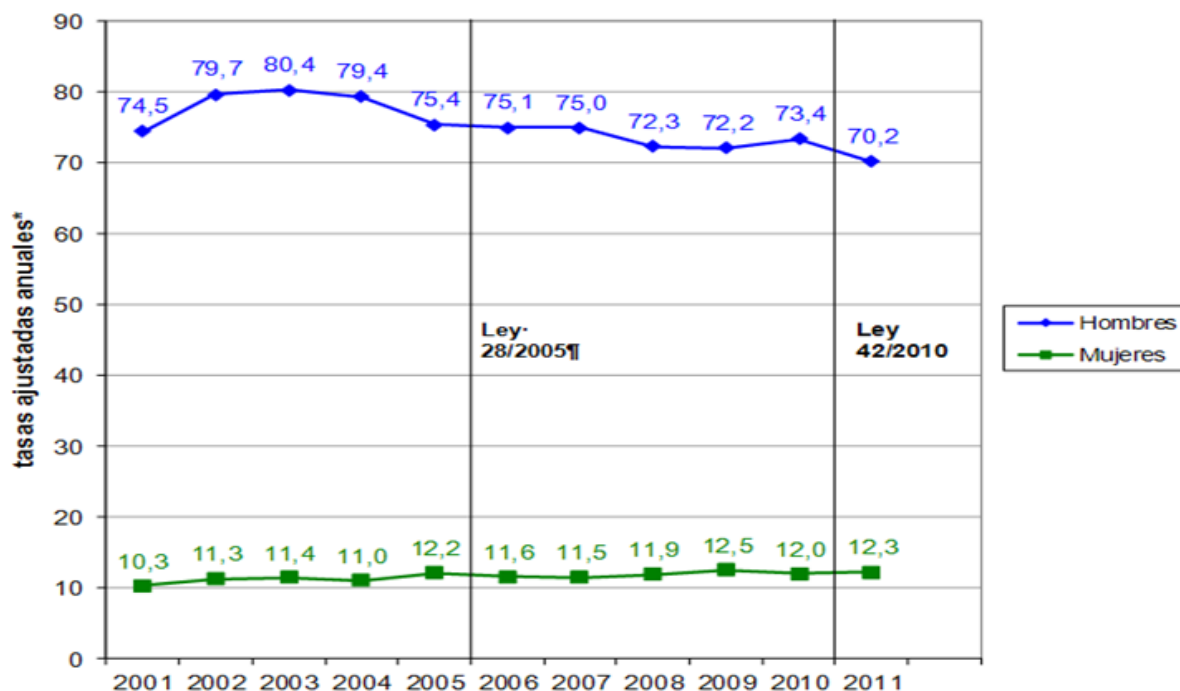
\*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**

Diversos estudios han mostrado que el riesgo relativo de enfermedad cardiovascular asociado a la exposición al humo del tabaco disminuye con la edad, estudiando específicamente poblaciones menores de 60-65 años. Aunque es necesaria una evaluación más profunda, al estratificar estos datos se observa en menores de 60 años que los hombres continúan presentando una tendencia general de descenso iniciada en 2003 y una marcada disminución de las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en 2011 (-4,4%) que, sin embargo, ya no se da en 2006 (año de aplicación de la Ley 28/2005). En mujeres menores de 60 años se da en cambio una tendencia de aumento en las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en todo el periodo.



**Gráfico 4.4. Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en menores de 60 años (SNS. España)**



\*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**

Los datos de **cardiopatía isquémica** también presentan una tendencia de disminución durante todo el periodo 2005-2011 en hombres y mujeres. Sin embargo, no se aprecian diferencias específicas en el año de aplicación de la Ley 28/2005, ni en el de su modificación con la 42/2010. Las tasas de hospitalización por otras cardiopatías isquémicas distintas de infarto agudo de miocardio fueron en 2011 de 87,6 y de 50,13 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente. Se han dado fuertes reducciones en estas tasas en el periodo 2005-2011, han disminuido un 40,5% en hombres y un 40,2% en mujeres, aunque únicamente con estos datos no podemos conocer el impacto específico de la modificación de la ley en este indicador.





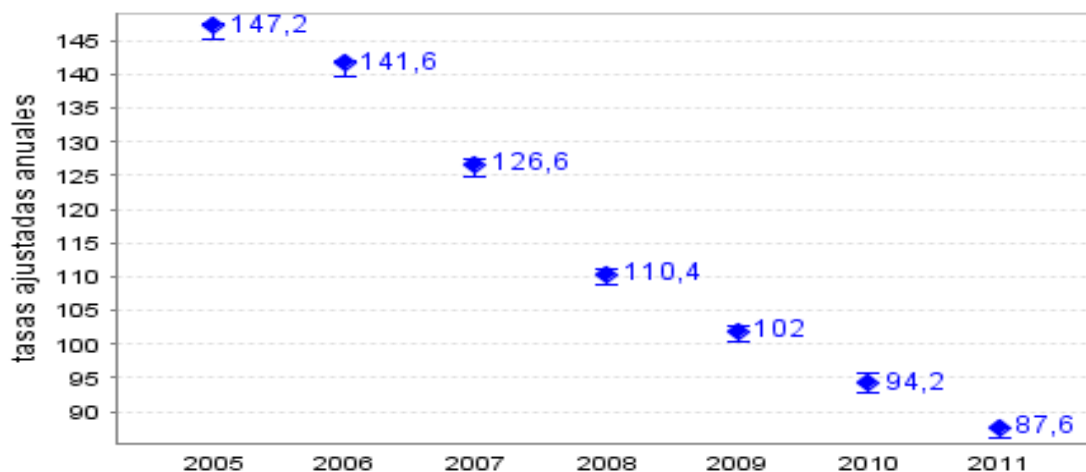
**Tabla 4.3. Altas hospitalarias de cardiopatía isquémica (resto) por 100.000 habitantes en población de 25 o más años (SNS. España)**

Año	Hombres					Mujeres				
	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)
2005	141,66	147,21	(145,24-147,66)	ref	ref	81,67	83,82	(82,42-85,25)	ref	ref
2006	136,15	141,62	(139,70-142,13)	-5,59	-3,80%	78,56	80,71	(79,35-82,10)	-3,11	-3,71%
2007	121,57	126,64	(124,86-127,50)	-14,98	-10,58%	73,00	74,95	(73,62-76,26)	-5,75	-7,13%
2008	106,03	110,35	(108,71-111,03)	-16,29	-12,86%	65,82	67,60	(66,36-67,62)	-7,35	-9,81%
2009	98,80	101,96	(100,40-102,83)	-8,39	-7,61%	58,07	59,31	(58,15-60,50)	-8,29	-12,26%
2010	92,63	94,19	(92,73-95,67)	-7,77	-7,62%	54,31	54,94	(53,85-56,03)	-4,37	-7,37%
2011	87,58	87,58	(86,17-87,67)	-6,61	-7,02%	50,13	50,13	(49,08-50,38)	-4,80	-8,74%

\*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI

**Gráfico 4.5. Tasas de hospitalización por cardiopatía isquémica en hombres mayores de 24 años, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)**

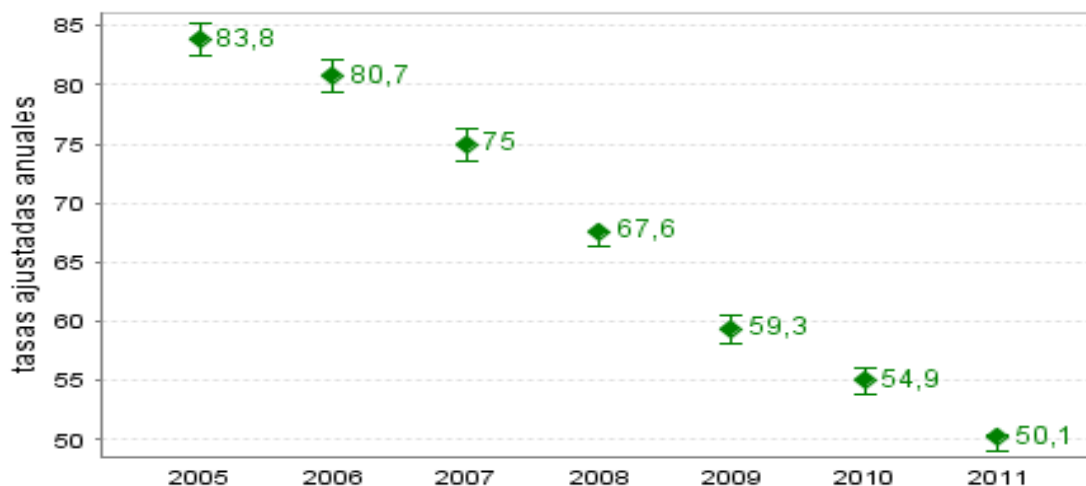


\*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI



**Gráfico 4.6. Tasas de hospitalización por cardiopatía isquémica en mujeres mayores de 24 años, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)**



\*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**

## Asma

Diversos estudios han mostrado una reducción del riesgo de enfermedades respiratorias agudas y ,específicamente de los ingresos por asma, asociado a las leyes de control del tabaquismo <sup>2,5,8</sup>.

Las tasas de hospitalización por asma en España se han analizado en menores de 65 años, debido a la distribución de la enfermedad en los diversos grupos de edad, a la bibliografía relacionada y a la frecuentación de lugares donde podían estar expuestos al humo ambiental del tabaco. Adicionalmente se ha analizado el grupo de menores de 15 años, grupo en el que se ha encontrado una asociación específica<sup>8</sup> y en el que la exposición al humo ambiental presenta características diversas, por ejemplo, no se ha visto reducida una exposición ocupacional.



**Tabla 4.4. Altas hospitalarias de asma por 100.000 habitantes en población menor de 65 años (SNS. España)**

Año	Hombres					Mujeres				
	Tasa Bruta	Tasa Ajustada*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)	Tasa Bruta	Tasa Ajustada*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)
2005	32,09	33,36	(32,49-34,22)	ref	ref	43,21	44,57	(43,58-45,57)	ref	ref
2006	36,35	37,9	(37,02-38,83)	4,54	13,62%	42,77	43,93	(42,95-44,91)	-0,64	-1,45%
2007	31,54	32,5	(31,66-33,35)	-5,41	-14,26%	40,07	40,93	(40,01-41,87)	-3,00	-6,83%
2008	31,04	31,83	(31,01-32,67)	-0,67	-2,07%	38,54	39,17	(38,28-40,07)	-1,76	-4,31%
2009	30,72	31,23	(30,42-32,04)	-0,6	-1,89%	38,21	38,63	(37,76-39,54)	-0,54	-1,38%
2010	32,18	32,4	(31,60-32,54)	1,17	3,76%	38,33	38,51	(37,64-39,41)	-0,12	-0,31%
2011	27,06	27,06	(26,30-27,81)	-5,34	-16,50%	35,04	35,04	(34,22-35,9)	-3,46	-9,00%

\*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**

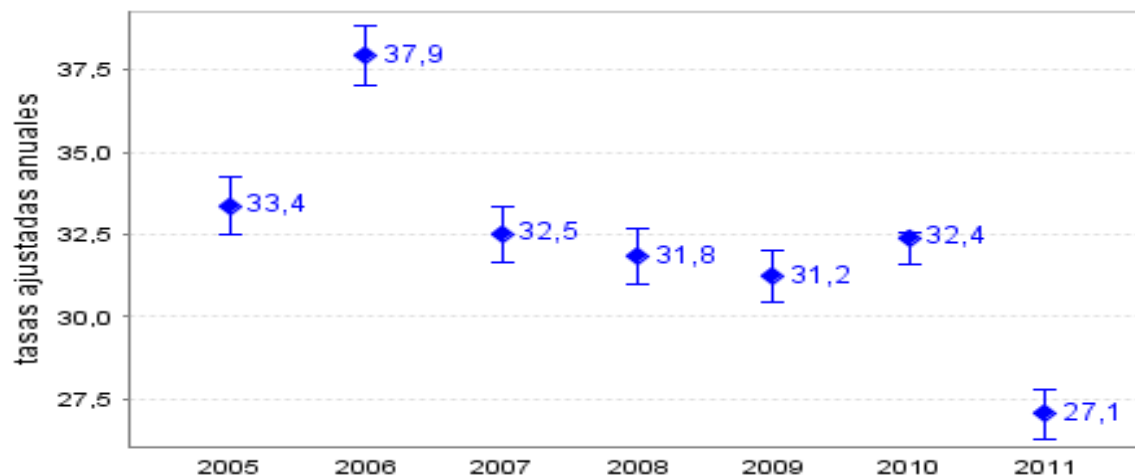
En la población menor de 65 años, las tasas de hospitalización por asma son mayores en mujeres que en hombres y no siguen un patrón definido aunque se ha producido un descenso global a lo largo del periodo 2005-2011.

Es necesario tener en cuenta que la morbilidad por asma está altamente influenciada por factores de tipo medioambiental, así como la incidencia de enfermedades como la gripe, que en este caso parece coincidir con alguno de los picos de aumento de los ingresos por asma. En cualquier caso, en el año 2011, año de implantación de la Ley 42/2010, se ha dado la mayor reducción anual de los ingresos por asma de dicho periodo en ambos sexos. Esta reducción fue del 16,5% en hombres y del 9% en mujeres en las tasas de hospitalización por asma, diferencias estadísticamente significativas respecto al año anterior.

La reducción global desde 2005, año previo a la implantación de la Ley 28/2005, hasta 2011 ha sido del 18,9% en hombres y del 21,4% en mujeres.



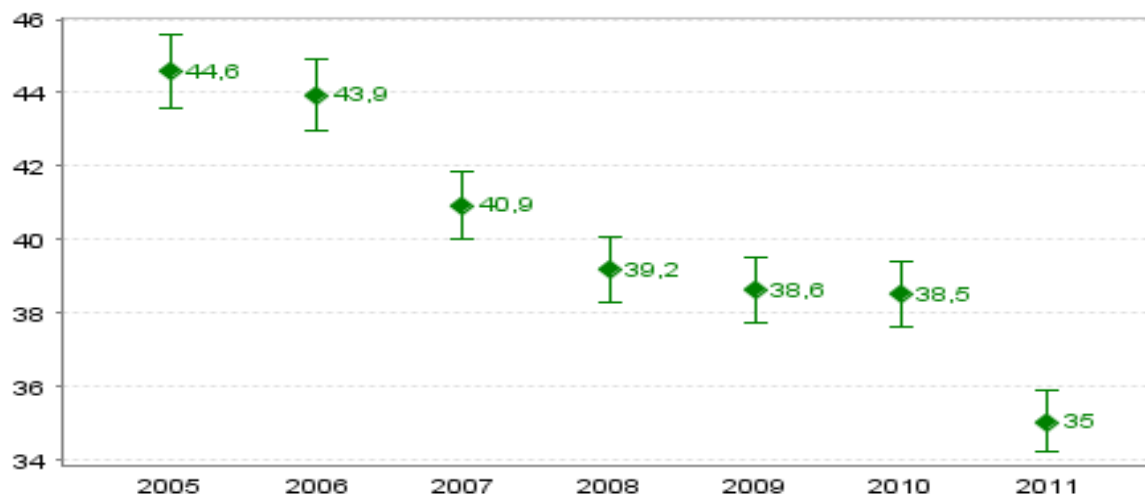
**Gráfico 4.7. Tasas de hospitalización por asma por 100.000 habitantes en hombres menores de 65 años, con intervalos de confianza al 95%(SNS. España)**



\*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI

**Gráfico 4.8. Tasas de hospitalización por asma por 100.000 habitantes en mujeres menores de 65 años, con intervalos de confianza al 95%(SNS. España)**



\*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI



En cuanto a los ingresos por **asma infantil** (población menor de 15 años), las tasas de hospitalización por asma son mayores en hombres que en mujeres y tampoco parecen presentar un patrón definido.

En 2011 se ha producido un descenso anual de las tasas de hospitalización por asma infantil en un 20,1% y un 15,7% en niños y niñas respectivamente, aunque durante ese periodo se han dado mayores variaciones en otros años tanto de aumento como de disminución.

**Tabla 4.5. Altas hospitalarias de asma por 100.000 habitantes en población menor de 15 años (SNS. España)**

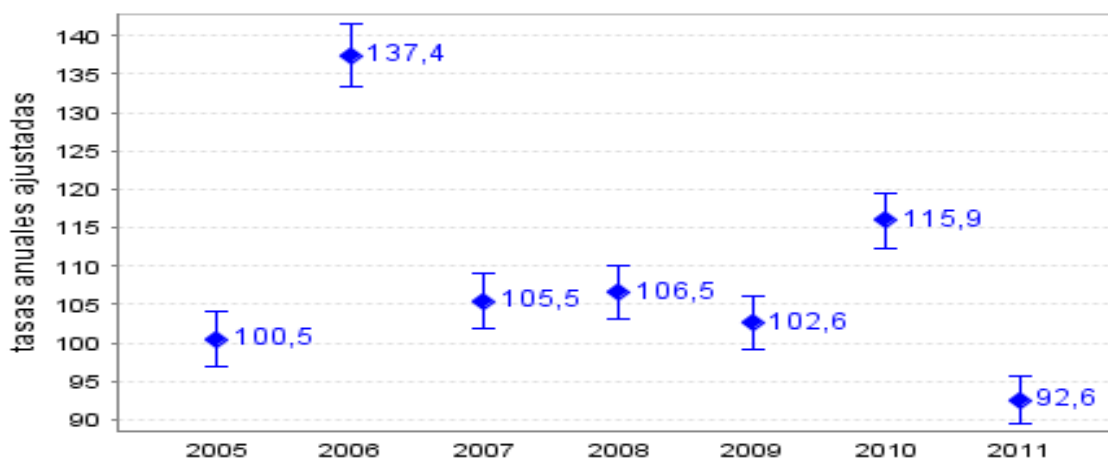
Año	Hombres				Mujeres				
	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Red. anual (%)	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)
2005	99,12	100,48	(97,04-104,02)	ref	68,17	68,93	(65,99-71,97)	ref	ref
2006	136,2	137,38	(133,4-141,49)	36,73%	91,58	92,48	(89,10-95,93)	23,54	34,15%
2007	105,2	105,47	(102,00-109,03)	-23,23%	67,69	67,84	(65,00-70,76)	-24,64	-26,65%
2008	106,6	106,5	(103,07-110,01)	0,97%	68,67	68,61	(65,81-71,54)	0,78	1,15%
2009	102,9	102,59	(99,25-106,01)	-3,66%	67,98	67,82	(65,05-70,66)	-0,80	-1,16%
2010	116,3	115,9	(112,4-119,46)	12,97%	74,44	74,23	(71,37-77,21)	6,41	9,45%
2011	92,58	92,58	(89,47-95,8)	-20,12%	62,57	62,57	(59,93-65,27)	-11,66	-15,71%

\*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**



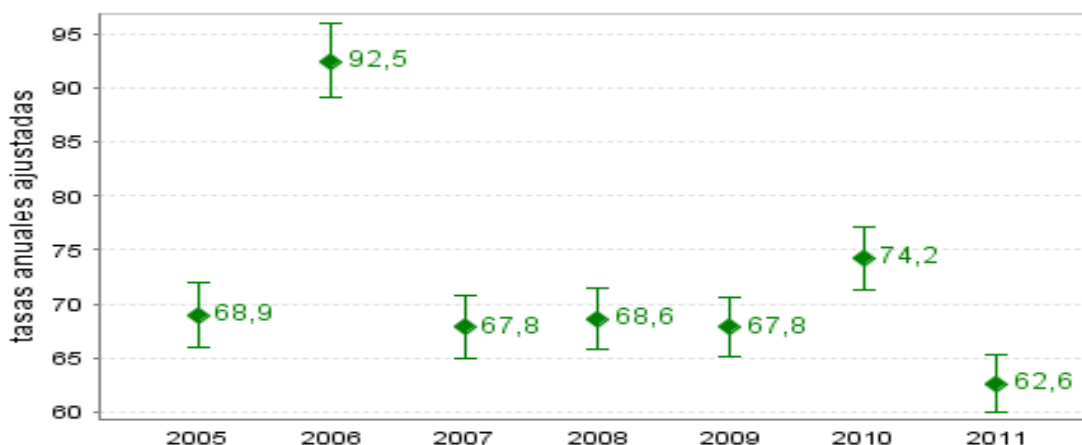
**Gráfico 4.9. Tasas de hospitalización por asma por 100.000 habitantes en hombres menores de 15 años, con intervalos de confianza al 95%(SNS. España)**



\*Tasas por 100.000habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**

**Gráfico 4.10. Tasas de hospitalización por asma por 100.000 habitantes en mujeres menores de 15 años, con intervalos de confianza al 95%(SNS. España)**



\*Tasas por 100.000habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2011 como estándar

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI**

En resumen, los datos muestran una reducción de las tasas de ingresos por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma en 2011, año de aplicación de la modificación de la ley, aunque sería necesario un mayor lapso de tiempo para obtener más datos que nos



permitan analizar mejor el impacto específico en la morbilidad por estas enfermedades. En el caso de infarto agudo de miocardio se observan dos saltos en los años de aplicación de la Ley 28/2005 y su modificación 42/2010 y una destacable reducción global 2005-2011 en ambos sexos, que es muy elevada en cardiopatía isquémica. En el caso de los ingresos por asma se da una importante reducción específica en 2011 en ambos sexos.

La reducción específica encontrada es coherente con otros estudios realizados en regiones geográficas extensas (Italia, Escocia y el Estado de Nueva York) sin emplear controles, los cuales encontraron reducciones del 8-17%<sup>1</sup>. También con algunos estudios previos realizados en nuestro contexto, se han hallado reducciones en las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio asociadas a la aplicación de la Ley 28/2005 del 11% en hombres y del 9% en mujeres en Barcelona<sup>7</sup>.

Asimismo, se ha mostrado que existe una asociación dosis-respuesta, el efecto en la reducción del riesgo de enfermedades es mayor si la ley es integral. En ese sentido, dadas las características de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, con su implantación inicial en 2006 y su modificación a ley integral en 2011, han hecho que la exposición al humo ambiental de tabaco se redujese inicialmente en algunos lugares y posteriormente a nivel general. Esto puede implicar una distribución de sus efectos en reducción del riesgo para la salud a lo largo de todo el periodo o en dos pasos, como se observa sobre todo en las tasas de infarto agudo de miocardio en hombres.

Estos datos presentan ciertas limitaciones propias del análisis de datos hospitalarios, ya que no es posible analizar la morbilidad en función del consumo de tabaco, de la exposición al humo ambiental de tabaco, de otros factores de riesgo de estas enfermedades, etc. Las diferencias entre sexos encontradas pueden relacionarse con esto, ya que ambos grupos presentan diferentes características respecto a estos factores. Tampoco se ha podido evaluar el posible efecto adicional de otras medidas como la incorporación de pictogramas en los productos del tabaco, incremento de las tasas de estos productos, etc. Aunque los datos analizados provienen únicamente de hospitales del SNS, estos son robustos a nivel poblacional y han facilitado la comparabilidad a lo largo del tiempo.

Aunque los datos y estudios analizados no establecen causalidad en la asociación, la reducción en las hospitalizaciones por estas enfermedades es también consistente con los



mecanismos biológicos conocidos por los cuales la exposición al humo ambiental de tabaco causa enfermedad y desencadena efectos agudos. Lógicamente las leyes de control del tabaquismo no producen por sí mismas estos efectos, que son resultantes además de la reducción de la exposición al humo ambiental de tabaco, de otros factores que potencian, como un probable aumento de la cesación tabáquica. Globalmente, estas políticas favorecen el cambio social en el consumo de tabaco y su desnormalización, acelerando los beneficios en salud asociados.

Por otro lado, diversos estudios han mostrado una reducción del **gasto sanitario** asociado a estas enfermedades a nivel local, regional y estatal. Así, en Alemania se produjo una reducción del 20,1% de los costes asociados a la hospitalización por infarto agudo de miocardio en el primer año de implementación de la ley<sup>2</sup>.

El coste medio de las hospitalizaciones por estas enfermedades fue en 2011 de 2.732, 7.433 y 3.718 euros por cada ingreso por asma, infarto agudo de miocardio y otras cardiopatías isquémicas respectivamente. Este coste medio, sujeto a numerosos factores, ha ido aumentando en el periodo 2005-2011 en el caso de infarto agudo de miocardio y cardiopatía isquémica, como también lo ha hecho en general el coste medio de los ingresos por todas las causas. Pese a ello, el coste total de los ingresos por estas 3 enfermedades se ha reducido en 2011.

**Tabla 4.6. Evolución de los costes de las admisiones por Infarto Agudo de Miocardio, otras Cardiopatías Isquémicas y Asma.**

Patología	Coste* (euros)	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
IAM	<b>C. Total</b>	303.107.139	302.958.882	326.714.835	357.567.375	366.392.358	376.693.944	376.153.613
	<b>C. medio</b>	5.699,4	5.861,4	6.292,1	6.826,3	7.039,6	7.311,5	7.433,3
CI (resto)	<b>C. Total</b>	106.502.112	100.165.921	96.486.079	96.843.823	91.668.779	89.055.001	87.502.398
	<b>C. medio</b>	3.016,1	2.889,0	3.000,3	3.347,2	3.440,5	3.554,2	3.718,4
Asma	<b>C. Total</b>	67.263.748	48.735.213	51.408.798	56.765.876	57.730.551	56.889.659	56.767.434
	<b>C. medio</b>	2.748,3	2.107,8	2.242,2	2.516,9	2.585,2	2.589,4	2.732,0

\*Costes en euros de acuerdo con el proceso de estimación de costes pesos de hospitales generales del SNS - últimos datos de 2008 actualizados según IPC

**Fuente: Registro de Altas CMBD (hospitales del SNS) España 2005-2011**





Tomando como ejemplo los ingresos por infarto agudo de miocardio, si la progresión anual de las tasas de hospitalización no se hubiese reducido específicamente y hubiese continuado en 2011 como en el periodo 2006-2010 (media de diferencia anual: 2%) se habrían producido 734 ingresos más este año sólo por esa enfermedad y un gasto adicional de 5.453.485 euros, sin tener en cuenta otros posibles costes sanitarios directos (consultas médicas, urgencias, pruebas y medicamentos), costes directos no sanitarios (desplazamientos), ni costes indirectos (laborales y otros).

Sobre **el impacto en mortalidad**, los últimos datos disponibles son del año 2010, no pudiendo por tanto aún evaluar el efecto de la implantación de la modificación de la ley en este indicador. Sin embargo, diversos estudios han mostrado una asociación entre las leyes de control del tabaquismo y una disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias a corto- medio plazo, así como a largo plazo del riesgo de cáncer. En nuestro contexto, según el estudio de JR Villalbí et al (2011)<sup>9</sup> la implantación de la Ley 28/2005 en el año 2006 se asoció con una reducción de las tasas de mortalidad por infarto agudo de miocardio del 9% en hombres y del 8,7% en mujeres.

---

<sup>1</sup> IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies (2009: Lyon, France).

<sup>2</sup> Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation*. 2012 Oct 30;126(18):2177-83..

<sup>3</sup> Barone-Aldesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *European Heart Journal* 2006;27:2468-72.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2006/08/29/eurheartj.ehl201.full.pdf+html>

<sup>4</sup> Hurt RD, Weston SA, Ebbert JO, McNallan SM, Croghan IT, Schroeder DR, et al. Myocardial Infarction and Sudden Cardiac Death in Olmsted County, Minnesota, Before and After Smoke-Free Workplace Laws. *Arch Intern Med*. 2012 Oct 29;1-7. [Epub ahead of print]

<sup>5</sup> Cesaroni G, Foratiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation* 2008;117: 1183-8.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18268149>

<sup>6</sup> Mackay D, Haw S, Ayres JG, Fischbacher C, Pell JP. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *New England Journal of Medicine*. 2010 Sep 16;363(12):1139-45.

<sup>7</sup> Villalbí JR, Castillo A, Cleries M, Saltó E, Sánchez E, Martínez R, Tresserras R, Vela E; Barcelona Group. Estadísticas de alta hospitalaria del infarto agudo de miocardio: declive aparente con la extensión de espacios sin humo. *Rev Esp Cardiol*. 2009 Jul;62(7):812-5.

<sup>8</sup> Naiman A, Glazier R, Moineddin R. Association of anti-smoking legislation with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions. *CMAJ* 2010.

<sup>9</sup> Villalbí JR, Sánchez E, Benet J, Cabezas C, Castillo A, Guarga A, Saltó E, Tresserras R; Barcelona Group for Smoking Regulation Policies Evaluation. The extension of smoke-free areas and acute myocardial infarction mortality: before and after study. *BMJ Open*. 2011



## **5. Grado de implantación de la ley**

### **5.1 Datos de cumplimiento**

Todas las CCAA, en el ámbito de sus competencias, han elaborado y desarrollado planes estratégicos de inspección y control al objeto de desarrollar una implantación eficaz y de obtener datos objetivos y cuantificables sobre la implantación.

La percepción del cumplimiento de la ley por las administraciones públicas, las sociedades científicas y por los ciudadanos en general es mayoritariamente buena, con algún caso aislado de incumplimiento. Varios de estos incumplimientos tuvieron una gran repercusión mediática y finalizaron con la imposición de sanciones y con el compromiso por parte del infractor de asumir y respetar la norma.

Los datos sobre infracciones y sanciones están en proceso continuo de revisión, habiéndose solicitado a las CCAA que faciliten cifras actualizadas.

Se ofrece a continuación en la Tabla 5.1.1 los datos disponibles de 2011 y 2012 de las CCAA que han comunicado tal información y el periodo que comprenden.



**Tabla 5.1.1. Actividad sancionadora de Autoridades Sanitarias que han proporcionado datos de actividad inspectora en relación con el impacto de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre.** (Datos a fecha de 04 de marzo de 2013)

	Periodo	Denuncias	Inspecciones	Expedientes	Sanciones
País Vasco	2011-octubre 2012	349	0 <sup>(a)</sup>	0 <sup>(a)</sup>	0 <sup>(a)</sup>
Cataluña	2011-junio 2012	520	30.552	177	85
Galicia	2011-1º semestre 2012	1.084	1.562	481	377
Andalucía	2011- Mayo 2012	2.202	120.578	1204	597
Asturias	2011- noviembre 2012	788	1.011	592	519
Cantabria	2011-2012	204	3.651	126	102
La Rioja	2011-2012	77	21	54	48
Murcia	2011- noviembre 2012	1165	17.396	396	396 <sup>(b)</sup>
Valencia	2012	636	23.422	508	383
Aragón	2011-2012	333	33.608	490	307
Castilla La Mancha	2011	493	128		
Canarias	2011-2012	173	6.704	270	
Navarra	2011- noviembre 2012	34	164	104	47
Extremadura	2011-2012	331	128	128	97
Islas Baleares	2011-2012	279	4.781	357	N.D. <sup>(c)</sup> 291986€
Madrid <sup>(d)</sup>	1º semestre 2012	640	2415	363	N.D.
Castilla y León	2011	N.D.	9.194	368	246
Melilla	2011-2012	20	2	2	0
MSSI	2011-2012	22		20	15

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por las Autoridades sanitarias señaladas.



(a) Respecto a la Comunidad Autónoma del País Vasco, debe aclararse que no se han podido realizar inspecciones al existir cierta discrepancia sobre la competencia para ello dentro de los diferentes órganos de la comunidad.

(b) En cuanto a la Región de Murcia se debe aclarar que el número de sanciones es equivalente al número de expedientes habiéndose propuesto un monto total de las mismas de 125.733 euros. Durante el año 2011 se han liquidado un total de 23155 euros mientras que no se disponen aún de tal información acerca del año 2012.

(c) No se dispone información sobre el número de sanciones impuestas en Islas Baleares pero sí del total de la cuantía de las mismas.

(d) Datos provisionales para la Comunidad de Madrid.

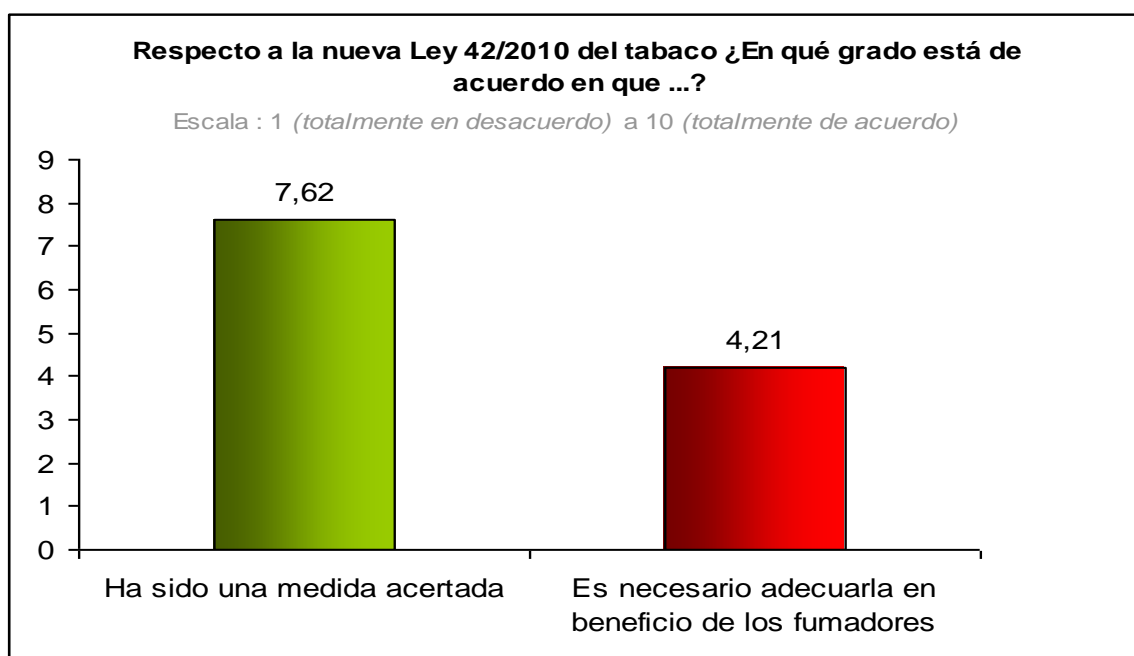


## 5.2. Percepción de la ciudadanía acerca de la ley

Podemos decir que el grado de cumplimiento de la ley es alto y, entre otros factores, se debe fundamentalmente a la favorable percepción que los ciudadanos tienen acerca de las medidas tomadas. Diversas encuestas han mostrado la buena aceptación de la ley por parte de los ciudadanos y han puesto de manifiesto que su aceptación ha aumentado con el tiempo a lo largo de estos dos años.

Recientemente se ha publicado el **Barómetro Sanitario 2012**<sup>1</sup>, que incluye un apartado relativo a la percepción de la Ley 42/2010. La población de estudio corresponde a personas de ambos sexos de 18 años y más, residentes en las 17 Comunidades y en las 2 Ciudades Autónomas. Los datos cubren el periodo de marzo a noviembre de 2012 y muestran una **buena aceptación general de la ley**, así en respuesta a puntuar “**su grado de acuerdo en que la Ley ha sido una medida acertada**” la media fue de un 7,62 (escala: 1 “*totalmente en desacuerdo*” a 10 “*totalmente de acuerdo*”).

### Gráfico 5.2.1. Media del grado de acuerdo con la nueva ley del tabaco



Fuente: Barómetro Sanitario 2012



**Gráfico 5.2.2. Grado de acuerdo con la nueva ley del tabaco según sexo y edad**

(Medias)	TOTAL	SEXO		EDAD					
		HOMBRE	MUJER	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
La nueva Ley del tabaco ha sido una medida acertada .....	7,62	7,38	7,86	7,07	7,36	7,45	7,25	7,81	8,53
(N) .....	(7507)	(3693)	(3815)	(666)	(1492)	(1579)	(1318)	(982)	(1471)

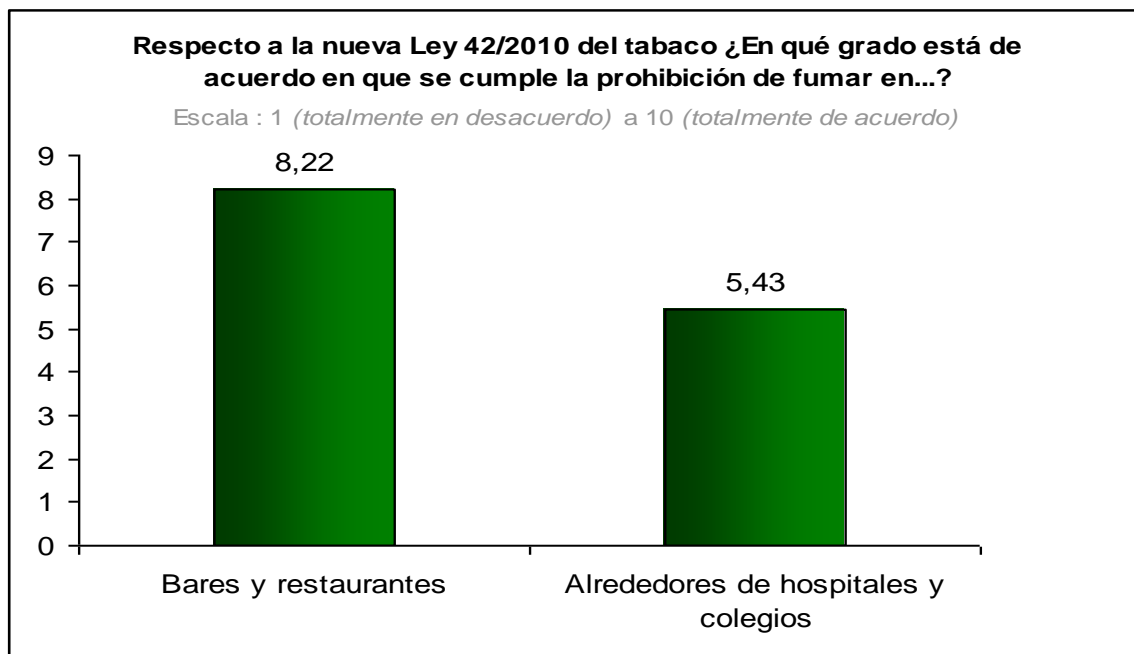
Fuente: Barómetro Sanitario 2012

También ha sido **muy favorable la percepción del cumplimiento de la prohibición de fumar en bares y restaurantes**, con una media del grado de cumplimiento de 8,22 (escala 1 “no se está cumpliendo en absoluto” a 10 “se está cumpliendo totalmente”), variando entre el 9,28 en Asturias y el 6,91 en Melilla, pero sin importantes diferencias en función del tamaño del municipio.

También **es alta la percepción del cumplimiento de la prohibición de fumar en entornos hospitalarios y educativos**, con una media de cumplimiento de 5,43. Esta cifra es inferior a la anterior y una de las interpretaciones que puede realizarse es que en “*el entorno de hospitales y centros educativos*” se valora por parte de los encuestados no sólo el interior de los recintos sino también sus alrededores.



**Gráfico 5.2.3. Media del grado de acuerdo con la nueva ley del tabaco**



Fuente: Barómetro Sanitario 2012

**Tabla 5.2.1. Percepción del grado de cumplimiento de la nueva ley en bares y restaurantes, por CCAA (Barómetro Sanitario 2012)**

(Medias)	TOTAL	COMUNIDAD AUTÓNOMA					
		Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria
La prohibición de fumar en bares y restaurantes .....	8,22	7,95	8,33	9,28	8,45	7,76	8,76
(N) .....	(7265)	(1255)	(206)	(169)	(176)	(324)	(89)

(Medias)	Castilla – La Mancha	COMUNIDAD AUTÓNOMA					
		Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid
La prohibición de fumar en bares y restaurantes .....	7,72	8,63	8,62	8,20	8,39	8,37	7,81
(N) .....	(315)	(409)	(1193)	(802)	(175)	(442)	(991)

(Medias)	Murcia	COMUNIDAD AUTÓNOMA				
		Navarra	País Vasco	Rioja (La)	Ceuta	Melilla
La prohibición de fumar en bares y restaurantes .....	7,60	8,63	8,46	8,84	7,80	6,91
(N) .....	(208)	(92)	(348)	(51)	(12)	(10)

Fuente: Barómetro Sanitario 2012



Según estos datos del Barómetro Sanitario 2012, la mayoría de los encuestados (74,8%) manifiestan que después de la nueva ley, acuden más o igual que antes a bares y restaurantes.

**Tabla 5.2.2. Población (%) que acude más, menos o igual a bares y restaurantes tras la nueva ley**

	TOTAL	SEXO		EDAD					
		HOMBRE	MUJER	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
Más que antes .....	7,9	6,7	9,0	8,8	9,2	11,0	6,5	7,7	4,3
Igual que antes .....	66,9	70,7	63,2	69,8	71,4	69,9	70,9	68,9	53,5
Menos que antes .....	12,5	14,8	10,2	17,2	15,2	14,9	14,5	10,4	4,9
Ha dejado de ir .....	1,0	1,1	1,0	1,2	1,1	0,7	1,8	1,2	0,5
No va nunca a bares y restaurantes (NO LEER) .....	11,3	6,2	16,1	2,4	2,9	3,2	6,0	11,0	35,8
N.C. ....	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	0,3	0,9	1,0
(N) .....	(7729)	(3780)	(3949)	(676)	(1517)	(1600)	(1343)	(1004)	(1589)

Fuente: Barómetro Sanitario 2012

Adicionalmente, entre los entrevistados por el Barómetro Sanitario que contestaron que eran fumadores, un 66,7% considera que la nueva ley no ha influido en su consumo y un 8,7% ha respondido que ha dejado de fumar, un 21,5% opina que ha influido en que fume menos y un 3,1% dice que fuma más.

**Tabla 5.2.3. Población (%) de fumadores que considera que la nueva ley ha influido en su consumo de tabaco**

	TOTAL	SEXO		EDAD					
		HOMBRE	MUJER	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
Usted ha dejado de fumar .....	8,7%	8,5%	9,1%	4,6%	7,4%	7,4%	7,4%	14,2%	17,1%
Usted fuma menos que antes .....	21,5%	20,9%	22,4%	24,5%	23,2%	22,9%	20,1%	18,0%	17,1%
Usted fuma más que antes .....	3,1%	3,0%	3,2%	1,7%	3,6%	3,4%	3,8%	3,1%	1,8%
No ha influido en mi consumo de tabaco .....	66,7%	67,5%	65,3%	69,2%	65,8%	66,3%	68,7%	64,7%	64,1%
(N) .....	(3200)	(1860)	(1343)	(320)	(759)	(797)	(669)	(390)	(270)

Fuente: Barómetro Sanitario 2012





Desde el punto de vista de la implantación de la ley, es relevante la percepción de su introducción por parte de los ciudadanos y la progresión de dicha percepción, ya que la percepción de la ley ha sido positiva en general, pero además, ha ido mejorando a lo largo de este período desde su implantación.

A los 100 días de la entrada en vigor de la Ley 42/2010, la **Organización de Consumidores y Usuarios** (OCU), realizó una encuesta mediante cuestionario autocumplimentado a través de Internet con un panel formado por personas mayores de edad distribuidas por todo el territorio español y principalmente no socias de la OCU. Se procesaron 1.562 respuestas y los resultados fueron ponderados por sexo, edad, nivel de estudios y región de residencia para que se ajustasen a la distribución real de la población española de 18 a 75 años de edad.

Según los datos del estudio:

- El 63,7 % de la población está de acuerdo con la nueva ley y el 36,3% está en desacuerdo con la nueva ley.

**Tabla 5.2.4. Grado de acuerdo con la nueva ley del tabaco. Total España y según consumo de tabaco.**

			Total España	No han fumado nunca	Ex fumadores	Total fumadores	¿Cuánto fuma usted?		
							Sí, menos de 5 cig/ día	Sí, entre 5 -15 cig/ día	Sí, más de 15 cig/ día
Grado de acuerdo con la ley del tabaco	Totalmente en desacuerdo	%	17,4%	5,8%	9,5%	39,8%	17,3%	42,1%	53,8%
	En desacuerdo	%	18,9%	10,1%	15,3%	33,2%	33,8%	34,8%	31,7%
	De acuerdo	%	24,3%	23,0%	29,7%	19,6%	33,6%	16,5%	12,6%
	Totalmente de acuerdo	%	39,4%	61,1%	45,5%	7,4%	15,4%	6,7%	1,8%
Total		N	1557	548	535	474	105	195	156
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: OCU, año 2011.



- El 98% de los encuestados piensan que se está cumpliendo la ley totalmente o bastante bien en restaurantes y bares y cafeterías grandes, el 92 % en bares pequeños, el 82% en bares de copas y el 76% en discotecas. En cuanto a otro tipo de establecimientos: el porcentaje en lugares de trabajo, cuya prohibición ya estaba establecida en la Ley 28/2005, es del 80%. La percepción que la población tiene en posiciones más bajas son las áreas infantiles (56%) y recintos de centros hospitalarios (54%).

**Tabla 5.2.5. Grado de cumplimiento de la ley en diferentes lugares.**

	% Bastante + %Totalmente	% Nada	% Poco	% Bastante	% Totalmente	% Total
En restaurantes	98%	0,6%	1,6%	23,6%	74,2%	100%
En bares grandes y cafeterías	98%	0,4%	2,0%	25,8%	71,8%	100%
En bares pequeños	92%	1,0%	6,5%	38,9%	53,5%	100%
En bares de copas, pubs	82%	2,8%	14,7%	41,5%	40,9%	100%
En su centro de trabajo	80%	6,0%	14,4%	24,6%	55,0%	100%
En discotecas	76%	6,0%	17,7%	37,7%	38,7%	100%
En parques infantiles	56%	9,5%	34,4%	30,8%	25,3%	100%
En el entorno de hospitales y centros sanitarios	54%	8,6%	37,5%	34,8%	19,1%	100%

Fuente: OCU, año 2011.



- No existen grandes diferencias en la población encuestada respecto a la implantación de la ley en las diferentes CCAA, siendo también en bares y restaurantes donde el grado de cumplimiento se valora más alto:

**Tabla 5.2.6. Grado de cumplimiento de la ley por CCAA**

	% se está cumpliendo Bastante + % se está cumpliendo Totalmente							
	Restaurantes	Bares grandes y cafeterías	Bares pequeños	Bares de copas, pubs	En su centro de trabajo	Discotecas	Parques infantiles	Entorno de hospitales y centros sanitarios
Castilla.La Mancha	100%	100%	96%	85%	96%	81%	72%	67%
País Vasco	100%	100%	99%	88%	84%	85%	57%	71%
Cataluña	99%	100%	94%	83%	89%	73%	64%	66%
Castilla León	99%	98%	97%	84%	87%	83%	62%	54%
Com. Madrid	98%	98%	92%	83%	90%	76%	65%	55%
Aragón	100%	100%	97%	80%	84%	59%	71%	67%
Galicia	96%	96%	95%	90%	82%	83%	62%	53%
Valencia	99%	97%	91%	84%	83%	76%	58%	59%
Asturias	100%	100%	94%	73%	91%	68%	53%	66%
Andalucía	98%	98%	93%	80%	77%	72%	58%	57%
Com. Murcia	98%	98%	89%	78%	76%	72%	47%	59%

Fuente: OCU, año 2011.

- El 53,4% manifiestan acudir a bares y restaurantes con igual frecuencia que antes de la ley y un 23,8% manifiestan acudir más (total 77,2%) frente a un 22,8% que acuden menos. En relación con los no fumadores, considerando nunca fumadores y exfumadores, un total del 66,5% acude con más frecuencia a bares y restaurantes; frente al 64,3% de fumadores que acuden menos (la prevalencia de consumo de tabaco en España es del 30%, por lo que en valores absolutos el primer grupo representa algo más de dos tercios de la población total). El 75% de los encuestados manifestó que permanece más tiempo (33%) o el mismo tiempo que antes (41,9%).



**Tabla 5.2.7. Asistencia a bares, restaurantes y otras lugares de ocio tras con la nueva ley. Total España y según consumo de tabaco**

		Total España	No han fumado nunca	Exfumadores	Total fumadores	¿Cuánto fuma usted?		
						Sí, menos de 5 cig/ día	Sí, entre 5 -15 cig/ día	Sí, más de 15 cig/ día
Acudo menos que antes	%	22,8%	1,0%	8,3%	64,3%	41,4%	65,2%	82,1%
Acudo igual que antes	%	53,4%	59,6%	64,6%	33,3%	53,6%	33,2%	17,8%
Acudo más que antes	%	23,8%	39,4%	27,1%	2,2%	5,0%	1,7%	0,1%
Total	N	1559	548	536	475	105	195	157
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: OCU, año 2011.

- Es importante destacar la percepción del efecto de la nueva ley sobre el consumo de tabaco por la población fumadora, que se refleja en la siguiente tabla, y en la que se aprecia que un tercio de los fumadores fuman menos que antes de la entrada en vigor de la ley.

**Tabla 5.2.8. Efecto de la nueva ley sobre el tabaco en el consumo de tabaco según perfil de fumador**

		Total fumadores	¿Cuánto fuma usted?		
			Sí, menos de 5 cig/ día	Sí, entre 5 - 15 cig/ día	Sí, más de 15 cig/ día
Ahora fumo mucho menos que antes	%	9,9%	26,4%	3,1%	4,4%
Ahora fumo algo menos que antes	%	19,7%	11,7%	29,6%	12,2%
Fumo más o menos lo mismo que antes	%	64,1%	54,4%	59,5%	79,3%
Ahora fumo incluso más que antes	%	6,3%	7,5%	7,8%	4,1%
Total	N	474	105	195	156
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: OCU, año 2011.

Además, durante el periodo desde su implantación, la ley ha dejado de ser una preocupación para los ciudadanos. En marzo de 2011 se publicó el **Barómetro del CIS**, en el que sólo el 0,2% de la población consideraba que la ley se encontraba entre los principales problemas de España y un 0,3% consideraba que era un problema que



personalmente le afectaba. A partir de entonces, ya no aparece entre las preocupaciones de los ciudadanos en los siguientes Barómetros del CIS.

Por último, previa a la publicación de Barómetro Sanitario de 2012, en septiembre de 2012 se publicó el **Barómetro Sanitario de 2011**<sup>2</sup>. Ante las mismas cuestiones ya expuestas sobre Barómetro Sanitario de 2012 (con escala: 1 *“totalmente en desacuerdo”* a 10 *“totalmente de acuerdo”*), se observan los siguientes cambios del 2012 respecto al 2011:

- La media del *“grado de acuerdo en que la Ley ha sido una medida acertada”* se incrementó en un 8,1%.
- La media del grado de acuerdo en que *“es necesario adecuar la Ley en beneficio de los fumadores”* bajó un 11,6%.
- Se incrementó en un 3,7% el porcentaje de encuestados que manifiestan que tras la nueva ley, acuden más o igual que antes a bares y restaurantes.
- Descendió un 2,3% el porcentaje de fumadores que considera que la nueva ley no ha influido en su consumo.
- La media de la percepción del cumplimiento de la prohibición de fumar en bares y restaurantes ha descendido ligeramente (2,0%).
- La media de la percepción del cumplimiento de la prohibición de fumar en el entorno de hospitales y centros educativos ha descendido un 10,0%.

---

<sup>1</sup> Barómetro Sanitario 2012. Instituto de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

<sup>2</sup> Barómetro Sanitario 2011. Instituto de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

(Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>)



## 6. Utilización de los servicios de deshabituación

Según las estimaciones facilitadas por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) en 2011 dejarían de fumar como mínimo 400.000 fumadores. En el periodo 2010-2020 (10 años) se espera que haya 2,5 millones de nuevos ex-fumadores.

Un dato que nos puede facilitar información sobre el impacto de la implantación de la ley en la salud de la población, es el número de intentos de cese del consumo y de la utilización de los servicios de deshabituación de las CCAA que en líneas generales han sido demandados en mayor medida por los ciudadanos. Así, las CCAA redoblaron esfuerzos durante el año 2011 a través de la red de centros de atención primaria y de sus diferentes servicios especializados de deshabituación como respuesta a este incremento de la demanda. Se ofrece en el anexo I aquellos datos disponibles respecto a 2011 y 2012 de las Comunidades Autónomas que han comunicado tal información. Las cuestiones sobre las que se ha preguntado son relativas por un lado a la utilización de los servicios de atención a fumadores en los ámbitos de la atención primaria, hospitalaria y asistencia especializada. Por otro lado, se ha preguntado por la existencia de “quitline”, la atención on-line y el uso de las redes sociales o la adopción de programas específicos.

### Asistencia y utilización en atención primaria

De los datos comunicados por las CCAA y ofrecidos de manera completa en el anexo cabe decir que la utilización de los servicios de atención primaria por parte de los ciudadanos experimentó un importante crecimiento en los dos últimos años. Así, **País Vasco** ofertó tratamiento individual a 2117 y a 534 de manera grupal. **Galicia** no ha comunicado ningún registro de utilización de estos servicios. Por su parte, en **Andalucía**, 384.739 personas recibieron atención básica durante 2011 y 503.025 personas hasta abril de 2012. Además, un total de 29.327 fumadores recibieron atención avanzada en 2011 y 26.843 hasta abril de 2012. En **Cataluña** se han registrado entre 2011 y 2012 68.750 nuevos “ex fumadores” y 371 personas de zonas desfavorecidas han recibido tratamiento farmacológico gracias al programa “*Salut als Barris*”. Por su parte, en **Asturias** un total de 29.359 pacientes han recibido consejo breve y 299 acuden a seguimiento individual. En **Cantabria** 6076 pacientes fueron tratados en Atención Primaria en 2011. Existe una Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDESTA), adscrita a Atención Primaria, que complementa las acciones desarrolladas en los centros de salud y en Atención Especializada. 1585 pacientes fueron derivados a esta unidad en 2011.



**La Rioja** contó hasta agosto de 2012 con el servicio de financiación de los tratamientos farmacológicos hasta su suspensión en esa fecha. La utilización de tal servicio fue de 3.903 pacientes durante 2011 y de 1.338 en 2012. **Murcia** ofreció ayuda para dejar de fumar a 3.114 personas en el mismo periodo a través de su Servicio de Atención al Consumidor de Tabaco. **Aragón** atendió en 2011 a 67.109 pacientes y a 58.334 hasta septiembre de 2012. Por su parte en **Canarias** se realizaron 1.661 consultas en las Zona Básicas de Salud durante los dos años. **Navarra** registró en 2011 un total de 7.708 nuevos fumadores alcanzándose la cifra de 21.384 fumadores que acudieron a su centro de salud para recibir cualquier tipo de apoyo. **Extremadura** atendió a 365 casos e **Islas Baleares** no ha comunicado ningún número de utilización aunque existe atención en todos los centros de salud. Por su parte la Comunidad de **Madrid** deriva sus pacientes fumadores desde los centros de atención primaria a Unidades Especializadas en Tabaquismo. En **Castilla y León**, 58.210 personas utilizaron sus servicios de deshabituación tabáquica en 2011. Por último, **Melilla** no ha registrado ningún caso de utilización de estos servicios.

#### **Asistencia y utilización en atención hospitalaria y especializada**

En **País Vasco** la intervención en tabaquismo no es objetivo de la red especializada aunque existen 7 hospitales que de momento mantienen consultas en este ámbito. En **Cataluña** se atendió a 4.445 personas fumadoras en la Red de Hospitales sin Humo (XHsF) y 975 pacientes ingresados recibieron tratamiento farmacológico. En cuanto a las unidades de referencia cubren sectores geográficos o poblacionales definidos e inician tratamiento a 2000 personas al año. **Galicia** no ha comunicado ningún número de utilización aunque existe atención en los hospitales públicos de la comunidad. Por su parte **Andalucía**, dispone de un programa específico de deshabituación tabáquica en personas con criterios especiales de derivación (cardio-vasculares, oncología, respiratorio) utilizado en 2011 por 978 personas y por 375 hasta abril de 2012. **Asturias** dispone de 4 hospitales incluidos en la Red Europea de Hospitales Libres de Tabaco creándose en 2012 la Red Asturiana de Hospitales Libres de Tabaco. Cantabria cuenta con un programa de atención en su hospital de referencia. Por su parte, **La Rioja** cuenta con una Unidad de Atención al Fumador que atendió en 2011 a 189 pacientes aunque dejó de prestar sus servicios en agosto de 2012. Además se dispone de un Programa de Intervención para Dejar de Fumar en Pacientes Hospitalizados que atendió durante el primer semestre de 2012 a 69 pacientes. En **Aragón** la asistencia especializada se realiza a través de las unidades hospitalarias y mediante convenio con la Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón (APTA) habiéndose dado un total de 1870 intervenciones de terapia individual durante 2011 y 2012.



En **Murcia** 162 fumadores fueron atendidos en las “Unidades Comunitarias de Tabaquismo” durante 2011. Junto a esto existe una Unidad de Tabaquismo del Ayuntamiento de Murcia que recibió 2.930 consultas en 2011 y a 210 en 2012. En **Canarias**, se atendieron a 334 pacientes en primera visita y a 732 en visitas sucesivas durante los dos años. **Navarra** no han registrado ningún caso de utilización de estos servicios. **Extremadura** comunicó 708 casos en sus Centros de Atención a Drogodependencias durante 2011 y 2012. **Islas Baleares** atendió un total de 301 primeras visitas durante 2012 y **Madrid** prestó asistencia en 2011 a un total de 1120 fumadores alcanzando esta cifra la de 995 fumadores hasta el 30 de noviembre de 2012.

En cuanto a **Castilla y León**, 2.435 personas utilizaron las unidades o consultas de tabaquismo de los Hospitales de Burgos, Palencia, Salamanca y Zamora en 2011. Por último, **Melilla** no ha registrado ningún caso de utilización de estos servicios

#### **Asistencia y utilización de servicios de la sociedad de la información (Quit line, recursos web y redes sociales)**

**País Vasco** realiza atención vía telefónica a través del consejo sanitario Osarean de Osakidetza. En **Cataluña** se dispone de una Quit line o línea de ayuda telefónica (061 Cat Salut Respon) que ofrece un programa individualizado con apoyo por personal sanitario formado durante las 24h del día y durante los 365 días del año. Este servicio atendió 1.847 llamadas en los 3 primeros meses de 2011 lo que supone un incremento de 5 veces respecto al mismo periodo del año anterior. Además se dispone de páginas web de información y de iniciativas en las redes sociales llevadas a cabo por profesionales sanitarios y con disponibilidad de aplicaciones descargables. **Galicia** no ha comunicado ningún número de utilización aunque existe atención en los hospitales públicos de la comunidad. **Andalucía** dispone del teléfono 900-850 300 que fue utilizado en 2011 por 822 personas y por 248 en 2012. **Asturias** y **Navarra** y **Canarias** no disponen de servicios en este ámbito. **Cantabria** dispone de un buzón de correo electrónico a disposición de toda la población y de los profesionales para realizar consultas y petición de materiales que recibió 230 consultas durante 2011 y 2012.

**La Rioja** cuenta con una Oficina de Información sobre Drogas (900 714 110) que fue utilizada por 76 personas desde 2011 hasta agosto de 2012. También dispone de un programa para dejar de fumar a través de Internet orientado a adultos ([www.lariojasintabaco.org](http://www.lariojasintabaco.org)) y otro para jóvenes y adolescentes ([www.tabacoff.org](http://www.tabacoff.org)). El primero de ellos recibió 658 visitas en 2011 mientras que el segundo alcanzó la cifra de 1.196 visitas en el mismo periodo. En **Aragón** se dispone de atención telefónica y vía web atendida por voluntarios de la Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón (APTA) habiéndose atendido a 706 personas por la primera vía y a 239 por la segunda.





**Murcia** dispone de un programa de deshabituación tabáquica dirigido a la comunidad universitaria de la Universidad de Murcia contabilizándose 3.177 entradas durante 2011. Por su parte, **Extremadura, Islas Baleares y Madrid** tampoco disponen de servicios en este ámbito aunque existe información general vía telefónica.

**Castilla y León** dispone de un Programa de Ayuda para dejar de fumar mediante el Teléfono de Atención al Fumador (901 30 50 30) y que fue utilizado en 2011 por 216 personas. Por último, **Melilla** no dispone de servicios en este apartado.

### **Programas específicos**

**País Vasco** dispone de intervención estructurada por parte de oficinas de farmacia en el consejo sanitario junto con derivación para tratamiento y se ha procedido a extender la formación para la intervención en consejo sanitario para diversos profesionales relacionados con la salud. **Cataluña** cuenta con programas específicos para “Embarazo sin humo” e “Infancia sin humo” dirigidos a mujeres gestantes y futuros progenitores. Además, tiene en marcha un programa dirigido especialmente a pacientes crónicos. **Galicia** dispone de un Programa de formación específica en intervención tabáquica dirigido a profesionales sanitarios de primaria y especializada.

**Andalucía** dispone de un programa específico para colectivos determinados.

Por su parte, **Asturias** no dispone de servicios en este ámbito y en **Navarra** existe un programa específico para población gitana. **Cantabria** dispone de un programa de radio junto con programas de deshabituación en colectivos modélicos y en sindicatos. En **Aragón** existe un Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas que recoge como recursos específicos en prevención a los Centros de Prevención Comunitaria y en asistencia las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASAs) el cual fue utilizado por 454 personas en los dos años de aplicación de la ley.

**La Rioja** cuenta con el apoyo de su Oficina de Información sobre Drogas en este ámbito y **Murcia** dispone del “Programa de Ayuda para Dejar de Fumar” dirigido a empleados públicos y que ofrece tratamiento combinado multicomponente y financiación de la medicación habiendo sido utilizado durante 2011 y 2012 por un total de 107 usuarios. **Canarias y Extremadura** no disponen de servicios en este ámbito.

En **Islas Baleares** la AECC realiza acciones periódicas y en **Madrid** se dispone de un programa específico para colectivos determinados.

**Castilla y León** dispone de un programa multicomponente de la Asociación Española contra el Cáncer financiado por el gobierno de la región y un programa de tabaquismo en embarazadas de



alto riesgo en el Hospital Universitario de Salamanca. El primero de ellos fue utilizado por 1.570 personas y el segundo por 204. Por último, **Melilla** no cuenta con programas específicos.

Se incluye en anexo las tablas con información detallada sobre utilización de los servicios de deshabituación con información de las CCAA que han enviado tal información.



## 7. Conclusiones

- En relación con la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT)

Los resultados disponibles muestran que después de la entrada en vigor en enero de 2011 de la ley, la exposición al HAT en locales de hostelería se ha reducido drásticamente (las concentraciones de nicotina y de  $PM_{2,5}$  disminuyeron en más del 90%). Por otra parte, la presencia de fumadores en el exterior de los locales, pero cerca de la entrada, aumenta la exposición a HAT en los espacios interiores en comparación con los establecimientos sin la presencia de fumadores en el exterior de los mismos.

La disminución drástica de la exposición al HAT, implica una reducción considerable del riesgo al que estaban expuestos clientes y trabajadores de este sector. Es importante señalar que antes de 2011 los niveles de contaminación medidos en bares, cafeterías y ocio nocturno eran 8 veces más altos que los que se podían medir en la calle mientras en restaurantes la cifra era ente 5 y 6 veces mayor.

- En relación con la prevalencia

Los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011 muestran una reducción general de los indicadores de consumo tabaco. La prevalencia de fumadores actuales es en 2011 del 27% en adultos de 15 años y más, frente al 29,9% de 2009 (16 años y más). La prevalencia de fumadores diarios se ha reducido del 26,2% de 2009 al 24% de 2011.

En la progresión de ambos indicadores en los últimos años se observa que, tras la aplicación de la Ley 42/2010, se ha vuelto a la tendencia de disminución del consumo que en el periodo 2006-2009 se había estabilizado. Aunque la reducción se da de forma más acentuada en hombres, donde el consumo de tabaco era más elevado.

Se mantiene el gradiente de mayor consumo en las clases más desfavorecidas en general, aunque se ha reducido en ciertos grupos especialmente, como adultos jóvenes, con menor nivel de estudios, en situación de desempleo o que están estudiando. Entre los fumadores diarios, el número de cigarrillos al día ha descendido ligeramente.

La proporción de abandono (exfumadores/fumadores+exfumadores) en 2011 es de 42,1%, superior a la del año 2009. Un 33,1% de los fumadores diarios consideran que fuman menos respecto a hace 2 años, un 35% tiene intención de dejarlo en los próximos 1-6 meses, un 30% ha hecho al menos un intento. La encuesta ESTUDES 2010 (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas



en Enseñanzas Secundarias) en el grupo de estudiantes 14-18 años, aunque es previa a la actual normativa, presenta una tendencia de disminución en los indicadores de consumo.

- En relación con la ventas de productos del tabaco

Ya en los años anteriores a la implantación de la Ley 28/2005 y de su modificación posterior en 2010 pudo observarse una tendencia clara de disminución de las ventas de cigarrillos. Cabe destacar los fuertes descensos experimentados en los años 2009 a 2012 siendo las reducciones más importantes de la serie las producidas en los dos años de aplicación de la ley.

En 2011 se redujeron las ventas de cigarrillos en un 16,7% y de picadura de liar en un 6,4%, aunque aumentaron las ventas de cigarros (22,4%) y picadura de pipa (272,7%). En lo que respecta a todo el año 2012, se alcanzó la cifra de 2.671 millones de cajetillas, lo que supone un -11,40% menos que en 2011. El impacto que la ley ha tenido en las ventas puede verse a través del Informe Anual de Recaudación Tributaria correspondiente al año 2011 elaborado por la Agencia Tributaria. Así, se experimentó una caída del 2,3% respecto al año anterior. Esto puede deberse, según el propio organismo, a la compensación entre la subida del impuesto y la disminución del consumo de tabaco, junto al desplazamiento del consumo hacia los productos de menor precio.

- En relación con la morbilidad asociada

Se ha dado una reducción de las tasas de ingreso por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma en 2011, año de aplicación de la modificación de la ley, aunque es necesaria una evaluación más profunda para conocer su impacto específico en la morbilidad por estas enfermedades.

En el caso de infarto agudo de miocardio en población mayor de 24 años se observan dos saltos en los años de aplicación de la ley (2006) y su modificación (2011), de aproximadamente un -4% cada uno en hombres y una destacable reducción global entre 2005-2011 en ambos sexos, que es muy elevada también en cardiopatía isquémica. En menores de 60 años, también se da una reducción específica en las tasas de infarto agudo de miocardio en 2011 en hombres, sin embargo en mujeres se da una tendencia de aumento en todo el periodo 2005-2011. En el caso de los ingresos por asma se observa una reducción específica en 2011 en ambos sexos, tanto en el grupo de menores de 65 años, como en las tasas de asma infantil. Estas reducciones en los ingresos se asociarían también con una reducción del gasto sanitario relacionado.



- En relación con los datos de cumplimiento

Todas las CCAA, en el ámbito de sus competencias, han elaborado y desarrollado planes estratégicos de inspección y control al objeto de desarrollar una implantación eficaz y de obtener datos objetivos y cuantificables sobre la implantación.

La percepción del cumplimiento de la ley por las administraciones públicas, las sociedades científicas y por los ciudadanos en general es mayoritariamente buena, con algún caso aislado de incumplimiento. Se ofrecen en el apartado 5 los datos disponibles respecto a 2011 y 2012 de las Comunidades Autónomas que han comunicado tal información.

- En relación con la percepción de la ciudadanía acerca de la ley

Diversas encuestas han mostrado la buena aceptación de la ley por parte de los ciudadanos. Recientemente se ha publicado el Barómetro Sanitario 2012, que incluye un apartado relativo a la percepción de la Ley 42/2010. La población de estudio corresponde a personas de ambos sexos de 18 años y más, residentes en las 17 Comunidades y en las 2 Ciudades Autónomas. Los datos cubren el periodo de marzo a noviembre de 2012 y muestran una **buena aceptación general de la ley**; así, en respuesta a puntuar su **“grado de acuerdo en que la Ley ha sido una medida acertada”**, la media fue de un 7,62 (escala: 1 “totalmente en desacuerdo” a 10 “totalmente de acuerdo”), lo que representa un incremento del 8,1% con respecto a la misma pregunta en 2011. Además, la media del grado de acuerdo en que **“es necesario adecuar la Ley en beneficio de los fumadores”** bajó un 11,6%.

- En relación con la utilización de los servicios de deshabituación

Las CCAA redoblaron sus esfuerzos durante los años 2011-2012, a través de la red de centros de atención primaria y de sus diferentes servicios especializados de deshabituación, como respuesta al incremento de la demanda de ayuda para dejar de fumar. Así, las diferentes comunidades pusieron en marcha planes de ayuda de diverso tipo tanto en lo referente a atención presencial como a través de los servicios de la sociedad de la información. Se dispone de datos actualizados de las CCAA en el Anexo I.

## ANEXO I. TABLA DE ASISTENCIA Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DESHABITUACIÓN EN LAS CCAA

CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012
PAÍS VASCO	Primaria	<p>La intervención en tabaquismo está integrada en la red de atención primaria de Osakidetza dentro de la oferta asistencial que se da los centros de salud. Se realizan las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cribado de personas fumadoras: a todas las personas de 14 años o más se les interroga sobre su consumo, al menos cada dos</li> <li>- Intervención en consejo sanitario a todas las personas fumadoras por parte de todos los profesionales de atención primaria</li> <li>- Oferta de tratamiento individual del tabaquismo en el <b>90%</b> de los centros de atención primaria de Euskadi. Nº de centros que prestan la oferta 275</li> <li>- Oferta de tratamiento grupal del tabaquismo en <b>60 %</b> de las Unidades de Atención Primaria. Nº de unidades que ofertan tratamiento grupal 79</li> </ul> <p>No se financian tratamientos de deshabituación</p>	<p>2117 personas</p> <p>534 personas</p>
	Especializada	<p>No es objetivo de la Comunidad Autónoma del País Vasco realizar la intervención en tabaquismo desde especializada, sino que los tratamientos se oferten desde Atención Primaria. Existen 7 hospitales que de momento mantienen consultas de tratamiento del tabaquismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La atención especializada realiza intervención en consejo sanitario a las personas fumadoras</li> <li>- Derivación a la red de atención primaria para tratamiento del tabaquismo.</li> </ul>	No existen datos
	Quitline		

	Atención on-line	<p>Se realiza vía telefónica a través del consejo sanitario <b>Osarean</b> de Osakidetza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención en consejo sanitario en tabaco</li> <li>- Derivación a centro de salud de Atención Primaria</li> <li>- Resolución de dudas durante el tratamiento del tabaquismo</li> <li>- Colaboran en el seguimiento de las personas que están en tratamiento del tabaquismo</li> <li>- Registro en la historia clínica del paciente</li> </ul>	
	Redes Sociales		
	Programas específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención estructurada por parte de oficinas de farmacia en el consejo sanitario y derivación para tratamiento</li> </ul>	
	Otros	<p>Se ha extendido la formación para la intervención en consejo sanitario a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colegios profesionales de enfermería, medicina y odontología y farmacia</li> <li>- Red de profesionales de salud laboral</li> <li>- Procedimiento de colaboración con la Asociación contra el cáncer para tratamiento del tabaquismo en pacientes resistentes que por su patología necesita un abordaje más intensivo.</li> </ul>	

CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012
CATALUÑA	Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Red de Atención Primaria Sin Humo (pAPSF)</u>: cubre la totalidad de los centros de salud (357). En cada centro 1 o 2 referentes formadores del resto del equipo (En total, 576 profesionales referentes). Financiación del tratamiento farmacológico para los profesionales y para los pacientes que pertenecen a zonas desfavorecidas, definidas por el programa marco "Salut als barris". <a href="http://www.papsf.cat">www.papsf.cat</a></li> </ul>	Entre 2011 y 2012, se han registrado 68.750 nuevos "exfumadores" en el último año. [Fuente: extrapolación a partir de datos de HC de ICS (80% de la atención primaria). Tratamientos farmacológicos en 2011 en: "Salut als Barris": 371 Profesionales san: 260
	Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Red de Hospitales Sin Humo (XHsF)</u>: 69 cent. hospitalarios (cobertura: 85%) Programas de deshabituación para trabajadores/profesionales (en todos) y para pacientes ingresados (en 46 hospitales). Financiación tratamiento farmacológico para prof. sanitarios/trabajadores y para pacientes ingresados (durante estancia) y, eventualmente, si inicia abandono.</li> </ul>	Se atendió a 4.445 personas fumadoras, en 2011. Tratamientos farmacológicos 2011 en <ul style="list-style-type: none"> <li>Profesionales san: 742</li> <li>Personas ingresadas: 975</li> </ul>
	Especializada	<u>Unidades de referencia (24)</u> : Derivación desde AP y desde centros hospitalarios y otros. Cubren sectores geográficos/poblacionales definidos aunque admiten derivaciones externas de forma limitada.	Inicios de tratamiento: 2.000 personas. /año [Fuente : SIDC, unidades]
	Quitline	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Línea de ayuda telefónica: 061 Cat Salut Respon</u> Programa individualizado con apoyo por personal sanitario formado. Horario: 24h /día durante los 365 días del año. Coste primera llamada: 0,067€ (Establ) + 0,0100 €/minuto Resto llamadas (desde 061) ya son gratuitas para el usuario</li> </ul>	Enero-marzo 2011: 1.847 llamadas (937 inicios de programa de deshabituación)  <i>Se incrementó 5 veces respecto al mismo periodo año anterior</i>
	Atención on-line	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Tabaquisme.cat</u> (UT Bellvitge). <a href="http://www.tabaquisme.cat/ca.html">http://www.tabaquisme.cat/ca.html</a></li> <li><u>SEM - Sistema d'Emergències Mèdiques</u> &gt; Xat 061 CatSalut Respon</li> </ul>	
	Redes Sociales	Existen una serie de iniciativas recientes por parte de grupos de profesionales sanitarios que ofrecen ayuda a través de las redes sociales (Facebook, etc..) así como nuevas aplicaciones para descargar en <i>smartphone</i> , tableta o PC.	



	Programas específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Embarazo sin Humo</u>: dirigido a las mujeres gestantes que fuman. Atención y seguimiento por parte de profesionales del ámbito de la salud sexual y reproductiva de la mujer (matronas, gine-obstetras) Cobertura aproximada: 70% centros ASSiR</li> <li>▪ <u>Infancia Sin Humo</u>: dirigido a recientes progenitores fumadores. Formación profesionales del ámbito de Pediatría; en curso.</li> <li>▪ <u>Programa de crónicos</u>: Tratamiento en personas con EPOC y con problemas de salud mental</li> </ul>	
	Otros		

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012
GALICIA	Primaria		
	Especializada	Existen 13 unidades de deshabituación tabáquica en los hospitales públicos de la comunidad autónoma, con diferentes grados de actividad. La población a la que dan servicio es a los trabajadores del hospital y alguna de ellas de forma puntual a pacientes ingresados, actualmente no disponemos del número de pacientes tratados durante el periodo solicitado. El tratamiento farmacológico no está financiado.	
	Quitline		
	Atención on-line		
	Redes Sociales		
	Programas específicos	Programa de formación específica en intervención tabáquica dirigido a los profesionales sanitarios de primaria y especializada.	
	Otros (especificar)		

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación				
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	2011 (en-dic)	2012 (en-abril)
ANDALUCÍA	Primaria	<p>Todas las personas fumadoras que acuden a consultas de atención primaria (AP) han de recibir intervención básica (IB; consejo mínimo para dejar de fumar). Esta intervención se ha ido implementando cada año a un ritmo de incremento medio del 27%. Al final del 1er trimestre de 2011 estaban ya contabilizadas 384.739 intervenciones básicas en los centros de Salud de AP de Andalucía. Un año después, en el 2012, 503.025 (30.74% de incremento respecto al año anterior).</p> <p>En el primer cuatrimestre de 2012, 26.843 personas residentes en Andalucía se han beneficiado de un programa de intervención avanzada (IA) en los centros sanitarios para dejar de fumar (intervención avanzada individual (IAI): 19.378 personas; intervención avanzada grupal (IAG): 7.465). El año anterior, 2011, en el mismo momento, había registrada una cifra similar: 29.327 personas (24.430 IA; 4.897 IAG).</p>	<p>IB: 384.739</p> <p>IA: 29.327</p>	<p>IB: 503.025</p> <p>IA: 26.843</p>
	Especializada	Programa específico de deshabituación tabáquica en personas con criterios especiales de derivación (cardio-vasculares, oncología, respiratorio)	978	375

	<b>Quitline (900-850 300)</b>	<p>La "Quit-Line" es la Línea Telefónica Gratuita para dejar de fumar de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Se ofrece a las personas fumadoras residentes en Andalucía que, por motivo de trabajo, tiempo o distancia, no puedan participar en los servicios presenciales que ofrece el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).</p> <p>Se accede a través del Teléfono Gratuito de Información sobre Tabaquismo (900 850 300) o de Salud Responde ( 902 505 060) y ofrece una terapia personalizada a través del teléfono, con seguimiento periódico de una persona especialista en deshabituación.</p> <p>Desde el verano de 2007, cuando se activó esta vía, y hasta el 30 de abril de 2012, se han recibido un total de 6.203 llamadas de personas para dejar de fumar (sin diferencias por sexo).</p> <p>Según sondeo de Salud Responde, 1 de cada 3 personas que ha recibido tratamiento a través de la "Quit Line" ha conseguido dejar de fumar y continúa sin fumar después de un año (35,9%). El 77% de las personas que han utilizado este servicio están satisfechas o muy satisfechas con él y el 86% se lo recomendaría a un familiar o amigo.</p>	822	248
	<b>Atención on-line</b>	(no aplicable)		
	<b>Redes Sociales</b>	(no aplicable)		

	<b>Programas específicos:</b>  <b>Programa ANFMA,</b>  <b>COLECTIVO</b>  <b>SANITARIO,</b>  <b>Empresas Libres de Humo (ELH),</b>  <b>Mujeres Embarazadas,</b>  <b>Personas con trastornos mentales,</b>  <b>Personas en privación de libertad</b>	<p>4.1.1.1 Programa específico de deshabituación tabáquica en el marco del Programa “A No Fumar, ¡Me Apunto!” (ANFMA)</p> <p>El programa ANFMA ofrece el apoyo para la deshabituación tabáquica de toda la comunidad educativa (alumnado, profesorado, personal no docente y familias), básicamente mediante la intervención básica (IB) y la avanzada –individual (IAI) o grupal (IAG).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Curso 2010-11</th> <th colspan="3">Curso 2011-12</th> </tr> <tr> <th>IB</th> <th>IAI</th> <th>IAG</th> <th>IB</th> <th>IAI</th> <th>IAG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alumnado</td> <td>13.596</td> <td>47</td> <td>705</td> <td>13.137</td> <td>30</td> <td>193</td> </tr> <tr> <td>Resto Comunid. educativa</td> <td>193</td> <td>42</td> <td>110</td> <td>508</td> <td>14</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td><b>Totales</b></td> <td colspan="3"><b>14.693</b></td> <td colspan="3"><b>13.905</b></td> </tr> </tbody> </table>		Curso 2010-11			Curso 2011-12			IB	IAI	IAG	IB	IAI	IAG	Alumnado	13.596	47	705	13.137	30	193	Resto Comunid. educativa	193	42	110	508	14	23	<b>Totales</b>	<b>14.693</b>			<b>13.905</b>			14.693	13.905
				Curso 2010-11			Curso 2011-12																															
IB	IAI		IAG	IB	IAI	IAG																																
Alumnado	13.596	47	705	13.137	30	193																																
Resto Comunid. educativa	193	42	110	508	14	23																																
<b>Totales</b>	<b>14.693</b>			<b>13.905</b>																																		
		<p>4.2 Programa específico de deshabituación tabáquica en profesionales sanitarios</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>4.2.1</th> <th>2011</th> <th>2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.2.2 IAI</td> <td>239</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>IAG</td> <td>98</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td><b>Totales</b></td> <td><b>337</b></td> <td><b>77</b></td> </tr> </tbody> </table>	4.2.1	2011	2012	4.2.2 IAI	239	12	IAG	98	65	<b>Totales</b>	<b>337</b>	<b>77</b>	337	77																						
4.2.1	2011	2012																																				
4.2.2 IAI	239	12																																				
IAG	98	65																																				
<b>Totales</b>	<b>337</b>	<b>77</b>																																				

		<p>Empresas Libres de Humo (ELH)</p> <p>El programa facilita la deshabituación tabáquica a todas las personas trabajadoras, apoyando a los medios disponibles en el entorno laboral.</p> <p>En 2011, participaron en la fase de sensibilización 225 empresas (45% públicas y 55% privadas), de las cuales 89 (39.5%) iniciaron sesiones de deshabituación (55 empresas públicas y 34 privadas). Esto representó:  448 personas en las sesiones de sensibilización  599 personas en deshabituación tabáquica  Se formaron, por los profesionales de apoyo de la Consejería de Salud, 218 profesionales de los servicios de PRL y/ o Salud laboral de las empresas participantes.</p> <p>En el primer cuatrimestre de 2012, participaron en la fase de sensibilización 87 empresas (44 públicas y 43 privadas), de las cuales 23 iniciaron deshabituación (14 públicas y 9 privadas). Esto representó (hasta abril):  235 personas en las sesiones de sensibilización  176 personas en deshabituación tabáquica.</p>	599	176
		<p>Programa específico de deshabituación tabáquica en mujeres embarazadas</p> <p>En 2011, 339 mujeres embarazadas residentes en Andalucía recibieron ayuda para dejar de fumar (intervención avanzada individual o grupal).  En el primer cuatrimestre de 2012, un total 221 mujeres embarazadas residentes en Andalucía fueron derivadas a las Unidades de Apoyo de Deshabituación Tabáquica para recibir ayuda para dejar de fumar y 188 han recibido intervención avanzada grupal o individual.</p>	339	188
		<p>Programa específico de deshabituación tabáquica en personas en privación de libertad</p>	27 (+12 funcionarios prisiones)	21

		<p>Programa específico de deshabituación tabáquica en personas con trastorno mental</p> <p>Se ha realizado, en los 2 últimos años, principalmente a través de una triple vía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A través de las Unidades de Atención y Apoyo al Tabaquismo (UAAT) → 2011: 243; 2012: 163</li> <li>- Estrategia conjunta con la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) → 333 (206 usuarios/as y 127 trabajadores/as) [dato unificado 2011-12].</li> <li>- Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) → 2.055 personas (1.678 han recibido IB y 377 IAI o IAG) [dato aglutinado de los 2 años] El 84% de UHSM cuentan con referente del programa de atención al tabaquismo. El 74% de UHSM tienen protocolo de atención a pacientes fumadores ingresados con oferta de TSN.</li> </ul>	2794
	<b>Otros</b>	<p>LA RED DE FORMACIÓN DEL Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (<a href="http://www.redformadorespita.org/">http://www.redformadorespita.org/</a>) y la ESTRATEGIA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SSPA son los vehículos para la formación estratégica en el abordaje del tabaquismo, con cursos de distintos niveles, específicos para profesionales sanitarios del SSPA (hasta la fecha, se han formado en tabaquismo el 63.45% del total), y cursos para participantes de distintos perfiles.</p>	

CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011
ASTURIAS	Primaria	<p>Los recursos con los que cuentan las Unidades Especializadas de Tabaquismo son:  Recursos Humanos.- un médico a tiempo parcial y una enfermera a jornada completa y/o jornada parcial  Recursos Materiales .- un cooxímetro , un ordenador , una báscula de talla y peso , material de trabajo para entregar al paciente.</p> <p>Criterios de derivación a las Unidades Especializadas de Tabaquismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fumadores que aún sin presentar patología , han realizado al menos tres intentos bajo control de un profesional sanitario</li> <li>Fumadores con patologías orgánicas que con el cese del consumo mejoren o tengan una buena evolución y pronóstico de su enfermedad : EPOC, enfermedad cardiovascular, cáncer</li> <li>Fumadores con patología de base no producida por el tabaquismo pero que se agrava o mantiene el hábito : diabetes, asma bronquial, insuficiencia respiratoria crónica</li> <li>Pacientes con enfermedades psiquiátricas que estando controladas, deseen abandonar el tabaco</li> <li>Pacientes con otros trastornos adictivos</li> <li>Fumadores que precisen tratamiento farmacológico y/o psicoterapia</li> <li>Fumadores embarazadas y con lactantes que deseen dejar de fumar</li> </ul>	<p>Nº pacientes que han recibido Consejo Breve 29.359</p> <p>Nº de pacientes que acuden a seguimiento individual 299</p> <p>Nº de pacientes que acuden a Terapia de Grupo 178</p> <p>Nº de Unidades Especializadas en Tabaquismo(áreas sanitarias II,III,IV,VII 4</p>
	Especializada	<p>Actualmente hay cuatro Hospitales de la Red Pública incluidos en la Red Europea de Hospitales libres de Tabaco: Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital de San Agustín de Avilés, Hospital de Carmen y Severo Ochoa de Cangas del Narcea, Hospital Jario , Hospital Monte Naranco de Oviedo .  En abril de 2012 se crea la Red Asturiana de Hospitales libres de Tabaco</p>	
	Quitline		
	Atención on-line		
	Redes Sociales		
	Programas específicos		



	Otros	Tratamiento farmacológico en las Unidades Especializadas de Tabaquismo:		
		Tipo de Tratamiento	duración	Tipo financiación
		TSN parches	2 meses	50%
		Varenicline	3 meses	50%
		Bupropion	2 meses	50%

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012
CANTABRIA	Primaria	<p>Se realiza deshabituación tabáquica individual en todos los centros de salud (42) y deshabituación en grupo en 10 de los centros.</p> <p>Se desarrolla un programa formativo presencial en dos niveles para capacitar a médicos y enfermeros para la deshabituación.</p> <p>Se dispone de un Manual de Abordaje del Tabaquismo en Primaria con una propuesta de protocolo para unificar criterios, que se distribuye junto con un material de apoyo para los pacientes. Se ha actualizado el programa de registro OMI-AP adaptándolo al protocolo descrito en el Manual para facilitar las labores de registro y análisis de datos.</p> <p>Existe una Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDESTA), adscrita a Atención Primaria, que complementa las acciones desarrolladas en los centros de salud y en Atención Especializada. Los pacientes son derivados dentro del circuito asistencial por el médico de cualquiera de los dos niveles, de acuerdo a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dos intentos previos de deshabituación tabáquica en los últimos tres años.</li> <li>-Patologías psiquiátricas moderadas o severas.</li> <li>-Otras dependencias.</li> <li>-Patologías en las que es urgente dejar de fumar.</li> <li>-Embarazo o periodo de lactancia.</li> <li>-Personal sanitario.</li> </ul> <p>La UDESTA cuenta con los servicios de un médico y una psicóloga clínica.</p>	<p>6076 pacientes tratados en <b>Atención Primaria en 2011</b></p> <p><b>Datos UDESTA:</b></p> <p>Pacientes derivados –1585</p> <p>Inician tratamiento – 1218</p> <p>Abstinentes al año – 434 (35,6%)</p>
	Especializada	<p>Se ha desarrollado un Programa de abordaje de las personas fumadoras ingresadas en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con financiación del tratamiento farmacológico (TSN, bupropión y vareniclina).</p>	<p><b>Inician tratamiento</b> el 42,2% de los fumadores (35 pacientes).</p> <p><b>Abstinencia 6 meses:</b> 57,2%.</p>
	Quitline		

Atención on-line	<p>Se dispone de un buzón de correo electrónico a disposición de toda la población y de los profesionales para realizar consultas y petición de materiales (sinhumos@cantabria.es)</p> <p>Descargas de material de apoyo para dejar de fumar colgado en la página <a href="http://www.saludcantabria.es">www.saludcantabria.es</a></p> <p>Tanto el buzón como la página web se difunden en todo el material editado en materia de tabaquismo por la Dirección General de Salud Pública.</p>	<p><b>Consultas al buzón:</b> 230</p> <p><b>Descargas del material colgado en web:</b> 1650</p>
Redes Sociales		
Programas específicos	<p><b>Programa de radio.</b> "Espacios: dejar de fumar" en colaboración con Ser Torrelavega.</p> <p><b>Deshabitación a colectivos modélicos:</b> realización de dos grupos de tratamiento para dejar de fumar en funcionarios.</p> <p><b>Deshabitación en sindicatos:</b> realización de un grupo de tratamiento para dejar de fumar.</p>	<p><b>Modélicos inician tratamiento:</b> 33</p> <p>Abstinencia 6 meses: 92% (grupo 1)</p> <p>Abstinencia 3 meses: 90% (grupo 2)</p> <p><b>Inician tratamiento en sindicato:</b> 9</p> <p>Abstinencia al mes: 89%</p>
Otros (especificar)	Edición de 10 000 ejemplares de <b>material de autoayuda</b> "Guía para dejar de fumar". Este material se distribuye en los centros de salud, en las actividades formativas y en diferentes actividades de ocio dirigidas a la juventud.	

Todos los datos registrados corresponden a 2011 y 2012 excepto los de Atención Primaria que corresponden exclusivamente a 2011.

CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012
<b>LA RIOJA</b>	Primaria	<p>Programa de intervención en tabaquismo desde atención primaria de salud</p> <p>Papel fundamental como puerta de entrada al sistema sanitario público, es accesible y permite el seguimiento a largo plazo. Es uno de los servicios de primer nivel y desde éste se ofrecen intervenciones breves para dejar de fumar. Para ello, se ha impartido formación continua y se han distribuido materiales de referencia como son la "Guía de Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud" y la "Guía para el abordaje del tabaquismo en grupos de pacientes desde Atención Primaria".</p> <p>Por último, desde Atención Primaria, fundamentalmente, se ha realizado durante más de cinco años la prescripción totalmente gratuita de tratamientos farmacológicos de primera línea para la dependencia de la nicotina (bupropion, parches de nicotina y vareniclina) y se desarrolló para tal fin un protocolo de prescripción farmacológica que es preciso cumplir. Se debe incluir como requisito indispensable al paciente en el programa de ayuda al fumador. Asimismo el fumador debe cumplir los siguientes criterios: desear dejar de fumar y estar dispuesto a utilizar los fármacos; fumar como mínimo entre diez y quince cigarrillos diarios; ser mayor de dieciocho años y no presentar contraindicaciones.</p>	<p>2011: 3.903 pacientes intentaron dejar de fumar utilizando alguno de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar financiados.</p> <p>2012: En agosto de 2012 se suspendió la financiación de los tratamientos farmacológicos para la dependencia de la nicotina.</p> <p>Desde enero a junio de 2012, 1.338 pacientes intentaron dejar de fumar utilizando alguno de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar financiados.</p>

	<p>Especializada</p> <p><b>UNIDAD DE ATENCIÓN AL FUMADOR</b></p> <p>El segundo nivel del circuito asistencial es la Unidad de Atención al Fumador que está integrada en la Red de Salud Mental y Adicciones. Dicha Unidad realiza tratamiento psicológico del tabaquismo, caracterizado, entre otros elementos, por su gran intensidad en términos de frecuencia y duración. Es decir, es un tratamiento intensivo y prolongado en el tiempo. Además, desde la misma se prescriben de forma totalmente gratuita fármacos eficaces en el tratamiento del tabaquismo. Desde Atención Primaria, consultas externas y servicios hospitalarios se pueden derivar a esta Unidad a aquellos usuarios que presentan los siguientes criterios: patología de alto riesgo, patología psiquiátrica grave, embarazo y pacientes reincidentes. Asimismo, y en colaboración con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Riojano de Salud, esta Unidad ayuda a dejar de fumar a los profesionales sanitarios de La Rioja que lo deseen.</p> <p><b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS</b></p> <p>Este programa consiste en ayudar a abandonar el consumo de tabaco a aquellos pacientes ingresados en el Hospital San Pedro. Estar hospitalizado brinda una oportunidad para ayudar a las personas a dejar de fumar. Los pacientes pueden estar más dispuestos a recibir ayuda en este momento donde perciben más vulnerabilidad en cuanto a su salud y además, pueden encontrar que resulta más fácil dejar de fumar en un ambiente donde el consumo de tabaco está prohibido. Los profesionales sanitarios del hospital pueden derivar a este programa a aquellos pacientes que desean dejar de fumar y recibir ayuda para tal fin durante su ingreso.</p> <p>Este programa lo desarrollada la Unidad de Atención al Fumador, realizando intervenciones semanales hasta el alta del paciente. La psicóloga de dicha Unidad acude al Hospital San Pedro un día a la semana para tratar a las personas fumadoras ingresadas que desean abandonar el consumo de tabaco.</p>	<p>Unidad de Atención al Fumador (incluyendo el Programa en hospitalizados):</p> <p>2011: 189 pacientes atendidos (nuevos: 99 y de seguimiento: 90).</p> <p>2012: En agosto de 2012 la Unidad de Atención al Fumador deja de prestar sus servicios. Durante el primer semestre de 2012, se atendieron 69 pacientes (nuevos: 31 y de seguimiento: 38).</p>
<p>Quitline</p>	<p>4.6 OFICINA DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS</p> <p>4.7</p> <p>La <a href="#">Oficina de Información y Documentación</a> del Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones a través de su teléfono gratuito 900 714 110, ofrece asesoramiento y ayuda para dejar de fumar y en su caso derivación a las redes asistenciales.</p>	<p>2011-2012 (agosto):</p> <p>76 personas solicitan información u orientación para dejar de fumar.</p>

Atención on-line	<p><b>PROGRAMAS PARA DEJAR DE FUMAR A TRAVÉS DE INTERNET</b></p> <p>Otros recursos asistenciales de primer nivel dirigidos a la población fumadora son los programas para dejar de fumar a través de internet.</p> <p>Por una parte, el programa dirigido a población adulta (mayor de 18 años) denominado “La Rioja sin tabaco” y se puede acceder a él a través de la página Web: <a href="http://www.lariojasintabaco.org">www.lariojasintabaco.org</a>. Sólo hay que registrarse con un usuario y una contraseña y proporcionar un correo electrónico. Se trata de un programa intensivo de autoayuda que consta de ocho sesiones y que proporciona a los fumadores estrategias prácticas para lograr y consolidar la abstinencia del tabaco. Utiliza los principios de la terapia de apoyo especializada, pero sin la presencia de un terapeuta y ha sido elaborado a partir de los procedimientos que han demostrado ser más eficaces para dejar de fumar, adaptándolos para su aplicación a través de Internet.</p> <p>Por otra parte, el programa dirigido fundamentalmente a jóvenes y adolescentes llamado “Tabacoff” y se puede acceder a él a través de la página Web: <a href="http://www.tabacoff.org">www.tabacoff.org</a>. Sólo hay que registrarse con un usuario y una contraseña y proporcionar un correo electrónico para poder recibir toda la información a lo largo del proceso de dejar de fumar. Incluye seis secciones a través de las cuales tendrán que pasar pruebas, seguir pistas, indicaciones y reglas para conseguir vencer al cigarro y lograr dejar de fumar. Es como un videojuego. Al principio no se podrá entrar a todas las opciones del menú, ya que se tendrá que ir pasando de niveles para llegar al final. Además, el programa consta de otros apartados con información sobre el tabaco adaptada a jóvenes y adolescentes, la web en un click, un chat, un foro y una zona multimedia de entretenimiento.</p>	<p>2011: La Rioja sin Tabaco: 658 usuarios han visitado este sitio. Tabacoff: 1.196 visitas y 613 usuarios han visitado este sitio.</p> <p>2011 y 2012: La Rioja sin Tabaco: 313 usuarios registrados. Tabacoff: 1146 usuarios registrados.</p>
Redes Sociales		
Otros	<p><b>OFICINA DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS</b> La <a href="#">Oficina de Información y Documentación</a> del Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones ofrece, entre otras cosas, asesoramiento y ayuda para dejar de fumar y en su caso derivación a las redes asistenciales.</p> <p>2011-2012 (agosto): 386 solicitudes relacionadas con el tabaco.</p>	

CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012
MURCIA	Primaria	En los 81 Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia se oferta el <b>Servicio de "Atención al Consumidor de Tabaco"</b> incluido en la Cartera de Servicios, dirigido a la población de mayores de 14 años, que en septiembre era de 1.145.703 ciudadanos.	En <u>2011 y 2012</u> de las personas que fueron incluidos en el Servicio de Atención al consumidor de tabaco (60.843 pacientes se les ha preguntado si fuman), se les ha ofertado ayuda para dejar de fumar a 3.114.
	Especializada	<p><b>Denominación:</b> <i>Unidad Comunitaria de Tabaquismo.</i>  <b>Adscripción:</b> Dirección General de Salud Pública. Centro de Área II de Cartagena.  <b>Cartera de servicios:</b> Intervención terapéutica individual y/o grupal a fumadores.  <b>Criterios de derivación:</b> Fumadores desde los Equipos de Atención Primaria, desde los Servicios de Especializada Hospitalarios (varios intentos fallidos y patología asociada), desde la Administración Nacional, Regional y/o Local. (Trabajadores)  <b>Financiación:</b> No existe subvención para tratamiento.</p>	<p><u>Año 2011</u>  Total:162 fumadores  Procedencia:  -Primaria: 111.  -Especializada: 22  -Administración. 17  -Otros: 12</p>
		<p><b>Unidad de Tabaquismo del Ayuntamiento de Murcia</b>  Programa integral de intervención sobre el tabaquismo dirigido a personal del ayuntamiento y personas derivadas por centros de salud que deseen dejar de fumar, especialmente a aquellas con mayor riesgo asociado para su salud.  Tratamiento de deshabituación tabáquica en la unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reunión de acogida en grupo con los pacientes seleccionados, (8 a 12), de 45 minutos de duración, para explicar los procedimientos de intervención y motivar para el proceso de deshabituación.</b></li> <li>• <b>Primera visita como cita individualizada, de duración entre 45 minutos y 1 hora, dónde se realiza una historia tabáquica completa, y propuestas de abordaje terapéutico.</b></li> <li>• <b>Seguimiento hasta los 12 meses desde la abstinencia.</b></li> </ul> <p><b>Financiación del tratamiento:</b> Desde hace 2 años no se financia el tratamiento farmacológico.  Colaboración con la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria  <b>Durante estos años han pasado 14 residentes por año (40 en total), en su rotación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.</b></p>	<p><u>Durante el año 2011:</u>  2.930 consultas (230 primeras consultas, 12 recaídas y el resto revisiones. Apertura de 13 grupos de pacientes.).  <u>Durante el año 2012:</u>  admitidos a consulta 210 pacientes. Se han abierto 13 grupos de pacientes.</p>
Quitline	No existe		

Atención on-line	La Universidad de Murcia dispone de un <b>Programa de deshabituación tabáquica</b> dirigido a toda la comunidad universitaria (Personal de Administración y Servicios y Personal Docente e Investigador). Ofrece información y asesoramiento online y grupos de autoayuda supervisados por un terapeuta para dinamizar el grupo y proporcionar asesoramiento terapéutico.	Durante 2011 se han contabilizado 3177 entradas y utilización en la web. 83 personas participan en los grupos de autoayuda virtuales.
Redes Sociales	No existe	
Programas específicos	<p><b>“Programa de Ayuda para Dejar de Fumar”</b> del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Coordinador, de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios:</p> <p>Programa dirigido a los empleados públicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (excepto de Consejería de Educación y Servicio Murciano de Salud).</p> <p><b>Tratamiento combinado multicomponente:</b></p> <p>Psicoterapia grupal con abordaje de las múltiples facetas de la adicción tabáquica, con tratamiento farmacológico opcional y actuaciones individualizadas. Seguimiento durante un año.</p> <p><b>Financiación de la medicación</b> por parte de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios en un 50%.</p>	Durante los años <u>2011</u> y <u>2012</u> han participado en este Programa un total de 107 usuarios.
Otros		



CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012
ARAGÓN	Primaria	<p>En el sistema sanitario de Aragón está implantada la historia clínica electrónica en Atención Primaria alcanzando a todos los centros de salud de nuestra Comunidad Autónoma.</p> <p>-Esta historia clínica electrónica se recoge y gestiona mediante la aplicación OMI-AP, donde los procesos de salud son codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades de Atención Primaria (CIAP-1).</p> <p>- En la cartera de servicios de Atención Primaria existe un <i>protocolo de intervención</i> que conlleva a un registro sistemático de la condición del fumador en la Historia Clínica electrónica de cada paciente. A través de este protocolo de intervención se recoge y registra un indicador llamado <b>“Atención al paciente dependiente del tabaco”</b> cuya definición es:</p> <p><i>“Porcentaje de fumadores identificados que han recibido intervención breve o intensiva en los dos últimos años”</i></p> <p><b>Fórmula:</b>  <math>(a / b) * 100</math>  a: Nº de pacientes con episodio de tabaquismo (P17) y el DGP “TIPO DE INTERVENCIÓN TABACO” realizado al menos una vez en los dos últimos años.  b: Nº total de personas mayores de 14 años con episodio de tabaquismo activo. La Fuente para recoger este indicador es el OMI-AP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La recogida de este indicador está implantado en 125 EAP (Equipo de Atención primaria) que están ubicados físicamente en 119 Centros de salud (existen centros de salud con más de un EAP)</li> <li>- Tiene acceso a este servicio los pacientes Aragoneses que asisten al médico de atención primaria que tengan asignado dentro de la Comunidad Autónoma.</li> </ul>	<p>Nº de fumadores identificados que han recibido intervención breve o intensiva en los dos últimos años:  Se disponen datos de <i>todo 2011 y hasta el 30/09/2012:</i></p> <p>-TOTAL (año 2011) : <b>67.109</b></p> <p>-TOTAL (hasta 30/09/2012):  <b>58.334</b></p> <p style="text-align: right;"><b>TOTAL: 125.443</b></p>

	Especializada	<p>En Atención Especializada se incluyen las consultas monográficas dedicadas a la deshabituación tabáquica que existan a nivel hospitalario, centro de especialidades y Unidades especializadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la Comunidad Autónoma de Aragón no existe implantado un protocolo de derivación de Atención primaria a especializada</li> <li>- La intervención breve no está registrada ya que sólo se realiza la intervención intensiva individual.</li> </ul> <p>Con respecto al número de <u>Hospitales</u> en la Comunidad Autónoma de Aragón que realizan intervención de deshabituación tabáquica son 5:  Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza,  Hospital Clínico Universitario de Zaragoza  Hospital de Alcañiz  Hospital General de la Defensa  Hospital San Jorge ( Huesca)</p> <p>-Con respecto a los <u>Centros de Atención Especializada</u>: en la Comunidad Autónoma de Aragón que realizan intervención de deshabituación tabáquica son 4:   CEM Inocencio Jiménez  CEM: Ramón y Cajal y CEM San José  CEM Consultorio concertado Jaca</p> <p><u>-Unidades especializadas de deshabituación tabáquica en ARAGÓN</u></p> <p>Existen <u>dos Unidades especializadas de deshabituación tabáquica</u> financiadas por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón que son:  APTA (Asociación de Prevención al Tabaquismo de Aragón) y Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.</p> <p>El Programa de Actuación en la Prevención y Deshabituación Tabáquica realizado por <i>APTA</i> se desarrolla en 4 centros de nuestra Comunidad:</p> <p><u>Huesca</u>; en el <i>Centro de Salud Pirineos</i>.</p> <p><u>Teruel</u>; en el <i>Centro de Salud Ensanche</i>.</p> <p><u>Zaragoza</u>; en el <i>Centro de Salud Muñoz Fernández</i> y en el <i>Hospital Lozano Blesa</i>.</p> <p><u>Calatayud</u>; en el <i>Hospital Ernest Lluch</i>.</p> <p>La Unidad de Tabaquismo de la Universidad de Zaragoza al ser una Unidad Especializada desarrolla acciones de investigación y docencia relacionadas con la prevención, el control y la deshabituación del consumo de tabaco y está ubicada en la Universidad de Zaragoza.</p>	<p>-----  (no se disponen de datos de tratamientos en hospitales/centros especializada)</p> <p>Utilización durante 2011-2012</p> <p>(APTA y Unidad de Tabaquismo de Facultad de Medicina de Zaragoza)</p> <p>- Nº de intervenciones de terapia individual durante 2011 y 2012:  <b>1.870</b></p> <p><b>TOTAL 1.870</b></p>
--	---------------	--	--

Quitline	<p>En Aragón no existe una red pública de <i>servicios telefónicos</i> de deshabituación tabáquica oficiales. La Asociación de Prevención al Tabaquismo de Aragón (APTA) realiza atención telefónica llevada a cabo por parte de personal voluntario y se prioriza a personas que no se pueden desplazar directamente a alguna de las consultas que hay repartidas en Aragón debido a la gran dispersión geográfica existente en nuestra Comunidad Autónoma.</p>	TOTAL : <b>706</b>
Atención on-line	<p>La Asociación de Prevención al Tabaquismo de Aragón (APTA) realiza también atención on-line teniendo las mismas características que la atención telefónica (Quitline)</p>	TOTAL: <b>239</b>
Redes sociales	<p>Aunque no se realiza “deshabituación tabáquica” la <i>Sección de Drogodependencias</i> de la <i>DG de Salud Pública</i> dispone de un apartado dedicado al Tabaco en la página de <i>Salud pública del Gobierno de Aragón</i>. Además, hemos apostado por tener presencia en las redes sociales (facebook, Tuenti ) y blog “Aragón sin humo” ya que somos conscientes del enorme uso y repercusión de las mismas en la población en general y sobre todo en los adolescentes/jóvenes hacia los cuales se dirigen especialmente las campañas de <i>prevención</i> al inicio del <i>hábito tabáquico</i>.</p> <p><i>Enlaces de interés:</i></p> <p>-Página de <i>Salud pública del Gobierno de Aragón:</i>  <a href="http://bit.ly/VY3Jf1">http://bit.ly/VY3Jf1</a></p> <p>-Blog “Aragón sin humo” con contenidos de artículos, jornadas, vídeos y demás eventos relacionados el tabaquismo haciendo especial hincapié en la prevención y en los efectos negativos del tabaco:  <a href="http://aragonsinhumo.blogspot.com.es">http://aragonsinhumo.blogspot.com.es</a></p> <p>-Facebook: <i>Página: Aragón sin humo</i>  <a href="http://www.facebook.com/AragonSinHumo">http://www.facebook.com/AragonSinHumo</a></p> <p><i>Tuenti</i> (página “Aragón sin humo”)  <a href="http://www.tuenti.com/">http://www.tuenti.com/</a></p> <p>Asimismo APTA (Asociación de Prevención al Tabaquismo de Aragón) también ha apostado fuertemente por tener presencia en las “redes sociales” a través de página web, perfil de facebook y en twitter a través de las cuales lanzan información de jornadas, campañas, artículos...</p> <p>Enlaces de interés:web <a href="http://www.apta-aragon.org">www.apta-aragon.org</a></p>	<p>Utilización durante 2011-2012</p> <p>-----</p> <p>Utilización durante 2011-2012</p> <p>_____</p>

Programas específicos	<p>El actual <i>Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas</i> recoge como recursos específicos en prevención a los Centros de Prevención Comunitaria y en asistencia las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASAs).</p> <p>-Los Centros de Prevención Comunitaria (CPC) son recursos pertenecientes a las corporaciones locales que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables ,entre ellos, realizan servicio de <i>deshabitación tabáquica</i>. Existen 2 Centros de Prevención Comunitaria que han realizado “deshabitación tabáquica” a lo largo de 2011 y 2012 en Aragón.</p> <p>-Las UASAS son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos por consumo de sustancias. Atienden a pacientes que cumplan criterios de abuso o dependencia de sustancias y que sean mayores de edad. Dentro las actuaciones que realizan una de ellas es la <i>deshabitación tabáquica</i>. Existen 2 UASAS que han realizado “deshabitación tabáquica” a lo largo de 2011 y 2012.</p>	<p>Utilización durante 2011-2012</p> <p>Total en CPCs (2011 y 2012): <b>454</b></p> <p>Total en UASAS (2011 y 2012): <b>181</b></p>
Otros	<p><u>Asociaciones</u> financiadas por la <i>DG Salud Pública</i> como CCOO (Comisiones Obreras) y UGT (Unión General de trabajadores) han realizado en total <b>69 tratamientos de deshabitación tabáquica</b> a lo largo del año 2011 y 2012.</p>	

CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012 <sup>2</sup>
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	Primaria		
	Especializada		
	Quitline		
	Atención on-line		
	Redes Sociales		
	Programas específicos	Programa de financiación de tratamientos farmacológicos de deshabituación tabáquica para personal de centros sanitarios, educativos y pacientes de alto riesgo.	435
	Otros (especificar)	Centro de orientación de alcohol y tabaco (COAT), financiado por la JCCM y gestionado por la Asociación Civil Jesús Abandonado. Realizan consultas e intervenciones de deshabituación tabáquica.	178 (2011)

CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012 <sup>2</sup>
<b>CANARIAS</b>	Primaria	Asistencia individual por parte de los profesionales sanitarios en las Zona Básicas de Salud. Terapia en grupo del tabaquismo de manera estable en 10 Zonas Básicas de Salud	1.661 consultas
	Especializada	Consultas monográfica de tabaquismo en 4 hospitales de tercer nivel	334 pacientes en primera visita. 732 visitas sucesivas
	Quitline		
	Atención on-line		
	Redes Sociales		
	Programas específicos		
	Otros (especificar)		

CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011 <sup>2</sup>
NAVARRA	Primaria	Servicios prestados en los centros de AP de Navarra	Registros nuevos fumadores 7.708 Fumadores que han acudido a los centros de salud 21.384 Fumadores que han recibido cualquier tipo de apoyo (CS/API/APG) 11.251 Ex-fumadores registrados 11.862 Ex-fumadores que han recibido CS, API o PAG 5.568
	Especializada		
	Quitline		
	Atención on-line		
	Redes Sociales		
	Programas específicos	NASTIS: programa específico de prevención y ayuda a dejar de para población gitana	Año:2012 8 grupos (72 chicos y chicas) infancia, adolescencia en espacios de ocio y apoyo escolar
	Otros		

CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012 <sup>2</sup>
EXTREMADURA	Primaria	<p>Los Servicios de Atención Primaria (fundamentalmente Medicina y Enfermería), ofrecen Atención y ayuda a todos los pacientes que quieran dejar de fumar. Intervienen con los pacientes fumadores a través del consejo breve, entrevista motivacional, seguimiento, tratamiento farmacológico, etc.</p> <p>La derivación a servicios especializados se realiza en los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fumadores con fracasos anteriores, siempre que hayan sido <b>correctamente tratados</b> por un profesional sanitario.</li> <li>2. Fumadores con cardiopatía isquémica <b>inestable</b> de menos de 8 semanas de evolución, arritmias, hipertensión arterial u otras enfermedades crónicas (broncopatía, cardiopatía, hepatopatía, nefropatía, etc.), <b>no controladas o en estado avanzado</b>.</li> <li>3. Fumadoras gestantes o lactantes.</li> <li>4. Fumadores con enfermedades psiquiátricas <b>graves</b>.</li> </ol> <p>Fumadores no encuadrados en los casos anteriores pero en los que, a criterio del profesional sanitario, se den circunstancias que hagan necesario un tratamiento más intensivo, del habitual del primer nivel de atención.</p>	365 casos
	Especializada	<p>Centros de Atención a Drogodependencias, son equipos del Servicio Extremeño de Salud, de apoyo a la Atención Primaria, y que tratan de manera multidisciplinar las conductas adictivas en Extremadura. Atienden de forma directa o a través de derivación por parte de Atención Primaria a todos los pacientes con problemas de tabaquismo.</p> <p>En la actualidad existen 18 centros en toda la Comunidad de Extremadura.</p> <p>La atención es totalmente gratuita pero No está financiado el tratamiento farmacológico del Tabaquismo.</p>	708 casos
	Quitline		
	Atención on-line		
	Redes Sociales		
	Otros		



CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012 <sup>2</sup>
ISLAS BALEARES	Primaria	<p>Todos los centros de salud de las Islas Baleares atienden a los pacientes fumadores en los diferentes niveles del tratamiento: intervenciones mínimas, breves y avanzadas o intensivas, individual y grupal. Los criterios de derivación a cualquiera de los tratamientos depende del diagnóstico del paciente fumador y en función del modelo transteórico de la fase o proceso del cambio de Prochaska i DiClemente.</p> <p>No existe financiación de tratamiento farmacológico.</p>	
	Especializada	<p><b>Unidad del Hospital Son Espases:</b> dependiente del servicio de ORL, en funcionamiento desde el año 2000. Está compuesta por 3 médicos y una psicóloga de dicho servicio. Es una consulta abierta a todos los especialistas del Hospital Son Espases, a través de partes de interconsulta. También pueden ser derivados desde atención primaria. La gran mayoría de pacientes provienen de interconsulta de especialistas del Hospital Son Espases.</p> <p>Actualmente dicha consulta se realiza en actividad laboral, todos los miércoles por la mañana en consultas externas de ORL.</p> <p>En la consulta de tabaquismo se tipifica al fumador, según los test de dependencia de Fagerstrom, Russell, test tipo fumador, Glover-Nilson y de motivación de Richmond. En función de éstos y de la coximetría se ofrece tratamiento individualizado para cada fumador.</p>	

	Especializada	<p><b>CONSULTA DE TABAQUISMO- HOSPITAL SON LLATZER.</b>  <b>Fecha de inicio:</b> 01/07/2010  Equipo compuesto por Neumóloga, Psicóloga y personal de enfermería. La consulta de tabaquismo asume tanto pacientes generados por el propio servicio de Neumología, como pacientes derivados de otros servicios (área médica y área quirúrgica) del hospital, los cuales en el contexto de su patología de base, precisan un tratamiento concreto y obligan a tener un abordaje especial.</p> <p>El criterio de derivación de un paciente viene determinado por el propio facultativo remitente, debiendo estar el paciente en fase de preparación o acción, es decir, motivado para realizar un intento serio de abandono. Se dispone de un protocolo de derivación existe habilitado el acceso vía correo electrónico, o vía telefónica,  La consulta de Tabaquismo se halla ubicada en el Servicio de Neumología. Horario de atención de 2 horas semanales.</p> <p><b>Unidad Especializada de Tabaquismo en Hospital Can Misses</b>  Equipo compuesto por: 1 NEUMOLOGO EXPERTO EN TABAQUISMO, 1 ENFERMERA EXPERTA EN TABAQUISMO, 1 NEUROPSICOLOGA A TIEMPO PARCIAL</p> <p>TIPO TRATAMIENTOS: Drogas de primera línea ( TSN, Bupropion y Vareniclina) y terapia psicológica individual</p> <p>CRITERIOS DE DERIVACIÓN:  Desde AP: Fumadores recalcitrantes con varios fracasos, Fumadores con enfermedades crónicas, Fumadores con cardiopatía isquémica o cardiovascular, fumadores con neoplasias, fumadoras gestantes o lactantes, fumadores psiquiátricos  Desde AE: Fumadores derivados de cualquier servicio de Especializada</p> <p>Se dispone de consulta 1 DIA POR SEMANA 4 HORAS (16 A 20 H). Acceso telefónico.  El tratamiento farmacológico hospitalario no está financiado.</p>	
	Quitline	No existencia	

	Atención on-line	No existe como tratamiento. Existe un teléfono (CRIDA) en donde se da información y derivación sobre tratamientos en los centros de salud	
	Redes Sociales	No existencia	
	Programas específicos	La Asociación Española contra el cáncer organiza temporalmente grupos de deshabituación tabáquica	
	Otros (especificar)		

CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012 <sup>2</sup>
MADRID	Primaria	<p>Desde los centros de Atención primaria se derivan pacientes a la Unidad Especializada en Tabaquismo, adscrita a la Dirección General de Atención Primaria, de acuerdo a los siguientes criterios de derivación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personas fumadoras en fase de preparación que tras haber realizado varios intentos serios de abandono del consumo de tabaco correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar.</li> <li>2. Personas fumadoras con enfermedades psiquiátricas que estando controladas deseen abandonar el tabaco</li> <li>3. Personas fumadoras con enfermedades graves cuyo tratamiento requiera un seguimiento intenso y la realización de exploraciones específicas. Entre ellas se pueden destacar: cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución, EPOC con complicaciones, hipertensión arterial descompensada, arritmias cardíacas graves no controladas, enfermedad vascular no controlada, insuficiencia renal crónica descompensada, etc.</li> <li>4. Personas fumadoras con otros trastornos adictivos</li> <li>5. Fumadoras embarazadas que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda específica.</li> </ol>	<p>En <b>2011</b> ha desarrollado un total de 6.694 consultas médicas, prestando asistencia a 1120 fumadores</p> <p>En <b>2012</b> (hasta el 30 de noviembre) ha realizado un total de 6.167 consultas médicas proporcionando asistencia sanitaria a 995 fumadores. El 55,7% de los pacientes atendidos padecían enfermedades producidas o agravadas por el consumo del tabaco. El 41,2% padecían una intensa dependencia física o psíquica y había recaído en numerosos intentos previos de abandono.</p>
	Especializada		
	Quitline		
	Atención on-line		
	Redes Sociales		

	<p>Programas específicos</p>	<p>Durante 2012 se ha implantado la Red de Centros de Salud sin Humo en la Comunidad de Madrid, incluyendo en un programa de deshabituación con financiación del tratamiento del tabaquismo a aquellos fumadores que cumplieran los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes con patología producida por el tabaquismo, cuya historia natural es susceptible de revertir o detenerse, como la EPOC, la enfermedad cardiovascular de diferente índole o el cáncer con perspectivas de remisión</li> <li>2. Pacientes que presentan co-morbilidad psiquiátrica que les dificulta el abandono del consumo del tabaco</li> <li>3. Pacientes con patología no producida por fumar pero que es agravada por el consumo de tabaco, como sucede con el asma bronquial, diabetes, bronquiectasias, insuficiencia respiratoria crónica de cualquier etiología, síndrome de apnea durante el sueño, etc</li> <li>4. Fumadoras embarazadas</li> </ol> <p>Tras la entrada en vigor de la Ley 4/2012, de 4 de julio, de modificación de la Ley de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2012 y de medidas urgentes de racionalización del gasto público e impulso y agilización de la actividad económica, se suspendió esta financiación persistiendo el resto de actividades de la Red de Centros de Salud sin Humo.</p>	
	<p>Otros (especificar)</p>		

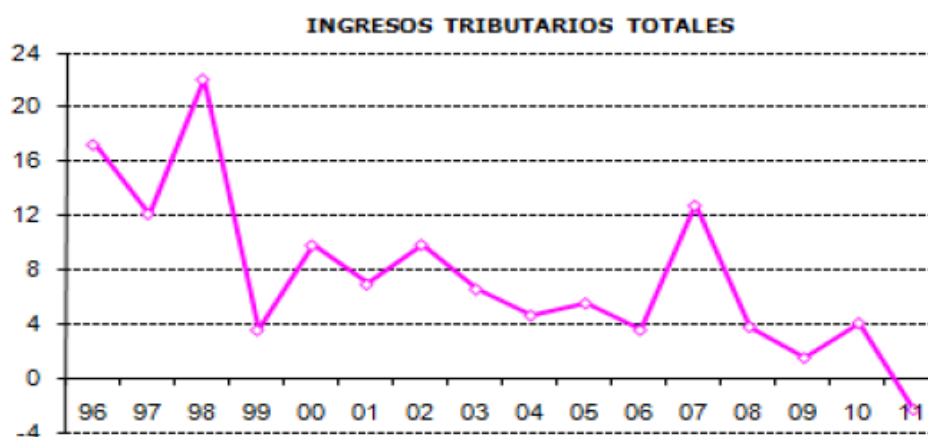
CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011
CASTILLA Y LEÓN	Primaria	Servicio de deshabituación tabáquica (247 EAP)	58.210
	Especializada	Unidades o Consultas de Tabaquismo de los hospitales de Burgos, Palencia, Salamanca y Zamora	2.435
	Quitline	Programa de Ayuda a Distancia para Dejar de Fumar del Teléfono 901 30 50 30 de Atención al Fumador (Coste aprox. 2011: 900 €:= Cuota 22,70€/mes + Tráfico medio 52,23€/mes)	216
	Atención on-line		
	Redes Sociales		
	Programas específicos	Programa multicomponente de la AECC (financiado por la Junta de Castilla y León)	1.570
	Otros (especificar)	Programa de tabaquismo en embarazadas de alto riesgo ingresadas en el Hospital Universitario de Salamanca (en colaboración con la unidad funcional de Tabaquismo) 204 mujeres informadas, de las que 108 han participado en programa deshabituación	

CCAA	Atención	Descripción servicio	Utilización durante 2011-2012 <sup>2</sup>
MELILLA	Primaria	0	0
	Especializada	0	0
	Quitline	0	0
	Atención on-line	0	0
	Redes Sociales	0	0
	Prog. Específ.	0	0
	Otros	0	

Datos a fecha de 27 de febrero de 2013

## ANEXO II. RESUMEN DE DATOS SOBRE IMPUESTOS Y CONTROL DE MERCADO DE TABACO

**Grafico II.1. Ingresos totales Impuesto Especial de las Labores del Tabaco.**



Fuente: Informe Anual de Recaudación Tributaria 2011 (Agencia Tributaria)

El **Informe sobre ventas acumuladas a fecha de 31 de diciembre de 2012**, realizado por el Comisionado para el Mercado de Tabacos, en el que se analiza de manera exhaustiva las ventas de las diferentes labores del tabaco durante 2012, aporta los siguientes aspectos destacados:

### **Ventas de productos del tabaco**

- **Cajetillas de Cigarrillos**

El informe destaca que la reducción importante de ventas por lo que persiste una tendencia negativa (-24,89% sobre el mismo mes del año anterior). En lo que respecta a todo el año 2012, se alcanzó la cifra de 2.671 millones de cajetillas, lo que supone un -11,40% menos que en 2011.

El precio medio ha subido 28 céntimos por cajetilla (de 3,76 a 4,04€) lo cual se ve asociado a la modificación de la normativa fiscal de marzo de 2012, a factores coyunturales como son la guerra de precios de 2011 y a las estrategias comerciales de las compañías (concentración en el segmento inferior y bajo del 62% del consumo). Se ha reducido 10 céntimos la diferencia entre el precio más alto y el más bajo.

Por comunidades y provincias cabe decir que se han producido descensos de manera unánime en todas ellas. La media de ventas se sitúa en datos provinciales en 59,49 cajetillas por habitante. El gasto medio alcanza los 240,35 euros por habitante. También se ha reducido de manera



significativa las ventas en zonas fronterizas de Francia gracias a la reducción del diferencial de precios con este país. A pesar de ello, la provincia de Gerona se desmarca del resto con unas ventas de 150,33 cajetillas por habitante y un gasto de 608,77 euros por habitante. Se experimentan circunstancias similares aunque no tan acusadas en otras provincias turísticas o fronterizas.

Por último, cabe decir que se está produciendo un crecimiento de ventas de los productos con precios más baratos. Así, los segmentos inferior y bajo alcanzan el 61,52% del mercado. Sin embargo, comienza la reducción en ventas de los productos por debajo del precio que devenga el Impuesto mínimo. Esto es consecuencia de la subida de precios de las segundas marcas de las 4 empresas con mayor cuota de mercado.

- **Picadura de liar, picadura de pipa y cigarros**

Durante el mes de diciembre se mantiene la tendencia alcista en ventas de estas labores tanto en unidades/kilos (30,73% y 4,18%, respectivamente) como en euros (42,56% y 1,88%), alcanzando conjuntamente una cuota en torno al 10% en volumen de ventas sobre el conjunto de las labores de tabaco. En términos anuales se observa un crecimiento del 29,01% en la picadura de liar y del 18,25% en cigarros y cigarrillos. Por su parte, la picadura de pipa disminuyó un -36,98%.

El consumo de picadura de pipa se estabiliza en niveles normales tras la regulación fiscal de las picaduras.

### **Recaudación**

Se ha producido una disminución de los ingresos por impuestos especiales de -19,10% en el mes de diciembre. En términos anuales la recaudación fue en 2012 de 7.475 millones de euros, lo que supone una disminución de -3,94%.

La cifra de recaudación estimada sobre las compras de los estancieros a los distribuidores es de 7476 millones de euros.

La recaudación del IVA bajó en el mes de diciembre un 7,12% respecto al año anterior. En términos anuales, se recaudaron 1.909 millones de euros, lo que supone una subida del 1,52% respecto a 2011.

### **Fabricación y comercialización**

La fabricación de labores de tabaco también experimenta la tendencia a la baja de las ventas. Así, Imperial-Altadis fabricó en 2012 un total de 24.972 millones de cigarrillos frente a los 26.748 de 2011 lo que representa una bajada de -6,6%.

Siguen predominando las 4 grandes compañías aunque todas han vendido y facturado menos. Se produce un desplazamiento de cuota a productos de bajo coste y a productos de JTI siendo la única que mejora en este aspecto.

También se produce una pérdida de cuota de mercado de marcas como Marlboro y Winston.

Logista tiene un predominio absoluto del mercado (99,03%) y vendió 2.645 millones de cajetillas durante el 2012, lo que supone un 11,21% menos que el año anterior.

### **Actividad de control**

- **Actividad Inspectoría**

En todo el año 2012 se presentaron 6.281 denuncias siendo la gran mayoría de ellas realizadas por parte de la Guardia Civil (84,24%). En el primer canal (expendedurías) se iniciaron 319 expedientes frente a los 326 de 2011.

En el segundo canal (máquinas expendedoras) se han iniciado 4952 expedientes sancionadores en 2012. Los cuatro motivos principales fueron:

1º) Venta sin autorización (2117)

2º) Falta de llave (1185)

3º) Falta de facturas o vendís (1191)

4º) Falta de mando a distancia (207).

### **Aprehensiones**

Se produce un aumento del 5% hasta los 9 millones de cajetillas de cigarrillos aprehendidas.

Importante aumento de aprehensiones de picadura (5 veces más) llegando al medio millón de envases. No obstante, según destaca el informe se aprecia una ralentización en estos aumentos, sobre todo en los últimos meses del año.