



DMST

DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2016

Lema:

**“Prepárate para el empaquetado
neutro”**

Documento Técnico

Dirección General de Salud Pública

**Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la
Salud**

Servicio de Prevención de la Enfermedad

Servicio de Epidemiología



*El **Día Mundial Sin Tabaco** se celebra en todo el mundo el **31 de mayo**. Esta celebración anual tiene como objetivo informar al público acerca de los peligros que supone el consumo de tabaco, las prácticas comerciales de las empresas tabacaleras, las actividades de la OMS para luchar contra la epidemia del tabaquismo, y lo que las personas de todo el mundo pueden hacer para reivindicar su derecho a la salud y a una vida sana, y proteger a las futuras generaciones*

Información complementaria sobre cualquier aspecto de este documento:

Servicio de Epidemiología

Lucia Diez Gañan
C/ San Martín de Porres 6, 1ª planta
28035 Madrid
Tfno: 91 370 08 56
lucia.diez@salud.madrid.org

Servicio de Prevención de la Enfermedad

Moisés Cameno Heras
C/ San Martín de Porres 6, planta 0
28035 Madrid
Tfno: 91 370 09 23
moises.cameno@salud.madrid.org



INDICE

Parte 1: Día Mundial sin tabaco 2016

Introducción	4
El empaquetado neutro de los productos de tabaco	5
Datos sobre el empaquetado neutro	5
Objetivos del DMST 2016	6
El Convenio Marco para el Control del Tabaco	7

Parte 2: Informe sobre vigilancia del consumo de tabaco y de la exposición ambiental al humo de tabaco en la Comunidad de Madrid

Introducción	8
Prevalencia de consumo de tabaco	9
Población adulta	9
Población juvenil	15
Exposición pasiva al Aire Contaminado por Humo del Tabaco (ACHT)	17
En el hogar	17
En el entorno laboral	18
En bares y cafeterías	18
En restaurantes	19
Conclusiones	20
Bibliografía	21



DÍA MUNDIAL SIN TABACO 2016:

"PREPÁRATE PARA EL EMPAQUETADO NEUTRO"

INTRODUCCIÓN

En España, al igual que en otros países desarrollados, el tabaquismo es la primera causa aislada y evitable de morbi-mortalidad, estando relacionado con el 16 por ciento de todas las muertes ocurridas en la población mayor de treinta y cinco años.

La evidencia científica es concluyente. Se estima, que el consumo de tabaco es responsable del 90 por ciento de la mortalidad por cáncer de pulmón, del 95 por ciento de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, del 50 por ciento de la mortalidad cardiovascular y del 30 por ciento de las muertes que se producen por cualquier tipo de cáncer.

Por otra parte, las evidencias científicas indican que el humo del tabaco en el ambiente (consumo pasivo o involuntario de tabaco) es causa de mortalidad, enfermedad y discapacidad. La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) ha determinado que la exposición al aire contaminado con humo del tabaco es carcinogénica en los seres humanos.

A nivel mundial, este año, la epidemia de tabaquismo matará a casi **seis millones de personas**. Más de cinco millones de ellas serán consumidores y ex consumidores de tabaco, y más de **600.000 serán no fumadores** que estuvieron expuestos al humo de tabaco. Para el año 2030, el tabaco podría matar a ocho millones de personas por año, de las cuales el 80% corresponderá a países de bajos y medianos ingresos.

Como cada año desde 1.988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conmemora el 31 de mayo el **Día Mundial sin Tabaco**. Este año, bajo el lema "**Prepárate para el empaquetado neutro**", la OMS y la Secretaría del Convenio Marco de la OMS hacen un llamamiento a todos los países para que se preparen para el empaquetado neutro de los productos de tabaco. El empaquetado neutro es una importante medida que disminuye el atractivo de los productos de tabaco, restringe el uso de los paquetes de tabaco como soporte para publicitar y promover el tabaco, limita el empaquetado y etiquetado engañosos y aumenta la eficacia de las advertencias sanitarias.



EL EMPAQUETADO NEUTRO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO.

Con ocasión del Día Mundial Sin Tabaco 2016, la OMS realiza un llamamiento a los países para que se preparen para el empaquetado neutro de los productos de tabaco.

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.

El empaquetado neutro es una importante medida de reducción de la demanda ya que disminuye el atractivo de los productos de tabaco, restringe el uso de los paquetes de tabaco como soportes para publicitar y promover el tabaco, limita el empaquetado y etiquetado engañosos y aumenta la eficacia de las advertencias sanitarias.

Lo que se pretende con el empaquetado neutro es restringir o prohibir el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional sobre el envase, excepto los nombres de la marca y del producto, que se han de presentar en un color y tipo de fuente estándar.

En las directrices relativas a los artículos 11 y 13 del Convenio de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) se recomienda que las Partes consideren la adopción del empaquetado neutro.

El empaquetado neutro se apoya en otras medidas que forman parte de un enfoque multisectorial integral del control del tabaco. Los encargados de la formulación de políticas, la sociedad civil y la población en general pueden tomar medidas para que sus gobiernos consideren la adopción del empaquetado neutro.

Datos sobre el empaquetado neutro

El interés por el empaquetado neutro va en aumento en todo el mundo:

En diciembre de 2012, Australia se convirtió en el primer país que aplicó plenamente el empaquetado neutro.

En 2015, Irlanda, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Francia aprobaron leyes para dar efecto al empaquetado neutro a partir de mayo de 2016.

Varios países se encuentran en una etapa avanzada con respecto a la consideración de la adopción de leyes sobre el empaquetado neutro.



Objetivos del Día Mundial Sin Tabaco 2016¹

Con la conmemoración del DMST la OMS se plantea como objetivos:

- Subrayar el papel del empaquetado neutro como parte de un enfoque integral y multisectorial del control del tabaco.
- Facilitar la formulación de políticas por los Estados Miembros y la implantación mundial del empaquetado neutro proporcionando información significativa, convincente y persuasiva.
- Alentar a los Estados Miembros a reforzar las medidas y restricciones relativas al empaquetado y el etiquetado, en particular con respecto a la publicidad, la promoción y el patrocinio, a medida que avanzan hacia la adopción del empaquetado neutro de manera gradual.
- Apoyar a los Estados Miembros y la Sociedad civil en sus esfuerzos contra la injerencia de la industria tabacalera en los procesos políticos conducentes a la adopción de leyes sobre el empaquetado neutro.



¹ <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/event/es/>



EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO² (CMCT)

El **Convenio Marco para el Control del Tabaco** de la OMS, es el principal instrumento de control del tabaco a nivel mundial. Es el primer tratado de salud negociado bajo los auspicios de la OMS, y representa uno de los mayores logros en el avance de la salud pública. Vigente desde 2005, es ya uno de los tratados que más rápida y extensamente ha sido adoptado en la historia de las Naciones Unidas, siendo ya 174 los países que lo han ratificado.

Artículo 11

Requiere que cada Parte, en un plazo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, adopte y aplique medidas eficaces para prohibir las formas de empaquetado y etiquetado que sean equívocas; para que los paquetes de productos de tabaco lleven advertencias sanitarias de gran tamaño y otros mensajes que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco; para que tales advertencias cubran el 50 % o más, pero no menos del 30 %, de las superficies principales expuestas y que estén en el idioma principal de la(s) Parte(s); y para que los paquetes contengan la información requerida sobre los ingredientes y emisiones de los productos de tabaco.

Artículo 13

Pide a las Partes que impongan una prohibición total de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio (puede verse una lista de las formas de publicidad, promoción y patrocinio desde el punto de vista del Convenio en el apéndice de las directrices para la aplicación del artículo 13, que fueron aprobadas en la COP3). Para ser eficaz, la prohibición debe cubrir todos los tipos de publicidad y promoción del tabaco, así como cualquier patrocinio realizado por la industria tabacalera. La prohibición total debe hacerse efectiva dentro de los cinco años de la entrada en vigor del Convenio para cada Parte, y ha de incluir la prohibición de la publicidad transfronteriza procedente del territorio de la Parte. Las Partes que, debido a sus principios constitucionales, no estén en condiciones de implantar una prohibición total, deben aplicar restricciones.

En su tercera reunión, celebrada en noviembre de 2008, la Conferencia de las Partes (CP) adoptó directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT sobre el **Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco** (decisión FCTC/COP3 (10))³ y para la aplicación del artículo 13 del CMCT sobre **Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco** (decisión FCTC/COP3 (12))⁴

² Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>

³ Disponible en: http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_11/es/

⁴ Disponible en: http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_13/es/



VIGILANCIA DEL CONSUMO DE TABACO Y DE LA EXPOSICIÓN AMBIENTAL AL HUMO DE TABACO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Resultados del sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2016. Servicio de Epidemiología

1. INTRODUCCIÓN

El tabaco es un producto tóxico. El cigarrillo está compuesto por sustancias demostradamente letales^{1,2}: cianuro de hidrógeno, acetona, amoníaco, arsénico, benceno, butano, cadmio, monóxido de carbono, nitrosaminas, DDT, plomo, nicotina, polonio 210, monóxido de carbono derivado de su combustión, y así hasta más 7.000 sustancias cancerígenas, tóxicos cardiovasculares y tóxicos respiratorios, capaces de lesionar cualquier órgano del cuerpo humano^{1,3}. El tabaquismo se asocia a las enfermedades que globalmente constituyen las principales causas de morbimortalidad en la región de Madrid en la actualidad⁴: cáncer (entre ellos, el cáncer de esófago, laringe, pulmón, boca y garganta, vejiga, riñón, páncreas, cuello uterino), enfermedades coronarias y cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas, así como a efectos nocivos sobre el aparato reproductivo con una disminución de la fertilidad y numerosos trastornos odontológicos.

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras evitables en la Comunidad de Madrid⁴⁻⁷, al igual que en el resto de las regiones de nuestro entorno socioeconómico (España, Unión Europea, Estados Unidos, Canadá y otros países desarrollados)^{1,8-12} y una causa cada vez más importante en el resto del mundo¹. En el año 2012, el tabaco ocasionó 5.464 muertes en la Comunidad de Madrid, lo que supuso el 13,2% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de 35 y más años de edad ese año en la Comunidad de Madrid⁴.

El hábito de fumar puede ser prevenido primariamente y alterado voluntariamente, sobre todo con ayuda de programas de promoción de la salud. Existen también evidencias sobre la reducción del riesgo de muerte por dichas enfermedades tras la cesación del hábito de fumar³.

La Comunidad de Madrid dispone de un Sistema para la Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa)¹³. Este sistema, coordinado por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad, integra diversos sistemas de información que se han venido desarrollando desde 1995 (SIVFRENT-A¹⁴, SIVFRENT-J¹⁵, Encuesta de Tabaco de la Comunidad de Madrid 2005, 2007 y 2013¹³, Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid¹³). Esto ha permitido conocer la evolución de la epidemia de tabaquismo en la región durante todo este tiempo.



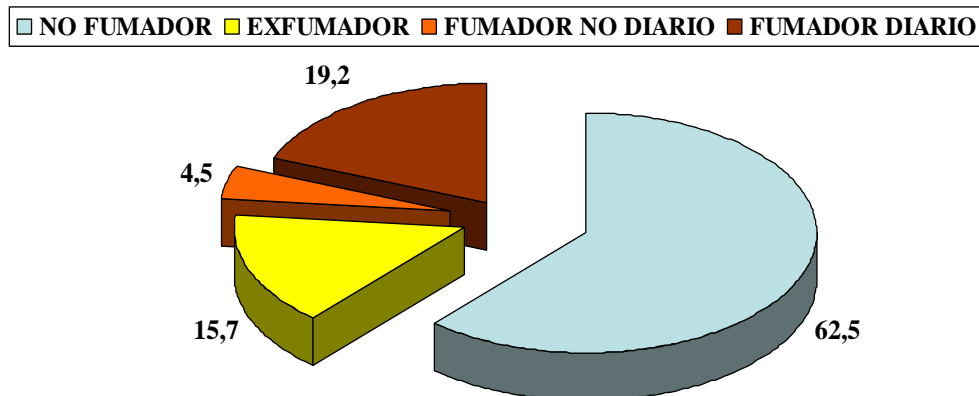
En este informe se presentan los resultados hasta 2015, el último año disponible.

2. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO

2.1. Prevalencia en población adulta

En el año 2015, el 23,8% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 19,2% diarios y un 4,5% ocasionales), el 62,5% no fumaban y el 15,7% eran exfumadores (Figura 1). La situación por sexo se presenta en la Figura 2. En los hombres se registró una prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) de 27,8%. En mujeres, la prevalencia global de fumadoras fue 19,9% (Figura 2).

Figura 1. CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2015



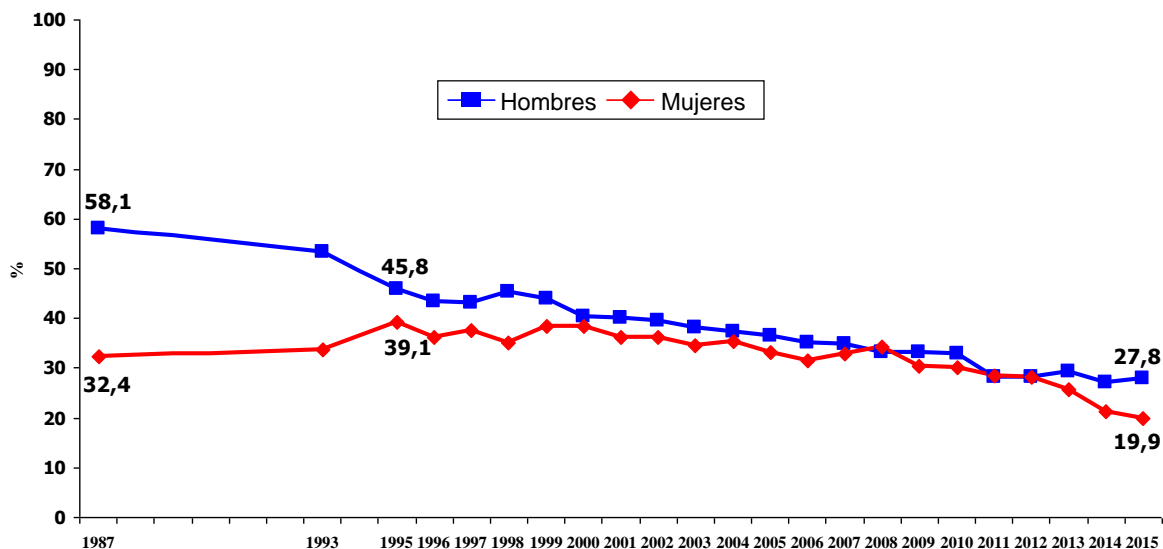
SIVFRENT-A, 2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Por edad, en 2015, la prevalencia de fumadores en hombres fue menor en los de 18-29 años con un 20,9%, seguida de los de 30-44 años, con un 28,3% y los de 45-64 años, con un 30,9% (Figura 3).

En las mujeres, la menor prevalencia de tabaquismo se registró en las de 45-64 años, con un 15,8%, seguida de las de 30-44 años (20,9%) y las de 18-29 años (26,5%) (Figura 4).



**Figura 2. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES, 1987-2015.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID**



Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo

SIVFRENT-A, 1995-2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Según el nivel socioeconómico, en 2015, en los hombres se observó un gradiente en la prevalencia de tabaquismo, aumentando ésta al disminuir el nivel educativo, desde el 21,9% de fumadores actuales entre los de mayor nivel educativo pasando por el 28,9% y el 32,0% en los de nivel medio-alto y medio-bajo, respectivamente, hasta el 34,5% en los de nivel educativo más bajo (Figura 5).

En las mujeres, las menores prevalencias se registraron en las de menor y mayor nivel de estudios, con un 14,1% y un 16,8%, respectivamente. Las de nivel educativo medio-alto y medio-bajo presentaron una prevalencia de fumadoras de 20,4% y 25,2%, respectivamente (Figura 6).

Respecto a las tendencias, la prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) del 23,8% registrada en 2015 mantuvo la tendencia descendente registrada por el SIVFRENT desde 1995. Entre 1995 y 2015 la prevalencia de consumo de tabaco disminuyó globalmente un 43,9% (un 39,3% en hombres y un 49,1% en mujeres).

En las figuras 2 a 4 podemos apreciar importantes cambios en el consumo, observando algunas variaciones en la evolución en los diversos subgrupos poblacionales. En los hombres se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, aunque desde 1995 la magnitud del descenso fue menor que la observada en la década de los años 1980 y primera parte de la década de 1990. Entre 1987 y 2015 la prevalencia de fumadores en hombres se redujo más de la mitad (reducción del 52,2%).



En las mujeres, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres. Entre 1995, año en el que se registró la máxima prevalencia de fumadoras (39,1%), y 2015, el porcentaje de fumadoras se redujo casi a la mitad (reducción del 49,1%) (Figura 2).

Por edad, en los hombres el descenso fue bastante sostenido en todos los grupos de edad y muy destacable en los más jóvenes (18-29 años) entre 2007 y 2014, situación que en este grupo parece haber empeorado, al menos de modo puntual en 2015, pues se registra entre 2014 y 2015 un aumento en la prevalencia del 20,8% (Figura 3).

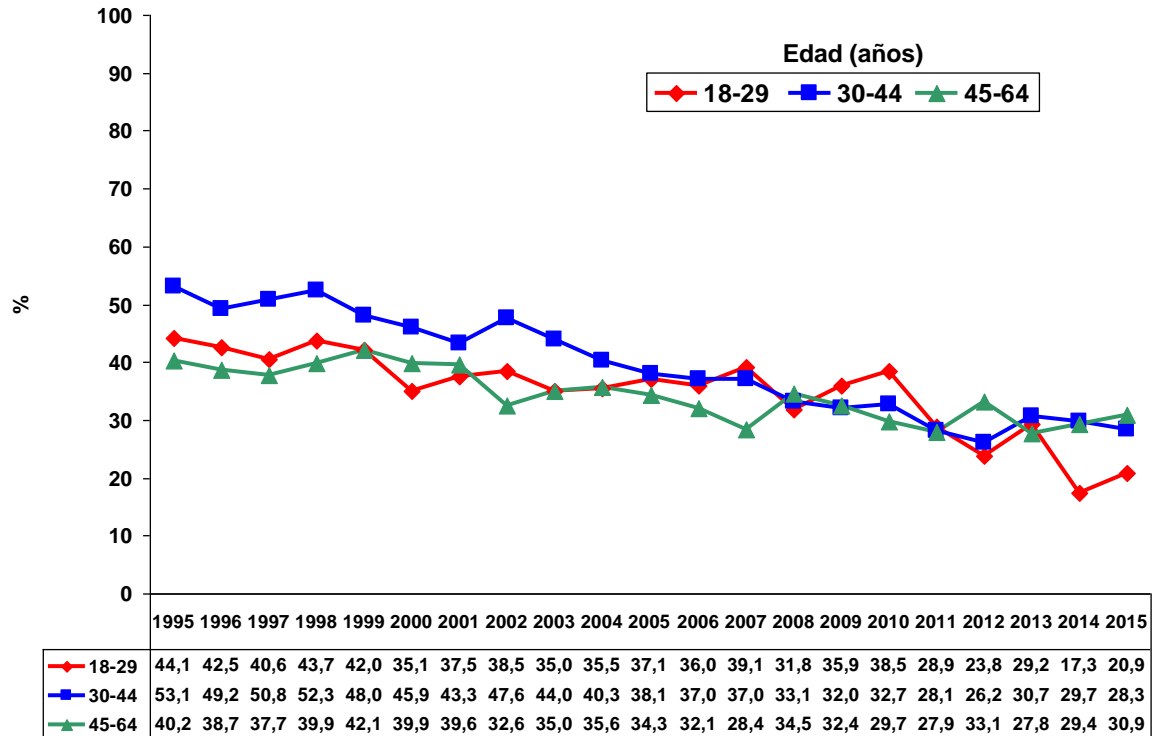
En las mujeres, la disminución de la prevalencia fue también bastante constante y destacable en las jóvenes y en las edades intermedias, si bien, al menos de forma puntual, la situación parece haber empeorado en 2015, sobre todo en las más jóvenes (18-29 años) que, como en el caso de los hombres, presentan un aumento en la prevalencia entre 2014 y 2015, en este caso, del 25,6% (Figura 4). En las mujeres de 45-64 años se ha venido registrando un aumento sostenido, debido al efecto de la llegada a estas edades de las cohortes de las jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990. Este aumento se detuvo por primera vez en 2014, y en 2015 parece mantenerse en una tendencia descendente (Figura 4).

En cuanto al nivel socioeconómico, en hombres, los grupos de mayor nivel de estudios son los que presentaron el mayor descenso de consumo de tabaco entre 1995 y 2015. La intensidad del descenso en este periodo en los varones fue de un 45,8% en los de nivel alto, 35,2% en los de nivel medio-alto, un 39,2% en los de nivel medio-bajo y un 27,5% en los de nivel bajo (Figura 5).

En las mujeres, se observó un claro gradiente en la intensidad de descenso según el nivel de estudios entre 1995 y 2015, de modo que la intensidad del descenso fue sustancialmente creciente al aumentar el nivel de estudios, desde el descenso del 13,5% registrado en las mujeres de menor nivel educativo hasta el 62,7% registrado en las de mayor nivel. Las de nivel medio-bajo y medio-alto presentaron un descenso del 41,0% y del 57,8%, respectivamente (Figura 6).



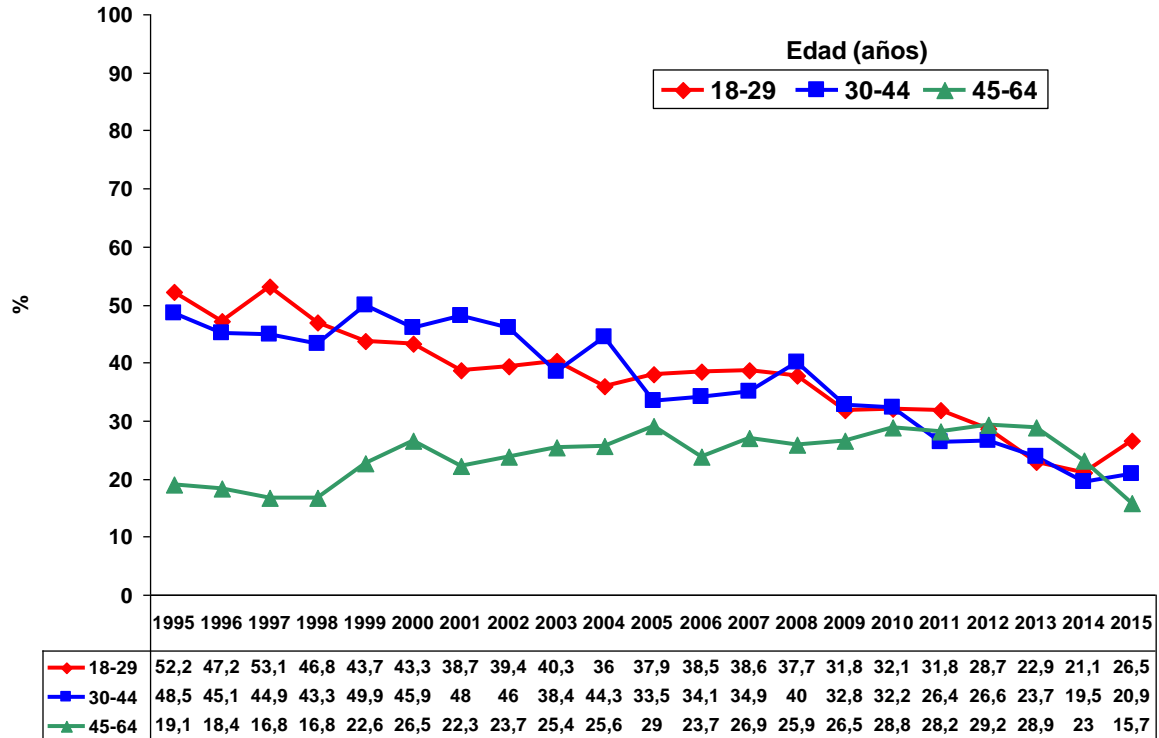
Figura 3. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR GRUPOS DE EDAD. HOMBRES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID ,1995-2015



SIVFRENT-A, 1995-2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid



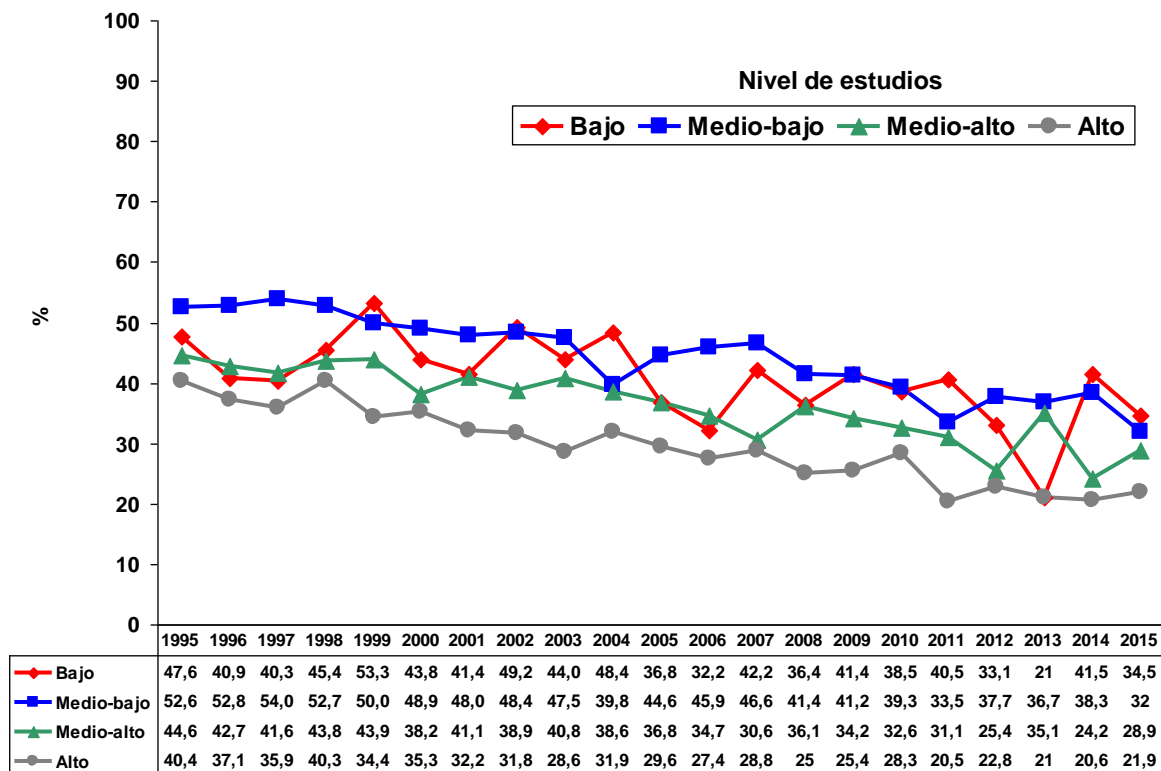
Figura 4. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR GRUPOS DE EDAD. MUJERES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2015



SIVFRENT-A, 1995-2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid



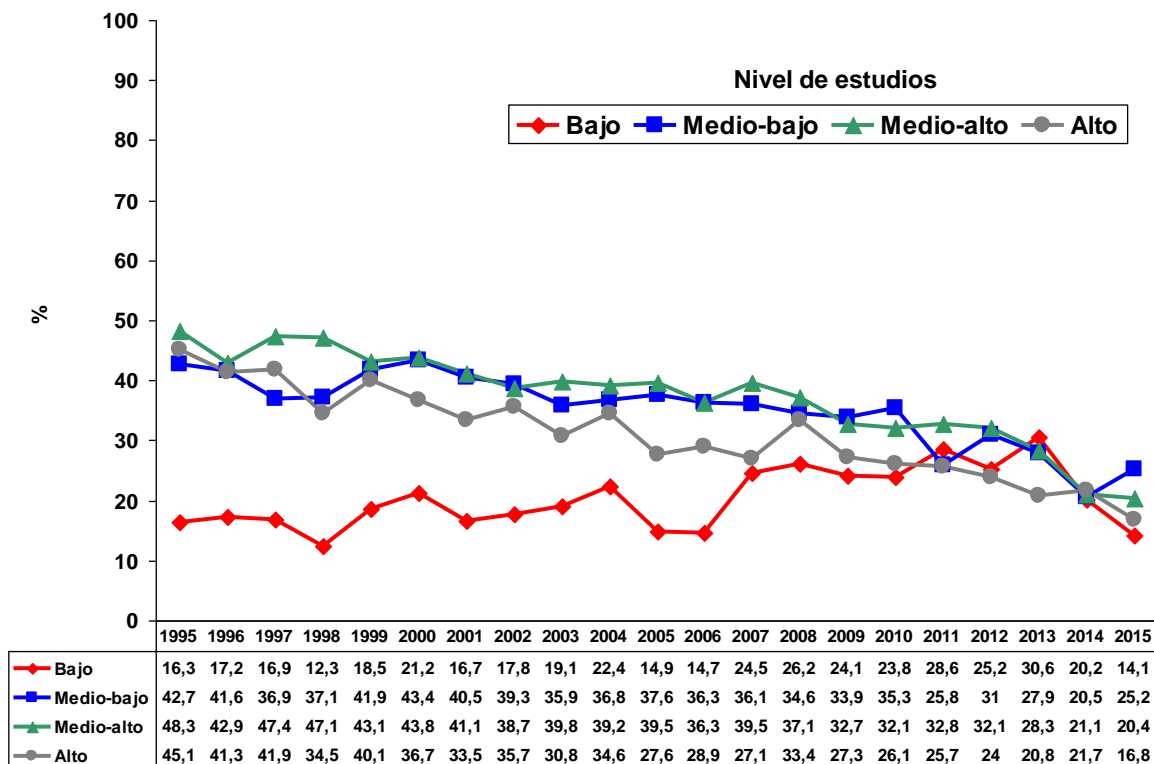
Figura 5. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR NIVEL DE ESTUDIOS. HOMBRES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2015



SIVFRENT-A, 1995-2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid



Figura 6. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES POR NIVEL DE ESTUDIOS. MUJERES DE 18 A 64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1995-2015



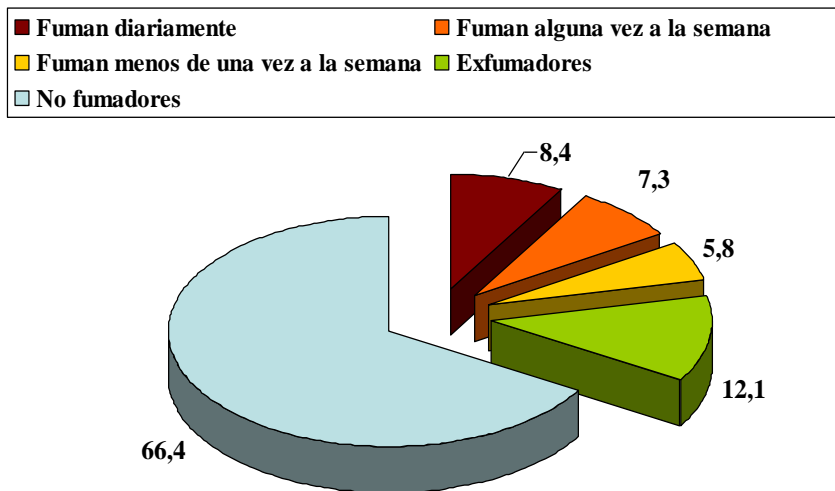
SIVFRENT-A, 1995-2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

2.2. Prevalencia en población juvenil

La situación de consumo de tabaco en la población de 4º curso de Enseñanza Superior Obligatoria (población mayoritariamente comprendida entre los 15 y los 16 años de edad) durante el año 2015 fue la siguiente: el 21,5% fumaba con mayor o menor asiduidad, un 66,4% no fumaba, y el 12,1% eran exfumadores (Figura 7). Del total de jóvenes, el 8,4% fumaba diariamente y otro 7,3% fumaba alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 15,7% de fumadores habituales.



**Figura 7. CONSUMO DE TABACO. POBLACION DE 15-16 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID, 2015**



SIVFRENT-J, 2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

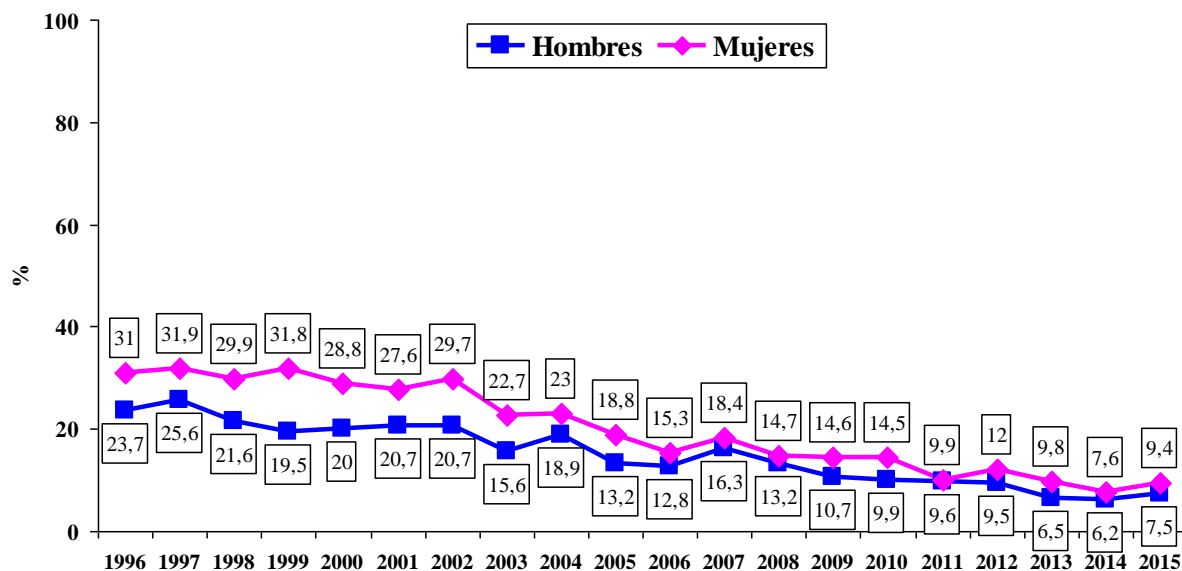
La proporción de jóvenes que fumaban diariamente en 2015 fue 9,4% en las mujeres y 7,5% en los hombres (Figura 8).

Durante el periodo estudiado, 1996-2015, la prevalencia de consumo diario ha sido siempre mayor en las chicas que en los chicos, presentando dicho periodo una razón media mujer/hombre para esta prevalencia de 1,32. Desde el año 2006 se ha observado una tendencia descendente en las diferencias de prevalencia de fumadores diarios entre chicos y chicas, de tal modo que esta diferencia ha venido disminuyendo (Figura 8). Así, la razón media mujer/hombre de la prevalencia de consumo diario fue 1,39 en el periodo 1996-2005 y 1,25 en el periodo 2006-2015.

Tanto en chicos como en chicas, la tendencia en la prevalencia de fumadores diarios es descendente desde 1996. Si comparamos la prevalencia media de consumo diario de los dos últimos años (2014/2015) frente a la de los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual del 72,2% en los chicos y del 73,0% en las chicas (Figura 8).



Figura 8. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES DIARIOS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1996-2015



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

3. EXPOSICIÓN PASIVA A AIRE CONTAMINADO POR HUMO DE TABACO

La exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid desde el año 2005. Para ello, se dispone principalmente de dos sistemas de información: la Encuesta de Tabaco de 2005¹³, realizada a finales de ese año en el período previo a la puesta en marcha de la Ley 28/2005¹⁶, "Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo", y el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)¹⁴⁻¹⁵, que incorporó un módulo específico para la vigilancia del tabaquismo pasivo en 2006, ampliado en 2011, que recoge información anualmente.

Es importante destacar que en 2011 entró en vigor la modificación de la "Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo", Ley 42/2010¹⁷.

A continuación se presenta la exposición en el hogar, en el entorno laboral y en los lugares de ocio (bares y restaurantes).

3.1. Exposición pasiva en el hogar

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005¹⁶, en 2005, el 34,3% de los encuestados refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente

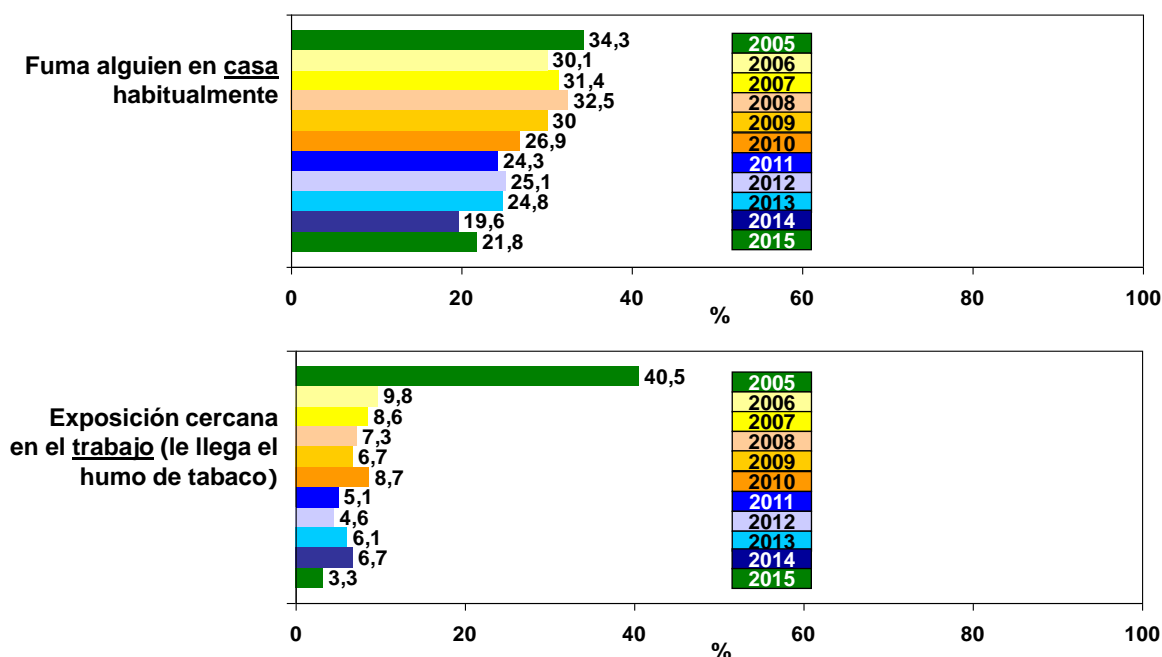


en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010¹⁷ se registró nuevamente un ligero descenso (24,3%), situándose en 2015 en el 21,8% (Figura 9).

3.2. Exposición pasiva en el entorno laboral

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005¹⁶, en 2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados referían estar expuestos al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 tras la aplicación de la Ley¹⁶ hasta el 9,8%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010¹⁷ se registró un nuevo descenso (5,1%), situándose en 2015 en el 3,3% (Figura 9).

Figura 9. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN PASIVA A HUMO DE TABACO EN EL HOGAR Y EN EL LUGAR DE TRABAJO. COMUNIDAD DE MADRID, 2005-2015. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010



Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

3.3. Exposición pasiva en bares o cafeterías

Antes de la introducción de la Ley 28/2005¹⁶, en 2005, entre los encuestados que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el



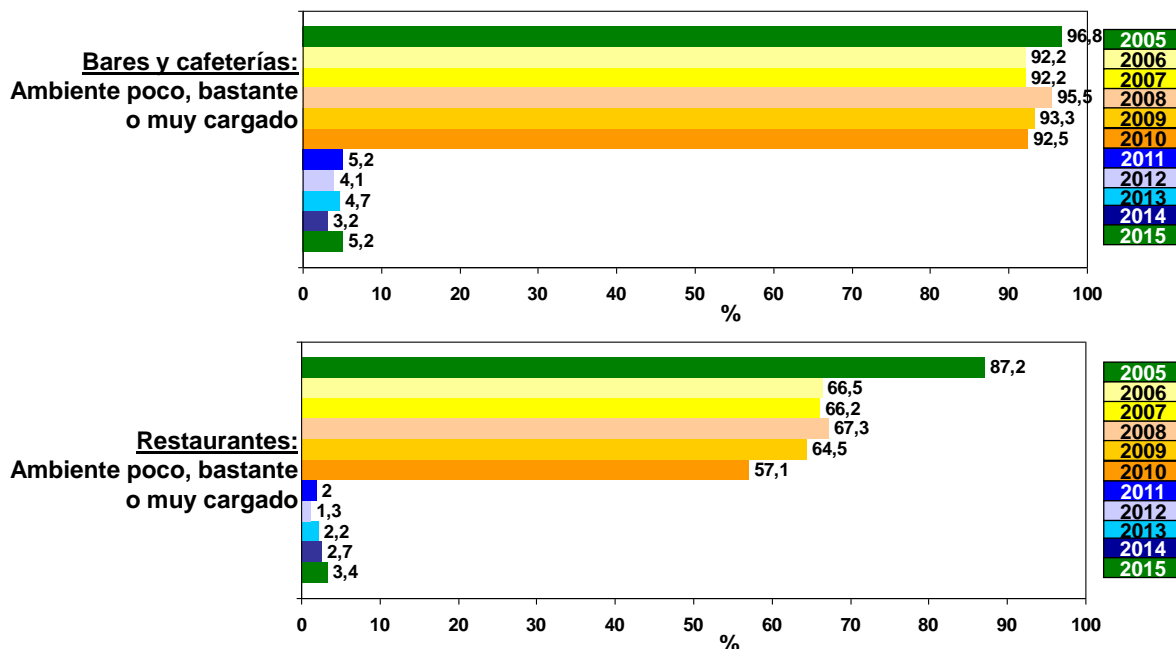
ambiente como cargado de humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado) (Figura 10), siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado. Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de la normativa, registrándose un 92,5% en 2010 (Figura 10). Tras la introducción de la Ley 42/2010¹⁷, esta exposición disminuyó drásticamente hasta el 5,2% en 2011 y en 2014 sólo el 3,2% describió el ambiente como algo cargado (Figura 10), la mayoría de ellos poco cargado (2,8%). En 2015 se registró un ligero aumento con respecto a 2014 con un 5,2% de exposición (Figura 10), a expensas de nuevo mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (5,1%).

3.4. Exposición pasiva en restaurantes

Antes de la introducción de la Ley 28/2005¹⁶, en 2005, entre los encuestados que habían acudido a restaurantes durante el último mes, un 87,2% describía el ambiente como cargado de humo de tabaco (poco, bastante o muy cargado) (Figura 10), siendo un 27,7% los que lo encontraban bastante o muy cargado. Esta exposición descendió de forma importante tras la introducción de la Ley 28/2005¹⁶, registrándose exposición en el 66,5% en 2006 y en el 57,1% en 2010 (Figura 10). En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010¹⁷, la exposición descendió de modo muy contundente hasta el 2,0% y en 2014 sólo el 2,7% describió el ambiente como algo cargado (Figura 10), la mayoría de ellos poco cargado (2,0%). En 2015 se registró un ligero aumento con respecto a 2014 con un 3,4% de exposición (Figura 10), a expensas de nuevo mayoritariamente de ambientes descritos como poco cargados (3,1%).



Figura 10. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN PASIVA A HUMO DE TABACO EN BARES Y RESTAURANTES. COMUNIDAD DE MADRID, 2005-2015. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010



Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2015. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4. CONCLUSIONES

La prevalencia de consumo de tabaco lleva más de dos décadas disminuyendo en la Comunidad de Madrid, aunque no de forma homogénea en toda la población. En los grupos de menor nivel socioeconómico el descenso ha sido mucho menor. En 2015, en la población adulta (18-64 años), uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres seguía siendo fumadora (prevalencia de fumadores del 27,8% en hombres y del 19,9% en mujeres) y en la población adolescente (mayoritariamente 15-16 años), el 21,5% fumaba con mayor o menor frecuencia, un 15,7% de forma habitual (8,4% fumadores diarios y 7,3% fumadores de consumo semanal). En 2015 se ha observado un ligero aumento en la prevalencia de fumadores en los grupos más jóvenes respecto a 2014, situación que habrá que vigilar con especial atención.

El tabaquismo sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública de la región. Es muy necesario ampliar y fortalecer las acciones de prevención y control del consumo de tabaco.



5. BIBLIOGRAFÍA

1. Eriksen M, Mackay J, Ross H. El Atlas del tabaco. 4ª ed. Atlanta, GA: Sociedad Americana contra el Cáncer; Nueva York, NY: Fundación Mundial del Pulmón; 2012.
2. Díez-Gañán L. Sigamos trabajando duro para que los niños crezcan sin tabaco. Prevención del Tabaquismo 2014; 16 (2): 55-57.
3. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR. Epidemiología del Tabaquismo. Morbi-mortalidad. En: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. Madrid: Grupo Aula Médica S.L; 2007.
4. Díez-Gañán, L. Vigilancia del consumo de tabaco, de la exposición ambiental al humo de tabaco y de la mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2015. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1162289259964.
5. Díez-Gañán, L. Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el año 2005. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1162289259964.
6. Zorrilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking Attributable Mortality in the Community of Madrid: 1992–1998. European Journal of Public Health 2005; 15: 43-50.
7. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid; Volumen 7: número 1. Madrid: Consejería de Sanidad, 2001.
8. Banegas JR, Díez-Gañán, L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, Rodrigo Córdoba-García R, Alfonso Pérez-Trullén A, Jiménez-Ruiz C. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin 2011; 136: 97-102.
9. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Medicina Clínica 2005; 124: 769-771.



10. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en el año 2000. *Prevención del Tabaquismo* 2003; 5: 53.
11. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1999. *Prevención del Tabaquismo* 2002; 4: 40.
12. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medicina Clínica* 2001; 117: 692-694.
13. Servicio de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPágina%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1162289259964, 2016.
14. Servicio de Epidemiología. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142353268994&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPágina%2FPTSA_Generico_FA%2FPágina_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1159289986941, 2016.
15. Servicio de Epidemiología. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142353268994&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPágina%2FPTSA_Generico_FA%2FPágina_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1159289986941, 2016.
16. Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, num. 306 de 27 de Diciembre de 2005, páginas 42241 a 42250.
17. 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. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 318 de 31 de diciembre de 2010, páginas 109188 a 109194.