



MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA
Y PARA LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
SECRETARÍA DE ESTADO DE
RELACIONES CON LAS CORTES
REGISTRO GENERAL
30 DIC. 2016 13:19:23
Entrada 13548

EXCMA. SRA.

En cumplimiento de 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, tengo el honor de remitir a V.E. el II Informe de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Período 2011-2014.

Madrid, 30 de diciembre de 2016

Fdo. Electrónicamente por:

José Luis Ayllón Manso

SECRETARIO DE ESTADO DE
RELACIONES CON LAS CORTES

→ No válido sin Huella Digital Adjunta



EXCMA. SRA. PRESIDENTA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS



II Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010 Periodo 2011-2014

Fecha: 8 de junio de 2016

Autor: Unidad de Prevención del Tabaquismo

Índice

Resumen Ejecutivo	1
1. Introducción	5
2. Exposición al humo ambiental de tabaco	6
3. Prevalencia de consumo de tabaco.....	15
3.1 Prevalencia	15
3.1.1. Prevalencia de consumo en adultos	15
3.1.2. Prevalencia de consumo en jóvenes	27
3.2 Ventas de productos del tabaco	32
4. Morbilidad asociada	37
5. Grado de implantación de la ley	55
5.1 Datos de cumplimiento	55
5.2. Percepción de la ciudadanía acerca de la ley	57
6. Utilización de los servicios de deshabituación	66
7. Conclusiones	70
ANEXO I. TABLA DE ASISTENCIA Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DESHABITUACIÓN EN LAS CCAA	73



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 de consumo de tabaco en adultos. Estos datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud y de la Encuesta Europea de Salud de España, fuente de datos de prevalencia oficial y se obtienen con posterioridad a la entrada en vigor de la ley. . También se presentan datos sobre la variación en la contaminación por humo ambiental de tabaco (HAT) experimentada, junto con datos sobre 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). Por otra parte, se recogen los datos de percepción de los ciudadanos ante la Ley 42/2010 mediante lo recogido en el Barómetro Sanitario. 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.

El análisis global de la evolución de la prevalencia de consumo de tabaco durante los 4 últimos años refleja la continuidad de la tendencia previa con importantes descensos tras la aplicación de la última modificación legal. En 2014 se observa una reducción global de la prevalencia de fumadores actuales de dos puntos porcentuales (25,4% en 2014 frente al 27% de 2011), disminución algo inferior que en periodos anteriores.

En hombres, la prevalencia de consumo actual de tabaco (diario y ocasional), pasó al 30,4% de 2014 (31,4% en 2012, 35,3% en 2009). En el caso de las mujeres, se ha llegado a una



prevalencia de fumadoras actuales del 20,5% en 2014 frente a los niveles previos (22,8% en 2012 y del 24,6% en 2009).

En cuanto a la proporción de abandono del consumo (exfumadores / [fumadores + exfumadores]), en 2014 es de 50,3% (51,4% en hombres y 48,8% en mujeres), superior a la anterior de 2011 que fue de 42,1% (46% en hombres y 35,9% en mujeres).

3.2. 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%). 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.

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

Se observa una reducción de las tasas de ingresos por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y asma tras la aplicación de la modificación de la ley, específicamente en 2011. En los años 2012 y 2013 la tendencia de disminución se mantiene en la mayoría de los casos pero las diferencias son menores y sin significación estadística.

En el caso de infarto agudo de miocardio en población de 25 y más años, especialmente en hombres, se observan dos reducciones importantes en los años de aplicación de la Ley 28/2005 (3%) y su modificación con la Ley 42/2010 (4%) y una destacable reducción global 2005-2013 en ambos sexos, que también se observa en cardiopatía isquémica. En enfermedad cerebrovascular, también destaca la reducción global y específicamente en 2011 (del 3,2%) en ambos sexos. En el caso de los ingresos por asma, se da una importante reducción específica en 2011 (12,6%) en hombres, además destacan las reducciones de 2011 en los ingresos por asma infantil.

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

Las diferentes encuestas han mostrado la buena aceptación de la ley por parte de los ciudadanos, lo cual se ha visto mantenido a lo largo del tiempo que es objeto de este informe. Así, el Barómetro Sanitario 2012 ya reflejó la 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. Respecto al último barómetro publicado en 2014, y de manera similar a lo anterior, la media de acuerdo con las medidas de prevención de tabaquismo actuales se situó en el 7,36. Por otro lado, cabe destacar la menor percepción que la ciudadanía tiene sobre el cumplimiento en alrededores de hospitales y colegios frente a la situación que se da en bares y restaurantes.

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 que se ha visto mantenida durante el periodo de 4 años que es objeto del presente informe. Sin embargo, podemos diferenciar entre las fuertes bajadas de ventas experimentadas en los 3 años posteriores a la modificación legal, con altos porcentajes de descenso anual (20,1% en 2011 y superior al 12% en 2012 y 2013) y la menor disminución experimentada en el último año, que fue de sólo un 1,5% para 2014.

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

Durante estos 4 años, 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 misma.

Igualmente, las CCAA han mantenido su múltiple oferta de recursos disponibles a la ciudadanía, a través de la red de centros de atención primaria y de sus diferentes servicios especializados de deshabituación, como respuesta a la demanda de ayuda para dejar de fumar. Así, las diferentes comunidades han puesto 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 cuatro años siguientes a la implantación de la ley, contamos con datos sobre prevalencia de consumo, 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 de consumo en adultos posteriores a la entrada en vigor de la ley y que proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 2012 y de la Encuesta Europea de Salud de España del año 2014 (EESE 2014), fuentes oficiales de datos sobre prevalencia. Asimismo, se presentan datos sobre la variación en la contaminación por humo ambiental de tabaco experimentada, se aporta información sobre el 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

Contamos con 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 hostelería¹, realizado por el Grupo de Trabajo en tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y que fue financiado parcialmente por la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología (SGPSE) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III. Los resultados muestran que después de la entrada en vigor de la ley en enero de 2011, 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 al 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_{2,5}) 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_{2,5} (μg/m³) 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	
Marcadores ambientales de HAT	Mediana [rango intercuartílico]	Mediana [rango intercuartílico]	(%)	p^a
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^c</i> Sí (n=60)		1,13 [0,39 – 1,87]		
No (n=109)		0,41 [0,17 – 0,83]		
p ^d		<0,001		
PM2,5 (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^c</i> Sí (n=22)		24,74 [19,28 – 33,15]		
No (n=57)		16,32 [12,24 – 22,95]		
p ^d		<0,05		
Variables observacionales de consumo de tabaco	N (%)	N (%)	(%)	p^b
Presencia de ceníceros	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

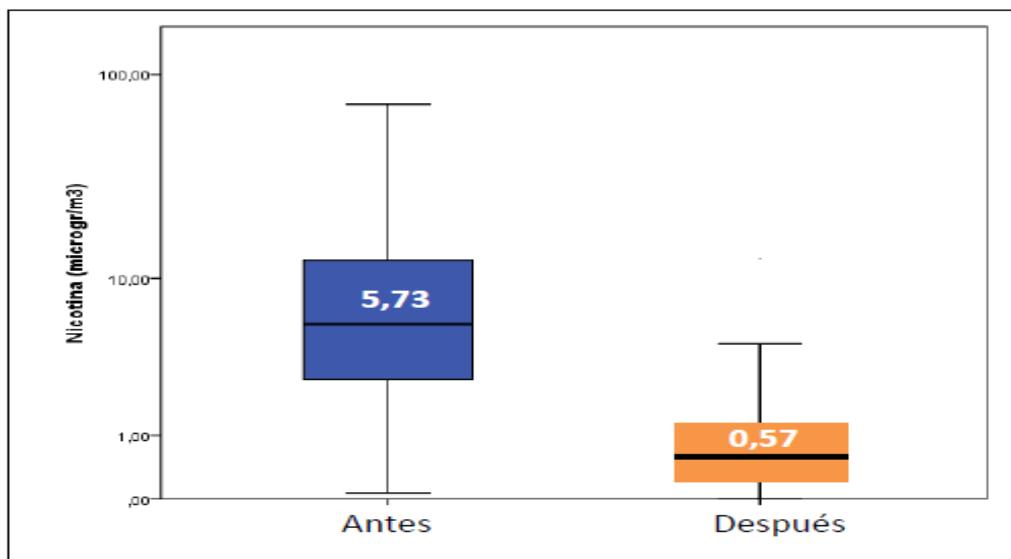
HAT: humo ambiental del tabaco; ^a Test de Wilcoxon de comparación de medianas antes y después de la Ley. ^b Test χ^2 de McNemar para la comparación de proporciones antes y después de la Ley. ^c Presencia de fumadores en la entrada después de la ley. ^dTest de la U de Mann-Whitney de comparación de “con 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 µg/m³ y la de PM_{2,5} de 233,38 a 18,82 µg/m³.

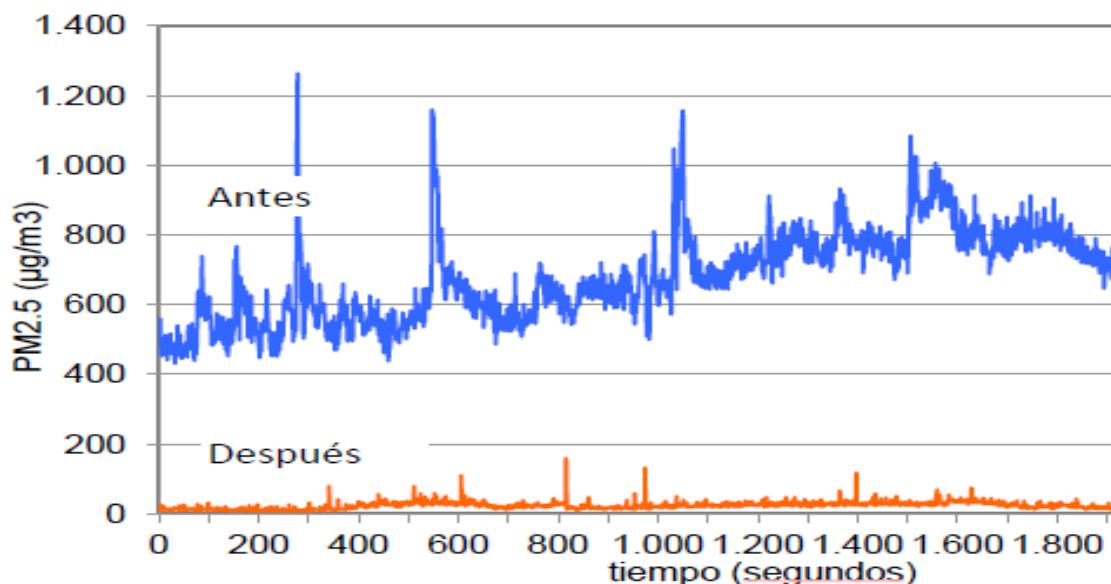
Gráfico 2.1. Diagrama de cajas de la distribución de nicotina ambiental antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/2010.



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.



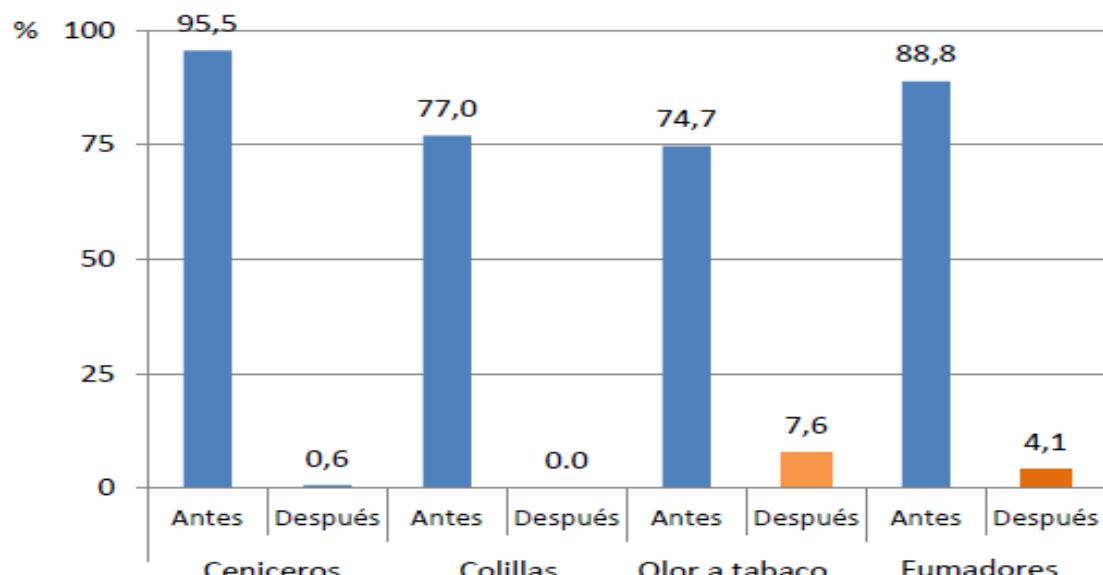
Fuente: Grupo de Trabajo en tabaquismo. Evaluación del impacto de la Ley 42/2010 en la exposición al humo ambiental del tabaco en la hostelería. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2012.

Estos datos coinciden además con diversos estudios, también se 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 42/2010².

En el estudio de la SEE (financiado junto a otros por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad) 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. Despues 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 adyacentes³. 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 local⁴.

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)**, 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 en 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	
En espacios y transportes públicos cerrados							
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	
En las áreas cerradas del lugar de trabajo*							
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%
En casa							
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	
0-14 años	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



Por su parte, la última edición de la **Encuesta Europea de Salud en España (EESE 2014)** recoge con una sola pregunta la exposición al humo en espacios cerrados, referida a la exposición en casa, en el trabajo, lugares públicos, restaurantes, etc., lo que dificulta la comparación directa con los datos de las encuestas anteriores.

Por otro lado, sólo incluye población de 15 y más años, por lo que no podemos disponer de información sobre la exposición en menores de esta edad.

Comparando con los datos previos, en 2014 continúa la disminución de la exposición. Así, la exposición de la población (15 y más años) al humo de tabaco más de una hora en sitios cerrados habría pasado del 10,8% en 2011 al 8,1% en 2014. Esta reducción se observa en ambos sexos. Se debe tener en cuenta que la recogida de esta variable ha cambiado y podrían no ser completamente equivalentes. La reducción más destacada en la exposición al humo de tabaco se dio tras el cambio legislativo introducido en 2011, especialmente en los espacios y transportes públicos cerrados y el lugar de trabajo, áreas reguladas por la ley.

Tabla 2.3. Tiempo de exposición al humo de tabaco en lugares cerrados EESE2014

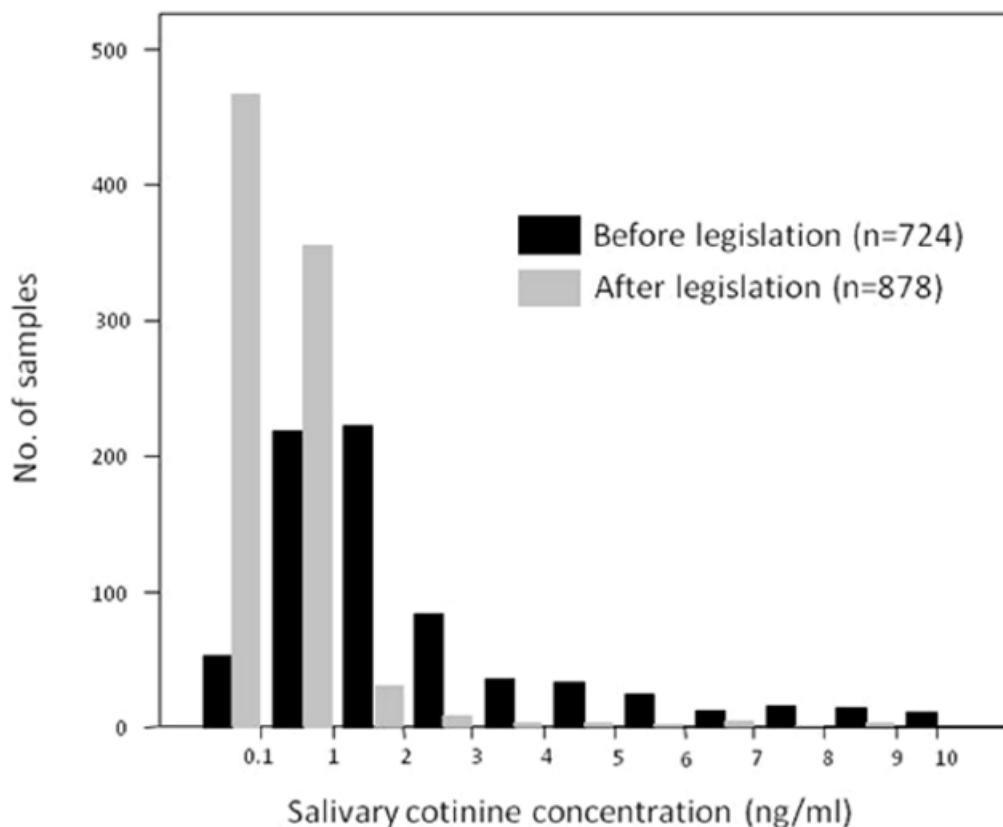
	Nunca o casi nunca	Menos de 1h al día	Entre 1h y 5h al día	Más de 5h al día
Total ambos sexos	84,58	7,31	5,84	2,28
Hombres	83,83	7,80	6,10	2,27
Mujeres	85,29	6,84	5,59	2,28

Fuente: Elaboración propia a partir de la EESE2014

Además de lo anterior contamos con dos estudios, uno realizado en Cataluña⁵ y otro en Galicia⁶ sobre exposición al humo de tabaco. Así, la exposición entre la población no fumadora, evaluada tanto por encuestas de opinión como por medición de componentes de la degradación de la nicotina (cotinina) en la saliva, disminuyó después de la aplicación de la ley. De igual forma, se observó una alta reducción de la exposición al humo ambiental de tabaco durante los momentos de ocio. Como puede verse en el gráfico 2.4 del estudio realizado en la ciudad de Barcelona la proporción de no fumadores con concentraciones de cotinina por debajo del límite de cuantificación (0,1 ng/mL) se incrementó desde el 7,3% previo a la ley de 2005 hasta el 53,2% posterior a la legislación aprobada en 2010.



Gráfico 2.4. Distribución de los valores de cotinina en saliva entre población no fumadora adulta. Comparativa entre los años 2004/2005 y los años 2011/2012.



Fuente: Estudio Sureda X, Martínez-Sánchez JM, Fu M, Pérez-Ortuño R, Martínez C, et al. (2014)

Por su parte, los resultados del estudio realizado en Galicia son los siguientes:

- En 2005, antes de la implementación de la Ley 28/2005, un 95% de la población declaró estar expuesta al HAT; en 2011, después de la implementación de la Ley 42/2010, esta prevalencia fue del 28%.
- En función del ámbito donde se produce la exposición al HAT, el descenso más importante en 2006, tras la implantación de la Ley 28/2005, fue en el trabajo, y en 2011 en los lugares de ocio.
- La prevalencia de exposición en el hogar disminuyó al inicio del periodo a estudio y después se mantuvo sin cambios.



¹ 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

² 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>

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Xisca Sureda et al., 2014. Impact of the Spanish Smoke-Free Legislation on Adult, Non-Smoker Exposure to Secondhand Smoke: Cross- Sectional Surveys before (2004) and after (2012) Legislation. Plos One. 2014; 9(2).e89430
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089430>

⁶ Mónica Pérez-Ríos et al., 2014. Impacto de las leyes de control del tabaquismo en la exposición al humo ambiental de tabaco en Galicia (2005-2011). Gac Sanit. 2014;28(1):20-24
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113000915>



3. Prevalencia de consumo de tabaco

3.1 Prevalencia

3.1.1. Prevalencia de consumo en adultos

La **Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE2011)**, aportó los primeros datos sobre prevalencia y otros indicadores de consumo de tabaco en adultos posteriores a la implantación de la Ley 42/2010. Por su parte, los últimos datos disponibles sobre prevalencia de consumo de tabaco a nivel estatal son los recogidos por la recientemente publicada **Encuesta Europea de Salud de España del año 2014 (EESE 2014)** en mayores de 15 años, pasados ya 4 años de la modificación legal realizada. 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.

En jóvenes contamos con los datos de la encuesta **ESTUDES** (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), que recoge esta información en el grupo de 14-18. Actualmente contamos con 2 ediciones de la misma, una la de 2012 y otra la de 2014/2015 publicada en febrero de 2016.

También contamos con los datos de la **Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)** que se realiza en población de 15-64 años residente en hogares familiares.

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**, los datos de la EESE 2014 muestran algunas diferencias respecto a la encuesta anterior (ENSE 2011). En adultos, se observa un descenso de la prevalencia de consumo actual de tabaco (diario y ocasional), pasando de 27% en 2011 al 25,4% de 2014, con un 30,4% en hombres y una reducción más pronunciada en mujeres (20,5%).



**Tabla 3.1.1. Consumo de tabaco según sexo y grupo de edad.(población de 15 y más años).
2014**

	TOTAL	FUMADOR DIARIO	FUMADOR OCASIONAL	EX FUMADOR	NUNCA HA FUMADO
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,00	22,98	2,37	25,70	48,95
DE 15 A 24 AÑOS	100,00	18,51	3,00	6,25	72,25
DE 25 A 34 AÑOS	100,00	29,96	4,86	16,61	48,57
DE 35 A 44 AÑOS	100,00	28,70	3,02	24,65	43,62
DE 45 A 54 AÑOS	100,00	30,00	2,25	33,38	34,37
DE 55 A 64 AÑOS	100,00	24,61	1,23	34,92	39,24
DE 65 A 74 AÑOS	100,00	11,25	0,52	34,42	53,81
DE 75 A 84 AÑOS	100,00	4,48	0,39	29,70	65,44
DE 85 Y MAS AÑOS	100,00	2,86	0,31	23,45	73,38
HOMBRES					
TOTAL	100,00	27,57	2,86	32,21	37,36
DE 15 A 24 AÑOS	100,00	21,43	3,63	5,31	69,63
DE 25 A 34 AÑOS	100,00	35,09	5,54	15,64	43,74
DE 35 A 44 AÑOS	100,00	32,74	3,50	25,15	38,61
DE 45 A 54 AÑOS	100,00	33,57	2,67	36,21	27,55
DE 55 A 64 AÑOS	100,00	28,56	1,34	44,32	25,78
DE 65 A 74 AÑOS	100,00	16,38	0,72	56,67	26,23
DE 75 A 84 AÑOS	100,00	8,81	0,74	61,82	28,63
DE 85 Y MAS AÑOS	100,00	6,48	0,88	55,44	37,20
MUJERES					
TOTAL	100,00	18,60	1,90	19,51	59,99
DE 15 A 24 AÑOS	100,00	15,46	2,34	7,23	74,98
DE 25 A 34 AÑOS	100,00	24,84	4,18	17,58	53,40
DE 35 A 44 AÑOS	100,00	24,52	2,53	24,13	48,82
DE 45 A 54 AÑOS	100,00	26,42	1,83	30,54	41,21
DE 55 A 64 AÑOS	100,00	20,82	1,12	25,89	52,17
DE 65 A 74 AÑOS	100,00	6,74	0,34	14,81	78,12
DE 75 A 84 AÑOS	100,00	1,38	0,14	6,80	91,68
DE 85 Y MAS AÑOS	100,00	0,90	0,00	6,04	93,06

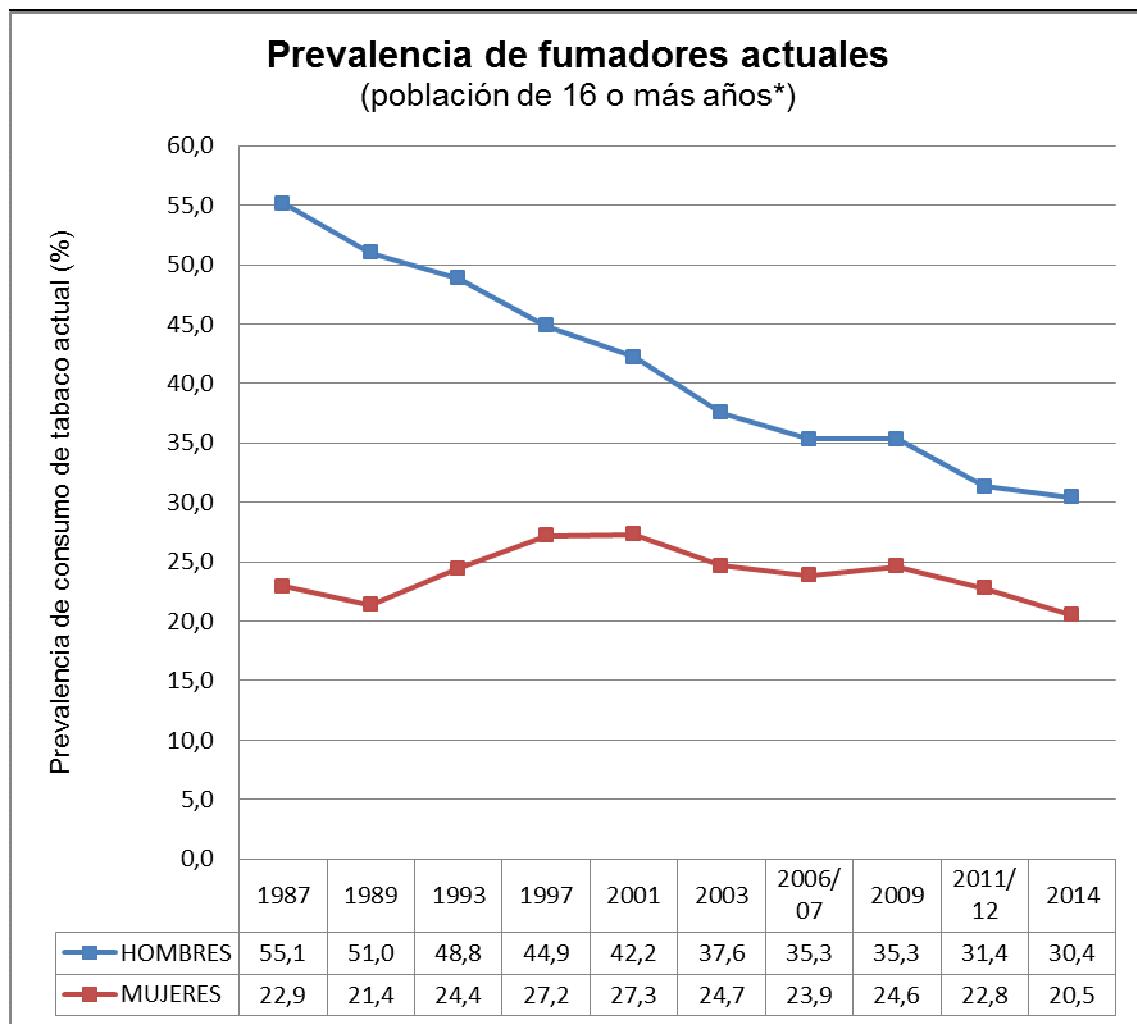
Fuente: Elaboración propia a partir de EESE2014

Los últimos datos poblacionales tras 4 años de implantación de la Ley 42/2010 muestran una reducción global de la prevalencia de fumadores actuales de algo más de 1 punto y medio porcentual en 2014 respecto a los datos de la anterior encuesta ENSE2011.

En cuanto al **consumo por sexo**, como se observa en el gráfico 3.1.1 y en 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 menor proporcionalmente (30,4% en 2014 frente al 31,4% en 2011) que en mujeres (20,5% frente al 22,8% de 2014 y 2011 respectivamente). Así, el porcentaje de reducción entre 2011 y 2014 ha sido de un 0,9% menos en el caso de los hombres y de un 2,3% menos en las mujeres.



Gráfico 3.1.1. Prevalencia de fumadores actuales. Periodo 1987-2014.



*2011/12 y 2014: 15 o más años

En cuanto a la **prevalencia por grupos de edad**, y como se puede observar en la tabla 3.1.2, la disminución del consumo se ha producido en la mayoría de los grupos de edad, destacando el descenso en adultos jóvenes (15- 24 años), especialmente en mujeres (del 24,9% al 17,8%), en hombres fue del 27,8 al 25,1%, entre 2011-2014 respectivamente. Sin embargo, se observa que en el caso de las mujeres, todos los grupos de edad desde los 55 hasta los 85 y más han experimentado incrementos en la prevalencia de fumadoras actuales.



Tabla 3.1.2. Prevalencia de fumadores actuales por grupos de edad, comparativa 2011-2014.

	Hombres				Mujeres			
	2011	2014	Diferencia 2011-14	% Reducción 2011/14	2011	2014	Diferencia 2011-14	% Reducción 2011/14
TOTAL	31,37	30,43	-0,9	-3,0	22,77	20,50	-2,3	-10,0
de 15 a 24 años*	27,83	25,06	-2,8	-10,0	24,91	17,80	-7,1	-28,5
de 25 a 34 años	40,88	40,63	-0,3	-0,6	31,60	29,02	-2,6	-8,2
de 35 a 44 años	35,78	36,24	0,5	1,3	31,27	27,05	-4,2	-13,5
de 45 a 54 años	38,02	36,24	-1,8	-4,7	33,13	28,25	-4,9	-14,7
de 55 a 64 años	28,84	29,90	1,1	3,7	18,04	21,94	3,9	21,6
de 65 a 74 años	17,92	17,10	-0,8	-4,6	5,10	7,08	2,0	38,8
de 75 a 84 años	10,02	9,55	-0,5	-4,7	1,02	1,52	0,5	49,0
de 85 y más años	7,34	7,36	0,0	0,3	0,68	0,90	0,2	32,4

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE2011 y EESE2014

Por clase social, se mantienen en parte los gradientes de mayor consumo en las clases más desfavorecidas, en ese sentido destaca el grupo de mujeres de clase VI donde ha aumentado la prevalencia de consumo actual.

Tabla 3.1.3. Prevalencia de fumadores actuales por clase social, comparativa 2011-2014.

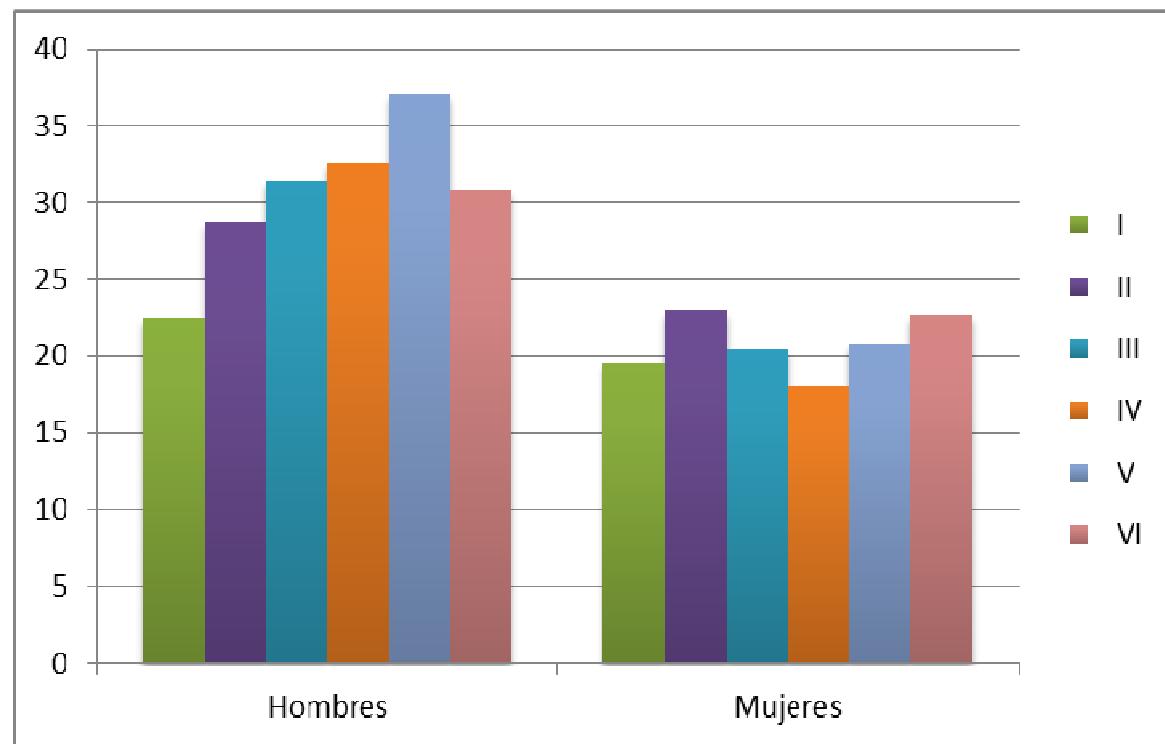
	Hombres				Mujeres			
	2011	2014	Diferencia 2011-2014	% Reducción 2011/2014	2011	2014	Diferencia 2011-2014	% Reducción 2011/2014
Clase social *								
I	26,3	22,5	-3,8	-14,6	21,2	19,5	-1,7	-8,2
II	28,7	28,7	0,0	-0,1	22,7	22,9	0,2	1,0
III	33,7	31,5	-2,2	-6,4	24,7	20,5	-4,3	-17,3
IV	33,6	32,5	-1,1	-3,3	23,5	18,1	-5,4	-22,9
V	36,2	37,0	0,8	2,1	24,7	20,8	-3,9	-15,8
VI	34,4	30,8	-3,6	-10,4	19,1	22,7	3,6	18,8

*Basada en la ocupación de la persona de referencia. I y II Directivos, III Empleados administrativos. IV Trabajadores manuales. V Trabajadores no cualificados. VI Otro tipo de trabajadores.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE2011 y EESE2014



Gráfico 3.1.2. Prevalencia de fumadores actuales (%) según clase social (EESE2014)



Fuente: Elaboración propia a partir EESE2014.

En cuanto al **número de cigarrillos al día entre los fumadores diarios**, como se aprecia en la tabla 3.1.4, éste ha ascendido en el caso de los fumadores con menor consumo. Así, un 32,28% de los adultos fuman entre 1-9 cigarrillos al día frente al 28,7% anterior. Respecto a aquellos que consumen entre 10-19 cigarrillos el ascenso ha sido menor, pasando de un 35,8% al 36,98% de 2014. Por otro lado, y en términos de evolución en los últimos años (gráfico 3.1.3) 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

	2014			2011		
	1-9 cig/ día (%)	10-19 cig/ día (%)	≥20 cig/ día (%)	1-9 cig/ día (%)	10-19 cig/ día (%)	≥20 cig/ día (%)
Total	32,28	36,98	30,73	28,7	35,8	35,5
Hombres	28,25	36,14	35,62	23,3	34,9	41,8
Mujeres	37,72	38,13	24,15	35,6	37,0	27,4

Cig/día: cigarrillos al día en fumadores diarios. Se contabilizan tanto los cigarrillos manufacturados como los cigarrillos con tabaco de liar. ENSE2011 y EESE2014 Población de 15 y más años .

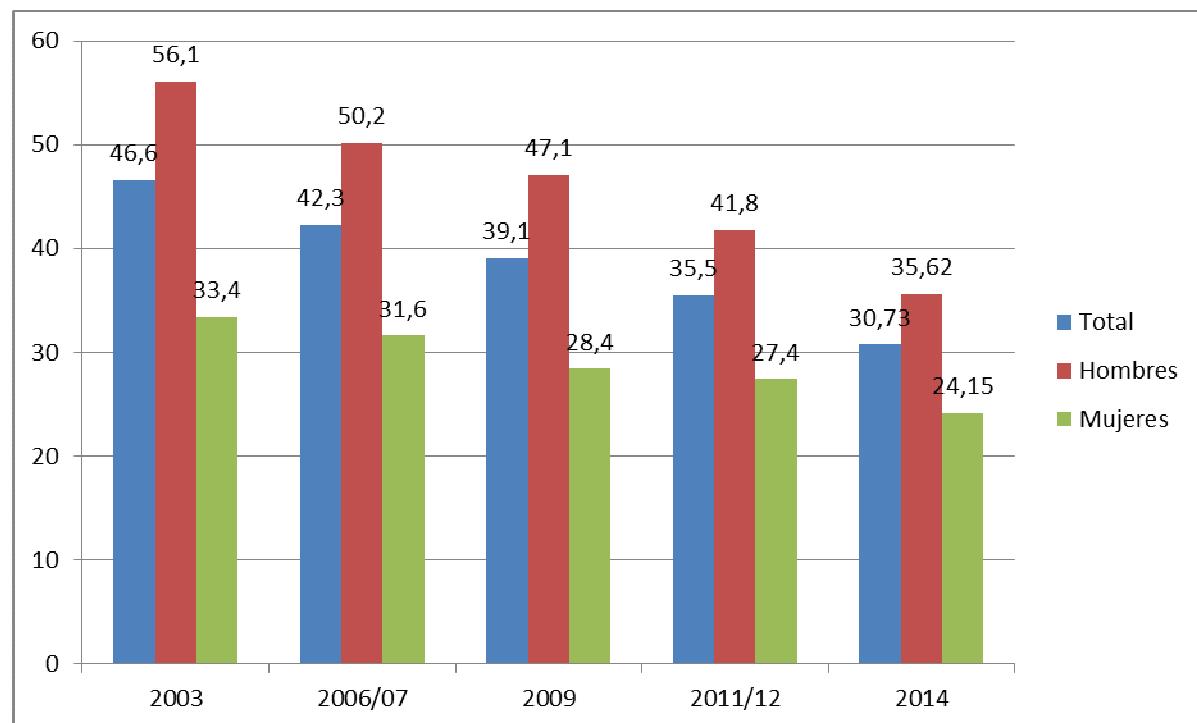
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE2011 y EESE2014.



Gráfico 3.1.3. Evolución de la prevalencia de grandes fumadores entre fumadores diarios.

Periodo(2003-

2014.



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

La **media de edad de inicio** es 17,4 años (desviación típica: 4,8), algo superior a la de 2011 (17,2 años, desv.tip:4,6), con menor diferencia entre hombres y mujeres (17,1 y 17,8 años respectivamente).

En cuanto a la **proporción de abandono del consumo** (exfumadores / [fumadores + exfumadores]), en 2014 es de 50,3% (51,4% en hombres y 48,8% en mujeres), superior a la anterior de 2011 que fue de 42,1% (46% en hombres y 35,9% en mujeres).

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 recogieron 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 (%)
TOTAL	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
Clase social									
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
País de origen									
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

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE2011

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 65% no ha realizado ningún intento.



Tabla 3.1.6. Intención de dejar de fumar e intentos de los fumadores diarios (ENSE 2011 y EESE 2014)

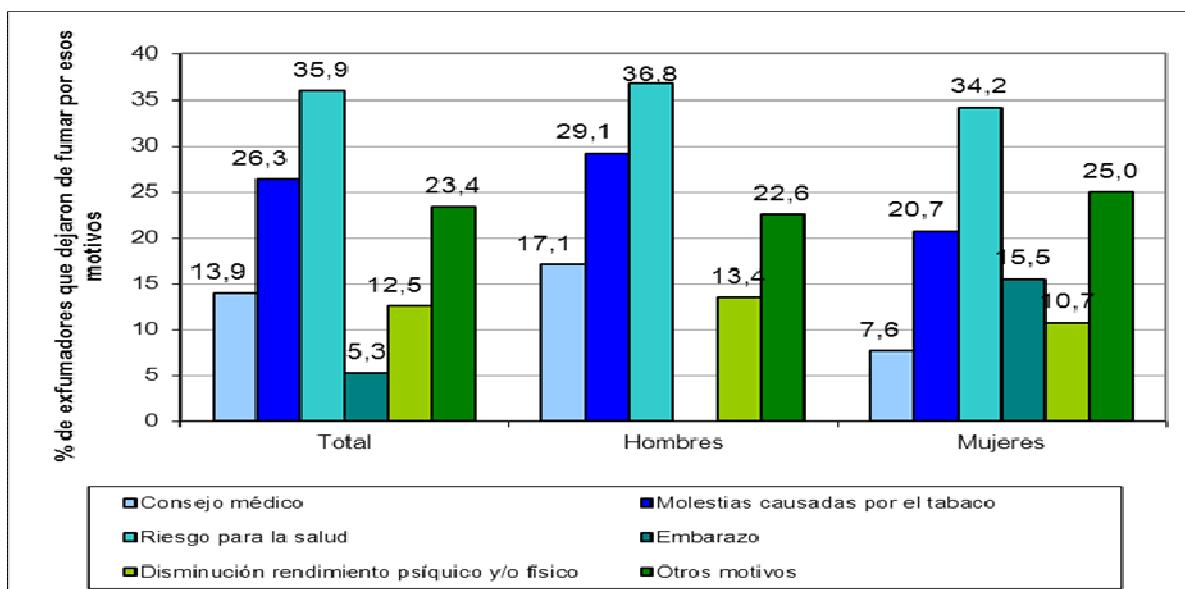
	HOMBRES			MUJERES			AMBOS SEXOS		
	Sí, en un mes	Sí, en los próximos 6 meses	No	Sí, en un mes	Sí, en los próximos 6 meses	No	Sí, en un mes	Sí, en los próximos 6 meses	No
TOTAL	11,7	23,6	64,7	10,9	23,9	65,2	11,4	23,7	64,9
de 15 a 24 años	8,5	28,5	63,0	10,1	18,0	71,9	9,3	23,6	67,2
de 25 a 34 años	12,3	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
Clase social									
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
País de origen									
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
Número de intentos fumadores diarios en 12 meses*									
Ninguno	69,09	-		68,44	-	-	68,82	-	-
1-2 intentos	23,43	-		24,23	-	-	23,76	-	-
3-4 intentos	4,86	-		4,41	-	-	4,68	-	-
5 o más intentos	2,62	-		2,93	-	-	2,75	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE2011. *Datos sobre número de intentos de dejar de fumar de los fumadores diarios en los últimos 12 meses elaborados a partir de EESE2014.

Con respecto a **los principales motivos para dejar de fumar entre los exfumadores**, recogidos en el gráfico 3.1.4 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 3.1.4. Principales motivos de los exfumadores para dejar de fumar (ENSE 2011)



Fuente: Elaboración propia a partir de 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 (%)
Principales motivos			
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
Ayuda de un profesional sanitario			
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
Tipo de tratamiento utilizado			
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 ENSE2011 y EESE2009

Por último, se aporta la evolución del porcentaje de exfumadores en la tabla 3.1.8 y el gráfico 3.1.5. Así, según los datos de la última encuesta EESE 2014 el total de ex fumadores se sitúa en el 25,7% frente al 19,6% de la encuesta anterior. Por sexos, el 32,2% de la población masculina es exfumadora y el 19,5% entre las mujeres.

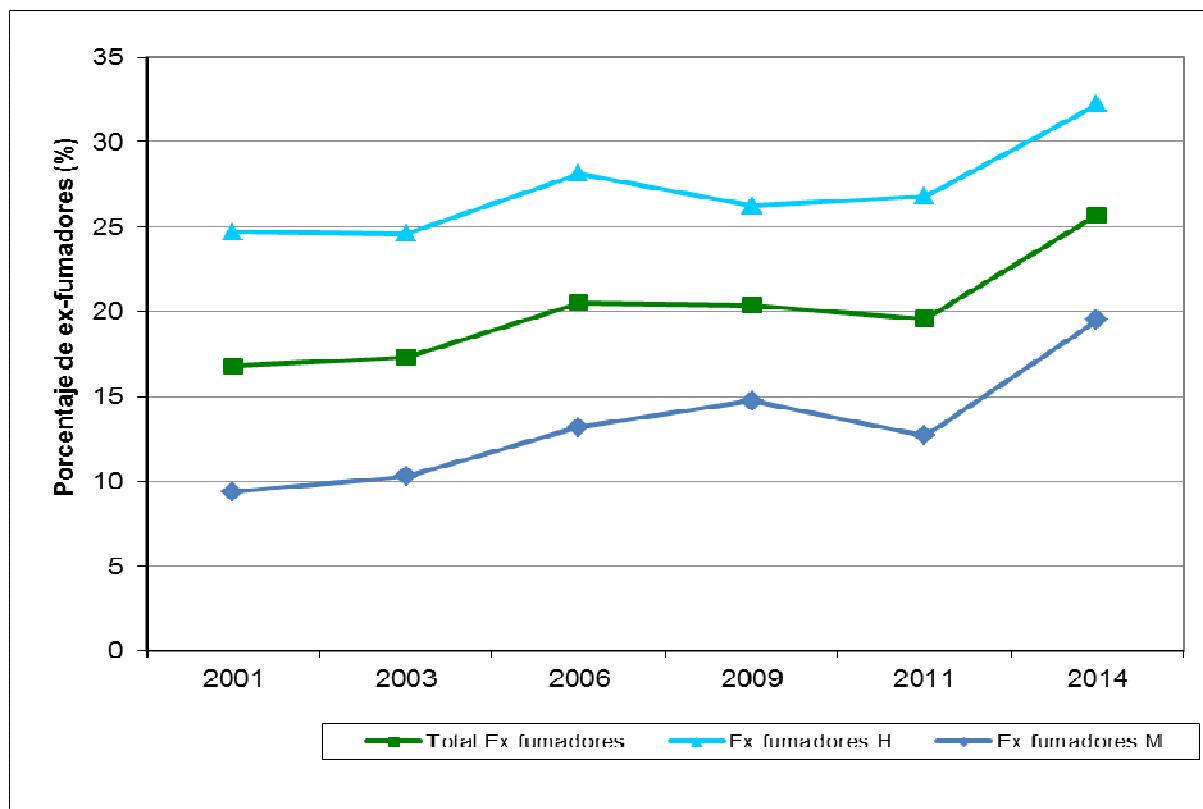
Tabla 3.1.8. Evolución de la población exfumadora. Periodo 2001-2014.

	2001 (%)	2003 (%)	2006 (%)	2009 (%)	2011 (%)	2014 (%)
Total	16,8	17,3	20,5	20,4	19,6	25,7
Hombres	24,7	24,6	28,1	26,3	26,8	32,2
Mujeres	9,4	10,3	13,2	14,7	12,7	19,5

Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE y EESE



Gráfico 3.1.5. Evolución de la población exfumadora. Periodo 2001-2014

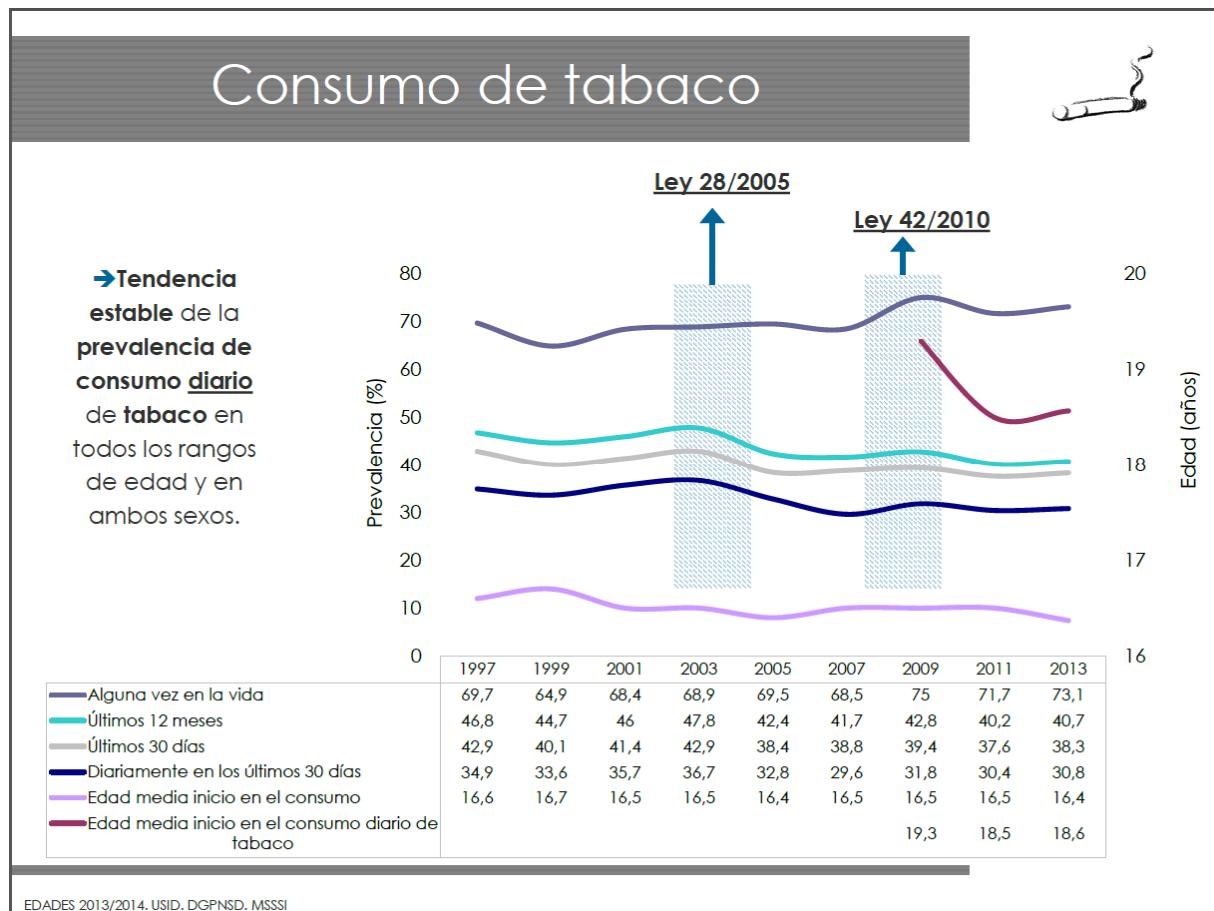


Fuente: Elaboración propia a partir de ENSE y EESE

Por otro lado contamos con la información sobre consumo de tabaco proveniente de la **Encuesta EDADES 2013** (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 una tendencia a la estabilización en los principales indicadores de consumo de tabaco.



Gráfico 3.1.6. Indicadores de consumo de tabaco. Periodo 1997-2013.



Fuente: EDADES 2013



3.1.2. Prevalencia de consumo en jóvenes

En relación con la **prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes**, los datos de la encuesta **ESTUDES 2014/2015** ponen de relieve que continúa el descenso en el consumo de tabaco que se inició en 2004, situándose en mínimos históricos. Aun así, en el último año 137.000 escolares de entre 14 y 18 años empezaron a consumir tabaco.

En 2014, el 38,4% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 8,9% fuma a diario, lo que supone un descenso de 4 puntos respecto a la encuesta anterior.

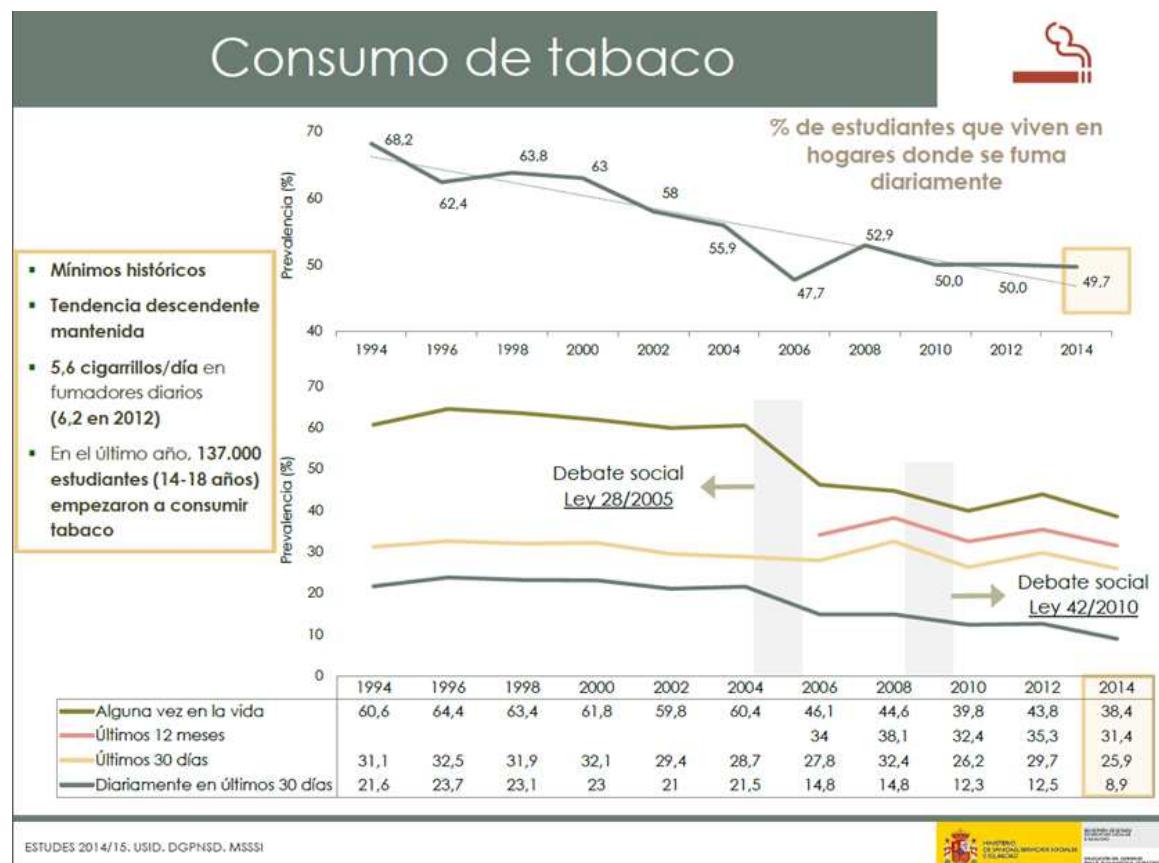
En los últimos diez años el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido en cerca de un 60%. En 2004, el 21,5% de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 8,9% en 2014. También se reduce ligeramente el promedio de cigarrillos de las personas que fuman a diario: 5,6 cigarrillos de media, frente a los 6,2 que consumían en 2012.

Por otro lado, el 49,7% de los escolares vive en hogares donde se fuma diariamente.

En el gráfico, 3.1.7., podemos observar las tendencias y datos marcados por las encuestas de los últimos años en relación a la prevalencia de consumo y a la exposición al humo ambiental de tabaco.



Gráfico 3.1.7. Evolución del consumo de tabaco y exposición de estudiantes en hogares donde se fuma. ESTUDES 2014/2015



Fuente: ESTUDES 2014/2015



3.1.3 Prevalencia de consumo en 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**”¹, 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 (≤ 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 ≤ 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% ($p=0,008$).

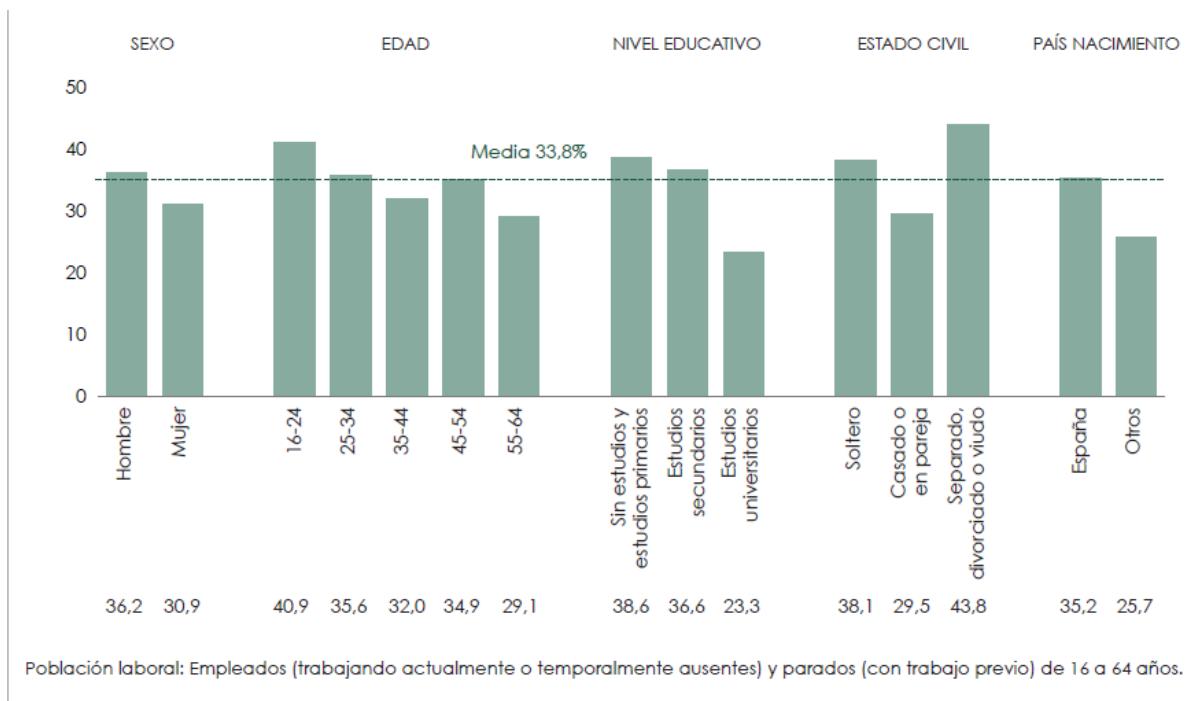
Estos datos sugieren que el periodo de la implantación de la ley se acompañó de un cambio en el patrón de consumo en la población trabajadora, pero se debe tener en cuenta que la metodología no es comparable a la de las encuestas de salud para obtener conclusiones robustas de prevalencia. En cualquier 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.

Más recientemente disponemos de la **Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España** realizada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías y dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. El análisis que aporta esta encuesta refleja que en 2013, el 33,8% de la población de 16 a 64 años empleada o parada con trabajo previo ha fumado diariamente en los últimos 30 días, contándose con una tendencia estable desde el año 2007 en la que esta era del 33,1%.



Por otro lado, el mayor porcentaje de fumadores se concentra en los hombres y en las personas más jóvenes, así como en aquellos que tienen un menor nivel educativo. En cuanto al estado civil, hay menor porcentaje de fumadores entre aquellos que están casados o con pareja que entre los solteros o separados/ divorciados/ viudos.

Gráfico 3.1.10. Porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en la población laboral según variables sociodemográficas. España, 2013.



Fuente: Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral

En 2013, el porcentaje de fumadores es mayor entre los parados que entre los empleados, especialmente entre aquellos que han trabajado previamente.



Gráfico 3.1.11. Porcentaje de fumadores diarios (últimos 30 días) en la población de 16 a 64 años según situación laboral. España 2013.

Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes)	31,0
Empleados trabajando actualmente	31,0
Empleados temporalmente ausentes	29,1
Parados (con trabajo previo o buscando su primer empleo)	39,0
Parados con trabajo previo	39,9
Parados buscando su primer empleo	29,8

Fuente: Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral

¹ 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 Pública 2012; 86:177-188



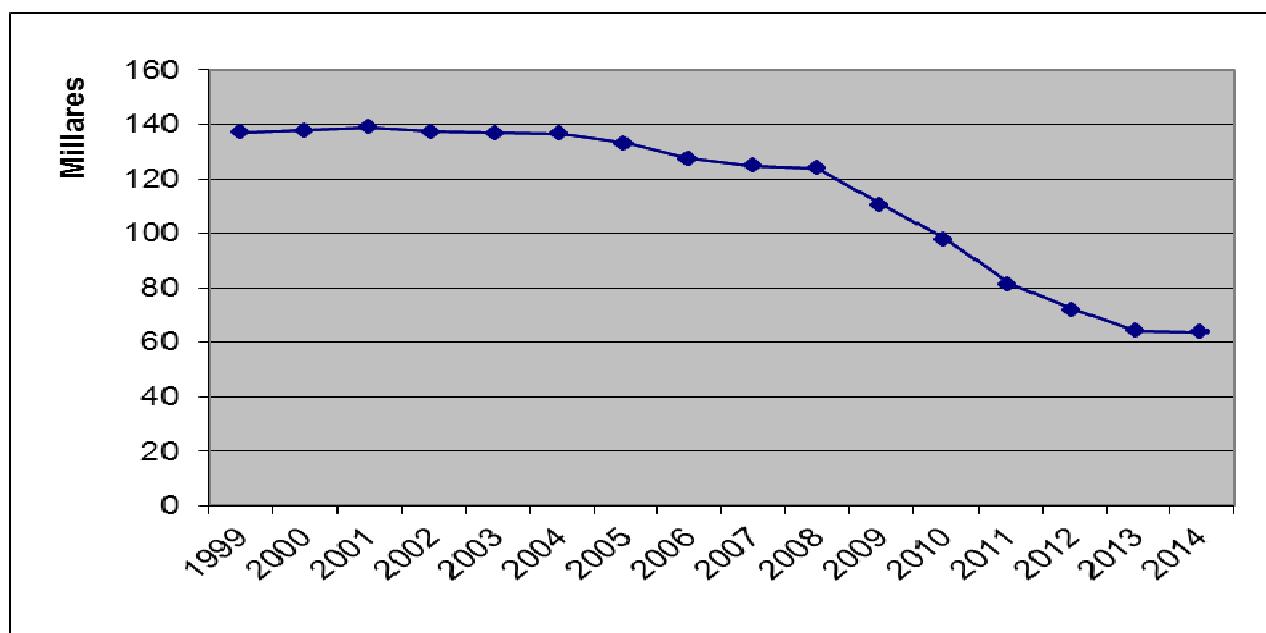
3.2 Ventas de productos del tabaco

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 2013. Entre las posibles razones de esto contamos con la actualización de la estructura del impuesto en 2009 (tras 3 años sin cambios) junto con el inicio de la crisis económica y financiera unido a la aplicación de la Ley 42/2010. Sin embargo, en cuanto al año 2014 se ha observado una escasa variación descendente que puede estar apuntando a un estancamiento de la situación.

- Reducción de un 20,10% en 2011
- Reducción de un 12,86% en 2012
- Reducción de un 12,47% en 2013
- Reducción de un 1,52% en 2014

Gráfico 3.2.1. Evolución de las ventas de cajetillas de cigarrillos por cada mil habitantes.

Años 1999-2014



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 1999-2014 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 , años 1999-2014

	Cigarrillos (cajettilla, 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
2013	2.375.413.227	2.329.586.398			6.929.779	532.651
2014	2.339.948.161	2.302.566.576			6.219.190	685.265

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 analizamos el comportamiento de ventas acumuladas por tipo de producto durante los dos últimos años podemos observar lo siguiente:

- **Cajetillas de cigarrillos:** descenso de un **1,5%** en 2014 con respecto a 2013.
- **Cigarros:** descenso del **1,2%** en 2014 con respecto al año anterior.
- **Picadura para liar:** descenso del **10,3%** en 2014 con respecto a 2013.
- **Picadura de pipa:** incremento del **28,7%** en 2014 con respecto al año anterior.



Tabla 3.2.2. Ventas acumuladas de productos de tabaco en Península e Islas Baleares, por unidad de venta, en unidades físicas. Diciembre 2013 – diciembre de 2014.

	Cajetillas de cigarrillos		Cigarros		Picadura de liar		Picadura de pipa	
	Total diciembre	% dif dic. 14/13	Total diciembre	% dif dic. 14/13	Total diciembre	% dif dic. 14/13	Total diciembre	% dif dic. 14/13
2014	2.339.948.159	-1,5%	2.302.566.576	-1,2%	6.219.190	-10,3%	685.265	28,7%
2013	2.375.413.225		2.329.586.398		6.929.779		532.651	

Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos

Como observado en la tabla anterior, las labores que más cambios han experimentado durante estos dos últimos años (aunque de signo contrario) son la picadura de liar y la picadura de pipa. La razón del descenso en las ventas de picadura de liar hay que buscarla en la Ley 16/2012, de 27 de diciembre, que estableció un novedoso sistema de “doble impuesto mínimo” para la picadura de liar. Su objetivo fue el de elevar el precio de las marcas más baratas del mercado disminuyendo la accesibilidad de tales productos a las rentas más bajas. En este sentido, se había detectado que ciertas marcas escapaban de los límites marcados por el impuesto mínimo tal y como estaba configurado inicialmente y a través de esta modificación se pretendía solucionar esta deficiencia. Cabe mencionar aquí que la picadura de pipa estaba exenta del sistema de imposición mínima. Esta circunstancia fue cambiada a mediados de 2013 mediante el Real Decreto-ley 7/2013, de 28 de junio al incluirlo también para esta labor. Este cambio ha evitado en parte el traspase de consumidores y es probable que su efecto sea observado de mejor manera al comparar las ventas de 2014 con las de 2015, año en que el cambio impositivo ha estado vigente en su totalidad.

En cuanto a los cambios experimentados en las ventas de las diferentes labores del tabaco se hace necesario situarnos en el contexto adecuado. Así, las cuotas de mercado de todas las labores a finales de 2014 son las siguientes:

- Cigarrillos 83,40% del mercado
- Cigarros y cigarritos 4,29% del mercado
- Picadura de liar 11,08% del mercado
- Picadura de pipa 1,22% del mercado



Por último, cabe decir que las reducciones en las ventas experimentadas estos cuatro 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. Para el año 2013 la reducción fue bastante similar, de 582.804.738 €, lo que supone un 5,7% menos que lo gastado en 2012. Por último, el año 2014 ha marcado la diferencia al producirse un aumento del gasto aunque de escasa cuantía, del 0,19%, lo que supone 19.885.700 euros más. La suma total de ahorro para la ciudadanía sería de un total de 1.824.844.197 € durante los 4 últimos años. El ahorro medio total por persona durante este tiempo ha sido de 12,30 euros al año o de casi 12.300 euros anuales por cada mil personas mayores de 18 años¹.

Por último, en lo que respecta a la recaudación por las labores del tabaco, se dispone del **Informe Anual de Recaudación Tributaria** correspondiente al año 2014 elaborado por la Agencia Tributaria, que nos ofrece datos acerca de la evolución del mercado de tabaco². Así, durante el año 2014 se alcanzó una recaudación por el Impuesto Especial sobre las Labores del Tabaco de 6.661 millones de euros³ lo que se traduce en una subida del 1,9% respecto al año anterior. Este hecho se debe, según la Agencia, a tres motivos principales: “en primer lugar, se estabilizó el consumo de tabaco tras cinco años de fuertes caídas; en segundo lugar, el impacto positivo sobre la recaudación de 2014 de las subidas de la fiscalidad aprobadas en 2013; por último, porque se detuvo el proceso de sustitución de cigarrillos por otras labores del tabaco”.

En 2013 hubo dos modificaciones de los tipos impositivos en el ejercicio. La Ley 16/2012, de 26 de diciembre, incrementó el impuesto mínimo desde comienzos del ejercicio. A partir de julio, el RDL 7/2013 impuso un nuevo cambio, que alteró no sólo los tipos sino también la estructura de la fiscalidad: se elevó de nuevo el impuesto mínimo al mismo tiempo que se generalizó su introducción para todas las labores del tabaco, se incrementó también el tipo específico y se redujo el proporcional. Estas subidas, sobre todo las de julio, generaron ingresos adicionales en la

¹ Datos para península y Baleares.

² Informe Anual de Recaudación Tributaria 2014

http://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/Inicio/La_Agencia_Tributaria/Memorias_y_estadisticas_tributarias/Estadisticas/Recaudacion_tributaria/Informes_anuales_de_Recaudacion_Tributaria/Ejercicio_2014/Ejercicio_2014.shtml



recaudación de 2014, que se estiman en 191 millones. El nuevo gravamen produjo que se elevara notablemente el precio por debajo del cual se aplica la imposición mínima.

Como puede apreciarse en la tabla 3.2.3, el precio medio de una cajetilla a tipo normal creció en 2014 un 2,1%, un incremento muy inferior al de años anteriores. Sin embargo, cabe mencionar que este PVP medio ha permanecido en constante subida desde 2010, año en el que se situaba en los 3,33 euros. Por último, cabe decir que la recaudación de ingresos totales ha estado descendiendo continuamente desde 2010 hasta 2014, momento en el cual se produjo un incremento del 1,9%. Así, se ha pasado de los 6.539 millones de euros de 2013 hasta los 6.661 un año después.

Tabla 3.2.3. Precio, consumos e ingresos.

En millones de euros, salvo indicación

	2010	2011	2012	2013(p)	2014(p)	tasas de variación (%)				
						10	11	12	13	14
PRECIOS DE VENTA AL PÚBLICO (€/cajetilla)										
Cigarrillos a tipo normal										
PVP medio de la cajetilla	3,33	3,90	4,08	4,34	4,43	15,1	17,2	4,4	6,5	2,1
Precio antes de impuestos	0,46	0,50	0,50	0,55	0,56	11,5	9,2	0,0	8,1	2,9
IVA	0,48	0,59	0,64	0,74	0,75	20,6	22,4	8,8	14,8	2,0
Impuesto Especial	2,11	2,48	2,59	2,69	2,74	14,7	17,7	4,3	4,1	1,9
Específico	0,21	0,25	0,35	0,43	0,48	11,7	22,9	38,2	23,1	11,6
Proporcional	1,90	2,23	2,23	2,26	2,26	15,1	17,1	0,4	1,1	0,0
Margen comercial	0,28	0,33	0,35	0,37	0,38	15,1	17,2	4,3	6,6	2,2
Cigarrillos a tipo mínimo										
Precio medio (€/cajetilla)	3,12	3,54	3,55	3,91	3,99	19,3	13,2	0,2	10,2	2,2
Precio antes de impuestos	0,31	0,36	0,34	0,38	0,40	7,0	17,7	-7,8	11,9	7,2
IVA	0,45	0,53	0,56	0,66	0,68	24,9	18,2	4,4	18,9	2,3
Impuesto Especial	2,10	2,34	2,35	2,54	2,57	20,1	11,4	0,5	7,9	1,5
Margen comercial	0,27	0,30	0,30	0,33	0,34	19,3	13,2	0,1	10,3	2,1
VENTAS DECLARADAS DE CAJETILLAS (millones)										
Tipo normal	3.224	1.693	2.407	2.018	1.948	-6,8	-47,5	42,2	-16,2	-3,5
Tipo mínimo	215	1.148	178	179	283	-26,3	-	-84,5	0,8	58,1
IMPUESTO ESPECIAL DEVENGADO										
Cigarrillos	7.569	7.318	7.229	6.465	6.591	6,7	-3,3	-1,2	-10,6	1,9
Otras labores	7.240	6.879	6.639	5.884	6.068	5,6	-5,0	-3,5	-11,4	3,1
329	439	591	581	523	38,6	33,6	34,5	-1,6	-10,1	
PASO A CAJA										
Ajustes forales	-85	-153	-69	-68	-69					
País Vasco	-62	-112	-52	-47	-48					
Navarra	-23	-41	-17	-21	-21					
% INGRESOS DEVENGADOS										
Desfase caja: dic(t-1) - dic(t)	-9	88	-89	147	99	-0,1	1,2	-1,2	2,3	1,5
Recaudación de ejercicios cerrados	3	0	4	2	43	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7
Derechos pendientes de cobro ej. corriente	-55	0	-11	-6	-3	-0,7	0,0	-0,2	-0,1	0,0
INGRESOS TOTALES										
(-) Participación de las AA.TT.	7.423	7.253	7.064	6.539	6.661	4,1	-2,3	-2,6	-7,4	1,9
INGRESOS DEL ESTADO	3.635	4.797	4.913	3.592	4.486	12,7	32,0	2,4	-26,9	24,9
Pro memoria										
Valor de los consumos de tabaco (1)	9.765	9.058	8.798	7.855	8.105	5,1	-7,2	-2,9	-10,7	3,2

(1) Valorado a precios antes de IVA

(p) Estimación provisional

Fuente: Informe Anual de Recaudación Tributaria 2014 (Agencia Tributaria)

³ 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.



4. Morbilidad asociada

Introducción

El impacto positivo sobre morbilidad y mortalidad de las leyes que favorecen los espacios libres de humo viene avalado por la evidencia científica recogida hasta la fecha.

Los estudios realizados sobre normas similares aplicadas en otros países han demostrado los efectos beneficiosos para la salud asociados a la disminución de la exposición al humo ambiental del tabaco.

A corto o medio plazo, numerosos estudios han mostrado una reducción en las hospitalizaciones por enfermedad cardiovascular^{8,9}, principalmente en infarto agudo de miocardio^{10,11}, otras cardiopatías isquémicas¹² y accidente cerebrovascular, por otro lado, también en enfermedades respiratorias agudas, como los ingresos por asma¹³. Según las últimas revisiones sistemáticas sobre el tema, la implementación de leyes de espacios libres de humo se relaciona con una reducción del 12% en las hospitalizaciones por eventos coronarios agudos, siendo mayor si la ley es integral (14%), como la actual en España, así como si se ha acompañado de una disminución de la prevalencia del consumo importante tras la implantación de la ley^{14,15}.

En salud infantil, se ha observado una reducción substancial en nacimientos prematuros y asma¹⁶.

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.

Los estudios realizados en España muestran que la implementación de la Ley 28/2005 se relaciona con un descenso del 15% en las hospitalizaciones por EPOC. La puesta en marcha de su modificación (Ley 42/2010) se asocia a un descenso de los ingresos por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma pero sin llegar a ser estadísticamente significativos. Todas las estimaciones muestran una importante variabilidad entre provincias¹⁷.



Actualmente contamos con datos de hospitalización por estas enfermedades hasta el año 2013, por lo que podemos analizar su progresión, así como sus costes asociados. La información presentada a continuación ha sido obtenida a partir del Registro de Altas del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) y permite actualizar los datos presentados en el informe anterior, en el que los de 2011 eran preliminares. Así, podemos analizar 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.

Es necesario mencionar que para conocer específicamente los efectos en morbilidad que se pueden atribuir a este tipo de leyes se requiere un análisis estadístico más complejo, como se ha argumentado en investigaciones en España¹⁸, entre otros.

Metodología:

Se han analizado los datos de altas hospitalarias del CMBD correspondientes a los años 2003-2013. Se han obtenido las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio (código 410 de la CIE9MC), todas las formas de cardiopatía isquémica (códigos 410-414), enfermedad cerebrovascular (códigos 430-438) en población de 25 y más años, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, códigos: 490-492, 494-496) en población de 40 y más años y asma (código 493) en toda la población. Se incluyen sólo los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), debido a que los privados se han ido incorporando progresivamente al CMBD en este periodo.

Dada 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^{2,19}. Las tasas se han ajustado por edad y sexo por el método directo utilizando el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar.

Resultados

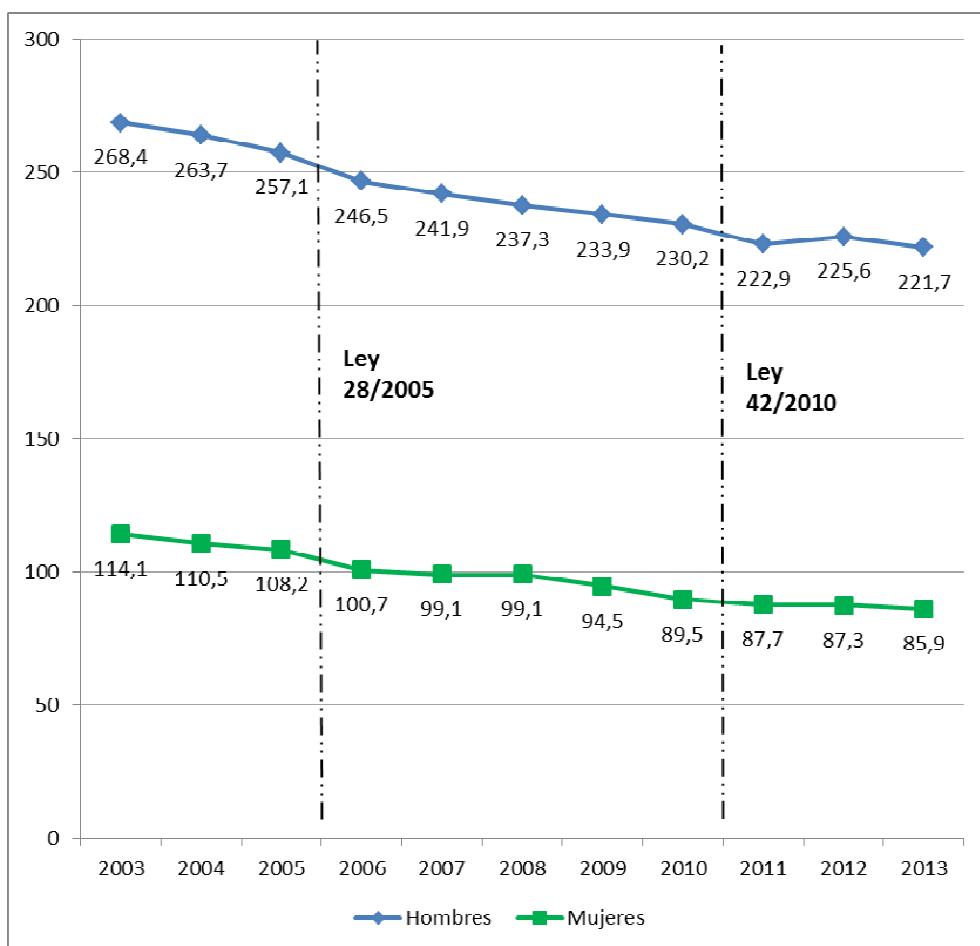
Enfermedad cardiovascular

En España, tanto en el caso del infarto agudo de miocardio como en el de otras formas de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, 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 iniciada en 2003, previa por tanto a la implantación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y su modificación.

Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en población de 25 y más 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 2013 como estándar

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

En 2013, las hospitalizaciones por **infarto agudo de miocardio** fueron de 221,68 y 85,9 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres de 25 o más años respectivamente.



Si consideramos el periodo 2005-2013, desde el año previo a la aplicación de la Ley 28/2005 hasta los últimos datos disponibles, las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio se han reducido un 13,8% en hombres y un 20,6% en mujeres. Aunque existía ya una tendencia de descenso, en hombres destacan las disminuciones observadas en 2006 (año de aplicación de la ley 28/2005) y 2011 (año de aplicación de su modificación, Ley 42/2010), produciéndose una reducción de los infartos agudos de miocardio en esos años del 4% y 3% respectivamente, diferencias estadísticamente significativas cuando la media de reducción anual era del 2%. En mujeres, sin embargo, destaca especialmente la disminución de los casos de infarto agudo de miocardio ocurrida en 2006 (7%), estadísticamente significativa.

En el periodo 2010-2013, tras la aplicación de la modificación de la ley (42/2010), las tasas de hospitalización se han reducido alrededor del 4%, se han producido 8,6 casos de infarto menos en hombres y 3,6 casos de infarto menos por 100.000 habitantes en mujeres. Sin embargo, aparte de la destacada reducción de 2011, los casos han continuado descendiendo a un ritmo menor tanto en hombres como en mujeres, sin presentar diferencias significativas.

Altas hospitalarias de infarto agudo de miocardio por 100.000 habitantes en población mayor de 25 y más años (SNS. España)

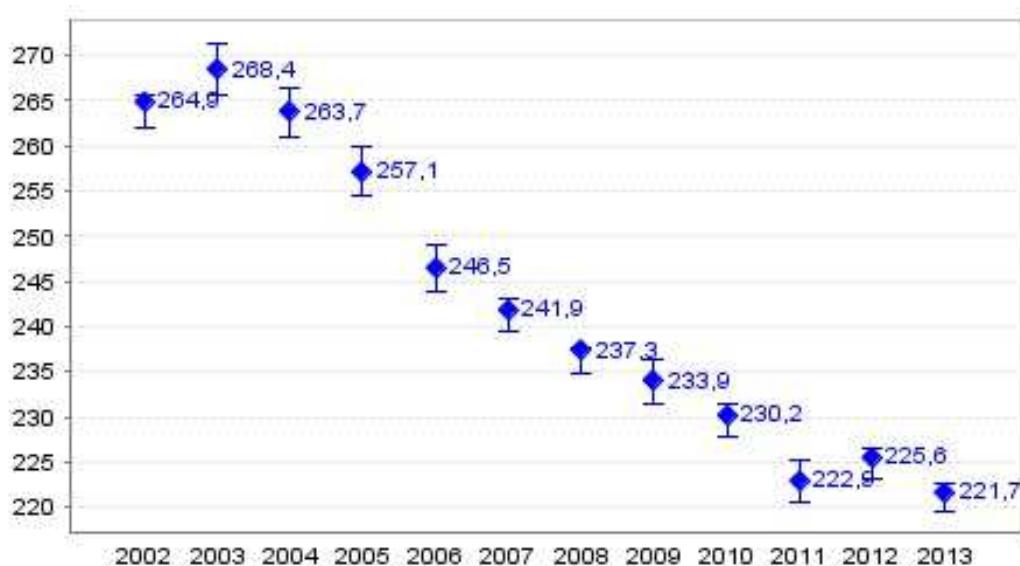
Año	Hombres					Mujeres				
	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)
2003	248,86	268,44	(265,68-271,23)	ref	ref	105,55	114,05	(114,05-115,82)	ref	ref
2004	244,27	263,74	(261,04-266,49)	-4,71	-1,75	102,38	110,47	(110,47-108,78)	-3,58	-3,14
2005	237,47	257,10	(254,47-259,79)	-6,64	-2,52	100,13	108,15	(108,15-112,18)	-2,32	-2,10
2006	227,79	246,46	(243,91-249,04)	-10,64	-4,14	93,61	100,66	(99,08-101,22)	-7,49	-6,93
2007	223,33	241,86	(239,38-243,19)	-4,60	-1,86	92,27	99,09	(97,56-100,64)	-1,57	-1,56
2008	220,01	237,34	(234,90-237,61)	-4,52	-1,87	92,48	99,06	(97,54-100,61)	-0,03	-0,03
2009	218,79	233,95	(231,55-236,36)	-3,39	-1,43	89,03	94,53	(93,02-96,05)	-4,53	-4,58
2010	218,34	230,23	(227,87-231,40)	-3,72	-1,59	85,24	89,47	(88,05-90,92)	-5,05	-5,34
2011	214,85	222,91	(220,62-225,24)	-7,32	-3,18	84,69	87,70	(86,31-87,77)	-1,78	-1,99
2012	221,30	225,57	(223,27-226,59)	2,66	1,20	85,57	87,35	(85,99-87,87)	-0,35	-0,40
2013	221,68	221,68	(219,42-222,49)	-3,90	-1,73	85,90	85,90	(84,58-87,27)	-1,44	-1,65

*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar. Dif. Anual: Diferencia de tasas anual. Red. Anual: Reducción anual (%)

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



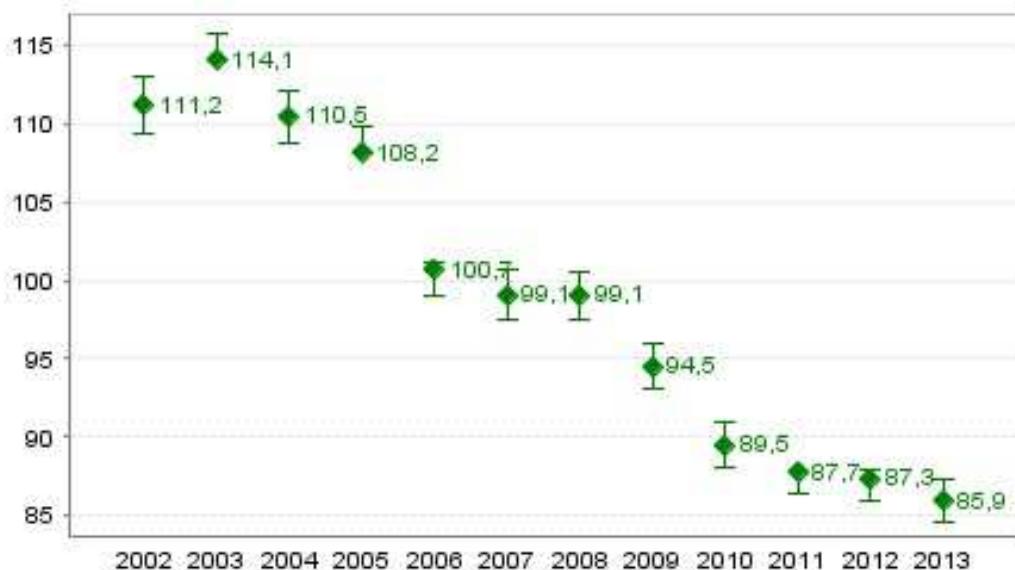
Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en hombres de 25 y más años, con intervalos de confianza al 95%(SNS. España)



*Tasas por 100.000habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar

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

Tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio en mujeres de 25 y más 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 2013 como estándar

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



Los datos de hospitalizaciones por todas las formas de **cardiopatía isquémica** también presentan una marcada tendencia de disminución durante todo el periodo 2003-2013 en hombres y mujeres. Sin embargo, no se aprecian diferencias específicas en los años de aplicación de la Ley 28/2005, ni en el de su modificación. Las tasas de hospitalización por cardiopatía isquémica fueron en 2011 de 87,6 y de 50,13 casos por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente.

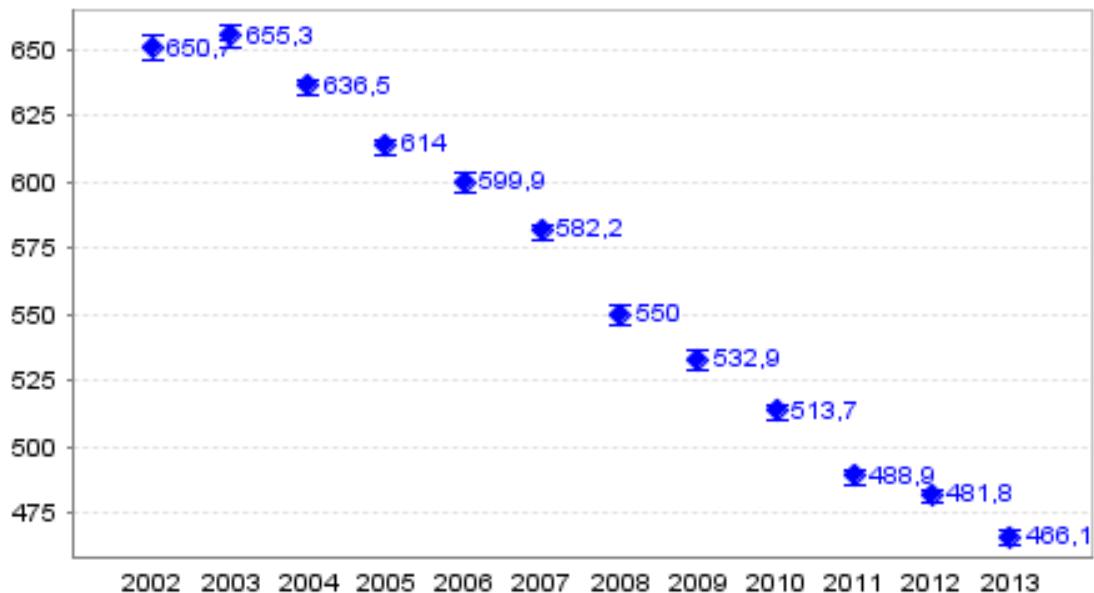
Altas hospitalarias de cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes en población de 25 o más años (SNS. España)

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 (%)
2003	616,24	655,34	(651,06-658,69)	ref	ref	260,37	272,96	(270,28-274,73)	ref	ref
2004	596,71	636,49	(632,31-637,93)	-18,85	-2,88	254,31	267,49	(264,85-269,20)	-5,48	-2,01
2005	572,63	613,99	(609,92-615,47)	-22,50	-3,53	242,10	255,23	(252,71-257,10)	-12,25	-4,58
2006	558,87	599,85	(595,88-603,84)	-14,13	-2,30	232,58	245,14	(242,70-246,02)	-10,10	-3,96
2007	541,30	582,17	(578,30-583,68)	-17,69	-2,95	226,18	238,46	(236,10-240,86)	-6,67	-2,72
2008	511,96	549,98	(546,25-553,69)	-32,19	-5,53	215,79	227,62	(225,30-228,63)	-10,84	-4,55
2009	499,65	532,86	(529,22-536,49)	-17,11	-3,11	202,90	212,96	(210,76-214,19)	-14,66	-6,44
2010	488,09	513,66	(510,15-515,61)	-19,21	-3,60	193,57	201,36	(199,23-202,74)	-11,60	-5,45
2011	471,77	488,90	(485,49-491,08)	-24,76	-4,82	184,39	189,76	(187,70-191,83)	-11,60	-5,76
2012	472,90	481,76	(478,42-483,87)	-7,13	-1,46	182,27	185,40	(183,38-187,45)	-4,36	-2,30
2013	466,07	466,07	(462,84-468,12)	-15,69	-3,26	181,82	181,82	(179,85-183,77)	-3,58	-1,93

*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar



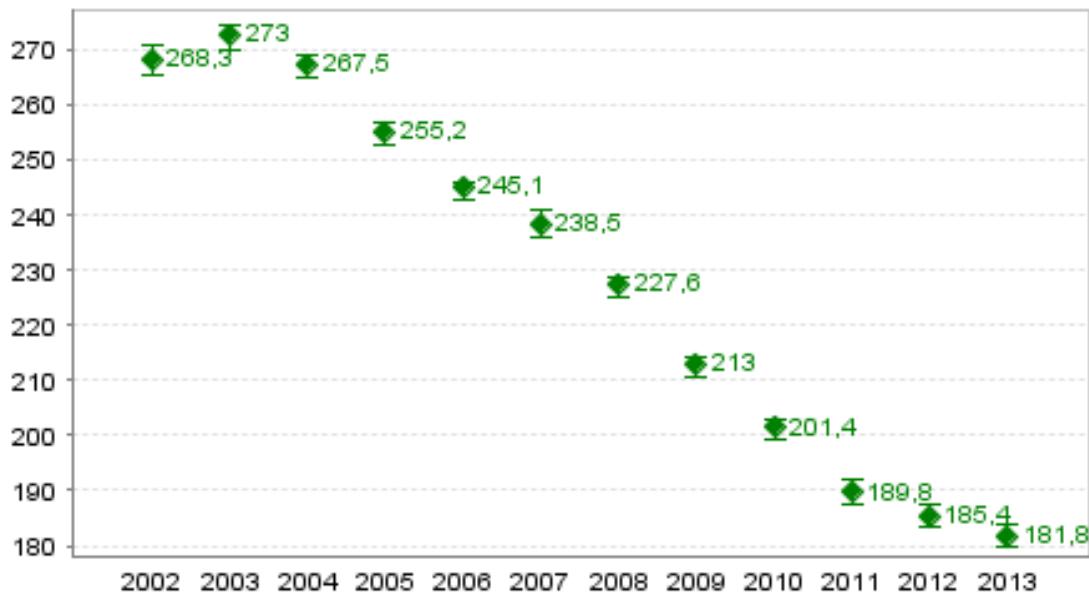
Tasas de hospitalización por cardiopatía isquémica en hombres de 25 y más años, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)



*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar

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

Tasas de hospitalización por cardiopatía isquémica en mujeres de 25 y más 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 2013 como estándar

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



Las hospitalizaciones por **enfermedad cerebrovascular** también han ido disminuyendo a lo largo de la última década, pero destaca la magnitud de la reducción en 2011, del 3,2% respecto al año anterior, tanto en hombres como en mujeres.

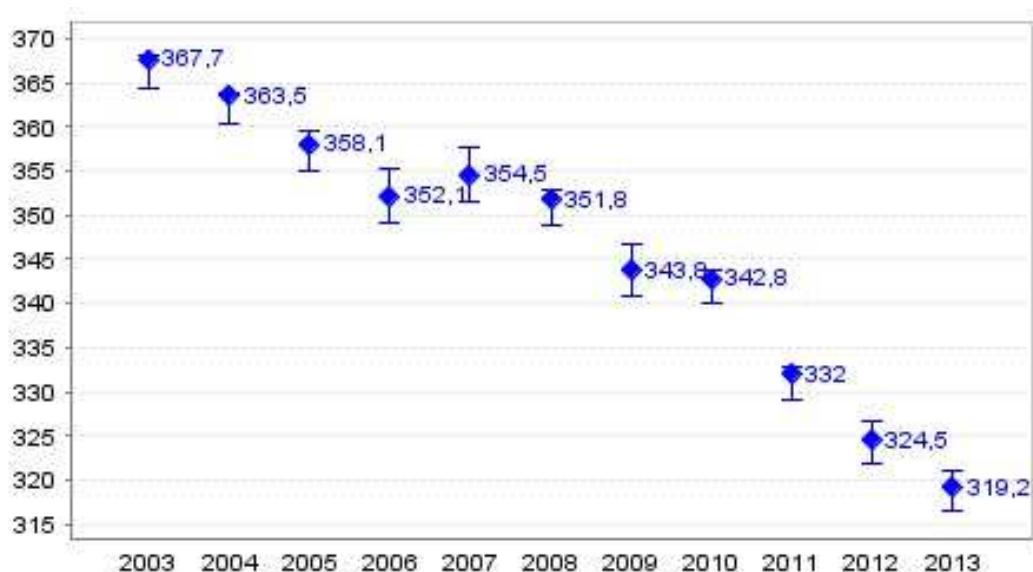
Tasas de hospitalización por enfermedad cerebrovascular en población de 25 y más años, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)

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 (%)
2003	339,318	367,685	(364,41-368,23)	ref	ref	272,64	297,65	(294,80-299,22)	ref	ref
2004	334,402	363,478	(360,27-363,85)	-4,21	-1,14	265,99	289,79	(287,01-292,57)	-7,86	-2,64
2005	329,498	358,05	(354,93-359,64)	-5,43	-1,49	261,27	284,09	(281,38-286,84)	-5,70	-1,97
2006	324,193	352,078	(349,02-355,17)	-5,97	-1,67	261,24	282,62	(279,93-283,90)	-1,47	-0,52
2007	326,606	354,51	(351,47-357,55)	2,43	0,69	259,46	280,29	(277,64-282,92)	-2,33	-0,82
2008	324,618	351,764	(348,77-352,82)	-2,75	-0,77	264,00	284,43	(281,80-287,06)	4,14	1,48
2009	320,264	343,767	(340,84-346,73)	-8,00	-2,27	261,58	279,11	(276,53-279,95)	-5,32	-1,87
2010	324,338	342,793	(339,92-343,66)	-0,97	-0,28	263,15	277,15	(274,62-279,71)	-1,96	-0,70
2011	319,608	331,982	(329,16-332,93)	-10,81	-3,15	258,20	268,40	(265,93-270,85)	-8,75	-3,16
2012	318,392	324,511	(321,75-326,62)	-7,47	-2,25	258,61	264,50	(262,07-266,19)	-3,90	-1,45
2013	319,183	319,183	(316,52-321,12)	-5,33	-1,64	259,24	259,24	(256,88-260,85)	-5,25	-1,99

*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar



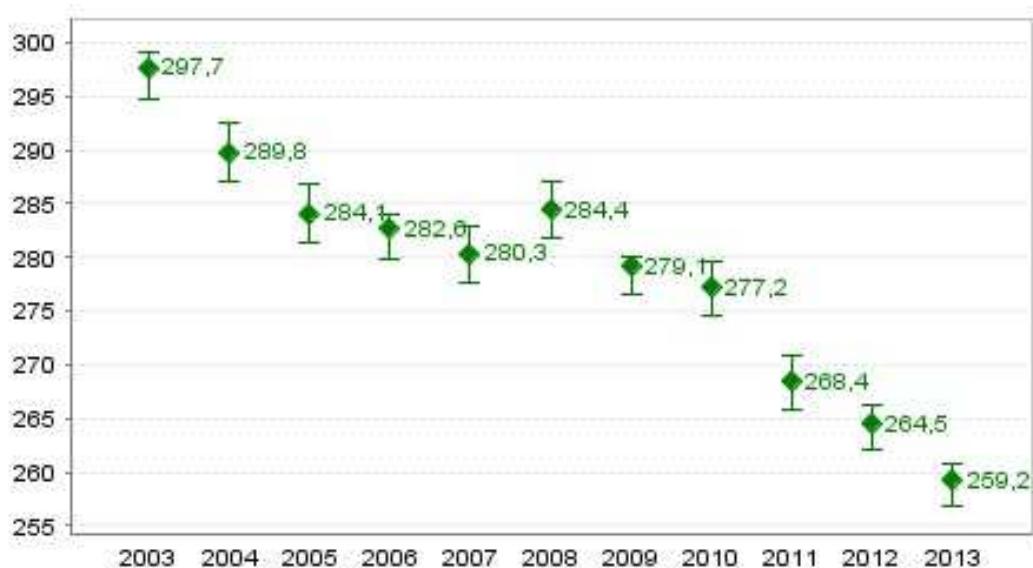
Tasas de hospitalización por enfermedad cerebrovascular en hombres de 25 y más años, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)



*Tasas por 100.000 habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar

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

Tasas de hospitalización por enfermedad cerebrovascular en mujeres de 25 y más 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 2013 como estándar

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



Enfermedades respiratorias: asma

Diversos estudios han mostrado una reducción del riesgo de enfermedades respiratorias agudas, específicamente de los ingresos por asma y EPOC, asociado a las leyes de control del tabaquismo^{2,5,20}.

Las tasas de hospitalización por asma en el conjunto de la población son mayores en mujeres que en hombres, en ambos se ha producido un descenso global a lo largo del periodo 2003-2013.

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 una reducción de los ingresos por asma en ambos sexos. Esta reducción anual fue la mayor de todo el periodo en hombres (16,5%) y menor en mujeres (2%), 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 22,5% en hombres y del 22,2% en mujeres. En los años 2012 y 2013 se detectan ligeros aumentos pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

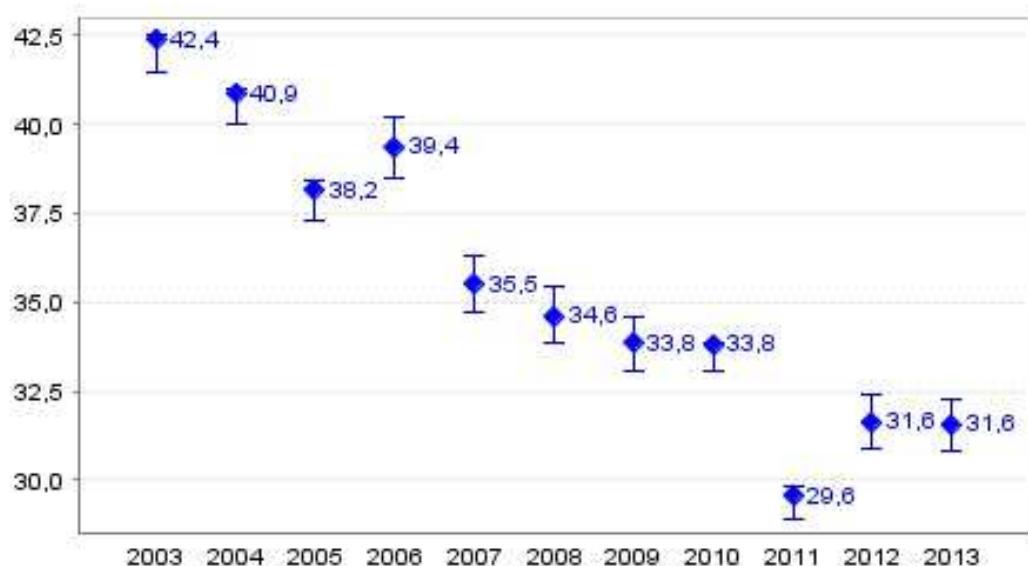
Altas hospitalarias de asma por 100.000 habitantes, población de 0 o más años (SNS. España)

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 (%)
2003	40,94	42,40	(41,48-42,56)	ref	ref	76,64	80,13	(78,90-81,39)	ref	ref
2004	39,57	40,87	(39,99-40,98)	-1,52	-3,59	72,55	76,10	(74,92-76,48)	-4,04	-5,04
2005	36,79	38,16	(37,30-38,45)	-2,72	-6,65	75,41	78,97	(77,74-79,19)	2,87	3,77
2006	38,12	39,36	(38,50-40,20)	1,20	3,14	66,42	69,13	(69,13-69,67)	-9,84	-12,46
2007	34,65	35,49	(34,71-36,28)	-3,87	-9,82	67,13	69,72	(68,63-70,87)	0,59	0,85
2008	33,98	34,62	(33,86-35,42)	-0,87	-2,44	64,57	67,00	(65,94-68,11)	-2,71	-3,89
2009	33,41	33,84	(33,10-34,62)	-0,78	-2,26	63,44	65,42	(64,38-66,47)	-1,59	-2,37
2010	33,75	33,81	(33,05-33,84)	-0,03	-0,10	61,22	62,66	(61,64-63,68)	-2,76	-4,21
2011	29,58	29,56	(28,88-29,81)	-4,24	-12,55	60,37	61,42	(60,42-62,43)	-1,24	-1,98
2012	31,79	31,65	(30,92-32,39)	2,08	7,04	63,85	64,50	(63,49-64,96)	3,08	5,01
2013	31,57	31,57	(30,84-32,31)	-0,08	-0,25	63,40	63,40	(62,41-63,42)	-1,10	-1,71

*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Registro de Altas CMBD – MSSSI



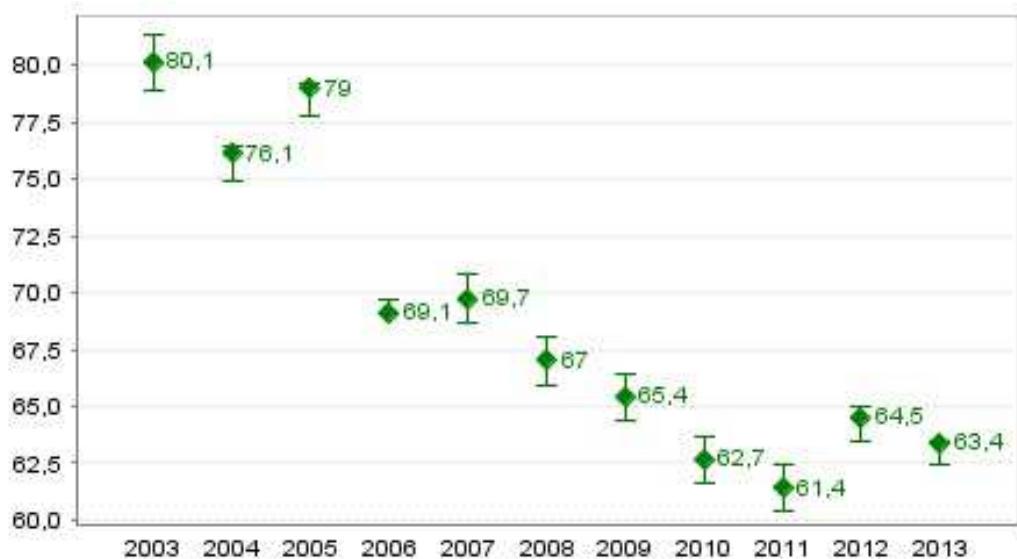
Tasas de hospitalización por asma por 100.000 habitantes en hombres, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)



*Tasas por 100.000habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar

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

Tasas de hospitalización por asma por 100.000 habitantes en mujeres, 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 2013 como estándar

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



Además del conjunto de la población, se han analizado los ingresos por **asma infantil** (población menor de 15 años), grupo en el que los estudios muestran una asociación específica⁸ y en el que la exposición al humo ambiental presenta características diversas, por ejemplo, no se ha visto reducida una exposición ocupacional.

En la población infantil 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 15,9% en niños y niñas respectivamente, diferencias significativas respecto al año anterior. Sin embargo, durante ese periodo se han dado mayores variaciones en otros años tanto de aumento como de disminución. En los años 2012 y 2013 las diferencias no son estadísticamente significativas.

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

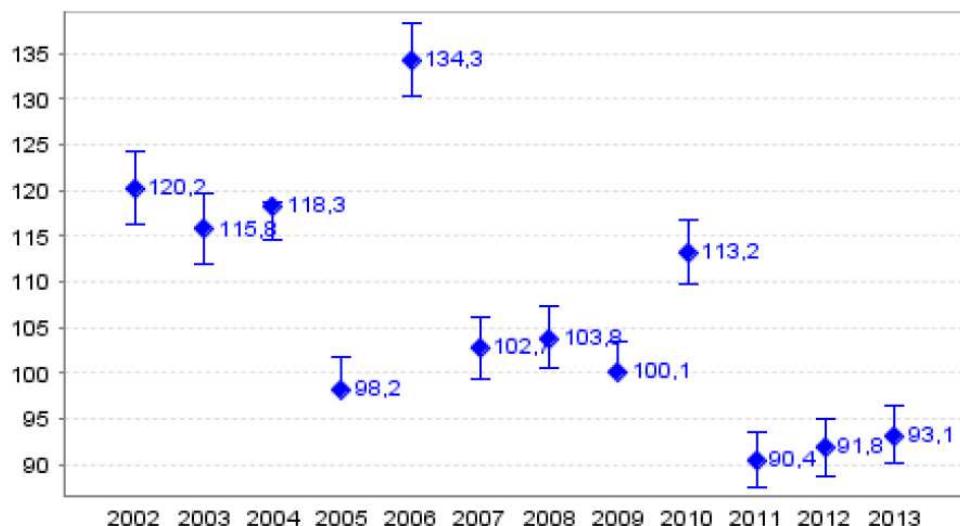
Año	Hombres					Mujeres				
	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)	Tasa Bruta	Tasa Ajust*	IC (95,0%)	Dif. anual	Red. anual (%)
2003	114,90	115,81	(112,03-119,67)	ref	ref	74,02	74,51	(71,42-77,72)	ref	ref
2004	118,44	118,33	(114,59-118,76)	2,52	2,18	76,97	76,90	(73,79-80,12)	2,39	3,21
2005	99,12	98,22	(98,22-101,70)	-20,11	-16,99	68,17	67,73	(64,83-70,69)	-9,18	-11,93
2006	136,17	134,27	(130,34-138,30)	36,05	36,70	91,58	90,64	(87,32-94,02)	22,91	33,82
2007	105,21	102,74	(99,35-106,18)	-31,53	-23,48	67,69	66,35	(63,57-69,22)	-24,29	-26,80
2008	106,63	103,82	(100,48-107,22)	1,07	1,05	68,67	67,18	(64,44-70,03)	0,84	1,26
2009	102,90	100,09	(100,09-103,39)	-3,73	-3,59	67,98	66,42	(63,71-69,22)	-0,77	-1,14
2010	116,28	113,17	(109,76-116,70)	13,09	13,07	74,44	72,77	(69,96-75,68)	6,35	9,56
2011	92,58	90,45	(87,41-93,56)	-22,72	-20,08	62,57	61,23	(58,66-63,88)	-11,54	-15,85
2012	93,38	91,84	(88,79-94,97)	1,40	1,54	59,13	58,25	(55,72-60,85)	-2,99	-4,88
2013	93,13	93,13	(90,04-96,33)	1,29	1,40	60,24	60,24	(57,66-62,92)	1,99	3,42

*Tasas ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar

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



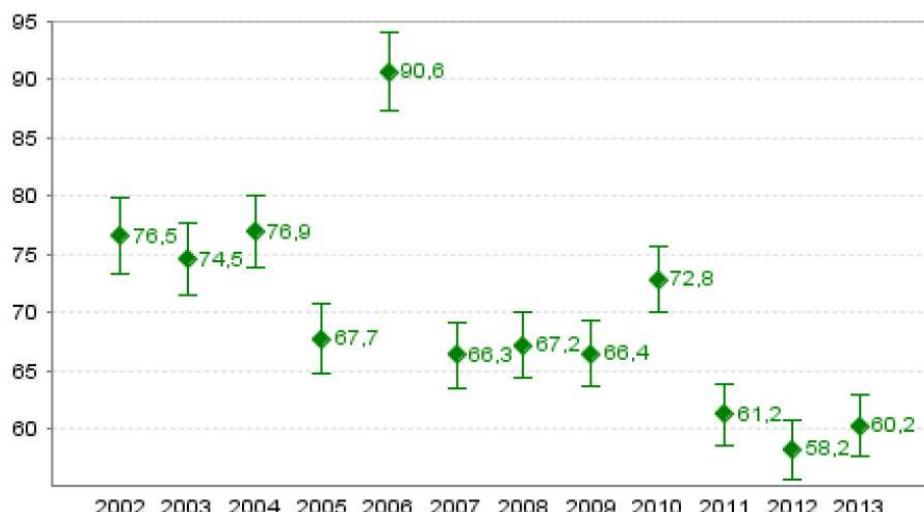
Tasas de hospitalización por asma por 100.000 habitantes en hombres menores de 15 años, con intervalos de confianza al 95% (SNS. España)



*Tasas por 100.000habitantes, ajustadas por sexo y edad por el método directo, con el programa Epidat 4.0, con la población de 2013 como estándar

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

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 2013 como estándar

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



Discusión y conclusiones

En resumen, los datos muestran una reducción de las tasas de ingresos por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y asma tras la aplicación de la modificación de la ley, específicamente en 2011. En los años 2012 y 2013 la tendencia de disminución se mantiene en la mayoría de los casos pero las diferencias son menores y sin significación estadística.

En el caso de infarto agudo de miocardio, especialmente en hombres, se observan dos reducciones importantes en los años de aplicación de la Ley 28/2005 y su modificación (Ley 42/2010), y una destacable reducción global 2005-2013 en ambos sexos, que también se observa en cardiopatía isquémica. En cuanto a enfermedad cerebrovascular, también destaca la reducción global y específicamente en 2011 (del 3,2%) en ambos sexos. En el caso de los ingresos por asma, se da una importante reducción específica en 2011 (12,6%) en hombres, además destacan las reducciones de 2011 en los ingresos por asma infantil.

Estos resultados, aunque no se ha podido realizar una investigación completa y controlar determinados factores, van en la línea de los estudios publicados. Según los últimos metanálisis^{2,14}, las leyes de control del tabaquismo se asocian con descensos significativos en los ingresos por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares. El descenso asociado a las leyes integrales (que cubren lugares de trabajo, bares y restaurantes, etc.) como la actual normativa española, sería del 14-15% en las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio.

Aunque ya existía una tendencia de descenso, en España se ha observado una reducción global de las hospitalizaciones por enfermedad coronaria desde 1997. Ésta se asocia a dos estrategias preventivas implantadas a nivel poblacional: políticas de control y prevención del tabaquismo, a las que siguió una disminución del consumo de tabaco, y el tratamiento farmacológico del riesgo cardiovascular. Las investigaciones sugieren que, además del efecto acumulado de la reducción del consumo, parte de esta disminución de las hospitalizaciones de los últimos años podría ser atribuible a la menor exposición al humo de tabaco facilitada por la Ley 28/2005²¹.



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%¹. 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 Barcelona⁷.

Los últimos estudios realizados en España muestran que la puesta en marcha de la Ley 42/2010 se asocia a un descenso del infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica y asma pero sin llegar a ser estadísticamente significativos. Todas las estimaciones muestran una importante variabilidad entre provincias²².

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. Otros estudios han encontrado una reducción específica en varones²³.

Diversos estudios han mostrado una reducción del gasto sanitario asociado a estas enfermedades tras la implantación de leyes de este tipo 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 ley².

Estos datos presentan ciertas limitaciones propias del análisis de datos hospitalarios, no ha sido 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.



Además, como se argumenta en diversos estudios, la investigación del efecto atribuible a la ley en la morbilidad requeriría un análisis más completo, con series temporales y donde se tenga en cuenta la tendencia temporal no lineal y factores confusores potenciales como la estacionalidad, temperatura, gripe, infecciones respiratorias agudas, consumo de tabaco y, en asma, concentración de polen²⁴.

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.

En este periodo se han incorporado otras medidas (pictogramas en los productos del tabaco, incremento de los impuestos de estos productos, etc) cuyo efecto adicional no se ha podido evaluar. Las leyes que favorecen los espacios sin humo requieren un marco multicomponente de políticas de prevención del tabaquismo, suelen ir acompañadas de programas educativos, campañas mediáticas, servicios de apoyo a la cesación como las “quitlines” y otro tipo de intervenciones²³. Por lo que la inclusión de medidas adicionales favorecería los efectos beneficiosos en salud de la ley existente, dando un mayor impulso en las políticas de prevención y control del tabaquismo.

Sobre **el impacto en mortalidad**, 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)²⁵ 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.

Otra posible aproximación al impacto en mortalidad de la legislación es el cálculo de mortalidad atribuida a la exposición al HAT. El estudio de MJ López et al²⁶., estima que en 2011 en España existieron al menos 1.028 muertes atribuidas en no fumadores (586 en hombres y 442 en mujeres), que corresponderían a la exposición en casa y en el trabajo. Esto supone una considerable reducción frente a las 1.228 muertes atribuidas en 2002 (408 en hombres y 820 en mujeres)²⁷. Sin embargo, este número de muertes aumentaría en gran medida si se incluyese la exposición en el tiempo libre o los exfumadores en el cálculo. Así, los autores destacan que aún existen áreas, como los vehículos privados, los hogares, o determinados espacios al aire libre, donde la exposición al HAT se asocia con una importante morbi-mortalidad.

⁸ IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies (2009: Lyon, France).

⁹ 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..

¹⁰ 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>

¹¹ 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]

¹² 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>

¹³ 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.

¹⁴ Jones MR, Barnoya J, Stranges S, Losonczy L, Navas-Acien A. Cardiovascular Events Following Smoke-Free Legislations: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Curr Environ Health Rep. 2014 Sep 1;1(3):239-249.

¹⁵ Lin H1, Wang H, Wu W, Lang L, Wang Q, Tian L. The effects of smoke-free legislation on acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013 May 31;13:529.

¹⁶ Been JV, Mackenbach JP, Millett C, Basu S, Sheikh A. Tobacco control policies and perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis protocol. BMJ Open. 2015 Sep 22;5(9):e008398.



¹⁷ Impacto de las leyes 28/2005 y 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en los ingresos hospitalarios por enfermedades cardiovasculares y respiratorias en España
I. Galán, L. Simón, C. Ortiz, R. Fernández-Cuenca, C. Linares, E. Boldo, V. Flores, M.J. Medrano, R. Pastor-Barriuso
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

¹⁸ Galán I, Simón L, Flores V, Ortiz C, Fernández-Cuenca R, Linares C, Boldo E, José Medrano M, Pastor-Barriuso R. Assessing the effects of the Spanish partial smoking ban on cardiovascular and respiratory diseases: methodological issues. *BMJ Open*. 2015 Dec 1;5(12):e008892.

¹⁹ 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.

²⁰ Naiman A, Glazier R, Moineddin R. Association of anti-smoking legislation with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions. *CMAJ* 2010.

²¹ Medrano MJ1, Alcalde-Cabero E, Ortíz C, Galán I. Effect of cardiovascular prevention strategies on incident coronary disease hospitalisation rates in Spain: an ecological time series analysis. *BMJ Open*. 2014 Feb 17;4(2):e004257

²² Galán I, Simón L, Ortiz C, Fernández-Cuenca R, Linares C, Boldo E, et al. Impacto de las leyes 28/2005 y 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en los ingresos hospitalarios por enfermedades cardiovasculares y respiratorias en España. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

²³ Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 4;2

²⁴ Galán I, Simón L, Flores V, Ortiz C, Fernández-Cuenca R, Linares C, Boldo E, José Medrano M, Pastor-Barriuso R. Assessing the effects of the Spanish partial smoking ban on cardiovascular and respiratory diseases: methodological issues. *BMJ Open*. 2015 Dec 1;5(12):e008892.

²⁵ 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

²⁶ López MJ, Pérez-Rios M, Schiaffino A, Fernández E. Mortality Attributable to Secondhand Smoke Exposure in Spain (2011). *Nicotine Tob Res*. 2016;18:1307–10.

²⁷ López MJ, Pérez-Rios M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C, et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control*. 2007;16:373–7



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.

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 2013 y 2014 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 26 de marzo de 2015)

	Periodo	Denuncias	Inspecciones	Expedientes	Sanciones
País Vasco	2011-octubre 2012	349	0 ^(a)	0 ^(a)	0 ^(a)
	2013-2014	N/D	N/D	N/D	N/D
Cataluña	2011-junio 2012	520	30.552	177	85
	2013-2014	405	27244	300	221
Galicia	2011-1º semestre 2012	1.084	1.562	481	377
	2014	120	1652	1256	721
Andalucía	2011-may 2012	2.202	120.578	1204	597
	2014	1.289	1.090	717	229.097 €
Asturias	2011-noviembre 2012	788	1.011	592	519
	2013-2014	609	1555	553	575
Cantabria	2011-2012	204	3.651	126	102
	2013-2014	183	2073 (2003 establecimientos)	152	144
La Rioja	2011-2012	77	21	54	48
	2013-2014	139	77	139	47
Murcia	2011-noviembre 2012	1165	17.396	396	396 ^(b)
	2013-2014	1188	20865	793 prop. 528 incoados	229
Valencia	2012	636	23.422	508	383
	2013-14	1064		790	843
Aragón	2011-2012	333	33.608	490	307
	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Castilla La Mancha	2011	493	128		
	2013-2014	612	1162	1158	291.939 €
Canarias	2011-2012	173	6.704	270	
	2013-2014	72	3.109	72	39



Tabla 5.1.1 (Continuación) 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 26 de marzo de 2015)

	Periodo	Denuncias	Inspecciones	Expedientes	Sanciones
Navarra	2011-noviembre 2012	34	164	104	47
	2013-2014	261		211	156
Extremadura	2011-2012	331	128	128	97
	2013-2014	257	257	178	160
Islas Baleares	2011-2012	279	4.781	357	N.D. ^(c)
	2013-2014	68	1575	215	215
Madrid	1º semestre 2012 ^(d)	640	2415	363	N.D.
	2013-2014	299	7889	1588	1394
Castilla y León	2011	N.D.	9.194	368	246
	2013-2014		12108	699	509
Ceuta	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Melilla	2011-2012	20	2	2	0
MSSSI	2011-2012	22		20	19
	2013-2014	6		6	4

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 debemos 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 si se dispone 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

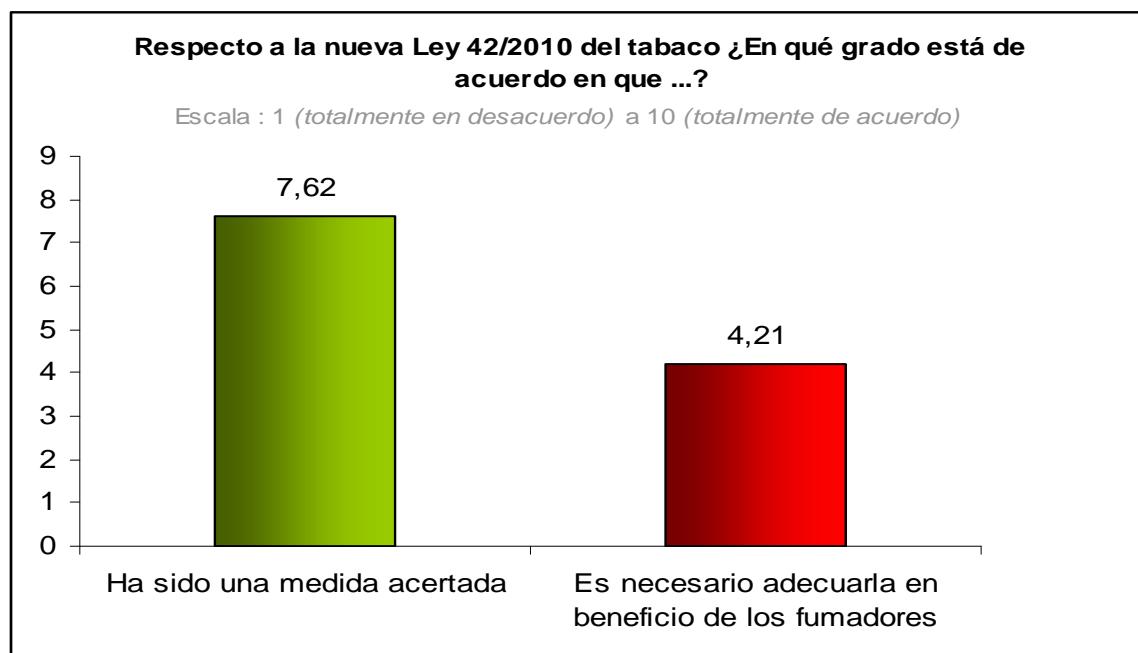
Podemos decir que, durante los 4 años de vigencia de la modificación realizada, el grado de cumplimiento de la ley ha sido alto y, entre otros factores, se debe fundamentalmente a la



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.

Respecto a los dos primeros años de implantación de la Ley contamos con el **Barómetro Sanitario 2012**¹, que incluyó un apartado relativo a la percepción de la Ley 42/2010. La población de estudio corresponde a personas de ambos性os 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



Tabla 5.2.1. 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)

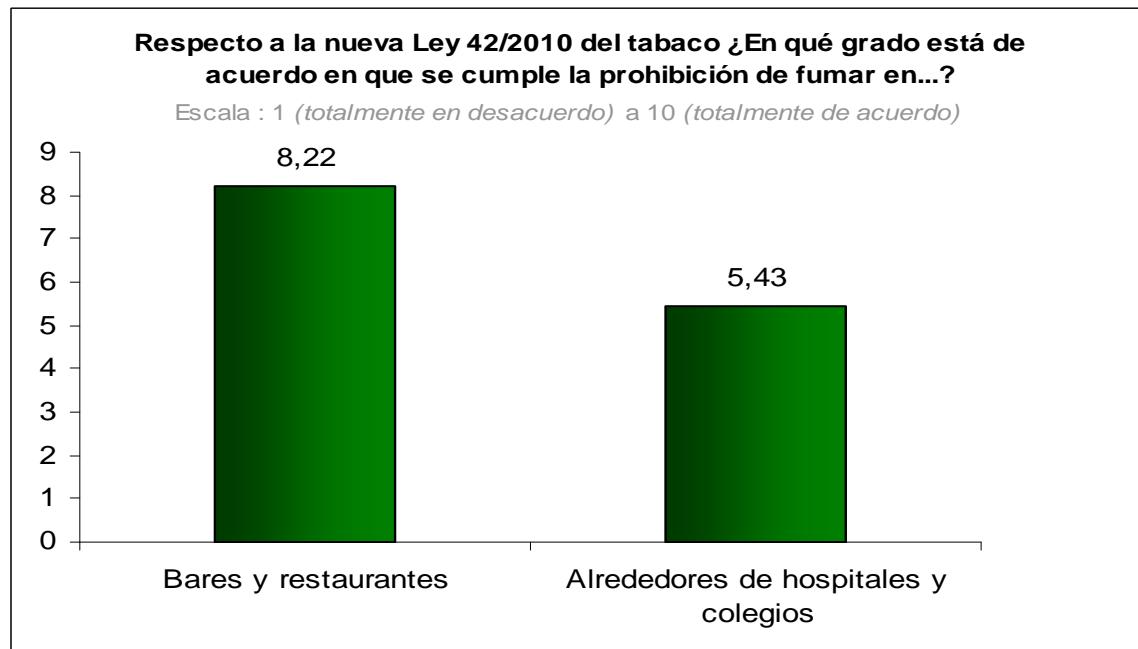
Fuente: Barómetro Sanitario 2012

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 5.2.2. Media del grado de acuerdo con la nueva ley del tabaco



Fuente: Barómetro Sanitario 2012

Tabla 5.2.2. Percepción del grado de cumplimiento de la nueva ley en bares y restaurantes, por CCAA

(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 5.2.3. 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	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 5.2.4. 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.

Por otro lado, y respecto a los últimos datos disponibles contamos con el **Barómetro Sanitario 2014**² el cual incluye también la percepción de los ciudadanos acerca de las medidas adoptadas pero incluye además preguntas acerca de los cigarrillos electrónicos los cuales habían estado en pleno auge recientemente. Así, podemos apreciar en la tabla 5.2.5 que existe una percepción positiva acerca del acuerdo con las medidas de control actuales con una media de 7,36. Esta percepción también es positiva respecto a la necesidad de implantar nuevas medidas con una media de 6,62.

Tabla 5.2.5. Media del grado de acuerdo con las medidas de prevención del tabaquismo

	Media	Desviación típica	(N)
Las actuales son acertadas	7,36	2,54	(7.119)
Sería necesario adecuarlas en beneficio de los/as fumadores/as	4,03	2,88	(6.830)
Sería necesario implantar nuevas medidas en beneficio de la salud de los/as ciudadanos/as	6,62	2,87	(6.570)

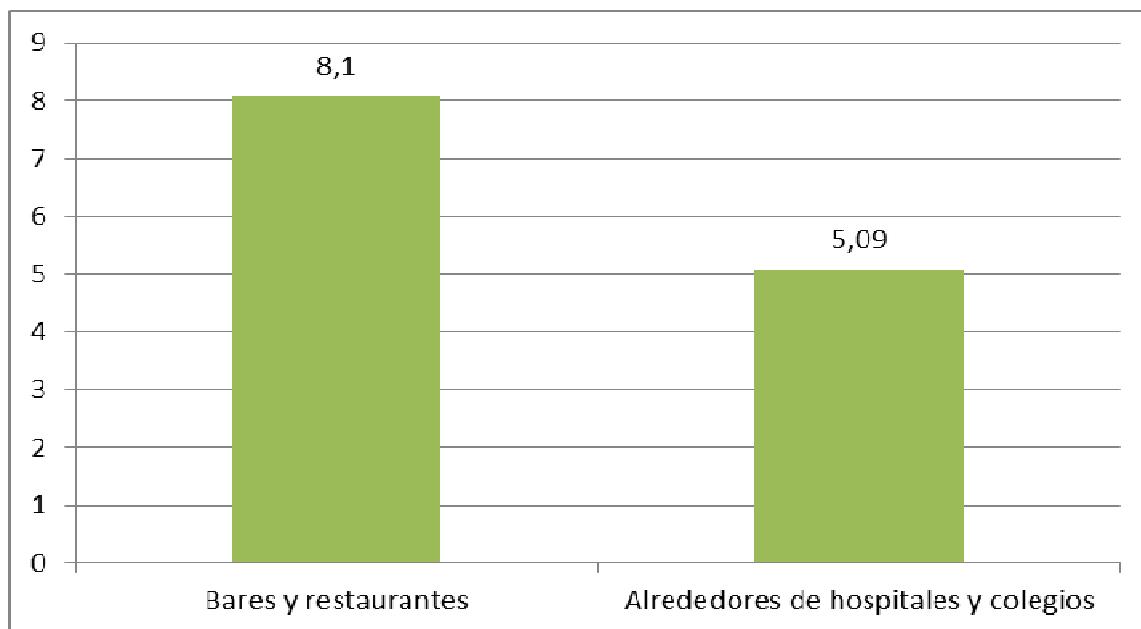
Fuente: Barómetro Sanitario 2014

Respecto a las medidas de prevención del tabaquismo, ¿en qué grado está Ud. de acuerdo con las siguientes afirmaciones? Sitúese en una escala de 1 a 10, donde el 1 significa que está "totalmente en desacuerdo" y el 10 "totalmente de acuerdo".

Por su parte, en el gráfico 5.2.3 se observa como existe una menor percepción del cumplimiento en los alrededores de hospitales y colegios.



Gráfico 5.2.3. Media del grado de acuerdo con el cumplimiento de la ley del tabaco



Fuente: Barómetro Sanitario 2014

Pregunta "la Ley del Tabaco, ¿en qué grado piensa Ud. que se están cumpliendo? Sitúese en una escala de 1 a 10, donde el 1 significa que "no se está cumpliendo en absoluto" y el 10 que "se está cumpliendo totalmente".

Tabla 5.2.6. Población (%) de fumadores que considera que la nueva ley ha influido en su consumo de tabaco

	TOTAL
Usted ha dejado de fumar	4,7%
Usted fuma menos que antes	8,1%
Usted fuma más que antes	1,3%
No ha influido en mi consumo de tabaco	27,6%
No era Ud. fumador/a	58%
(N)	(3200)

Fuente: Barómetro Sanitario 2014



Por otro lado, 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 5.2.7. Grado de acuerdo con la nueva ley del tabaco. Total España y según consumo de tabaco.

Grado de acuerdo con la ley del 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	
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.

Recientemente, la misma entidad publicó en agosto de 2015³ su estudio sobre la modificación legal realizada destacándose la información sobre el nivel de cumplimiento de la misma 4 años después de su primer informe. Los resultados del estudio siguen mostrando que, de manera general, y en los espacios interiores, la inmensa mayoría de los ciudadanos respetan y apoyan la Ley. Sin embargo, se señala como punto débil el menor cumplimiento en terrazas de los locales de hostelería y en los espacios abiertos de los centros educativos y sanitarios. Así, según el estudio, el 87% de las terrazas visitadas incumplía la prohibición de fumar llegándose hasta el 89% en los hospitales.



El estudio se realizó mediante la visita de más de 400 instalaciones (190 cafeterías, 33 centros comerciales, 27 estaciones de trenes y autobuses, 14 líneas de metro, 27 hospitalares, 42 facultades universitarias, 41 centros de enseñanza secundaria y 28 estancos) en un total de 12 ciudades españolas.

¹ Barómetro Sanitario 2012. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm>

²Barómetro Sanitario 2014. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

³ Revista OCU-Salud - nº118 – agosto 2015

<http://www.ocu.org/publicaciones/ocu-salud>

Nota de Prensa:

OCU denuncia el incumplimiento de la ley antitabaco en terrazas, hospitales e institutos. ¿Espacios ¿sin humo?.
30 jul 2015

<https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2015/ley-antitabaco>



6. Utilización de los servicios de deshabituación

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 fueron muy demandados por parte de los ciudadanos. Así, estas han continuado con sus esfuerzos durante los 4 años de vigencia de la ley a través de la red de centros de atención primaria y de sus diferentes servicios especializados de deshabituación. Se ofrece en el anexo I aquellos datos disponibles respecto a 2013 y 2014 de las CCAA 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

Se ofrece a continuación el detalle pormenorizado por cada una de las Comunidades Autónomas que han respondido acerca de la asistencia y utilización de sus respectivos servicios de atención primaria. Así, en **Cataluña** se han registrado 77.527 nuevos “ex fumadores” en 2013 y 67.070 en 2014. En **Andalucía** y durante 2014, 419 centros han ofrecido servicios de Intervención Avanzada Individual y 305 de Intervención Grupal que han atendido a 31.589 y 7.295 personas respectivamente. Por su parte, en **Cantabria** 751 pacientes fueron tratados en Atención Primaria en 2013, sin disponerse datos respecto a 2014. 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. En 2013 se atendió a 613 pacientes que fueron derivados a esta unidad.

En **La Rioja** se ha impartido formación continua y se han distribuido materiales de referencia pero no se han proporcionado datos de uso. **Murcia** ofreció ayuda para dejar de fumar a 3.867 personas a través de su Servicio de Atención al Consumidor de Tabaco. **Valencia** cuenta con 38 Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) que fueron utilizadas por un total de 3.542 personas durante el periodo 2013-2014. Por su parte, **Castilla La Mancha** atendió a 1.936 pacientes durante 2013 y 1342 en el año 2014. **Canarias** realiza intervención sobre pacientes fumadores mediante el registro, diagnóstico y su tratamiento habiéndose atendido a un total 32.356 pacientes en 2014.



Por su parte la Comunidad de **Madrid** ha establecido una serie de indicadores de cobertura y de criterios de buena atención de los cuales se ofrece información pormenorizada en anexo. En **Castilla y León**, se atendió a 16.408 fumadores en 2013 y a 13.584 en 2014.

Asistencia y utilización en atención hospitalaria y especializada

En **Cataluña** 1.141 personas han recibido tratamiento específico de cesación en centros de atención a las drogodependencias durante 2013, los datos de 2014 no están aún disponibles. Por su parte **Andalucía**, presta su atención especializada a través de la Red Andaluza de Servicios Sanitarios Libres de Humo . Esta red está formada por 44 hospitales y 1 distrito sanitario de Atención Primaria y su objetivo es reforzar la capacidad de los hospitales en implementar iniciativas de control de tabaquismo junto con el intercambio de experiencias entre sus miembros. **Cantabria** ofrece terapia substitutiva de nicotina (TSN) financiada a pacientes hospitalizados o a usuarios del hospital de día del servicio de psiquiatría. Por su parte, **La Rioja** cuenta con la Red de Salud Mental y Adicciones que proporciona tratamiento psicológico intensivo con prescripción gratuita de fármacos.

En **Murcia** existen 3 consultas específicas de tabaquismo y otra de adicciones en el Hospital Clínico Universitario Virgen de Arrixaca. Cada año se atienden de media 80 nuevos pacientes y se realizan alrededor de 150 consultas de seguimiento. En **Valencia**, las Unidades de Deshabituación Tabáquica Hospitalaria atendieron a 10 pacientes durante el periodo 2013-2014. **Canarias** no dispone de atención en este nivel. **Castilla La Mancha** atiende a sus pacientes a través de consultas monográficas. En 2013 se realizaron 2.686 consultas nuevas y 9.767 revisiones. En 2014 fueron 2.561 consultas nuevas y 9.956 revisiones. Por su parte, **Extremadura** cuenta con Centros de Drogodependencias de Extremadura y con los programas de deshabituación tabáquica intensivos que han sido utilizados por 676 personas en estos dos años. **Madrid** presta atención especializada a través de la Red de Hospitales sin Humo de la Comunidad de Madrid . En 2013, 27 de los 40 centros que integran la red disponen de consulta para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Por último, en **Castilla y León**, 1.607 personas utilizaron las unidades o consultas de tabaquismo de los Hospitales de Burgos, Palencia, Salamanca y Zamora en 2013, llegando a los 2.280 en 2014.

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

En **Cataluña** se dispone de una Quitline 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 285 llamadas en 2013 y un total de 357 durante 2014. Además se dispone de una página web de información que cuenta con contenidos web y un chat de texto. **Andalucía** dispone del teléfono 900 850 300 que fue utilizado en consulta para dejar de fumar por 373 personas hasta noviembre de 2014. De manera global, este servicio atendió 893 llamadas en 2014. Tanto el programa de prevención “A No Fumar me Apunto” como el de la Red Andaluza de Servicios Sanitarios Libres de Humo están integrados en las redes sociales. **Cantabria** no dispone de servicios en este ámbito.

La Rioja cuenta con una Oficina de Información sobre Drogas (900 714 110) que fue utilizada por 29 personas en 2013 y 30 en 2014. También dispone de un programa para dejar de fumar a través de Internet orientado a adultos (www.lariojasintabaco.org) y otro para jóvenes y adolescentes (www.tabacoff.org). Desde julio de 2013 se cuenta con presencia en Facebook y Twitter (<http://www.facebook.com/infodrogas>), (<http://twitter.com/infodrogas>). **Murcia, Valencia, Castilla La Mancha, Canarias, Extremadura y Castilla y León** no disponen de servicios en este ámbito. Por su último, **Madrid** cuenta con un programa on-line para dejar de fumar gestionado por el Hospital Carlos III.

Programas específicos

Cataluña cuenta con un programa específico para “*Embarazo sin humo*” dirigidos a mujeres gestantes que fue utilizado por un total de 2.988 mujeres en 2013. Además, tiene en marcha un programa dirigido especialmente a profesionales y pacientes crónicos de la Red de Hospitales sin Humo.

Andalucía dispone de un programa específico para colectivos determinados, especialmente en situación de desigualdad. En 2014 se han atendido a 139 personas con enfermedad mental grave, (1.774 desde 2006), 213 mujeres embarazadas, (2.690 desde 2006) y 46 personas en privación de libertad (293 desde 2006).

Cantabria cuenta con dos programas específicos de deshabituación dirigidos a personas con discapacidad intelectual y a personal modélico (sanitarios/docentes) donde han participado un total de 107 personas en estos dos años. También se han creado grupos para personas con discapacidad intelectual con 5 participantes.

La Rioja cuenta con un programa específico de deshabituación en el medio laboral, otro para intervención durante el embarazo y un servicio de divulgación de artículos y resultados de investigaciones recientes, y otros contenidos relacionados, dirigidos a médicos. **Murcia** dispone del “Programa de Ayuda para Dejar de Fumar” dirigido a empleados públicos y que ofrece tratamiento combinado multicomponente habiendo sido utilizado por un total de 55 usuarios (la



medicación estuvo financiada hasta octubre de 2013). También se cuenta con una Unidad de Tabaquismo del Ayuntamiento de Murcia sin financiación del tratamiento. **Valencia** cuenta con Unidades de Deshabituación Tabáquica y 38 Unidades de Conductas Adictivas (UCAs). Por su parte, **Canarias**, dispone del programa PAFCAN que proporciona tratamiento a pacientes con especiales factores de riesgo cardiovascular y respiratorio suministrándoles la mitad de la medicación necesaria para el tratamiento. Durante 2014 se atendieron a un total de 916 pacientes. **Extremadura** no dispone de servicios en este ámbito.

Madrid dispone de la Unidad especializada en Tabaquismo que presta servicio a los usuarios de forma diaria y en jornada de mañana y tarde. En 2013 se realizaron 6.612 consultas médicas sobre un total de 1.020 fumadores mientras que en el año 2014 se practicaron 5.169 consultas médicas sobre un total de 806 fumadores.

Por último, **Castilla y León** dispone de un Programa de deshabituación tabáquica en grupo de la Asociación Española Contra el Cáncer (en las 9 provincias de la Comunidad) que atendió a 1.199 fumadores en 2013 (87 grupos) y a 1.045 fumadores en 2014 (80 grupos).

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 al 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 entre 5 y 6 veces mayor.

Estudios posteriores publicados en 2013 y 2014 han mostrado importantes reducciones de la presencia de humo ambiental de tabaco.

- **En relación con la prevalencia**

Los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011 mostraron una reducción general de los indicadores de consumo tabaco. La prevalencia de fumadores actuales era 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 redujo 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 volvió a la tendencia de disminución del consumo que en el periodo 2006-2009 se había estabilizado. La reducción se da de forma más acentuada en hombres, donde el consumo de tabaco era más elevado.

En lo que respecta a los últimos 2 años, los datos de la Encuesta Europea de Salud de España 2014 muestran algunas diferencias respecto a la encuesta anterior (Encuesta Nacional de Salud de España 2011). En adultos, se observa un descenso de la prevalencia de consumo actual de tabaco (diario y ocasional), pasando de 27% al 25,4% entre 2011 y 2014, con un 30,4% en hombres y una reducción más pronunciada en mujeres (20,5%).



- **En relación con las 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, 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 2013 siendo las reducciones más importantes de la serie las producidas en los dos primeros años de aplicación de la Ley 42/2010. Sin embargo, en cuanto al año 2014 se ha observado una escasa variación descendente que puede estar apuntando a un estancamiento de la situación.

- **En relación con la morbilidad asociada**

Se observa una reducción de las tasas de ingresos por infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y asma tras la aplicación de la modificación de la ley, específicamente en 2011. En los años 2012 y 2013 la tendencia de disminución se mantiene en la mayoría de los casos pero las diferencias son menores y sin significación estadística.

En el caso de infarto agudo de miocardio en población de 25 y más años, especialmente en hombres, se observan dos reducciones importantes en los años de aplicación de la Ley 28/2005 (3%) y su modificación con la Ley 42/2010 (4%) y una destacable reducción global 2005-2013 en ambos sexos, que también se observa en cardiopatía isquémica. En enfermedad cerebrovascular, también destaca la reducción global y específicamente en 2011 (del 3,2%) en ambos sexos. En el caso de los ingresos por asma, se da una importante reducción específica en 2011 (12,6%) en hombres, además destacan las reducciones de 2011 en los ingresos por asma infantil.

La inclusión de medidas de prevención del tabaquismo adicionales favorecería los efectos beneficiosos en salud de la ley existente.

- **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 misma.

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. En el apartado 5.1 se ofrecen los datos disponibles respecto a los años 2013 y 2014 de aquellas Comunidades Autónomas que han comunicado tal información.



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

El grado de cumplimiento de la ley ha sido alto durante los 4 años de vigencia de la modificación realizada. También se ha mantenido la favorable percepción que los ciudadanos tienen acerca de las medidas tomadas.

Los datos del Barómetro Sanitario 2012 mostraron 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.

Respecto a los últimos datos disponibles contamos con el Barómetro Sanitario 2014 se mantiene una percepción positiva acerca del acuerdo con las medidas de control actuales con una media de 7,36. Esta percepción también es positiva respecto a la necesidad de implantar nuevas medidas con una media de 6,62.

- **En relación con la utilización de los servicios de deshabituación**

Las CCAA han mantenido su múltiple oferta de recursos disponibles a la ciudadanía, a través de la red de centros de atención primaria y de sus diferentes servicios especializados de deshabituación, como respuesta a la demanda de ayuda para dejar de fumar. Así, las diferentes comunidades han puesto en marcha planes de ayuda de diverso tipo tanto para atención presencial como a través de los servicios de tecnologías de la información. Se dispone de datos actualizados de las CCAA en el Anexo I.

Globalmente, se constatan los efectos positivos en salud de la ley, la inclusión de nuevas medidas en el marco multicomponente de prevención del tabaquismo (campañas y programas educativos, apoyo a la cesación, políticas de etiquetado y precios, etc.) favorecería estos beneficios y permitiría seguir avanzando en el abordaje de la que aún es la primera causa de morbilidad y mortalidad prevenible en nuestro país.

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

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación				
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013	2014 ²
CATALUÑA	Primaria ¹	Numero de personas atendidas en centros de atención primaria que han dejado de fumar desde el último año.	77.527	67.070
	Especializada ¹	Personas que han recibido tratamiento específico de cesación en centros de atención a las drogodependencias y otras consultas ambulatorias específicas	1.141	*
	Quitline ³	Consultas telefónicas de pacientes incorporados al programa de cesación “061 Catsalut Respon”.	285	357
	Atención on-line ⁴	Programa online de cesación tabáquica http://www.tabaquisme.cat/es/	*	*
	Redes Sociales	--	--	--
	Programas específicos	Programa “Embarazo sin humo”, destinado a la cesación tabáquica de mujeres embarazadas. Nacimientos registrados durante el año en los que la madre dejó de fumar durante el embarazo	2988 (46,4% de las mujeres fumadoras al comenzar el embarazo)	*
	Otros (especificar)	Programa de deshabituación tabáquica de la Red Catalana de Hospitales sin Humo. Número anual de pacientes y de profesionales.	5.043 pacientes 578 profesionales	5.537 pacientes 725 profesionales

1. Incluir criterios de derivación de pacientes y de admisión en este servicio. Número de servicios disponibles que prestan la atención. Existencia de unidades especializadas y su adscripción. Financiación del tratamiento y su tipo.

Todos los centros de Atención Primaria de Salud de Catalunya (372 centros) están integrados en el Programa de Atención Primaria sin Humo, y cuentan con un profesional referente en prevención y tratamiento del tabaquismo. Las personas atendidas en estos centros reciben gratuitamente consejo sanitario y eventualmente pueden beneficiarse de otras intervenciones terapéuticas (como el tratamiento farmacológico o la participación en grupos de discusión) para dejar de fumar.

Un total de 70 hospitales de la red de utilización pública de Catalunya están integrados en la Red Catalana de Hospitales sin Humo. Los pacientes hospitalizados en estos centros reciben gratuitamente apoyo terapéutico para mantenerse sin fumar durante el ingreso y, en el caso de que lo deseen, pueden iniciar un tratamiento de cesación. Los centros de la red también proporcionan tratamiento gratuito para dejar de fumar a los profesionales que trabajan en ellos.

La quitline del servicio CatSalut Respon, ofrece tratamiento y apoyo telefónico para dejar de fumar a través del 061. El acceso al servicio es gratuito, y la mayoría de los contactos de seguimiento se realizan proactivamente llamando a la persona usuaria sin ningún coste. En el primer contacto y siempre que sea la persona usuaria quien se comunica con la quitline, el coste estándar de la llamada al 061 CatSalut Respon (que puede variar en función del operador telefónico) es de 0,0650 euros + IVA por el establecimiento de llamada y 0,0115 euros + IVA por minuto, de lunes a viernes laborables, de 8 a 18 h, y 0,0040 euros + IVA para los demás días.

4. Especificar principales características del servicio ofertado y alcance.

Desde <http://www.tabaquisme.cat/es/> se ofrece de manera gratuita a cualquier usuario apoyo terapéutico para dejar de fumar mediante contenidos web y un chat de texto.

* Datos en proceso de depuración y análisis, todavía no disponibles

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía	Primaria ¹	<p>La estrategia de atención a la persona fumadora en atención primaria en Andalucía pivota en los siguientes instrumentos que son coordinados en cada Unidad de Gestión Clínica por un referente de tabaquismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención Básica: es un instrumento de prevención y control del tabaquismo que reúne las características de ser firme, serio, breve y personalizado y donde un profesional recomienda o aconseja el abandono del hábito tabáquico o felicita a aquellas personas que no fuman. • Intervención Avanzada Individual: un profesional sanitario apoya desde la consulta individual a las personas que desean dejar de fumar. • Intervención Avanzada Grupal: combinan terapias psicológicas cognitivo-conductuales y tratamiento farmacológico, por lo que se han dado en llamar “multicomponente”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Según la EAS 2011-2012 el porcentaje total de personas que recibieron consejo médico para dejar de fumar fue del 35,6%. • Durante 2014, 419 centros han ofrecido servicios de Intervención Avanzada Individual y 305 de Grupal que han atendido a 31.589 y 7.295 personas respectivamente. Ha habido 591 referentes de tabaquismo (288 de medicina y 303 de enfermería). • Se ha registrado el hábito tabáquico de 1.347.711 personas y 29.093 registros de personas que han dejado de fumar.
	Especializada ¹	<p>En nuestra comunidad autónoma el programa de especializada se ha desarrollado a través de la Red Andaluza de Servicios Sanitarios Libres de Humo (RASSLH). Esta red supone una estrategia de lucha contra el tabaquismo, integrada en la iniciativa de la Global Network for Tobacco Free Health Care Services (ENSH). Esta red de ámbito europeo se define como internacional, independiente y con fines no lucrativos y</p>	<p>44 Hospitales y 1 Distrito Sanitario de Atención Primaria conforman la red.</p> <p>En esta red se tiene como criterio de calidad el ofrecimiento de Tratamiento Sustitutivo de Nicotina gratuito a personas ingresadas.</p>

	<p>tiene como principal objetivo desarrollar estrategias activas comunes de los servicios sanitarios en el control y la prevención del tabaquismo. la Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refuerza la capacidad de los hospitales en implementar iniciativas de control de tabaquismo mediante la aplicación de su Código y Estándares. • Promueve, promociona y apoya a sus miembros mediante el desarrollo de redes nacionales y regionales, facilita el intercambio de experiencias, promociona las iniciativas, evalúa las actividades y difunde los resultados. <p>La participación se sustancia a cuatro niveles (MIEMBRO, BRONCE, PLATA Y ORO), lo que permite la implementación de estrategias graduales continuas que permiten seguir la evolución de cada institución en relación al objetivo que motiva su pertenencia a la red:</p>	
Quitline ³	<p>En abril de 2005, Salud Responde incluye en su cartera de servicios el teléfono de información sobre tabaco (900850300), de acceso gratuito, cobertura 24 horas al día, 365 días al año. En Junio de 2007 se amplía este servicio con la QuitLine, una Línea Telefónica Gratuita para dejar de fumar de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. La línea es atendida por teleoperadores de Salud Responde y por los técnicos de promoción de la salud. Se ofrece a personas residentes en Andalucía que, por motivo de trabajo, tiempo o distancia, no puedan acceder a tratamiento presencial. Ofrece una terapia personalizada, con seguimiento periódico durante aproximadamente un año.</p>	<p>En 2014 Salud Responde ha atendido 893 llamadas englobadas en este servicio de información de atención telefónica (26.393 desde sus inicios) y ha atendido hasta noviembre de 2014 la solicitud para dejar de fumar de 373 personas (7.382 personas)</p>
Atención on-line ⁴	<p>Este servicio no está operativo en Andalucía</p>	
Redes Sociales	<p>Tanto el programa de prevención "A No Fumar me Apunto" como el de la RASSLH están integrados en las redes sociales</p>	

Programas específicos	<p>Las poblaciones donde más se sufren las desigualdades en salud son una prioridad del PITA y, junto a aquellos casos que por sus características requieren una atención especial, cuenta con el apoyo de los Técnicos de Promoción de Salud. Los criterios especiales de derivación se relacionan con las características propias de situaciones vitales tales como situaciones de embarazo, presencia de trastornos mentales y privación de libertad.</p> <p>PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) ATENDIDAS EN LAS UNIDADES DE APOYO</p> <p>Tanto por las características inherentes a la enfermedad mental, como por las altas de prevalencia, otro colectivo de especial atención lo constituyen aquellas personas que padecen trastornos mentales graves.</p>	<p>En 2014 se han atendido 139 personas con enfermedad mental grave (1.774 desde 2006) 213 mujeres embarazadas (2.690 desde 2006) y 46 personas en privación de libertad (293 desde 2006)</p>
	<p>Las derivaciones a los Técnicos de Promoción de Salud provienen de tres fuentes. Por un lado, de las UGC de cada DS/AGS y realizadas por los profesionales sanitarios o trabajadores sociales. Por otro lado, y fruto de un convenio entre FAISEM y el PITA, se siguen desarrollando actividades de deshabituación de personas que conviven en dispositivos residenciales de FAISEM. Además también existen derivaciones desde los dispositivos de Salud Mental.</p> <p>PERSONAS EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD</p> <p>Desde 2006 las UAAT han venido colaborando con los centros penitenciarios de sus zonas de influencia y han desarrollado actividades de sensibilización, tratamiento y formación dentro de dichos centros. Los centros de Alcalá de Guadaira, Puerto I, Puerto II y III, Alhaurín de la Torre, Jaén, Albolote, El Acebuche y Córdoba han venido participando en este tipo de actividades, en las que han participado 293 personas privadas de libertad. En 2014, 46 personas en privación de libertad han participado en Intervenciones Avanzadas.</p> <p>MUJERES EMBARAZADAS</p> <p>El embarazo es una situación vital que por su importancia requiere de especial atención en aquellas mujeres que sean fumadoras. Los daños tanto sobre la mujer, como en el feto y en el futuro bebé tienen evidencia científica.</p> <p>EMPRESA LIBRE DE HUMO (ELH)</p> <p>La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales relanzó en 2008 una estrategia que tiene como</p>	

objetivo favorecer los cambios necesarios para conseguir espacios laborales más saludables. Esta estrategia se denomina Promoción de Salud en Lugares de Trabajo (PSLT). Dentro de la PSLT, se viene desarrollando la línea ELH, un programa de formación, sensibilización y tratamiento que lleva al lugar de trabajo las herramientas de deshabituación tabáquica

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales relanzó en 2008 una estrategia que tiene como objetivo favorecer los cambios necesarios para conseguir espacios laborales más saludables. Esta estrategia se denomina Promoción de Salud en Lugares de Trabajo (PSLT). Dentro de la PSLT, se viene desarrollando la línea ELH, un programa de formación, sensibilización y tratamiento que lleva al lugar de trabajo las herramientas de deshabituación tabáquica.

Otros (especificar)	<p>PROGRAMA “A NO FUMAR ¡ME APUNTO!” CURSO 2013-2014 ‘A No Fumar ¡Me Apunto!’ (ANFMA) es el programa integral de promoción de la salud, prevención del tabaquismo y oferta de deshabituación tabáquica dirigido a la comunidad educativa y familiar. El programa ofrece a los centros de secundaria inscritos un amplio abanico de herramientas, tales como: unidades didácticas diseñadas especialmente para los distintos niveles educativos de ESO, 2 concursos (grupal de 12-14 años e individual de 14-19 años), y el apoyo para la deshabituación tabáquica de la comunidad educativa. En la edición 2013-2014, 410 centros educativos (25,6%) y 75.288 (15,1%) adolescentes participan en ANFMA. El 32% de los centros educativos situados en ZNST participan en el ANFMA, lo que corresponde al 15% del alumnado en estas zonas. En la Edición 2014-2015 se han inscrito a su vez 344 centros. En la edición de 2013-2014 han participado 337 clases en la estrategia Clase Sin Humo con un total de 8.081 adolescentes. 165 Clases finalizaron con éxito. En 2014-2015 participarán más de 525 clases. En Déjalo y Gana, el número de alumnos/as inscritos en esta edición es de 1.461 206 adolescentes participaron en intervenciones individuales y grupales para dejar de fumar en el primer cuatrimestre del año.</p> <p>CLASE SIN HUMO tiene como objetivo disminuir la prevalencia de tabaquismo en la adolescencia y retrasar la edad de inicio. Se basa en la influencia entre los iguales y constituye un elemento esencial en la estrategia ANFMA. Las clases participantes se comprometen a mantener la abstinencia en cuanto al consumo de tabaco durante un período y elaboran un slogan alrededor de la prevención de tabaquismo.</p> <p>DÉJALO Y GANA tiene sin embargo un carácter individual. Tiene la finalidad de conseguir el abandono del hábito de adolescentes que ya han iniciado el consumo, o retrasar la edad de inicio en el caso contrario.</p> <p>PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS Durante 2014 se han formado 1.631 profesionales en acciones formativas básicas y avanzadas.</p>
---------------------	--

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
CANTABRIA	Primaria ¹	<p>Centros de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - todos los centros (42) realizan deshabituación individual. -10 centros realizan deshabituación grupal <p>Unidad Especializada de Deshabituación Tabáquica (UDESTA) (1)</p> <p>Criterios de derivación: -2 intentos previos documentados</p> <ul style="list-style-type: none"> -patología orgánica grave o urgente -patología psiquiátrica -abuso de otras sustancias adictivas -embarazo y/o lactancia -funcionarios de la administración 	<p>2013: AP: 751 pacientes tratados UDESTA: 613 pacientes tratados</p> <p>2014: No hay datos disponibles</p>
	Especializada ¹	Terapia Sustitutiva con Nicotina financiada a pacientes hospitalizados ó usuarios del hospital de día del Servicio de Psiquiatría.	
	Quitline ³		
	Atención on-line ⁴		
	Redes Sociales		
	Programas específicos	Programa de deshabituación tabáquica dirigida a colectivos modélicos. Deshabituación grupal realizada por especialistas en tabaquismo (médico y psicólogo) con una duración de 6 meses.	Durante el periodo 2013/2014 se realizaron 7 grupos, con un

		Programa de deshabituación tabáquica dirigida a personas con discapacidad intelectual. Deshabituación grupal realizada por especialistas en tabaquismo (médico y psicólogo) con una duración de 6 meses	total de 107 participantes 2014: se realizó un grupo con 5 participantes.
	Otros (especificar)		

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación				
CCAA	ATENCIÓN		Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
LA RIOJA	Primaria ¹		<p>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</p> <p>En la Comunidad Autónoma de La Rioja, la Red de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el abordaje del consumo de tabaco debido a que es la 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.</p> <p>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>	
	Especializada ¹		<p>El segundo nivel del circuito asistencial está integrada en la Red de Salud Mental y Adicciones.</p> <p>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.</p> <p>Además, desde la misma se prescriben de forma totalmente gratuita fármacos eficaces en el tratamiento del tabaquismo.</p> <p>Desde Atención Primaria, consultas externas y servicios hospitalarios se pueden derivar a esta Unidad a aquellos</p>	

		<p>usuarios que presentan los siguientes criterios: patología de alto riesgo, patología psiquiátrica grave, embarazo y pacientes reincidentes.</p> <p>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>	
Quitline ³		<p>Teléfono gratuito 900714110</p> <p>Psicólogo ofrece orientación y apoyo para dejar de fumar y, en casos concretos, deriva a programas específicos de deshabituación tabáquica</p>	<p>2013: 29 casos (de 15 a 67 años) 2014: 30 casos</p>

		<p>PROGRAMAS PARA DEJAR DE FUMAR A TRAVÉS DE INTERNET</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: www.lariojasintabaco.org. 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: www.tabacoff.org. 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>Este año ha sido actualizadas como aplicación móvil.</p> <p>En ambas web, especialmente en tabacoff, se registra incremento de visitantes</p>
--	--	--

			<p>Sesiones <u>Tabacoff</u> 2013: 319 2014: 1045</p> <p>Sesiones <u>lariojasintabaco</u> 2013: 511 2014: 665</p>	
	Redes Sociales*		<p>Desde julio de 2013 son operativas las redes sociales Facebook y Twitter http://www.facebook.com/infodrogas http://twitter.com/infodrogas</p> <p>Objetivo: divulgar información sobre aspectos preventivos y sobre tratamientos de las adicciones (incluido el tabaquismo), así como difundir artículos, herramientas y orientaciones sobre deshabituación. Los seguidores de ambas redes son tanto población general como fumadores, asociaciones y centros que trabajan con personas con problemas de adicción y profesionales sanitarios y sociales.</p> <p>Además de divulgar nuevos contenidos, se hace publicidad de los programas y documentos existentes en www.infodrogas.org y relativos al tabaquismo y propuestas para dejar de fumar (páginas web y guías)</p> <p>Los datos de seguidores, en continuo aumento desde julio de 2013 (1.336 seguidores a 31 de diciembre), no son el indicador más significativo para medir el impacto de estas redes, sino los reuits y “me gusta” que se hacen de sus entradas, multiplicándose el alcance de la población inicial.</p>	<p>Twitter: emisión de 174 tuits sobre tabaco (40 de ellos sobre orientación / deshabituación tabáquica) De estos 174 tuits se han registrado 258 retuits diferentes y 36 favoritos)</p> <p>Facebook: No podemos explotar el dato de artículos y trabajos publicados específicos sobre tabaco, pero su número es similar al de tuits publicados, ya que las entradas sobre tabaco suelen publicarse en ambas redes.</p>
	Programas específicos		<p>PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR EN EL MEDIO LABORAL</p> <p>Los trabajadores en activo de La Rioja disponen de un recurso propio para dejar de fumar desarrollado a través del Acuerdo de colaboración para el desarrollo de actuaciones sobre</p>	

		<p>tabaquismo en el medio laboral de la Comunidad Autónoma de La Rioja promovido por la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja.</p> <p>Uno de los objetivos del Acuerdo es impulsar la realización tratamientos grupales para dejar de fumar dirigidos a los trabajadores. Así, se ha puesto en marcha el programa para dejar de fumar en el medio laboral que consiste en ofertar tratamiento grupal del tabaquismo dirigido a trabajadores y desarrollado por profesionales sanitarios.</p> <p>Cualquier empresa de La Rioja puede solicitar dicho programa. Para llevarlo a cabo, se considera necesario agrupar al menos a 15 usuarios que estén dispuestos a dejar de fumar con este tipo de intervención. En el momento que se reúna dicho grupo, se pueden poner en contacto con la Consejería de Salud y Servicios Sociales (teléfono: 900 714 110) para fijar fechas y horarios y comenzar el programa en la propia empresa. En caso de no reunir a 15 personas, se podría intentar agrupar a trabajadores de diferentes empresas de la zona, o incluso otros trabajadores interesados y así poder realizar el programa. Además, se podría contactar con el Ayuntamiento de la localidad para promover la iniciativa.</p>
--	--	---

Otros (especificar)	<p>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>Existen grupos poblacionales específicos en los que es prioritario abordar el consumo de tabaco, como es el caso de las mujeres embarazadas, debido a que fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modifiable más importante para la salud del bebé y de la madre .Dejar de fumar no sólo reduce los riesgos de problemas de salud para el bebé y las complicaciones durante el parto, sino que también mejora la salud a largo plazo de la madre.</p> <p>A pesar de ser conocidos los riesgos sobre la salud asociados al tabaco, muchas mujeres siguen fumando aún después de saber que están embarazadas. Si se tiene en cuenta que el embarazo es un periodo especialmente receptivo para los cuidados de salud y que es más probable que una mujer deje de fumar durante el embarazo que en cualquier otro momento de su vida, no se puede perder esta magnífica oportunidad para intervenir tanto durante el embarazo como después del parto.</p> <p>PROGRAMA FARMACIAS</p> <p>Mediante una colaboración establecida entre el Servicio de Drogodependencias y otras adiciones de la D.G. de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja, se distribuyeron en 2014, 1.350 “Guías para dejar de Fumar” en 90 Farmacias de La Rioja.</p> <p>A la remisión de estas Guías se adjuntaron dos Anexos; uno de ellos para que los Facultativos de Farmacia valoraran su utilidad; otro, un Registro para contactar posteriormente con los usuarios a quienes se les entrega. Así mismo, se realizaron dos charlas informativas sobre deshabituación tabáquica dirigidas a los profesionales de Farmacia participantes. En la actualidad se están recogiendo resultados de farmacéuticos y usuarios para evaluar la eficacia de la Guía de deshabituación.</p>
---------------------	--

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
MURCIA	Primaria ¹	<p>En todos los Equipos de Atención Primaria (83) se oferta el Servicio de Atención al consumidor de tabaco, al estar dentro de la Cartera de Servicios de APS. En 2014 los datos registrados en OMI-AP son que el 6,59% de los mayores de 14 años tienen registrado que fuman y el 26,73% que no fuman. Además al 5,06% de los fumadores hay registro explícito de que se le ha ofrecido ayuda para abandonar el tabaco. No se financia el tratamiento farmacológico.</p>	<p>386.438 pacientes se les ha preguntado en 2014 sobre hábito tabáquico. 76.429 fuman 3.867 se les ha ofrecido ayuda para dejar de fumar.</p>
	Especializada ¹	<p>Consulta específica de adicciones en el HGUVA, que atiende pacientes fumadores con comorbilidad, derivados desde otras especialidades hospitalarias. Atiende población del Área I. No se financia el tratamiento farmacológico. Profesional: medicina especialista en medicina interna y adicciones.</p> <p>(*) Los datos hacen referencia a pacientes con adicciones, no sólo tabaquismo, pero no nos los han podido desglosar.</p>	<p>En 2013 atendió 92 pacientes nuevos y 420 revisiones. En 2014 atendió 90 pacientes nuevos y 451 revisiones (*)</p>
	Especializada	<p>Consulta de tabaquismo de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica del HGUUV. Dirigida a madres embarazadas y sus parejas y otros familiares (abuelos); adolescentes y familiares, pacientes y familiares con Fibrosis Quística, padres de niños con cáncer, malformaciones o con problemas respiratorios, en general. Se ofrece consulta personalizada, terapia grupal y telefónica. Es una terapia multicomponente que incluye tratamiento farmacológico y/o terapia conductual. No financian tratamiento. Profesional: Medicina especialista en pediatría y enfermería</p>	<p>En 2013 se realizaron 87 consultas y 153 intervenciones telefónicas. En 2014 se han realizado 38 nuevas visitas, 164 visitas de seguimiento y 127 telefónicas.</p>
	Especializada	<p>Consulta Tabaco Hospital Morales Meseguer. Atiende pacientes fumadores con comorbilidad, derivados de otras especialidades o de Atención Primaria de Salud del Área VI. No se financia el tratamiento. Profesional: medicina especialista en neumología y enfermería.</p>	<p>En 2013 atendió 67 nuevos pacientes y realizó 226 consultas de seguimiento y 332 técnicas relacionadas con la deshabituación.</p>

			En 2014 atendió 81 nuevos pacientes y realizó 173 consultas de seguimiento y 294 técnicas relacionadas con la deshabituación.
Especializada	Consulta Tabaco Hospital Reina Sofía. Atiende a trabajadores del área VII, tanto de hospital como de atención primaria, y para los familiares. Este año pasado también se abrió a los servicios de cardiología, neumología y neurología. Ahora casi todas las especialidades pueden remitir pacientes. No se financia tratamiento. Profesional: medicina especialista en medicina interna	En 2013 se han realizado 144 consultas En 2014 se han realizado 149 consultas	
Quitline ³	----		
Atención on-line ⁴	-----		
Redes Sociales	----		
Programas específicos: Programa de Ayuda para Empleados Públicos	Programa de Ayuda para Dejar de Fumar. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Coordinador, de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios. Criterios de acceso: dirigido a personal de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (excepto de Consejería de Educación y Servicio Murciano de Salud) que sea fumador y que esté interesado en abandonar el hábito tabáquico. Tratamiento combinado multicomponente: Psicoterapia grupal con abordaje de las múltiples facetas de la adicción tabáquica, con tratamiento farmacológico opcional y actuaciones individualizadas. Seguimiento durante un año. Hasta Octubre de 2013 se financió la medicación por parte de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios en un 50%. Desde ese momento dejó de finanziarse. Profesional: medicina y enfermería.	Entre 203 y 2014 han participado un total de 55 usuarios	

<p>Otros (especificar) Otros (especificar): Ayuntamiento de Murcia</p>	<p>UNIDAD DE TABAQUISMO DEL AYUNTAMIENTO DE MURCIA Programa integral de intervención sobre el tabaquismo dirigido a personas que deseen dejar de fumar, especialmente a aquellas con mayor riesgo asociado para su salud, donde personal médico cualificado ofrece un tratamiento efectivo para conseguirlo, necesitando en ocasiones intervenciones repetidas o por recaídas debido a la naturaleza crónica de la enfermedad.</p> <p>Tratamiento de deshabituación tabáquica en la unidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una reunión de acogida en grupo con los pacientes seleccionados, en número de 8 a 12, de 45 minutos de duración, para explicar los procedimientos de intervención y motivar para el proceso de deshabituación. • Primera visita como cita individualizada, de duración entre 45 minutos y 1 hora, dónde se realiza una historia tabáquica completa, analizando perfiles de consumo y dependencia física a la nicotina, así como la realización de comprobaciones de tensión arterial, frecuencia cardiaca, peso y cooximetría y propuestas de abordaje terapéutico con productos farmacéuticos disponibles para cada caso. • Seguimiento desde el inicio del tratamiento hasta los 12 meses desde la abstinencia. • En el seguimiento del paciente mediante visitas repetidas se evalúan el uso y cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, control del síndrome de abstinencia, práctica de consejo sanitario para ayudar al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento, a reconocer situaciones de peligro y a potenciar su motivación para dejar el tabaco. <p>Procedimiento para la derivación de pacientes a la Unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores del Ayuntamiento de Murcia que deseen dejar de fumar (componente de salud laboral). • Pacientes derivados desde los centros de salud: A criterio del médico del centro de salud; pacientes que manifiesten intención de abandono del hábito tabáquico, valorando antecedentes médicos de gravedad relacionados con el tabaco. El médico cumplimenta el formulario de derivación a modo de volante médico, que previamente se distribuyó a los médicos titulares de los centros de salud, necesario para que los pacientes puedan solicitar cita en la consulta, entregándolo en los Servicios Municipales de salud. <p>Datos cuantitativos de los años 2010 y 2011 Durante el año 2013 se han realizado 2000 consultas, de los que 243 han sido primeras consultas de pacientes nuevos. Se han llevado a cabo la apertura de 15 grupos de pacientes. Durante el año 2014 se han realizado 1700 consultas, de los que 202 han sido primeras consultas de pacientes nuevos. Se han llevado a cabo la apertura de 12 grupos de pacientes.</p> <p>Colaboración con la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Durante estos años han pasado 12-15 residentes por año (27 en total), en su rotación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (según convenio firmado entre ambas instituciones).</p> <p>No hay financiación de tratamientos</p>
--	--

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
VALENCIA	Primaria ¹	38 Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) Criterios de derivación; diagnóstico por dependencia del tabaco (CIE y DSM) Financiación pública red asistencia sanitaria	3.542
	Especializada ¹	Unidades de Deshabituación Tabáquica Hospitalaria	10
	Quitline ³	No	
	Atención on-line ⁴	No	
	Redes Sociales	No	
	Programas específicos	Unidades de Deshabituación Tabáquica y UCAs	
	Otros (especificar)		

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación					
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²		
			2013	2014	
CASTILLA LA MANCHA	Primaria ¹	Pacientes incluidos en Deshabituación Tabáquica.	1936		1342
	Especializada ¹	Pacientes en Consulta Monográfica de Deshabituación Tabáquica.	NUEVAS	REVISIONES	NUEVAS
			2686	9767	2561
	Quitline ³				
	Atención on-line ⁴				
	Redes Sociales				
	Programas específicos				
Otros (especificar)					

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2014 ²
CANARIAS	Primaria ¹	Intervención sobre pacientes fumadores: Registro, diagnóstico, tratamiento	32.356 pacientes
	Especializada ¹	No disponible	
	Quitline ³	No se realiza	
	Atención on-line ⁴	No se realiza	
	Redes Sociales	No se realiza	
	Programas específicos	Programa PAFCAN. Tratamiento de pacientes con especiales factores de riesgo cardiovascular y respiratorio. Suministro de la mitad de la medicación necesaria para el tratamiento.	916 pacientes
	Otros (especificar)		

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
EXTREMADURA	Primaria ¹		
	Especializada ¹	<p>Los pacientes que demanden ayuda para abandonar el tabaquismo, habrán de ser atendidos por los profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria.</p> <p>Los pacientes que, por criterios de complejidad puedan necesitar tratamiento más intensivo, serán derivados a los Centros de Drogodependencias de Extremadura (CEDEX) o a los programas de deshabituación tabáquica intensivos que se desarrollan actualmente en determinados Centros de Salud. Las derivaciones se efectuarán siempre mediante informe de interconsulta en el que deberá consignarse el criterio por el que se deriva. Podrán ser criterios, los siguientes supuestos:</p> <p>1. Fumadores con fracasos anteriores, siempre que hayan sido correctamente tratados por un profesional sanitario.</p>	676

	<p>2. Fumadores con cardiopatía isquémica inestable de menos de 8 semanas de evolución, arritmias, hipertensión arterial u otras enfermedades crónicas (broncopatía, cardiopatía, hepatopatía, nefropatía, etc.), no controladas o en estado avanzado.</p> <p>3. Fumadoras gestantes o lactantes.</p> <p>4. Fumadores con enfermedades psiquiátricas graves.</p> <p>5. Fumadores no encuadrados en los casos anteriores pero en los que, a criterio del profesional sanitario, se den</p> <p>6. circunstancias que hagan necesario un tratamiento más intensivo, del habitual del primer nivel de atención.</p> <p>Las consultas en el ámbito hospitalario, atenderían a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes ingresados en el hospital (programas de reducción de daños). - Los pacientes del propio servicio. - Los profesionales sanitarios del propio hospital. 	
	Quitline ³	
	Atención on-line ⁴	
	Redes Sociales	
	Programas específicos	

	Otros (especificar)	
--	---------------------	--

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
MADRID	Primaria ¹	<p>Servicio 415 de Cartera de Servicios Estandarizados “Atención al consumo de tabaco en el adulto”</p> <p>Indicador Cobertura 1 (IC1): Identificación de fumadores</p> <p>Indicador Cobertura 2 (IC2): Identificación de fase de abordaje</p> <p>Indicador de Cobertura 3 (IC3): Cuantificación del hábito tabáquico en paquetes/año, en los 2 años previos</p> <p>Indicador Cobertura 4 (IC4): Cuantificación del hábito tabáquico en 2 años previos y en fase de acción , mantenimiento o finalización en año previo</p> <p>Criterio de Buena Atención 1 (CBA 1): características del hábito tabáquico (edad de inicio, intentos previos de abandono y motivo de recaída)</p> <p>Criterio de Buena Atención 2 (CBA 2): valoración del grado de dependencia a la nicotina según Test de Fagerström reducido</p> <p>Criterio de Buena Atención 3 (CBA 3): Consejo sobre el abandono del hábito y oferta del servicio de deshabituación en año previo</p> <p>Criterio de Buena Atención 4 (CBA 4): consta la fecha de abandono del hábito</p> <p>Criterio de Buena Atención 5 (CBA 5): seguimiento en año siguiente a fecha de abandono</p>	<p>Año 2013:</p> <p>IC1: 61,5% IC2: 7,5% IC3: 14,9% IC4: 21,7% CBA 1: 11,7% CBA 2: 7,3% CBA 3: 16,3% CBA 4: 49,2%</p> <p>Se han producido modificaciones en la Cartera de Servicios que condicionan el descenso de estos indicadores.</p> <p>Año 2014:</p> <p>Pendiente la finalización de la evaluación</p>
	Especializada ¹	<p>Red de Hospitales sin Humo de la Comunidad de Madrid (Red HsH): en marcha desde el año 2004, cuenta actualmente con 40 centros acreditados (26 con categoría plata (5 con nivel de excelencia), 8 categoría bronce y 6 categoría miembro.</p>	<p>Año 2013:</p> <p>27 de los 40 centros (67,5%) disponen de consulta para ayudar a dejar de fumar a los pacientes</p> <p>Año 2014:</p> <p>Pendiente evaluación</p>

	Quitline ³		
	Atención on-line ⁴	<p>Programa on-line para dejar de fumar del Hospital Carlos III: programa gratuito de ayuda a distancia para cesar en el consumo y abandonar el hábito tabáquico. Realiza seguimiento del paciente hasta 6 meses después de que haya dejado de fumar.</p>	<p>Acceso al programa a través de la página web del Hospital Carlos III. Registro mediante datos personales de contacto y datos como fumador para evaluar la dependencia y dar consejo. Se envían instrucciones y recomendaciones por correo electrónico.</p> <p>Tras dejar de fumar se cumplimentan los cuestionarios de seguimiento que sirven para evaluar el proceso y ayudar al fumador con los síntomas de abstinencia.</p> <p>Tras 6 meses sin fumar se envía un diploma acreditativo de haber dejado de fumar.</p>
	Redes Sociales		
	Programas específicos	<p>Unidad especializada en Tabaquismo de la Comunidad de Madrid: pertenece a la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Dirección General de Atención Primaria. Realiza actividad asistencial, docente e investigadora. La Unidad presta servicio a los usuarios de forma diaria y en jornada de mañana y tarde.</p> <p>.</p> <p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 médicos neumólogos expertos en tabaquismo - 2 enfermera expertas en tabaquismo - 1 psicóloga experta en tabaquismo 	

		- 2 secretarías –administrativas.	
--	--	-----------------------------------	--

	<p>Recursos materiales:</p> <p>Sala de espera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espacio de ubicación para la secretaría con teléfono y ordenador - 3 consultas médicas, 1 de psicología y 1 de enfermería (todas ellas están perfectamente equipadas) - 1 sala de exploración que dispone del siguiente material clínico: un ECG, cuatro cooximetros, un medidor de índice de grasa corporal, dos tensiometros, congelador, centrifugadora y material para extracción de sangre y medición de cotinina y nicotina, un espirómetro tipo COPD-6, de un Pulsioxímetro y de un espirómetro - 1 sala de conferencia que dispone de cañón, ordenador y aparato de proyección de transparencias. <p>Criterios de derivación:</p> <p>Los fumadores acuden a la consulta de la Unidad derivados por los profesionales sanitarios de atención primaria o especializada y deben cumplir alguno de los siguientes criterios de derivación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2.- Personas fumadoras con enfermedades psiquiátricas que estando controladas deseen abandonar el tabaco
	<p>3.- Personas fumadoras con enfermedades graves cuyo tratamiento requiera un seguimiento intenso y la realización de exploración</p> <p>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.</p> <p>4.- Personas fumadoras con otros trastornos adictivos</p> <p>5.- Fumadoras embarazadas que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda específica.es específicas.</p>

Año 2013:

6.612 consultas médicas sobre un total de 1.020 fumadores
1.020 Visitas basales.
5.092 Revisiones.
6.112 determinaciones de índices de grasa corporal
8.698 Cooximetrías.
524 Espirometrías.
131 Electrocardiogramas
441 Determinaciones de cotinina en sangre
34 Determinaciones de cotinina en orina
Tratamiento psicológico y farmacológico (no financiado)

Año 2014:

5.169 consultas médicas sobre un total de 806 fumadores.
806 visitas basales
4.363 revisiones
5.169 determinaciones de índices de grasa corporal
7.456 coximetrías
471 espirometrías
101 electrocardiogramas
379 determinaciones de cotinina en sangre
21 determinaciones de cotinina en orina
Tratamiento psicológico y farmacológico (no financiado)

Asistencia y utilización de los servicios de deshabituación			
CCAA	ATENCIÓN	Descripción servicio	Utilización durante 2013-2014 ²
CASTILLA Y LEÓN	Primaria ¹	Servicio de deshabituación tabáquica en Atención Primaria (totalidad de los centros de salud)	16.408 fumadores en 2013 13.584 fumadores en 2014
		Servicio de atención al bebedor de riesgo en Atención Primaria	3.639 pacientes en 2014
	Especializada ¹	Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo en Sacyl (4 unidades o consultas en los hospitales de Burgos, Palencia, Salamanca y Zamora)	1.607 fumadores en 2013 2.280 fumadores en 2014
	Quitline ³		Sin servicio en el periodo 2013-2014
	Atención on-line ⁴		Sin servicio en el periodo 2013-2014
	Redes Sociales		
	Programas específicos	Programa de deshabituación tabáquica en grupo de la Asociación Española contra el cáncer (en las 9 provincias de la Comunidad)	1.199 fumadores en 2013 (87 grupos) 1.045 fumadores en 2014 (80 grupos)

	Otros (especificar)	Programas de deshabituación tabáquica de los Ayuntamientos de León y Valladolid y de la asociación para el tratamiento y rehabilitación del alcoholismo de Valladolid (ATRA) y de la Fundación CALS Proyecto Hombre de León	351 fumadores en 2013 359 fumadores en 2014
--	---------------------	---	--

1. Incluir criterios de derivación de pacientes y de admisión en este servicio. Número de servicios disponibles que prestan la atención. Existencia de unidades especializadas y su adscripción. Financiación del tratamiento y su tipo.
2. Especificar número de entradas.
3. Especificar coste del servicio y número de teléfono.
4. Especificar principales características del servicio ofertado y alcance.

Datos a fecha de 29 de mayo de 2015.