

A propósito de la Estrategia de prevención y atención al tabaquismo en la Comunitat Valenciana 2018-2023, España

About the strategy for prevention and care for the smoking habit in the Valencian Community 2018-2023, Spain

Joan Quiles i Izquierdo

Grupo coordinador de la Estrategia de Prevención y Atención al Tabaquismo de la Comunitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana.

Recibido: 13/12/2018· Aceptado: 14/12/2018

Una de las prioridades en las políticas de salud pública es la lucha contra el tabaquismo. De forma resumida podríamos definir el tabaquismo como una enfermedad adictiva, crónica y recurrente de inicio temprano (anterior a los 18 años de edad) y que se mantiene a causa de la dependencia que produce la nicotina. Desde el punto de vista de la salud pública, el tabaquismo es muy prevalente, está relacionado con exceso de morbilidad y de mortalidad. Es una enfermedad que a su vez produce patología. Así se le reconoce como el principal factor de riesgo prevenible para los cuatro principales grupos de enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes). Además es la principal causa de muerte evitable y responsable de la pérdida de unos 10 años, de media, de vida.

El panorama del control del tabaco mejoró con las orientaciones formuladas desde

la entrada en vigor del Convenio Marco de Control sobre el Tabaco (CMCT) a nivel internacional en el año 2003 (OMS, 2003). Un poco más tarde, 2008, se recomendaron diferentes medidas consideradas como “buenas” u “óptimas” encaminadas a combatir el consumo de tabaco que se corresponden a diferentes disposiciones del CMCT. Las medidas son conocidas por el acrónimo M-POWER a partir de su contenido en inglés y que podemos resumir en: **M**onitorizar el consumo del tabaco y las políticas de prevención; **P**roteger a la población del humo ambiental del tabaco; **O**frecer ayuda para dejar el tabaco; advertir (**W**arm) de los peligros del tabaco; hacer cumplir (**E**nforce) las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y, subir los impuestos (**R**aise) aplicados a los productos del tabaco (OMS, 2008).

Cada dos años, aproximadamente, 15 países han logrado alcanzar el nivel de mejores

Correspondencia a:
Joan Quiles i Izquierdo
Email: quiles_joa@gva.es

prácticas en una o varias de las medidas y en 2016, casi dos tercios de los países (121 de 194), el 63% de la población mundial, han introducido, al menos, una medida MPOWER al máximo nivel de cumplimiento. Si bien la adopción de políticas integrales de control del tabaco ha avanzado constantemente en los últimos 10 años queda aún mucho por hacer. En 2016 aún existían 57 países que todavía no habían adoptado ninguna de estas medidas, incluidas las medidas de vigilancia o campañas en medios de comunicación (OMS, 2017). El progreso es positivo y constante en general pero insuficiente si como meta planteamos un mundo sin humo en el 2040.

Los progresos logrados en todos los ámbitos estratégicos de MPOWER en el último decenio han permitido lograr ganancias reales y mensurables que proporcionan una base sólida para avances futuros, si bien se necesitan mayores esfuerzos para superar los intentos de la industria por “eludir” las regulaciones internacionales. Más de 1000 millones de personas en todo el mundo siguen consumiendo productos de tabaco. En palabras de Michael Møller, Director General de la ONU en Ginebra, “Fumar es un problema de desarrollo, porque golpea a los más vulnerables y provoca tensiones en los sistemas sanitarios, alimentando un círculo vicioso de pobreza y desigualdad”.

¿POR QUÉ SON NECESARIAS ESTRATEGIAS REGIONALES?

La planificación estratégica se entiende como un sistema mediante el cual quienes toman las decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan la información

pertinente interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente de una organización, así como su nivel de competitividad, con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro (Serna, 2002). Cuando este concepto se extiende a objetivos relacionados con la salud hablamos de estrategias de salud. En ellas trabajamos sobre problemas que bien por su elevada prevalencia o carga asistencial, familiar, social o económica, requieren un abordaje que considere aspectos asociados a su prevención o atención sanitaria así como a la coordinación con otras instituciones.

Y este es el caso que nos ocupa, la puesta en marcha de una estrategia contextualizada dirigida para conseguir la disminución del tabaquismo en la Comunitat Valenciana. Por una parte con la mirada puesta en la promoción de la salud, por otra, con un componente importante de prevención a la incorporación al tabaquismo y por ende, a la protección de los no fumadores y complementariamente, poniendo los medios que favorezcan la deshabitación. De esta forma se cumplen los principios básicos para atajar cualquier adicción: evitar el contacto e incorporación a la misma, retardar al máximo su inicio y conseguir, en caso de fracaso de las dos anteriores que suponga una eventualidad no crónica ayudando a la cesación del consumo.

¿DE DÓNDE PARTIMOS?

El análisis de la realidad debe ser el punto de inicio que contextualice cualquier actuación. Las fuentes de datos más coetáneas deben ser las que encuadren los problemas de cada población. En el caso valenciano, el referente más cercano en el tiempo ha sido la Encuesta de Salud de la Comunitat Valen-



ciana-2016, la oportunidad que supone la realización periódica de este tipo de constataciones conlleva que se pueda realizar un seguimiento evolutivo de los problemas. Sin ir más allá, las encuestas realizadas en 2001, 2005, 2010 y 2016 nos dibujan un escenario poblacional que coherente con el desarrollo del problema de salud en cuestión en otros lugares constata el punto de partida de cualquier línea estratégica (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2017).

Así, en el caso que nos ocupa, podemos conocer que en el ámbito poblacional, la prevalencia de población mayor de 14 años que se declara fumadora habitual es de un 19,5%, al que cabe sumar un 2,6%, de personas que se definen como fumadoras esporádicas. Si bien la evolución del consumo de tabaco en el periodo descrito supone una buena noticia, ha sido claramente descendente, disminuyendo la prevalencia de personas fumadoras y aumentando el de no fumadoras, llama la atención el estancamiento observado en el incremento de la población exfumadora. Ciertas interpretaciones podrían aducir que el valor salud en la población y en concreto la no iniciación al tabaco es más poderosa que la cesación en las personas que fuman. Pero ¿este comportamiento es uniforme? Los análisis deben ser completos y si, en cualquier problema de salud no debe soslayarse el análisis por sexo, en el tabaquismo y pensando en los perfiles y significado que este hábito tiene en la sociedad no se puede dar por zanjado su estudio sino se profundiza en la perspectiva de género y en las características sociodemográficas. El problema del tabaquismo refleja fielmente los problemas de vulnerabilidad de las sociedades (Loring, 2014).

El comportamiento ante el consumo tabáquico en la Comunitat Valenciana difiere según sexo y grupo de edad. El descenso observado en los hombres fumadores, ha sido continuo desde 2001 y de mayor intensidad que el observado en las mujeres, en las que el descenso se produjo de forma mucho más moderada hasta 2010. Ello hace que la brecha o distancia que en 2001 era de 17 puntos porcentuales no llegue a 2,6 puntos en 2016, expresando un mayor calado del mensaje de cesación o prevención en el género masculino.

Por grupos de edad cabe destacar el importante descenso que se observa en los grupos de población más joven, probablemente por la mayor influencia que hayan podido tener las políticas de prevención y control del tabaquismo desarrolladas en los últimos años aunque con un mayor impacto en hombres que en mujeres. Lamentablemente, en el grupo de edad de 15 a 24 años, es el único grupo en el que las mujeres fumadoras superan al de hombres (8% en hombres y el 13% en mujeres).

Por último, el tabaquismo se ve influido por determinantes sociales como el nivel de estudios. En la Comunitat Valenciana en 2016, se observa un gradiente social tal que la proporción de población fumadora se incrementa desde el nivel de estudios universitarios, conforme disminuye el nivel de estudios de la población considerada tanto en hombres como en mujeres. Por clase social, se observa un patrón similar y con escasa diferencia entre hombres y mujeres. Las clases sociales más favorecidas, directivos/as y gerentes con 10 o más personas empleadas y profesionales con titulación superior, es la que registra la menor prevalencia de tabaquismo.

¿QUÉ ALIADOS ELEGIMOS?

Los problemas de salud son como enormes poliedros con numerosas caras, vértices y aristas, por lo que a la hora de pensar en ellos debemos considerar todos estos elementos, ninguno de ellos desdeñable y a su vez todos necesarios ya que aportan una visión complementaria que deberá ser tenida en consideración si queremos hacer un análisis holístico e inclusivo del mismo.

La *Estrategia de prevención y control del tabaquismo de la Comunitat Valenciana* (Generalitat Valenciana, 2018) se ha elaborado mediante un procedimiento que ha intentado articular el conocimiento de personas expertas con el saber de la sociedad civil utilizando tanto metodologías participativas como vías prioritarias para alcanzar esta meta. La apuesta por las metodologías participativas en la formulación de las políticas públicas responde, en primer lugar, a la demanda social de democratización de la sociedad, así como de promoción de la gobernanza; en segundo lugar, a un objetivo de carácter operativo, situarnos en una concepción más proactiva y colaborativa de la construcción del conocimiento.

El trabajo de redacción de la estrategia ha sido desarrollado a través de tres fases: una primera de diagnóstico, una segunda propositiva, y una fase de definición de indicadores de evaluación. El seguimiento del proceso ha estado a cargo de un comité coordinador que ha operado a modo de grupo motor, asumiendo las tareas de dinamización de la participación, valoración de las aportaciones, redacción de los documentos base de cada una de las etapas o retorno de los resultados parciales, entre otras. La estrategia ha contado con un comité técnico

de profesionales en áreas directamente implicadas en la prevención, atención y control del tabaquismo participando en todas y cada una de las fases del diseño de la estrategia, constituyendo una fuente importante de conocimiento científico y profesional. Además, se ha configurado un comité de participación que ha aglutinado a los distintos actores que se convocan para participar en la elaboración de la misma. Este comité ha estado compuesto por el comité técnico, asociaciones y colectivos y entidades ciudadanas y las sociedades científicas y profesionales.

Durante el proceso de formulación de la estrategia, se crearon distintos espacios presenciales de información y de participación que han implicado a diferentes colectivos en sesiones deliberativas. En todas las dinámicas se procuraron tanto mecanismos destinados al debate como a la concreción de aportaciones. De esta manera, las sociedades científicas fueron convocadas a un taller metaplán de diagnóstico y escenario de futuro; las asociaciones y otras entidades ciudadanas a entrevistas grupales para el diagnóstico y para propuestas de acción; el grupo de profesionales a dos sesiones de análisis DAFO-CAME, y un total de cinco talleres deliberativos de revisión y concreción de las fases de diagnóstico y propuesta y de definición de indicadores de evaluación.

¿QUÉ LÍNEAS HAN SIDO PRIORIZADAS?

La formulación de una estrategia lleva implícita la ordenación de los ámbitos más importantes hacia donde han de dirigirse las acciones para cumplir las metas propuestas. En el caso de la estrategia valenciana cinco fueron las líneas estratégicas marcadas para su desarrollo.



Promover políticas intersectoriales dirigidas a la prevención y atención al tabaquismo reduciendo desigualdades sociales. La inequidad en salud refleja diferencias en la salud de las personas innecesarias, injustas y evitables (Dahlgren y Whitehead, 2007). En relación al consumo del tabaco existen desigualdades socioeconómicas (por estatus económico, educación, género, etnia y lugar de residencia) significativas. En general, los grupos de bajo nivel socioeconómico consumen más tabaco y experimentan grados más elevados de muerte y discapacidad a causa del tabaco que los grupos con nivel más alto además, las mujeres son más vulnerables al desarrollo de los problemas de salud derivados del tabaco (Loring, 2014). Para ello el Plan propone desarrollar y adaptar el marco normativo y legislativo a la realidad de la Comunitat Valenciana y establecer alianzas con todos los sectores implicados en la prevención y atención del tabaquismo.

Sensibilizar a la sociedad sobre el tabaquismo como problema de salud prioritario. La percepción de los problemas sociales y, también, de los sanitarios está en función de los acontecimientos, de las presiones mediáticas, los agentes de opinión y del hecho de considerarse más o menos vulnerables a ellos. Sin embargo, la interacción de todos puede conseguir que los problemas se perciban como superados e incluso, que dejen de tener la consideración social de ser relevantes para la salud por normalización. Urge y son acciones deseables las encaminadas a modificar la concepción social del tabaquismo (“desnormalizar” su consumo) para que el tabaco se visibilice como un importante problema de salud. Se deben poner en marcha intervenciones comunitarias desde la proximidad (ámbito local) destinadas a la prevención del tabaquismo a través de espacios participa-

tivos en los municipios. Y se debe realizar una transmisión de información veraz, favoreciendo el trabajo con los medios de comunicación.

Potenciar la atención integral al tabaquismo desde el Sistema Valenciano de Salud. La atención al tabaquismo, es una de las actuaciones más costo-efectivas existente con evidencia científica que existe en salud pública. Para garantizar una asistencia de calidad y con poca variabilidad en el territorio se hace imprescindible definir un circuito asistencial basado en un modelo de atención sanitaria integral, multidisciplinar con continuidad asistencial entre los distintos niveles de la red sanitaria y adecuado a las necesidades de la población, elaborando protocolos de atención y derivación, que garanticen la equidad y calidad en la atención al tabaquismo, equiparándolo al resto de problemas de salud. La condescendencia del personal sanitario con respecto a esta adicción no es equiparable en praxis con cualquier otro problema consultado en atención primaria y/o hospitalaria o algún profesional ¿dejaría “escapar” sin estudiar o tratar una hipertensión o diabetes?

Impulsar la formación para la prevención y control del tabaquismo en todas las profesiones y organizaciones que puedan incidir en este problema de salud. Todo el personal sanitario debe intervenir sobre el tabaquismo de manera adecuada a la situación de la persona y en función de los recursos que se disponga en el ámbito asistencial en el que se realice la intervención. En cualquier lugar del sistema asistencial se puede y debe intervenir sobre el tabaquismo, aunque esto no quiere decir que todas las intervenciones deban ser iguales.

Impulsar la investigación en tabaquismo. La investigación en ciencias de salud constituye un elemento decisivo para comprender la

enfermedad y conservar la salud a un coste reducido. En los últimos años, la investigación en tabaquismo en España ha adquirido un nivel relevante y también en la Comunitat Valenciana. Sin embargo, el tabaquismo sigue constituyendo una causa importante de mortalidad, morbilidad y discapacidad, de forma que es necesario profundizar en el estudio.

¿QUÉ SUPONE DISPONER DE UNA ESTRATEGIA?

Toda estrategia emanada de una entidad o gobierno con capacidad de gestión significa un compromiso de actuación que marca las directrices principales de las actuaciones que se diseñan para una finalidad, en este caso procurar la disminución de la presencia de personas fumadoras directas o indirectas en la población. Ello implica que los profesionales, la población afectada y la comunidad en general tienen el amparo para el desarrollo de programas y acciones conducentes a promover la salud, a prevenir el tabaquismo y a procurar la atención y ayudas necesarias para abandonar esta adicción. Así mismo debe suponer el derecho de la sociedad a velar por su cumplimiento si lo que de verdad deseamos es conseguir un territorio libre de humos en un periodo razonable de tiempo. Así, una estrategia es un camino y lo importante es recorrerlo o como diría el poeta Antonio Machado: "Caminante, no hay camino, se hace camino al andar".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2017). *Encuesta de Salud Comunitat Valenciana 2016*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe. Accesible en línea: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf [Consultado el 24 de noviembre de 2018].

Generalitat Valenciana (2018). *Estrategia de prevención y atención al tabaquismo en la Comunitat Valenciana 2018-2023*. Valencia: Generalitat Valenciana. Accesible en línea: https://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/OVS_tabaquismo_8_cas.pdf [Consultado el 24 de noviembre de 2018].

Loring, B. (2014). *Tobacco and inequities, guidance for addressing inequities in tobacco-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaquismo*. Geneva: World Health Organization. Accesible en línea: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=E7573D5B6CF04F2EED47B86179CADF7C?sequence=1> [Consultado el 25 de noviembre de 2018].

Organización Mundial de la Salud (2008). *MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Geneva: World Health Organization. Accesible en línea: https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf [Consultado el 5 de diciembre de 2018].

Organización Mundial de la Salud (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Serna, H. (2002). *Gerencia Estratégica. Planeación y Gestión-Teoría-Methodología*. 7a. edición. Bogotá: 3R Editores.