

COLABORACION ESPECIAL**PROGRAMAS DE CESACION DEL TABAQUISMO EN EL MEDIO LABORAL: LA NECESIDAD DE SU IMPLEMENTACION EN ESPAÑA*****Pedro G. Serrano Aguilar**

Centro de Salud del INSALUD en Tejina, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

* Esta publicación se realizó merced a la concesión de una beca FISS de ampliación de estudios en el extranjero (expediente 93/5240).

RESUMEN

El consumo de tabaco constituye el problema de salud más importante en España y en el resto de las naciones desarrolladas; constituyendo la causa prevenible más importante para la reducción de la morbi-mortalidad prematura. Las intervenciones dirigidas a lograr el abandono o la reducción del hábito tabáquico en España han sido fundamentalmente llevadas a cabo a través de visita clínica, siendo escasas las actividades desarrolladas en el seno de la comunidad o en el medio laboral.

El objeto del presente artículo es el de expresar la necesidad de poner en marcha este tipo de intervenciones, así como el de estimular el interés de los profesionales de la salud en relación con el diseño, aplicación y evaluación de estos programas, a través de la exposición de algunos de los modelos más frecuentemente utilizados. Se discuten, además, algunos aspectos de la relación coste-efectividad de estos programas, así como aspectos relacionados con la adecuación del sistema sanitario español para el desempeño de los mismos.

Palabras clave: Abandono del tabaco. Medio laboral. Evaluación.

ABSTRACT**Smoking Cessation Programs in the Worksite: The Need for its Implementation in Spain**

Tobacco smoking is the most important health problem in Spain, as in the rest of the developed countries; been also recognized as the most preventable cause of premature morbidity and mortality in the western world. Interventions to reduce tobacco consumption in Spain, has been mainly addressed by means of physician-patient interaction, lacking the approach for community and workplace interventions. This article emphasize the need for the implementation of strategies of smoking cessation programs in the worksite, encouraging to health professionals to design, to apply and to evaluate these interventions. The most often used approaches to reduce tobacco smoking at the worksite are considered, addressing cost-effectiveness issues related with the characteristics of the Spanish Health System.

Key words: Smoking cessation programs. Worksite. Evaluation.

Necesidad de los programas de intervención sobre el tabaquismo

La agencia de tabaquismo y salud de los Estados Unidos de America publicó en 1989 que el consumo de tabaco fue responsable de "más de una de cada seis muertes". Este hecho sirvió para reconocer el abandono del consumo de tabaco, como la intervención aislada más importante dirigida hacia la re-

ducción de la tasas de morbi-mortalidad en la sociedad occidental ¹. Más concretamente, el tabaquismo supone un factor de riesgo de primer orden para las enfermedades cardiacas y vasculares, bronquitis crónica y enfisema; así como para el padecimiento de cáncer pulmonar, de laringe y faringe, cavidad oral, esófago, páncreas y vejiga urinaria. Adicionalmente, también se ha descrito un incremento en el riesgo de infecciones respiratorias y para el padecimiento de la enfermedad ulcerosa de localización gástrica ¹.

Correspondencia:

Pedro G. Serrano Aguilar.

Centro de Salud del INSALUD, Tejina.

38260 —La Laguna—. Santa Cruz de Tenerife.

Utilizando cifras publicadas por esta misma agencia: el tabaquismo es responsable de aproximadamente 390.000 muertes al año en EE.UU. En el Reino Unido, las cifras ascienden a un total de 110.000 muertes prematuras, anualmente; incluyéndose entre ellas un 21% de todas las muertes por cardiopatía isquémica, el 87% de las muertes debidas a cáncer de pulmón, y el 30% de la mortalidad total por cáncer. En España, utilizando datos referentes a 1984², el 13,84% de la mortalidad total tuvo al tabaquismo como factor causal.

Desafortunadamente, el impacto de la morbi-mortalidad atribuida al consumo de tabaco se expande más allá del propio fumador.

En este sentido, el consumo de tabaco durante el embarazo se asocia en el 20-30% de los casos a recién nacidos de bajo peso^{3,4}; a un 14% de partos pretérminos y aproximadamente a un 10% de mortalidad infantil total^{5,6}. Adicionalmente, durante los últimos diez años diferentes aportaciones procedentes desde el área de la epidemiología ocupacional, han asociado la figura del fumador pasivo o involuntario con un incremento del riesgo para el desarrollo de severos trastornos respiratorios durante la infancia y de cáncer pulmonar en etapas posteriores^{7,8}.

Las estrategias que persiguen la separación de fumadores y no fumadores en el seno del mismo espacio aéreo, consiguen reducir sin duda, pero no eliminar la exposición de los no fumadores al humo del tabaco. Consecuentemente para aquellos adultos que viven en hogares donde no existen fumadores, el medio laboral supone la principal fuente de exposición ambiental al humo de tabaco⁹.

El tabaquismo y sus consecuencias en España

Si bien la información epidemiológica expuesta previamente procede de los Estados Unidos, donde se ha producido una reducción paulatina en el número total de

fumadores desde el 40% en 1965 hasta el 29% en 1987, la situación es extrapolable a España donde un porcentaje próximo al 35,9% de la población se define como fumador¹⁰.

A pesar de que en nuestro país se ha iniciado el desarrollo de la legislación que limita el consumo de tabaco en los centros sanitarios y en determinados establecimientos públicos, ésta sin duda, resulta insuficiente a la vista de la existencia de experiencias previas en las que se constata la violación a esta prohibición⁹, cuando no se instituye algún mecanismo de seguimiento.

Por otro lado, en España las intervenciones sobre la cesación del hábito tabáquico han sido desarrolladas mayoritariamente a nivel individualizado desde las consultas médicas y/o de enfermería en el nivel asistencial de atención primaria¹¹, siendo escasas las experiencias realizadas a nivel comunitario¹². Claramente, este procedimiento alcanza fundamentalmente a aquella población con alto grado de demanda de servicios de salud, entre los que no se encuentran los varones en edad laboral. Por esta razón, los programas de cesación o de reducción del hábito tabáquico en el medio laboral suponen una necesidad, dado que una gran proporción de fumadores infrutilizan los servicios sanitarios, concentrándose en el medio laboral, donde los recursos precisos para desarrollar dichos programas pueden ser centralizados.

El marco laboral: Implicaciones y antecedentes

Como ha quedado establecido previamente, en la actualidad existe evidencia científica suficiente que demuestra que la exposición al humo del tabaco en el medio ambiente supone un riesgo para la salud. Por otro lado, la reglamentación laboral exige a los empresarios, de un modo general, el velar por la protección de la salud de sus trabajadores. Además, los mismos trabajadores también están en la obligación de proteger su

propia salud, así como la del resto de los compañeros de trabajo.

Recientemente, fuera de nuestro país, han sido varias las ocasiones en que determinadas empresas han tenido que acceder a las demandas legales de alguno de sus empleados no fumadores, tras haber sido diagnosticado de neoplasias pulmonares o por la intensificación de determinados procesos bronquiales, debido a la exposición laboral al humo del tabaco¹³.

Sin embargo, la aplicación de los programas de cesación del tabaquismo en el medio laboral precisa del consentimiento y la participación activa de las empresas o medios laborales. En Estados Unidos el interés por las actividades de promoción de la salud en el medio laboral nace al final de la década de los 70, en relación con el reconocimiento de la influencia del medio ambiente sobre la salud. Otro factor favorecedor fue la evidencia emergente de que las estrategias de educación y de promoción de salud demostraban ser eficaces en la modificación de conductas y ambientes de riesgo para la salud.

El alarmante incremento en el coste de los seguros y de la atención médica que las empresas dedicaban a sus trabajadores fumadores, supuso el detonante para el desarrollo de este tipo de actividades. Concretamente en 1980 se comunicó que el fumador promedio de un paquete diario, podría llegar a suponer para su empresario, un coste diario superior a los 600\$¹⁴.

Si bien el Sistema Nacional de Salud español asume los gastos sanitarios generados por las enfermedades de todos los trabajadores, independientemente de la empresa para la que trabajan, aún tendríamos que contemplar que aspectos como la reducción de productividad y el incremento del absentismo laboral, inherentes al consumo de tabaco, afectarían directamente al rendimiento en la empresa. Este hecho ha sido cuantificado en otros países, estimándose que los fumadores presentan una probabilidad de más del 43% de ausentarse de su trabajo durante una se-

mana cada año por razones de enfermedad, cuando son comparados con los no fumadores¹⁵.

Hacia un modelo de salud integrado

Desde su institución en nuestro país, la "salud laboral" o "medicina ocupacional" ha constituido un nivel sanitario caracterizado por sus actividades asistenciales y preventivas sobre los riesgos relacionados con las exposiciones específicas de cada medio laboral. Tradicionalmente y de modo general, esto se ha llevado a cabo de un modo independiente al contexto general de salud de cada trabajador. Recientemente, sin embargo, se ha promovido un movimiento de integración. A este respecto, el Sistema Nacional de Salud (INSALUD) está próximo a generalizar el hecho de que las actividades de "salud ocupacional" sean desempeñadas, en grados variables, desde el nivel asistencial de atención primaria, al igual que ocurrió previamente con las actividades de "salud escolar". Esta modificación estratégica podría permitir, "a priori", el abordaje a la población en su totalidad, desde la escuela al medio laboral, permitiendo de este modo actuaciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedad, coherentes e integradas a todos los niveles.

Admitiendo que los trastornos broncopulmonares de origen laboral constituyen la primera causa de enfermedad relacionada con el medio de trabajo, resulta inevitable el proponer en primer término la puesta en marcha de actividades dirigidas hacia la reducción del consumo de tabaco en el medio laboral. En este sentido, el porcentaje de trabajadores en Estados Unidos a los que se les ha ofrecido programas de cesación del hábito tabáquico ha ascendido desde un 15% en 1978¹⁶ a aproximadamente un 53% en 1988¹⁷. No obstante estos datos son referidos a lugares de trabajo con más de 50 trabajadores.

Es posible que algún lector, convencido de la necesidad de implementar la institución de programas de cesación del hábito tabáqui-

co en el medio laboral, haya identificado alguno de los obstáculos para la puesta en marcha de los mismos. Curiosamente, a este respecto, son numerosas las empresas estadounidenses en las que los propios trabajadores han solicitado la institución de estas actividades¹⁸. Así mismo en una encuesta a gran escala realizada recientemente en el Reino Unido¹⁹, aproximadamente el 60% de los encuestados reconocieron al tabaquismo como la prioridad más importante entre las actividades de promoción de salud propuestas. A pesar de que estas encuestas son respondidas más frecuentemente por aquellos individuos con mayor nivel de motivación y generalmente no fumadores, queda de manifiesto que, un porcentaje significativo de la clase trabajadora, conoce los riesgos de exposición al humo del tabaco y consecuentemente esperan algún tipo de intervención.

Programas para promover el abandono del hábito tabáquico, en el medio laboral

Sin querer llevar a cabo una revisión exhaustiva de la metodología utilizada para promover modificaciones en la conducta del fumador en el medio laboral, pretendemos sin embargo definir brevemente los modelos de intervención básicos.

Recientemente, en diferentes artículos de revisión^{20, 21}, las intervenciones de cesación del consumo de tabaco en el medio laboral han sido categorizadas en cuatro grupos: Biblioterapia, consejo médico, programas grupales de actividades múltiples y programas con incentivos.

1. La biblioterapia es un tipo de intervención conceptualizada a un nivel individual, con bajo costo, pudiendo llegar a un gran número de individuos. Las tasas de participación en estos programas son del 26%^{20, 21}, con altos porcentajes de abandono (próximos al 47%). Las tasas de cesación del hábito tabáquico reportadas han sido de 31%, descendiendo hasta el 26% tras seis meses de

seguimiento, aunque en estos estudios no se llevó a cabo verificación bioquímica.

2. El consejo antitabáquico llevado a cabo por el médico, de modo breve, durante el transcurso de una visita médica, constituye otro ejemplo de intervención orientada individualmente. En este método los porcentajes de abandono del programa son inferiores a los reportados para el método biblioterápico, siendo próximos al 29%; con tasas de participación considerablemente altas (78%). Las tasas de abstinencia tabáquica tras un año de cesación, constatadas bioquímicamente y por tanto fiables, son del 12%^{20, 21}.

3. Los programas grupales con múltiples tipos de actividades, van dirigidos obviamente hacia el nivel grupal. Usualmente incluyen aprendizaje en el manejo de la ansiedad a través de técnicas de autocontrol y desarrollo de conductas alternativas, reestructuración cognitiva, estrategias de competición, soporte emocional entre parejas de trabajadores fumadores y soporte social, chicle de nicotina, etc.²². Las tasas de participación son de 43% de promedio, con abandonos del programa en un 24%. La mayor parte de los estudios que han utilizado este programa han utilizado métodos bioquímicos para evidenciar la cesación en el consumo de tabaco, reportando cifras de 20%, tras un año de abstinencia.

4. Los incentivos suponen realmente un complemento, más recientemente incorporado, orientado a incrementar el grado de motivación del fumador generalmente enrolado en algún programa de cesación de carácter grupal; consistiendo generalmente en cantidades monetarias que se van distribuyendo a lo largo del desarrollo del programa, en relación con la consecución de determinados objetivos. Este tipo de complemento no ha conseguido incrementar, por sí mismo, las tasas de cesación y de mantenimiento tras la cesación²³.

En general, pocos estudios han realizado una evaluación adecuada que permita establecer comparaciones entre diferentes méto-

dos. En la mayoría de los casos, los porcentajes de participación no son reportados, careciendo además de un grupo control. La presencia de un grupo de control, no sujeto a la intervención, resulta imprescindible si pretendemos evaluar el verdadero impacto de estos programas, dado que es conocido que algunos individuos abandonan el consumo del tabaco sin vincularse a programa alguno. En este sentido, las evaluaciones de estos programas rara vez tienen en cuenta la presencia de esta tasa basal de abandono²⁴. Del mismo modo, el período de seguimiento tras la finalización del programa varía ampliamente en la bibliografía, siendo preciso el consenso a este respecto.

De gran importancia es la necesidad de validar bioquímicamente la cesación del hábito tabáquico, a través de la determinación de cotinina en saliva, por ser este el método más específico²⁵.

Relación coste-efectividad

Son numerosas las empresas españolas en las que no se ha llevado a cabo un análisis adecuado de las prioridades en cuanto a la instauración de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades. Sin embargo, en algunas de ellas se realizan con periodicidad anual, exámenes físicos y de laboratorio con carácter rutinario.

Estas actividades, realizadas de este modo sobre la población sana, presentan una baja relación coste-efectividad, de modo que tanto instituciones internacionales como el "Canadian Task Force"²⁶ y el "United States Task Force"²⁷ y nacionales como el "PAPPS" (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud)¹¹, promueven su realización periódica cada 2-4 años y exclusivamente para determinados parámetros bioquímicos. Nuevamente debemos enfatizar la ausencia de objetivos claramente definidos en el contexto de la "salud laboral", que posibiliten la identificación y priorización de los factores de riesgo de enfermedad de mayor prevalencia en cada empresa, orientando

posteriormente las actividades de promoción y prevención hacia los mismos. No parece eficiente que individuos sanos, pero con altas tasas de consumo de tabaco, sean sometidos "anualmente" a chequeos bioquímicos, sin que hasta el momento se hayan instituido actividades serias y sistemáticas de cesación del hábito tabáquico, siendo esta la medida preventiva con una mejor relación coste-efectividad.

Expertos en el área de análisis de coste-efectividad han reportado cifras que oscilan entre los 200-500 \$ (incluyendo incentivos), por cada individuo que abandona el hábito tabáquico^{28,29}.

Resulta interesante el comprobar que para que una nueva técnica quirúrgica se introduzca en la práctica médica habitual, esta debe probar básicamente que es "segura" (todos sabemos que demostrar eficacia y efectividad con técnicas quirúrgicas, a través de ensayos clínicos, es metodológicamente difícil). Adicionalmente, cuando alguna compañía farmacéutica elabora y comercializa un nuevo medicamento, está obligada a demostrar seguridad y eficacia (tradicionalmente a través de pequeños ensayos clínicos). Sin embargo, cuando se pretende institucionalizar alguna medida de promoción de salud y prevención de enfermedad, sin riesgos en cuanto a la producción de efectos secundarios; ésta debe previamente probar su seguridad, efectividad y bajo coste.

En algunos países donde se ha reflexionado al respecto, además de fomentar la instauración de programas de cesación del consumo de tabaco en el medio laboral, han prolongado la estrategia hasta el punto de incluir al "tabaquismo" como causa de muerte, en los certificados de defunción. Desde 1989, en el que el estado de Oregón (Estados Unidos) introdujo la medida, hasta la fecha, otros estados como Utah, Colorado, Washington y Winsconsin la han secundado. Más recientemente, el gobierno británico se ha sumado a este grupo³⁰.

Para finalizar, resulta apropiado el recordar que en aquellos países en los que se ha conseguido reducir el porcentaje de fumadores, así como las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, fue preciso que los respectivos gobiernos desarrollaran una política de salud pública coherente. Modificaciones en los impuestos relacionados con el consumo de tabaco, el cumplimiento de la legislación que define las áreas libres de tabaco y la ampliación progresiva de las mismas, así como la regulación legal de su venta (restricción a menores, etc.), han constituido actividades que posibilitaron la implementación de los programas de cesación del hábito tabáquico.

BIBLIOGRAFIA

1. American Cancer Society. A survey concerning: Cigarette Smoking, Health check-ups, Cancer detection test. A summary of the findings. Princeton, NJ: Gallup Organization, 1977.
2. González Enriquez J, Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR y Villar Alvarez F. Muertes atribuibles al tabaco, corrección y actualización de datos. *Med Clin* 1989; 93-79.
3. Kleinman JC and Kopstein A. Smoking during pregnancy 1967-1980. *Am J Public Health* 1987; 77: 823-825.
4. Kleinman JC and Madans JH. The effects of maternal smoking, physical stature, and educational attainment on the incidence of low birthweight. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 843-855.
5. McIntosh I. Smoking and pregnancy: II. Offspring risks. *Public Health Rev* 1984; 12: 29-63.
6. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. Rockville, Md; Centers for Disease Control, US Dept of Health and Human Services, 1980.
7. National Research Council, Committee on Passive Smoking. Environmental tobacco smoke: Measuring exposure and assessing health effects. Washington, DC: National Academy Press, 1986.
8. Centers for Disease Control, Survey of worksite smoking policies. New York City. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1987; 36: 177-179.
9. Bureau of the Census. Educational attainment in the United States: March 1987 and 1986. Current Population Report, series P-20, N 428. Washington, DC: U.S. Department of Commerce, 1988.
10. Gil Lopez E, Jimenez García-Pascual R, Pérez Andrés C, Vargas Marcos F. Estilos de vida de la población adulta española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992: 19-47.
11. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1988.
12. Villalbi JR, Ballestin M, Suros C, de Miguel-Blondel E, Cabelo R. Un programa comunitario de estímulo a la cesación tabáquica. *Rev San Hig Púb* 1992; 66: 103-108.
13. Social Security Commissioner. Decision of the social security commissioner appeal tribunal, 16 July 1990. Case N 2: 11: 1935.
14. Danaher BG. Smoking cessation programs in occupational settings. In "Managing Health Promotion in the Workplace": Guidelines for implementation and evaluation, RS Parkinson and Associates, eds. (Palo Alto: Mayfield) 1982: 217-232.
15. Doherty K. Is worksite wellness good business? *Business and Health* 1989; (Feb): 32-36.
16. Bureau of National Affairs. Where There's Smoke: Problems and Policies concerning smoking in the workplace. 2nd Ed. Washington, DC: The Bureau, 1987.
17. Centers for Disease Control. School policies and programs on smoking and health - United States, 1988. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1989; 38: 202-223.
18. Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. U.S. Department of Health and Human Services, 1990: 149.
19. Smoking at Work. I. Why and how employers introduce smoking policies. *Industrial*

- Relations Services Review and Report 1992; (feb): N 506.
20. Klesges RC, and Cigrang JA. Worksite smoking cessation programs: Clinical and methodological issues, in *Progress in behaviour Modification*, M Hersen, RM Eisler and M Miller, eds. Sage Publications, NY, 1989.
 21. Klesges RC, Cigrang JA and Glasgow RE. Worksite smoking modification programs: A state-of-art review and directions for future research. *Curr Psychol Res Rev* 1989; 6: 25-56.
 22. Lichtenstein E. The smoking problem: A behavioural perspective. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50: 804-819.
 23. Shephard DS and Pearlman LA. Healthy habits that pay off. *Business and Health* 1985; 2: 37-41.
 24. Mielck A. Worksite smoking cessation programs: Need in West Germany and recommendations for evaluation. *Soz Praeventivmed* 1990; 35: 125-128.
 25. Lee PI. Misclassification of smoking habits and passive smoking. A review of the evidence. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1988: 103 p.
 26. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: 2. 1985 update. *Can Med Assoc J* 1986; 134: 724-727.
 27. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services. An Assessment of the effectiveness of 169 interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
 28. Altman DG, Flora JA, Fortmann SP, and Farquhar JW. The costeffectiveness of three smoking cessation programs. *Am J Public Health* 1987; 77: 162-165.
 29. Kristein MM. How much can a business expect to profit from smoking cessation? *Prev Med* 1983; 12: 358-381.
 30. Beecham L. Smoking accepted on death certificates. *BMJ* 1992; 305: 543.