



Evaluación de la actividad de prevención del tabaquismo en el Ayuntamiento de Murcia

El tabaco sigue siendo la primera causa aislada de mortalidad, morbilidad e invalidez evitable en nuestro país. En los últimos años se ha producido una discreta evolución favorable, con una disminución de prevalencia global del número de fumadores, a costa de los adultos varones. Esta situación coincide con el inicio de actuaciones en prevención y tratamiento del tabaquismo, impulsadas por las diferentes administraciones públicas.

Las políticas que hasta el momento han demostrado mayor impacto preventivo son: La prohibición de la publicidad, la regulación para evitar la exposición al aire contaminado del humo de tabaco, una fiscalidad que incremente el coste de fumar y favorecer el tratamiento de los fumadores que deseen dejar de fumar.

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, aprobado por el Consejo Interterritorial de Sanidad en enero de 2003, determina que, con fecha de diciembre de 2003, estará limitado el consumo de tabaco en el 95% de las dependencias de las Administraciones Públicas. Esta medida, entre muchas otras, está encaminada a disminuir el consumo de tabaco entre los trabajadores y a proteger de la exposición del humo del tabaco a los no fumadores.

En este contexto, el Ayuntamiento de Murcia inició en 1998, un programa de intervención en tabaquismo, destinado a sus trabajadores, con dos objetivos: 1) Cumplir la normativa que limita el consumo de tabaco en las

dependencias de atención al público. 2) Ofrecer tratamiento de deshabituación a los trabajadores fumadores que decidan el abandono de tabaco.

Material y Método

Se planificó una intervención integral dirigida a la prevención del tabaquismo en el medio laboral, en la que se contemplaban los elementos que han demostrado efectividad en esta modalidad de intervención: 1) Compromiso de la empresa; 2) Participación de los representantes de los trabajadores; 3) Análisis de la situación de partida; 4) Planificación de las intervenciones a medio plazo; 5) Establecimiento de unos objetivos generales de promoción de salud; 6) Mensajes claros sobre restricción de tabaco y regulación de espacios sin fumar; 7) Apoyo a los fumadores que deseen abandonar el tabaco y 8) Evaluación periódica y seguimiento de las actuaciones.

Para la implementación de este programa se desarrollan tres actividades complementarias:

A) Análisis de situación, mediante el envío a todos los trabajadores de una encuesta acerca de su perfil demográfico y su situación respecto al consumo de tabaco, registrando su hábito de consumo si lo hubiera, así como su disposición al abandono. Se realizó una distribución por medio del Servicio de personal, adjuntando la carta informativa sobre la nómina. B) Aplicación de un programa de promoción y educación para la salud, dirigido a los empleados municipales, renovado con periodicidad anual, con los objetivos de informar sobre los riesgos del tabaco, ofrecer los servicios de la Unidad de Atención al Fumador, informar sobre la obligación del cumplimiento de la Ley que regula el consumo de tabaco en la administración pública y modificar actitudes sobre el uso del tabaco en espacios compartidos. Se diseñan campañas informativas y de imagen, que se envía de manera individualizada a todos los trabajadores anualmente, además de insertar carteles y seña-

lizadores que se distribuyen en todas las dependencias municipales, con el apoyo de los representantes de los trabajadores y los jefes de unidad de cada servicio.

Estas intervenciones se desarrollan con una metodología de educación para la salud, con la información planificada en cuatro fases, diferenciadas por la calidad de los mensajes. Se comienza por mensajes informativos y se finaliza en contenidos de cumplimiento de normativa, finalizando en otoño de 2003, con limitación del consumo de tabaco en las dependencias municipales.

Para evaluar el programa de educación sanitaria se realizan dos encuestas telefónicas, en periodos posteriores a la difusión de la campaña informativa, en abril de 2000 y en otoño de 2001, con una muestra de 125 trabajadores en cada una ellas, por las diferentes dependencias municipales, representando las variables: grupo laboral, género, fumador/no fumador, y grupo de edad. Se establecen como indicadores: Conocimiento de la ley, cumplimiento de la ley, conflictos entre fumadores/no fumadores y tolerancia hacia los fumadores. Se seleccionan el 30% de las dependencias de atención al público, realizando encuestas telefónicas anónimas.

C) Implantación de una Unidad de Atención al Fumador, con consulta diaria en horario laboral, y con autorización expresa de la Junta de Personal para la asistencia de los trabajadores. Se realiza una intervención reglada, multicomponente, con seguimiento hasta el año de abandono, con un mínimo de 7 visitas individualizadas, y un protocolo definido de intervención. El tratamiento se apoya con la dispensación de fármacos que han demostrado evidencia en la deshabituación® (sustitutivos con nicotina y bupropion) y que se administran de manera gratuita a los pacientes. También se ofrece el acceso a los convivientes de los fumadores. Se realiza evaluación anual de los fumadores atendidos con la determinación de CO en aire espirado.

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 17 a 20 (del 20 de abril de 2003 al 17 de mayo de 2003). Distribución semanal

		Casos notificados												Casos acumulados		
		Semana 17			Semana 18			Semana 19			Semana 20			Semanas 1 a 20		
		2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana
Enfermedades																
Gripe	1980	412	374	398	354	352	352	294	315	339	204	201	312	1.264	1.242	1.435
Tuberculosis respiratoria	1980	0	3	5	2	3	4	3	4	4	3	4	4	8	14	20
Otras tuberculosis	1986	0	0	1	0	1	1	1	0	1	2	2	1	3	3	4
Legionelosis	1997	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	1
Hepatitis B	1997	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	3	2	1
Otras Hepatitis Víricas	1997	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	1	1
Fiebres Tifoidea y Parati.	1980	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
Toxiinfecciones Alimen.	1983	0	3	3	1	8	3	17	0	3	0	33	4	18	44	46
Varicela	1980	236	471	394	179	333	333	241	484	484	251	454	454	907	1.742	1.742
Sarampión	1980	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1
Rubeola	1980	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	4	0	2
Parotiditis	1980	0	1	2	1	2	1	2	2	2	3	0	2	6	5	8
Enfermedad Meningoc.	1980	2	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	2	2	3
Otras meningitis	1986	0	4	1	1	2	1	2	4	2	0	2	2	3	12	9
Infección gonocócica	1982	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	2	2
Brucelosis	1980	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	3	1	2
Paludismo	1980	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración ()*

Semanas 17 a 20 (del 20 de abril de 2003 al 17 de mayo de 2003).

Municipios	Población (Proyec. 2003)	% de declaración	Municipios	Población (Proyec. 2003)	% de declaración
Abanilla	6.040	100,00	Calasparra	9.239	100,00
Abarán	12.632	100,00	Campos del Río	2.051	100,00
Águilas	28.888	96,05	Caravaca de la Cruz	23.362	98,33
Albudeite	1.360	100,00	Cartagena	188.003	100,00
Alcantarilla	34.997	98,81	Cehegín	14.502	94,44
Aledo	1.029	50,00	Ceutí	7.891	100,00
Alguazas	7.281	100,00	Cieza	33.223	97,37
Alhama de Murcia	16.682	97,73	Fortuna	7.194	100,00
Archena	15.375	47,50	Fuente Álamo de Murcia	11.866	100,00
Beniel	8.962	100,00	Jumilla	22.968	93,75
Blanca	5.841	100,00	Librilla	3.997	100,00
Bullas	11.164	100,00	Lorca	79.481	85,65

() [Núm. partes de declaración numérica recibidos / (Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas)] x 100.*

*Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 17 a 20 (del 20 de abril de 2003 al 17 de mayo de 2003). Distribución semanal*

Áreas de Salud													REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población	476.355		311.720		146.169		66.867		54.684		171.198		1.226.993	
	Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.	
Enfermedades														
Gripe	474	12.779	112	2.922	274	5.803	5	2.019	131	1.764	268	5.317	1.264	30.604
Tuberculosis respiratoria	3	19	5	28	0	1	0	5	0	0	0	8	8	61
Otras tuberculosis	2	5	1	5	0	0	0	0	0	0	0	2	3	12
Legionelosis	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3
Hepatitis B	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5
Otras hepatitis víricas	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	4
Fiebres tifoidea y paratifoidea	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Toxiinfecciones alimentarias	14	20	3	3	1	6	0	0	0	0	0	2	18	31
Varicela	219	961	237	1.163	200	572	5	18	207	390	39	370	907	3.474
Sarampión	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	6
Rubeola	0	1	0	1	4	4	0	0	0	0	0	0	4	6
Parotiditis	3	16	2	4	0	1	0	0	0	0	1	2	6	23
Enfermedad meningocócica	2	6	0	7	0	3	0	0	0	1	0	0	2	17
Otras meningitis	0	12	2	14	0	1	1	2	0	0	0	4	3	33
Infección gonocócica	2	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5
Brucelosis	1	1	1	4	0	0	1	1	0	0	0	0	3	6
Paludismo	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración ()
Semanas 17 a 20 (del 20 de abril de 2003 al 17 de mayo de 2003).*

Municipios	Población (Proyec. 2003)	% de declaración	Municipios	Población (Proyec. 2003)	% de declaración
Lorquí	5.883	100,00	Torre Pacheco	25.721	64,29
Mazarrón	23.025	100,00	Torres de Cotillas, Las	16.695	47,22
Molina de Segura	48.421	26,85	Totana	25.332	100,00
Moratalla	8.600	66,67	Ulea	999	87,50
Mula	14.870	97,50	Unión, La	14.965	100,00
Murcia	377.888	63,96	Villanueva del Río Segura	1.580	75,00
Ojós	574	12,50	Yecla	31.716	95,83
Pliego	3.417	100,00	Santomera	12.131	100,0
Puerto Lumbreras	11.439	77,78	Alcázares, Los	9.159	100,0
Ricote	1.569	62,50			
San Javier	21.782	100,00	Total Región	1.226.993	81,79
San Pedro del Pinatar	17.199	100,00			

Resultados

Contestaron 692 trabajadores a la encuesta inicial, lo que representa un 32,7% de los 2.100 empleados (69% hombres y 31% mujeres) en plantilla en 1998. Un 67% fueron hombres y un 33% mujeres. Son fumadores diarios el 35,4%, un 10% lo son de forma ocasional, un 23% son ex-fumadores y un 31,1% nunca ha fumado. Entre los fumadores consumen una media de 17,9 cigarrillos día, haciéndolo en el trabajo el 85,2%. Un 60,8% de los fumadores contestan que quieren dejar de fumar, un 8,4% no desean hacerlo, mientras el 30% no se lo ha planteado. Del total de fumadores, el 51% manifiesta que al menos en una ocasión ha intentado dejar de fumar. Los resultados de la evolución de las actitudes de los empleados municipales sobre el consumo de tabaco y el cumplimiento de la normativa figuran en la tabla 1.

En la segunda evaluación destaca un mayor cumplimiento de la ley, con un aumento de los espacios destinados a fumar, junto a una menor tolerancia hacia los fumadores, pero con una percepción de que disminuyen los conflictos entre fumadores y no fumadores. Desde el comienzo del programa hasta diciembre de 2002 han sido atendidos 418 fumadores en la consulta, 90% empleados municipales, aunque el total de tratamientos iniciados han sido de 547, pues el 35% de las recaídas de nuevo han iniciado tratamiento. La edad media de los fumadores es de 41,8 años (desviación estándar 8,1), fumadores de 23,4 (8,8) años de media, 19,5 (7,5) cigarrillos/día. Con una determinación media de CO de 23 (8,8)ppm, y un test de Fargestrom de 6,4 (1,8). El 48,1% varones y el 51,9% mujeres. La tabla 2 muestra el número de tratamientos iniciados en el periodo 1998-2002.

El seguimiento de los fumadores que inician el tratamiento se realiza de manera continuada durante un año. Los resultados más significativos aparecen en la tabla 3.

La abstinencia transcurrido un año de inicio de tratamiento se sitúa en el 27,9%, cifra equiparable al de otras intervenciones de características similares.

Discusión

Podemos considerar que la intervención en tabaquismo destinada al ámbito laboral ha tenido una aceptación favorable, de tal forma que, en un

Tabla 1. Resultados de la evolución de las actitudes de los empleados municipales sobre el consumo de tabaco y el cumplimiento de la normativa.

	Encuesta 1.ª abril 2000		Encuesta 2.ª octubre 2001	
	SÍ %	NO %	SÍ %	NO %
Espacio habilitado para fumadores	11,6	88,4	34,8 *	65,2
Tolerancia hacia los fumadores	82,5	17,5	77,2	22,8
Conflictos entre fumadores y no fumadores	29,8	70,2	19,1 *	80,9
Conocen la ley	91,7	8,3	92,2	7,8
Cumplimiento de la ley	28,9	71,1	62,6 *	37,4
Conocen el Programa	81,0	19,0	80,9	19,1

(*) Diferencias significativas.

Tabla 2. Número de tratamientos iniciados en el periodo 1998-2002.

	1998-2000	2001	2002	TOTAL
TRATAMIENTOS	258	125	164	547

Tabla 3. Seguimiento de los fumadores que inician tratamiento. (Frecuencia en porcentaje).

	HOMBRE	MUJER	GLOBAL
Inician tratamiento	87,1	91,2	88,4
Abstinencia mes 1	70,0	65,7	68,0
Abstinencia mes 3	50,0	43,9	47,4
Abstinencia mes 6	40,0	29,8	36,4
Abstinencia año 1	30,0	24,2	27,9

periodo de cuatro años casi un cincuenta por ciento de los fumadores estimados en la encuesta inicial han solicitado iniciar tratamiento de deshabituación. A falta de una nueva encuesta de salud a todos los trabajadores, por los resultados obtenidos en la consulta, si relacionamos la tasa de abandono (27,9% anual) con el número de fumadores, podemos estimar que la prevalencia de tabaquismo entre los empleados del ayuntamiento se ha reducido entre un 15 y un 20% en este periodo.

Por otra parte, como una de los aspectos más importantes en la intervención en drogodependencias es la prevención de las recaídas, el disponer de un recurso de atención de forma continuada, muy accesible, ha facilitado fortalecer el tratamiento de la adicción al tabaco, que se caracteriza por periodos cíclicos de abstinencia y recaída. Ha que señalar que el 24% de los tratamientos corresponden a pacientes que han sufrido recaídas. De esta forma, una intervención en el medio laboral garantiza mejores resultados a largo plazo.

De otra parte, según las encuestas de actitudes, se aprecia que los trabajadores demuestran una tendencia favorable hacia el cumplimiento de la normativa antes del 31 de diciembre de 2003, motivo que facilitará la aplicación definitiva de su cumplimiento,

tal como se recoge en el Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. □ Pardell H (Ed). Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Madrid: Organización Médica Colegial; 2002.
2. □ Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. Gac. Sanitaria 2001; 15: 265-72.
3. □ Dautzenberg B. La lutte contre le tabagisme en entreprise: le guide. Paris: Editions Margaux-Orange; 2000.
4. □ ASH. Smoking in the Workplace. London: UK Edition; 1999.
5. □ WHO Regional Office for Europe. Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke. WHO Meeting, Lisbon, Portugal, 29-30 May 2000.
6. □ Health Education Authority. Healthier Nation. London: Health Education Authority; 1999.
7. □ Cipret & Service de Santé du personnel de l'Etat. Entreprise sans fumée, mais pas sans fumeurs. Geneva: Cipret & Service de Santé du personnel de l'Etat; 1999.
8. □ Action on Smoking and Health. Smoking in the workplace. Action on Smoking and Health, National Asthma Campaign, Trades Union Congress and WHO-Europe Partnership Project. London; 1999.
9. □ Health Education Authority. Smoking Policy for the workplace. An update. London: Health Education Authority; 1999.

Autores

Asensio López Santiago, Antonio Domínguez Domínguez, Francisca Alcahud Carrasco, Eduardo González Martínez-Lacuesta. SERVICIOS MUNICIPALES DE SALUD. Ayuntamiento de Murcia.

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: Servicio de EPIDEMIOLOGÍA
Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad
Ronda de Levante, 11. MURCIA 30008 (Correo electrónico: bolepi@carm.es)