

ORIGINAL

RESULTADOS DEL PRIMER PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DEL TABAQUISMO EN LOS TRABAJADORES DEL AYUNTAMIENTO DE SALAMANCA, ESPAÑA

Miguel Barrueco Ferrero (1,2) Miguel Ángel Hernández-Mezquita (1,3), Antonio Calvo Sánchez (4), María José García Cirac (4), Montserrat Rodríguez Calderón (4), Miguel Torrecilla García (1,3), Mar González Bustos (1) y Carlos Jiménez Ruiz (5).

- (1) Asociación para la Prevención y Control del Tabaquismo en Castilla-León.
- (2) Hospital Universitario de Salamanca.
- (3) Centro de Salud San Juan, Salamanca.
- (4) Concejalía de Salud Pública del Ayuntamiento de Salamanca.
- (5) Unidad de Tabaquismo, Hospital de la Princesa, Madrid.

RESUMEN

Fundamento: El tabaquismo es el principal factor de riesgo en salud pública y una de las causas que ocasionan una mayor carga económica para la sociedad. El presente trabajo tiene por objeto conocer los resultados de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral.

Métodos: Se diseñó un programa con dos fases. La primera consistió en la realización de una encuesta para conocer la prevalencia y actitudes respecto al tabaco de los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca. La segunda en un programa de tratamiento especializado destinado a todos los trabajadores que desearan dejar de fumar.

Resultados: Respondieron a la encuesta 384 trabajadores, de los cuales 135 (35,1%) eran fumadores. El 80,5% de estos (n = 113) deseaban dejar el tabaco y recibir ayuda médica para lograrlo. Iniciaron el programa de tratamiento 73 trabajadores. Al año de tratamiento se observó una tasa de abandono del tabaco del 41% de los trabajadores que lo iniciaron. El nivel de satisfacción de los trabajadores con el programa fue de una media de 2,9 sobre 3.

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo entre los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca es similar a la descrita en la Encuesta Nacional de Salud de 1997. El programa de tratamiento del tabaquismo logró un porcentaje de abstinencia al año de más del 40%. Los programas de tratamiento del tabaquismo en el medio laboral son útiles para reducir la prevalencia del tabaquismo y bien valorados por los trabajadores. Reducir la prevalencia del tabaquismo es el primer paso para la consecución de instituciones libres de humo.

Palabras clave: Tabaco. Programación. Salud laboral.

Correspondencia:
Miguel Barrueco Ferrero
Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca.
Paseo de San Vicente 58-182.
37007 Salamanca.
Correo electrónico: mibafe@gugu.usal.es

ABSTRACT

Results of First Programme to Reduce the Prevalence of Smoking in the Staff of Salamanca Council, Spain

Background: Smoking is the most important risk factor for public health and one of the factors with the greatest economic repercussions for society. The aim of the present work is to publish the results of a programme to reduce smoking in the working environment.

Methods: A programme was designed in two stages. The first consisted of carrying out a survey to establish the prevalence of smoking and the attitudes towards smoking of staff working for Salamanca district Council. The second stage consisted of a specialized treatment programme for all the workers who wanted to try to give up smoking.

Results: A total of 384 workers answered the questionnaire. Of these, 135 (35.1%) were smokers of whom 80.5% (n = 113) wanted to give up smoking and to receive medical help to do so. A total of 73 workers started the programme. After one year of treatment, 41% of the workers who had started the programme had dropped out. An average of 2.9 of every 3 workers found the programme satisfactory.

Conclusions: The prevalence of smoking in Salamanca District Council is similar to that described in the National Health Survey, 1997. Programmes to treat smoking in the working environment are useful to reduce the prevalence of smoking and are welcomed by the workers. Reducing the prevalence of smoking is the first step towards achieving smoke-free institutions.

Key words: Tobacco. Program Development. Occupational Health.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es el principal factor de riesgo en salud pública y una de las causas que ocasionan una mayor carga económica para la sociedad, entre otras razones por la pérdida de días laborables por incapacidad laboral transitoria debidas a dolencias derivadas del consumo de tabaco¹. Su control debe ser, por tanto, una de las prioridades de todas las empresas y especialmente de empresas e instituciones públicas. En el caso de estas últimas se añade además el carácter ejemplar que una institución libre de humo irradia a otras empresas e instituciones próximas.

En los países desarrollados se está tomando conciencia de la magnitud del problema que supone el consumo de tabaco y, por ello, en los últimos años la legislación ha ido avanzando hacia posiciones más restrictivas, con el doble objetivo de proteger la salud de las personas no fumadoras, expuestas al humo en zonas de convivencia con los fumadores, como sucede en el medio laboral², así como de los propios fumadores. Es previsible que en los próximos años, siguiendo la pauta marcada por Estados Unidos³, se implanten nuevas medidas destinadas a limitar más aún los espacios públicos en los que se puede fumar y, sobre todo, a hacer que se cumplan las normas en vigor, pues la observancia de la legislación existente en España⁴ es aún una asignatura pendiente².

En la *Primera Conferencia Europea Sobre Política del Tabaco* se aprobó una carta reconociendo el derecho moral de la población a ser protegida de la contaminación por el humo del tabaco y se propusieron 10 medidas para lograrlo, entre las que destacaba la propuesta de establecer por ley el derecho a espacios comunes libres de humo⁵. Sin embargo, en nuestro medio, debido a la alta prevalencia del tabaquismo, la puesta en marcha de estas medidas origina conflictos y por ello los programas de tratamiento del tabaquismo en el medio laboral, desarrolla-

dos simultáneamente a la implantación de medidas restrictivas, pueden facilitar la implantación de éstas y evitar conflictos entre fumadores y no fumadores e incluso entre fumadores y la propia institución o empresa.

Existen diversos estudios que demuestran la rentabilidad de los programas laborales de tratamiento del tabaquismo⁶. Por lo general, estos programas deben ser realizados por personal especializado experto en el abordaje multidisciplinar del tabaquismo⁷, pudiendo realizarse en la propia empresa y dentro de la propia jornada laboral o en una localización ajena a la misma. Sin embargo, los contenidos de los mismos no difieren de los que podemos realizar en la propia consulta, excepto por lo que se refiere a las características propias del entorno laboral.

Para que estos programas tengan éxito, deben estar enmarcados en un plan global de higiene y seguridad en el trabajo y ser impulsados o al menos contar con el apoyo del comité de empresa del centro. Además, deben ser prolongados en el tiempo y contar con normas restrictivas sobre el uso de tabaco en los lugares donde tengan lugar. El *National Cancer Institute* de Estados Unidos señala que ningún programa debería iniciarse si no incluye todos estos aspectos⁸.

Otras circunstancias que deben valorarse a la hora de iniciar un programa de este tipo son las condiciones existentes en cada empresa o institución, la implicación de todos los estamentos y la planificación realista de objetivos parciales⁹.

En resumen, los programas de tratamiento del tabaquismo en el medio laboral (empresas o instituciones públicas) son eficaces y beneficiosos tanto para la propia empresa o institución como para el trabajador. El programa de tratamiento del tabaquismo puesto en marcha por el Ayuntamiento de Salamanca tiene como objetivo final reducir la prevalencia del tabaquismo entre sus trabajadores para que en un futuro próximo pueda lograrse que sea una institución libre de

humo como corresponde a un Ayuntamiento que pertenece a la Red Europea de Ciudades Saludables. El objetivo del presente trabajo es conocer la situación actual respecto al consumo en el Ayuntamiento de Salamanca y los resultados del programa de tratamiento especializado del tabaquismo desarrollado en este medio.

SUJETOS Y MÉTODOS

El programa se diseñó para ser realizado en dos fases. La primera consistió en la realización de una encuesta mediante un formulario autoadministrable entre los 1.160 trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca, en la que además de recoger los principales datos personales se interrogaba a los trabajadores acerca de su hábito tabáquico (fumar o no, número de cigarrillos, deseos de abandono del hábito, demanda de ayuda para dejar de fumar...). Los principales ítems de la misma se recogen en el anexo 1.

En la segunda fase se ofertó a los trabajadores que deseasen dejar de fumar un programa de tratamiento especializado del tabaquismo. Para la oferta y presentación del programa a los trabajadores se contó con el Comité de Empresa y con la Concejalía de Salud Pública del Ayuntamiento de Salamanca. El programa consistió en un diagnóstico preciso de las características de cada fumador (nivel de consumo, nivel de dependencia mediante el test de Fagerstrom¹⁰, nivel de motivación para dejar de fumar,...)¹¹ seguido de tratamiento mediante apoyo psicológico individualizado de corte conductual con entrega de material escrito, tratamiento farmacológico con terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en los casos en que estuviese indicado según las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹² y seguimiento a los 15, 30 y 90 días, así como a demanda si el trabajador lo estimaba oportuno. Al año se realizó un nuevo control para verificar la abstinencia y por tanto el éxito del programa.

En el anexo 2 se exponen las actividades que se desarrollaron en cada una de las visitas. Las consultas se realizaron en dependencias municipales, adaptando el horario de las mismas a la jornada laboral de las distintas categorías profesionales, con el apoyo administrativo de la Concejalía de Salud Pública, que realizaba las citaciones.

Como indicador de éxito en cada una de las revisiones se consideró la abstinencia puntual, confirmada mediante cooximetría, tomando como punto de corte 10 ppm de CO en aire espirado¹³. Al final del periodo de tratamiento (3 meses) se evaluó además la satisfacción de los trabajadores con el programa, mediante una escala de 0 a 3. Para valorar los resultados del programa al año de tratamiento, se contactó telefónicamente con los funcionarios abstinentes a los 90 días y se les citó para realizar una cooximetría. Los datos fueron recogidos en una hoja de cálculo Excel, codificados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 6.0 para Windows, utilizándose la prueba de Chi Cuadrado para comparar los resultados entre sexos.

RESULTADOS

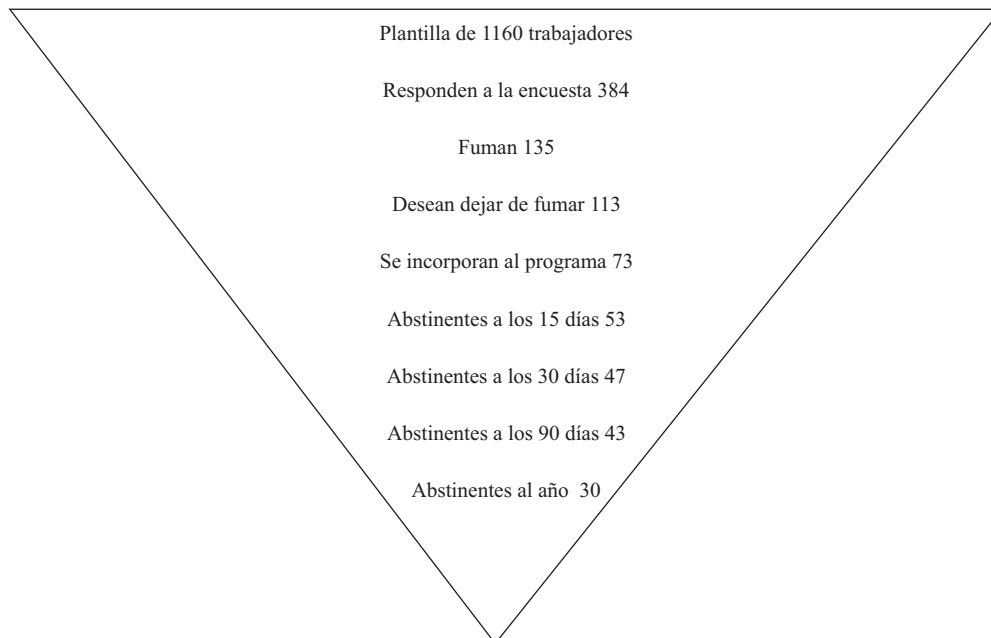
Respondieron a la encuesta el 33,1% de los trabajadores (n=384), de los que 135 (35,6%) eran fumadores. La gran mayoría de éstos fumaba más de 11 cigarrillos al día y más de la mitad lo hacían en el medio laboral. Casi el 80% de los fumadores deseaban dejar de fumar y al 80,5% de ellos les gustaría recibir ayuda especializada para conseguirlo. En la tabla 1 se exponen los principales resultados de la encuesta.

Decidieron iniciar el tratamiento de deshabitación tabáquica 73 trabajadores municipales, 53 varones y 20 mujeres, con una edad media de 41,40±6,8 años (37,95±4,2 años las mujeres y 42,79±6,7 años los varones). Los trabajadores que iniciaron el programa consumían diariamente una media de 23±6,8 mg de nicotina, 17,3±5,3 las mujeres

Tabla 1
Principales resultados de la encuesta realizada entre los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca

		<i>No fumadores</i>	<i>Ex fumadores</i>	<i>Fumadores</i>
<i>Reparto de porcentajes en función del consumo de tabaco</i>	Varones	30,2%	36,9%	32,9%
	Mujeres	29,6%	24,7%	45,7%
	Global	30,1%	34,3%	35,6%
<i>Cantidad de tabaco consumido</i>	1-10 cig.	11-20 cig.	21-30 cig.	> 30 cig.
	18,1%	50,4%	22%	9,4%
<i>Fuman en el medio laboral</i>		Sí 59,3%		No 40,7%
<i>Fumadores que desean dejar de serlo</i>	Sí 79%	No 13%	NS/NC 8%	
<i>Fumadores que desean dejar de serlo y desean recibir ayuda médica</i>	SÍ 80%	No 20%	NS/NC 0%	

Figura 1
Niveles de participación en el programa



y $26,2 \pm 7,1$ los varones. El nivel medio de dependencia nicotínica medido mediante el test de Fagerström fue de $4,38 \pm 2$ ($3,3 \pm 1,6$ las mujeres y $4,8 \pm 2,1$ los varones). El nivel medio de CO en aire espirado fue de 21 ppm, 24 ppm en varones y 16 ppm en mujeres. El 65% de las mujeres y el 68% de los varones habían hecho al menos un intento para abandonar el tabaco.

A los 15 días de iniciado el programa no fumaban 53 (72,6%) de los 73 trabajadores que lo iniciaron, 15 mujeres (75%) y 38 varones (71,7%). A los 30 días no fumaban 47 (64,38%), 34 varones (64,15%) y 13 mujeres (65%). A los 3 meses no fumaban 43 (58,9%), 31 varones (58,49%) y 12 mujeres (60%). Al año no fumaban 30 (41,09%), 22 varones (41,5%) y 8 mujeres (40%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos ($p > 0,05$). En las figuras 2 y 3 se exponen gráficamente los porcentajes de fumadores abstinentes en cada una de las revisiones.

Los valores medios de CO en los no fumadores fueron de 5 ppm a los 30 días ($n=53$), 4 ppm a los 90 días ($n=43$) y de 5 ppm al año ($n=30$). En el grupo de trabajadores que continuaban fumando y acudieron a los respectivos controles, el consumo medio de cigarrillos fue de 12 a los 30 días, y 17 a los 90 días. El nivel medio de CO en estos trabajadores fue de 16 ppm a los 30 días y de 22 ppm a los 90 días.

Al finalizar los 3 meses del periodo de tratamiento la satisfacción con el programa de quienes acudieron a todas las revisiones, medida en una escala de 0 a 3 fue de una media de 2,90 en los trabajadores que no fumaban y de 1 en los trabajadores que habían vuelto a fumar.

Para poder determinar el éxito del programa al año de iniciado el tratamiento se citó telefónicamente para una entrevista y una determinación de cooximetría a los 43 trabajadores que a los 90 días estaban absti-

Figura 2

Porcentajes de trabajadores participantes en el programa que estaban abstinentes en cada una de las revisiones

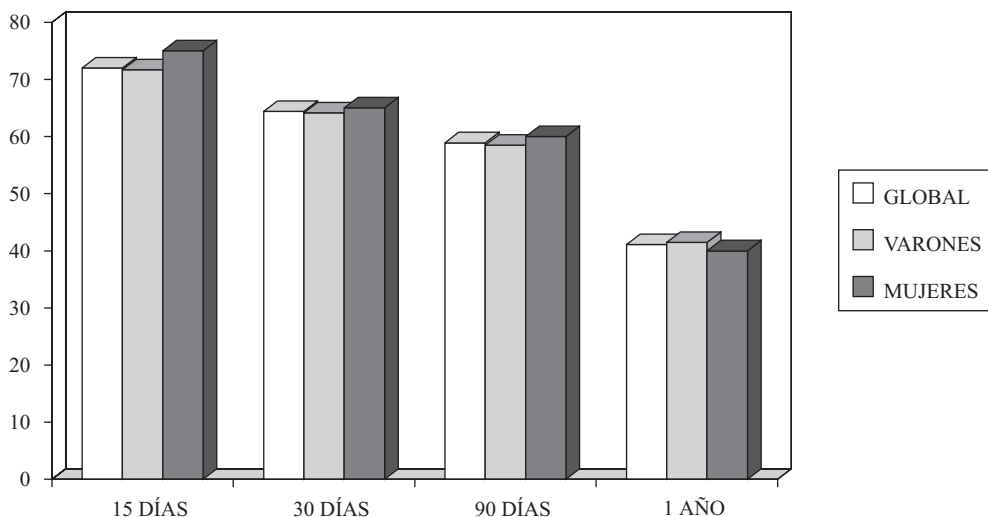
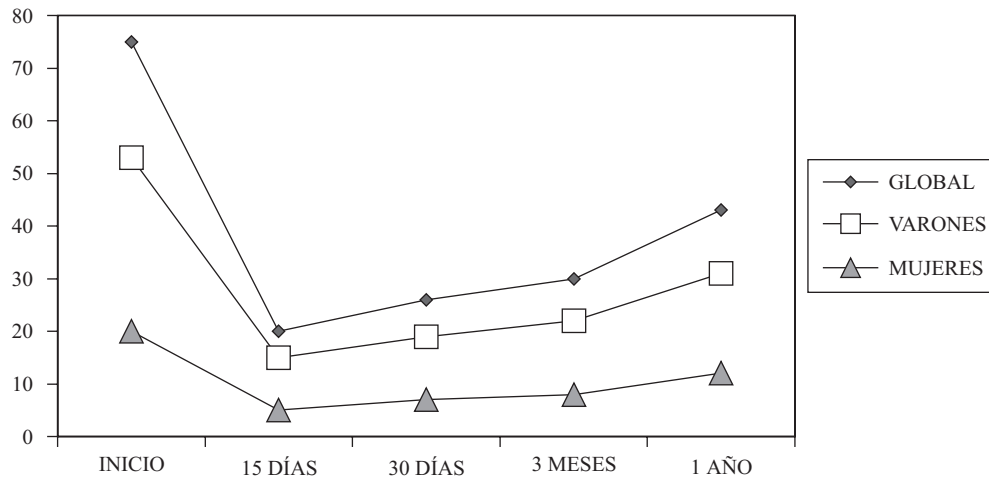


Figura 3

Representación gráfica de la evolución del número de fumadores a lo largo del programa de deshabituación tabáquica



nentes, acudiendo a la citación 37 de ellos, de los que 30 no fumaban (se declaraban abstinentes y presentaban niveles de CO en aire espirado menores de 10 ppm). El nivel medio de CO en estos trabajadores fue de 6 ppm.

DISCUSIÓN

Según la encuesta previa que se realizó entre los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca, el porcentaje de trabajadores que eran fumadores es similar al observado en la población general en la última Encuesta Nacional de Salud de 1997¹⁴. Es posible que el sesgo de selección producido al no poder contar con la opinión de toda la población de funcionarios municipales, sino únicamente con la de los que voluntariamente contestaron la encuesta, pueda enmascarar una mayor prevalencia de fumadores en nuestro estudio. Sin embargo, lo que más llama la atención es que la gran mayoría de los fumadores (casi el 80%) deseaban dejar de fumar y recibir ayuda especializada para conseguirlo, circuns-

tancia ésta muy favorable, pues aunque finalmente muchos de los que declaraban que deseaban dejar de fumar no se incorporaron al programa de tratamiento, son fumadores disonantes que posiblemente se incorporarán a alguna de las sucesivas fases del programa en los próximos años si se les facilita la información suficiente y los medios terapéuticos necesarios para que progresen a lo largo de las sucesivas fases del proceso de abandono del tabaco.

La prevención y tratamiento del tabaquismo en las empresas o instituciones públicas ha demostrado ser útil y rentable para la propia empresa o institución. Los costes laborales medios generados por los trabajadores fumadores son superiores a los producidos por los no fumadores. El incremento de los costes de productividad se produce fundamentalmente por el mayor número de accidentes, la pérdida de concentración y el absentismo laboral, todos ellos mayores entre trabajadores fumadores que entre los no fumadores. Ello ha movido a diversas empresas a ofrecer programas de cesación tabá-

quica a sus empleados. En 1979 menos del 15% de las empresas de Estados Unidos ofertaban este tipo de programas a sus empleados¹⁵ y este porcentaje se ha incrementado en los últimos años, siendo del 36% en 1990¹⁶. Recientemente Nielsen y Fiore⁶ han publicado los resultados de un programa de deshabituación tabáquica en el marco laboral, realizando un análisis coste/beneficio desde la perspectiva del empleador que permite concluir que, independientemente de la terapia utilizada, siempre se observó un beneficio neto.

La evaluación comparada de este tipo de programas resulta difícil debido a la gran variabilidad de situaciones y a las diferentes metodologías empleadas, pero parece indudable que estos programas resultan rentables y que permiten obtener una disminución de la prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores¹⁷. La iniciativa por parte de las empresas o instituciones puede deberse a distintas motivaciones, desde las estrictamente económicas (mejorar el rendimiento o disminuir el absentismo), como las legales (garantizar espacios sin humo para cumplir las normativas de higiene y seguridad en el trabajo) o como respuesta a la demanda de empleados no fumadores o del propio comité de empresa. En nuestro caso, la iniciativa partió de la Concejalía de Salud Pública del Ayuntamiento de Salamanca, con el convencimiento de que era un programa beneficioso para todos los trabajadores y para la propia institución, así como una obligación moral, pues los organismos encargados de velar por la salud de la población deben ser pioneros y ejemplares en el cumplimiento de la legislación oficial antitabaco, objetivo final a largo plazo de este programa.

El programa fue presentado en primer lugar al comité de empresa del Ayuntamiento, que colaboró en la difusión del mismo entre los trabajadores, hecho que ha podido ser determinante en la gran acogida que ha tenido el programa por parte de los trabajadores. Es muy posible que el contemplar este aspecto en el desarrollo e implantación de este

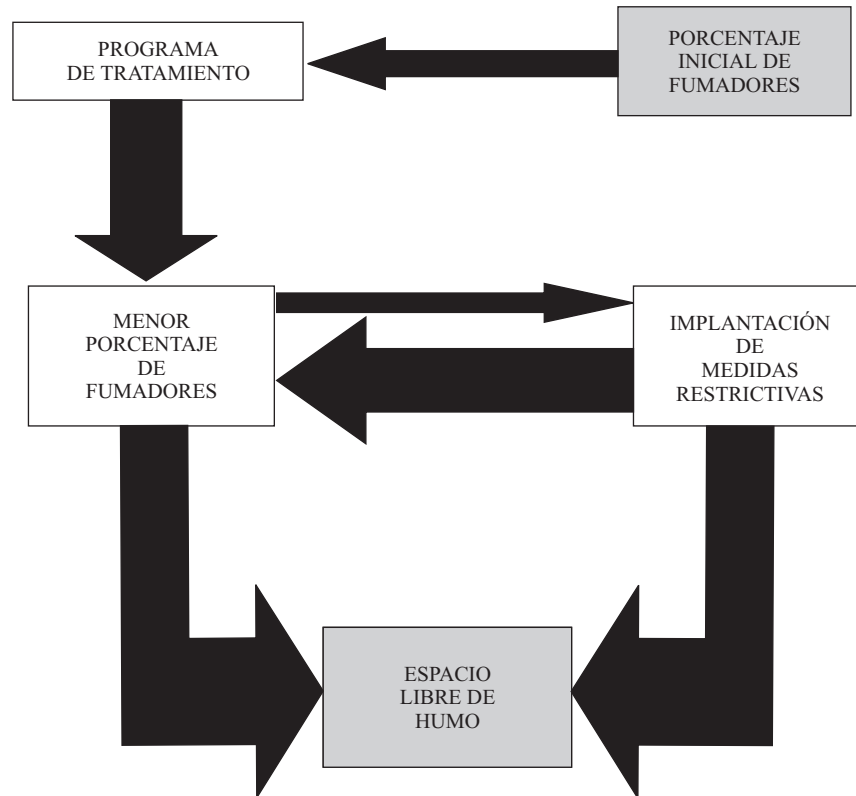
tipo de programas pueda contribuir a mejorar la percepción y aceptación del mismo por los trabajadores y contribuir así a mejorar al menos los resultados de participación.

Las restricciones al consumo de tabaco en el lugar de trabajo también se asocian a mayores tasas de abandono, menores tasas de recaídas en los fumadores que lo han abandonado y mayor reducción del consumo por los que continúan fumando¹⁸. Las medidas legislativas relacionadas con la prohibición de venta y consumo en el lugar de trabajo disminuyen el consumo un 10%¹⁹. Sin embargo, no pueden implantarse bruscamente medidas restrictivas sin esperar conflictos cuando un elevado porcentaje de los sujetos de la población diana no comparte la decisión. Si primero se reducen los porcentajes de fumadores y después progresivamente se introducen medidas restrictivas, éstas contarán con mayor apoyo y surtirán los efectos buscados. En la figura 4 se expone gráficamente nuestra propuesta de intervención sobre tabaquismo en las instituciones oficiales y empresas para lograr el objetivo final de espacios libres de humo.

Se eligió la abstinencia puntual como marcador de éxito por considerar que se adapta mejor que la abstinencia mantenida a la realidad de la deshabituación tabáquica, jalonada en muchos casos de deslices durante las primeras semanas. En nuestro programa la tasa de éxito al año de tratamiento fue del 41%, porcentaje superior a la mayoría de estudios de deshabituación tabáquica realizados con TSN²⁰⁻²⁶. Aunque no siempre es posible comparar estudios entre sí por la diferente metodología empleada, creemos que los excelentes resultados de nuestro programa se pueden deber a factores como la buena acogida general del programa con el consiguiente "corporativismo" y competitividad que se genera entre quienes siguen el programa o al diseño del mismo, que contemplaba aspectos como la flexibilidad de horario, tratamiento individualizado y seguimiento estrecho.

Figura 4

Propuesta de intervención sobre tabaquismo en las instituciones oficiales y empresas para lograr el objetivo final de espacios libres de humo.



A pesar de las evidentes limitaciones metodológicas que presenta este estudio, como son el posible sesgo de selección debido a la inclusión de los trabajadores fumadores más motivados para abandonar el tabaco, o el hecho de no disponer de un grupo control que permitiera atribuir los resultados obtenidos a la intervención realizada, el programa ha presentado un porcentaje de éxito al año superior al 40%. Sin duda, la puesta en marcha en años sucesivos de las nuevas fases del programa reducirán más aún el porcentaje de trabajadores fumadores y facilitarán la implantación de marcos legislativos más restrictivos, acordes con los imperantes en los países más avanzados.

Salvo excepciones²⁷, la mayoría de las empresas y organismos oficiales todavía no han asumido con decisión la lucha contra el hábito tabáquico de sus trabajadores y la defensa de los derechos de quienes no desean verse expuestos al humo ambiental del tabaco. En este aspecto existen claras diferencias entre Estados Unidos y los países europeos, condicionadas sin duda por un lado porque quien paga los costes de la asistencia sanitaria de los trabajadores en el caso de Estados Unidos son las propias empresas y en el caso europeo los sistemas públicos y, por otra parte, por la diferente jurisprudencia respecto a las demandas interpuestas por los fumadores pasivos en el medio laboral. Sin embargo, en el

caso europeo y especialmente en España, al menos las instituciones oficiales deberían ser pioneras en el cumplimiento de la legislación antitabaco y en la protección de los trabajadores, actuando como empresas ejemplares al respecto. La valoración positiva de estos programas por parte de los responsables políticos de Salud Pública en las instituciones y su concienciación adquieren especial importancia, como ha sucedido en el Ayuntamiento de Salamanca que, en base a sus esfuerzos para reducir la prevalencia del tabaquismo y para lograr el cumplimiento efectivo de la legislación antitabaco, actualmente es uno de

los pioneros a nivel nacional en materia de control del tabaquismo²⁸.

La consecución de espacios e instituciones sin humo redundará en una mayor calidad de vida de toda la población. En conclusión, más allá de los resultados concretos de este estudio, los programas destinados a la información, prevención y tratamiento del tabaquismo en el medio laboral son bien acogidos por los trabajadores y constituyen una herramienta útil para la consecución en el futuro de nuevos espacios libres de humo.

Anexo 1

Principales aspectos recogidos en la encuesta realizada entre los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca

- Datos socio-demográficos: Edad, género, estado civil, nivel de estudios.
- ¿Fuma actualmente?
- Modalidad de hábito: Nunca ha fumado, Ex fumador, No fuma a diario o fuma diariamente.
- Edad de inicio al tabaquismo.
- Número de cigarrillos día.
- Intentos previos de abandono.
- ¿Relaciona el tabaco con alguna enfermedad o molestia que pueda padecer?
- ¿Fuma en su trabajo? ¿Si fuma en su trabajo, lo hace en presencia de público?
- ¿Le gustaría dejar de fumar?
- En ese caso, ¿Le gustaría recibir ayuda para dejar de fumar?

Anexo 2

Actividades desarrolladas en cada una de las revisiones durante el periodo de tratamiento de deshabituación tabáquica

<i>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS SUCESIVAS VISITAS</i>	
<i>N.º VISITA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
Primera visita.	<ul style="list-style-type: none"> — Toma de datos personales (edad, sexo, dirección y teléfono...) — Anamnesis e identificación de antecedentes personales. — Identificación de factores del entorno. — Determinación de dependencia física (test de Fagerstrom) — Cuantificación del consumo de tabaco (n.º de cigarrillos, marca, pauta de consumo, años de fumador, paquetes/año, intentos previos de abandono) — Valoración de la motivación (test de Richmond) — Determinación del peso y de tensión arterial.. — Determinación de CO mediante cooximetría. — Entrega de material escrito. — Elección del día para dejar de fumar. — Motivación. — Apoyo psicológico. — Propuesta de tratamiento
Visitas sucesivas.	<ul style="list-style-type: none"> — Declaración de abstinencia o no por parte del paciente. — Confirmación de abstinencia mediante cooximetría. — Valoración de la eficacia del tratamiento propuesto. — Valoración del síndrome de abstinencia. — Valoración de los efectos secundarios. — Identificación de dificultades del entorno. — Apoyo psicológico. — Determinación de peso y tensión arterial. — Reajuste del tratamiento si procede.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salvador-Livina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 585-8.
2. Cordovilla R, Barrueco M, González Ruiz JM, Hernández-Mezquita MA, De Castro J. Cumplimiento de la legislación oficial en las instituciones oficiales. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 320-4.
3. Department of Health and Human Services. Regulations rerestricting the sale and distribution and smokeless tobacco products to protect children and adolescents. *Fed Regis* 1996; 61: 44396-44618.
4. Real Decreto 192/1988. BOE 9 de marzo de 1988; 7499-7501.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Se puede lograr. Una Europa libre de tabaco. Informe de la Primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
6. Nielsen K, Fiore MC. Cost-benefit analysis of sustained-release bupropion, nicotine patch, or both for smoking cessation. *Prev Med* 2000; 30: 209-216.
7. Nerín I, Guillén D, Mas A, Nuviala JM, González A. Evaluación de un protocolo de prevención del tabaquismo en el medio laboral. *Arch Bronconeumol* 2000; 36 (suppl 2): 79.
8. National Cancer Institute. Strategies to Control Tobacco Use in the United States: A blueprint for Public Health Action in the 1990's. National Cancer Institute. Publication núm NIH 92-3316. U.S. Washington: National Institute of Health; 1991.
9. Nerín I, Guillén D, Más A, González A, Gracia A. Intervenciones sobre tabaquismo en el mundo laboral. *Prev Tab* 2000; 2: 113-120.
10. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Nicotine Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159-182.
11. Hernández-Mezquita MA, García Cirac MJ, Calvo Sánchez A, García del Castillo MJ, Rodríguez Calderón M, Torrecilla García M. Encuesta de prevalencia y actitudes ante el tabaquismo de los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca. *Prev Tab* 2001; 3: 64-9.
12. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, González de Vega JM, Ruiz Pardo MI, Flórez Martín S, Et al. Normativa SEPAR para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 499-506.
13. Jarvis MJ, Russell MAH, Saloojee Y. Expired air carbon monoxide a simple breath test of tobacco smoke intake. *BMJ* 1980; 281: 484-485.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
15. National Interagency Council on Smoking and Health. Smoking at workplace. National Interagency Council on Smoking and Health Business Survey; 1979.
16. Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg JR. Work site smoking cessation: a Meta-analysis of long term quit rates from controlled studies. *J Occup Med* 1990; 32: 429-439.
17. Bibeau DL, Mullen KD, McLeroy KR, Green LW, Foshee V. Evaluations of Workplace Smoking Cessation Programs: A Critique. *Am J Prev Med* 1988; 4: 87-95.
18. Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours. *Tob Control* 1999; 8: 261-5.
19. Farrelly MC, Evans WN, Sfeakas AE. The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tob Control* 1999; 8: 272-7.
20. Abelin T, Ehrensam R, Imhof P. Clinical experience with a transdermal nicotine system in healthy nicotine dependent smokers. En: Wilhelmsem L (ed): Smoking as a cardiovascular risk factor. New strategies for smokers cessations. Lewiston NY: Hogref and Huber publishers, 1991; 35-46.
21. Daughton D, Heathey S, Premdergst J. Effect of adjunct to low intervention smoking cessation therapy. A randomized placebo controlled double-blind study. *Arch Inter Med* 1991; 151: 749-752.
22. Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K, Sawe U. A double blind trial of 16 hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991; 325: 311-5.
23. jalmarson A, Franzon M, Westin A, Wiklund O. Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation: a randomized, placebo controlled double-blind study. *Arch Inter Med* 1994; 154: 2567-2572.
24. Blondal T, Frazon M, Westein A. A double blind randomized trial of nicotine nasal spray as an aid

- in smoking cessation. *Eur Resp J* 1997; 10: 1585-1590.
25. Schneider M, Olmstead R, Mody F. Efficacy of a nicotine nasal spray on smoking cessation: a placebo controlled double blind trial. *Addiction* 1995; 90: 1671-1682.
 26. Tonnessen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE-trial. *Eur Respir* 1999; 13: 238-246.
 27. Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia. Programa de prevención sobre el hábito tabáquico en el ámbito laboral. Murcia: Fundación Hefame; 2000.
 28. García Cirac J. Las administraciones públicas y la prevención del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 53-54.