

TABAQUISMO Y HOSPITALES

L. Sánchez Agudo

Servicio de Neumología
C.I.C. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

"La batalla contra el tabaco se ganará o perderá en cada casa, escuela, lugar de trabajo y comunidad local"

Esta frase, pronunciada por J.E. Asvall en su discurso de apertura de la Primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco, no ofrece una escapatoria a los gobiernos en su responsabilidad para prevenir y reducir el consumo de tabaco, lo cual evidentemente resulta una medida ineludible para proteger la salud y el bienestar de la población. Pretende en realidad sensibilizar a cada individuo para que deje de considerar competencia, sólo y exclusivamente, de las autoridades sanitarias la solución de la problemática relacionada con el tabaquismo y, por el contrario, participe activamente en ella.

Tal planteamiento afecta a los profesionales sanitarios, hospitales y demás instituciones sanitarias por un doble motivo: uno general como integrante de la colectividad y otro específico derivado de su condición de mantenedores de la salud. En relación a este último aspecto, se considera que la función de los profesionales sanitarios en relación al tabaquismo ha de ejercerse simultáneamente en cuatro direcciones:

- a) Informando sobre los riesgos inherentes al tabaco y las ventajas de su supresión, en el marco de su función como educadores sanitarios.
- b) Ofertando un soporte técnico para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.
- c) Ejerciendo presión sobre los gobiernos para que fomenten una política coherente dirigida al control del tabaquismo en el ámbito de la Promoción de la Salud.
- d) Dando ejemplo como no fumadores.

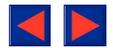
Es evidente que las tres primeras funciones no podrán ser ejercidas si no es en el entorno de un rol modélico, tanto por parte de los trabajadores como de las instituciones sanitarias. Unos y otros se hallan en el punto de mira de la sociedad en general, que les considera patrones de referencia en cuanto a lo que debe ser un estilo de vida saludable. Y así, en lo referente al tabaquismo, el profesional sanitario que no fuma está promoviendo, únicamente con este gesto y de forma pasiva, a que el resto de la población no

fume. A la inversa, cuando es fumador y especialmente cuando hace ostentación de esta condición, contribuye sustancialmente a echar por tierra el esfuerzo de las restantes medidas dirigidas a controlar la epidemia tabáquica.

Es deseable por tanto que esta función de carácter modélico, de la que no suele ser consciente el profesional sanitario, resulte asumida por él incluso cuando es fumador, no fumando en público y de forma especial ante los pacientes, lo que lleva, de forma inevitable, a la necesidad de respetar por convicción, el hospital y cualquier institución sanitaria como un lugar libre del humo de tabaco.

En la realidad, nuestro país dista mucho de tal planteamiento, admitido unánimemente por todos los interesados en el tema. En una encuesta realizada por nuestro grupo en el último trimestre de 1987 a 10.153 médicos, se obtuvo una prevalencia de fumadores del 50,7 %, con importantes diferencias entre Comunidades Autónomas: de un 40 % en Cataluña o Baleares a un 60 % en Andalucía. Comparando este resultado con otra evaluación de similar metodología, realizada en 1985¹, se observa un incremento de un punto en la prevalencia global (49,2 % en 1985), lo que resulta inquietante. Afortunadamente existen excepciones en algunas comunidades autónomas, como Cataluña, en las que ha existido una sensibilización especial hacia este problema; las investigaciones realizadas en esta comunidad en 1982² y 1985³, junto con los resultados previamente mencionados, muestran una clara tendencia a la regresión del tabaquismo entre nuestros colegas catalanes (54 % de fumadores en 1982, 51,9 % en 1985 y 40 % en 1987). Otro tanto sucede con determinados grupos de médicos más directamente relacionados con la patología típicamente tabáquica, como los neumólogos y cirujanos torácicos. En 1983 el 47,6 % se revelaba como fumadores⁴, frente a un 35,7 % en 1985¹.

Menos explorado está el hábito tabáquico en el personal de enfermería, lo que en sí mismo supone una muestra de la falta de preocupación que, salvo honrosas excepciones, existe en España respecto al problema del tabaquismo. Las referencias disponibles son exclusivamente locales y ponen de manifiesto una prevalencia de fumadores del 42,4 % en este grupo de profesionales³.



En el análisis de los motivos por los que se encuentran tan elevada prevalencia de fumadores entre el personal sanitario en nuestro país, no pueden imputarse todas las culpas a los interesados, los cuales son fumadores en una medida proporcional a como lo es la sociedad que les rodea, a la presión que el entorno social ha ejercido sobre ellos a lo largo de su vida y a la ausencia de oferta de información que en este sentido se ha puesto a su alcance. Este último punto es el más susceptible de ser mejorado, lo que evitaría ciertas incongruencias del comportamiento médico actual, en aspectos relevantes relativos al control del tabaquismo. Por ejemplo, en una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en octubre de 1985 (estudio núm. 1.476, datos no publicados) a 1.405 médicos, el 34 % de ellos no consideran que su papel ejemplar constituya una razón importante para abstenerse de fumar y en consecuencia, el 31 % fuma en presencia del paciente y el 45 % permite fumar en la sala de espera. En lo que respecta al consejo médico, medida de probada eficacia para el control del tabaquismo⁵, tan sólo el 44 % recomienda a todos sus pacientes fumadores la abstinencia, cifra extraordinariamente baja, sobre todo si se tiene en cuenta que, en una buena parte de casos, el paciente ni siquiera toma conciencia de haber recibido tal recomendación. Así, Salleras et al., en un colectivo de médicos donde el 56 % recomiendan rutinariamente a todos sus pacientes fumadores la supresión del tabaco, encuentra que únicamente el 34,5 % de los últimos manifiesta haber recibido este consejo por parte de su médico. Ello puede ser debido a la influencia de otras circunstancias del entorno que reducen el alcance del consejo médico. Una pieza importante de ese entorno la constituye el ambiente de control del tabaquismo en el recinto sanitario.

La evidencia de que los fumadores pasivos (o, como se tiende a denominarlos: "fumadores a la fuerza") tienen un riesgo superior de padecer alteraciones de la función respiratoria⁶ e incluso cáncer de pulmón⁷, ha estimulado a todas las organizaciones sanitarias de índole nacional o internacional al establecimiento de leyes y recomendaciones dirigidas a proteger el derecho a la salud y al bienestar del no fumador. Los colectivos a quienes la OMS da prioridad en su protección como fumadores pasivos son los niños (incluido el feto), los trabajadores en el lugar de trabajo y los enfermos de procesos relacionados con el tabaquismo. Los hospitales y centros sanitarios se encuentran plenamente incluidos en este planteamiento proteccionista por ser lugares de trabajo, y lugares públicos con una elevada concentración de sujetos portadores de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

La protección del no fumador en el puesto de trabajo se apoya en los siguientes conceptos: el lugar de trabajo es donde el individuo ocupa la mayor parte de su tiempo de forma ininterrumpida, donde no tiene fácil opción al cambio (se puede dejar de ir a un restaurante que carezca de zonas para no fumadores, pero no se puede dejar de ir a trabajar en las mismas circunstancias) y porque supone una forma de protec-

ción al trabajador, implícita en las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo: los trabajadores en puestos de trabajo relacionados con carcinógenos, aceptan voluntariamente este puesto, tienen pluses laborales compensatorios y se les garantiza la vigilancia y el control de los niveles de carcinógenos; por el contrario, los fumadores pasivos durante el trabajo no tienen el beneficio de ninguna de estas medidas, aun cuando un elevado porcentaje de los cánceres de pulmón en no fumadores pudiera estar ocasionado por el tabaquismo pasivo.

Un método para asegurar esta protección al trabajador es la legislación; no obstante y a pesar del valor educativo que se atribuye a toda ley, es indudable que su cumplimiento será mayor y más llevadero cuando se implante sobre la base de una información y una opinión favorables a ella. En este sentido los profesionales sanitarios tenemos la obligación de crear una opinión pública que apoye todas aquellas iniciativas dirigidas a controlar y solucionar el problema del tabaquismo y de contribuir al desarrollo de una postura crítica dentro de la sociedad respecto a los condicionamientos sociales y económicos relacionados con él.

De los países europeos, 13 cuentan con legislación para controlar el tabaquismo en el puesto de trabajo, si bien es cierto que existen diferencias sustanciales de unos a otros. Por ejemplo, en Bulgaria se prohíbe fumar en los lugares de trabajo donde haya no fumadores, excepto si existe acuerdo escrito de éstos. En España, sin embargo, tan sólo se prohíbe en los lugares donde exista riesgo para la salud a consecuencia de la contaminación laboral (Real Decreto 192/1988).

En líneas generales, las políticas de control del tabaco en el lugar de trabajo son bien admitidas, dado que, por parte de las empresas, existen razonamientos económicos y comerciales favorables, como el menor absentismo, incapacidad y accidentes laborales entre los no fumadores y por parte de los trabajadores también, si comprenden que estas medidas protegen la salud y confort del no fumador y ayudan también al fumador activo, promoviéndole a reducir el consumo de tabaco y facilitándole el camino para la abstinencia total.

De forma específica para los hospitales e instituciones sanitarias, quince países europeos (incluido España) cuentan con restricciones legislativas para fumar en ellos. Sin embargo y aunque el 97 % de los médicos españoles se muestra favorable a este tipo de medidas, su puesta en práctica no constituye una tarea fácil, como tampoco es fácil conocer en toda su magnitud el grado de entusiasmo con el que se llevan a efecto por parte de los organismos rectores del hospital. En 1983, el Comité de Prevención del Tabaquismo de SEPAR pidió información a 35 neumólogos y cirujanos torácicos de diferentes hospitales españoles respecto al control del tabaco en sus respectivos centros. De las 31 respuestas obtenidas, tan sólo en el 53 % de los hospitales existían limitaciones en su utilización y únicamente en un 18 % de ellos existían carteles alusivos al control del hábito. Actualmente las cosas han cambia-



do. En el R.D. sobre limitaciones de la venta y uso del tabaco, prohíbe fumar en los Centros Sanitarios e incluso la circular de la Dirección General de INSA-LUD (26 de enero de 1987) promueve la puesta en marcha de programas dirigidos al control del hábito tabáquico en los centros de su competencia. A nadie se le escapa que la exacta evaluación del cumplimiento de estas instrucciones no es fácil, pero la impresión generalizada, apoyada en algunas valoraciones objetivas, es que no se realizan en la totalidad de los centros, existiendo importantes defectos, especialmente en las áreas administrativas, laboratorios e incluso en zonas de absoluta prohibición por razones de seguridad, como áreas donde se emplean fluidos inflamables.

Considerando el factor de adicción al tabaco, la permisividad social ante el fumador y siendo realista, debe admitirse que la implantación de medidas de control del tabaquismo en los hospitales no es tarea fácil ni puede quedarse en papel impreso. Se requiere un apoyo efectivo para el desarrollo de programas específicos a cargo de personas con la preparación adecuada, si se desea asegurar su cumplimiento. Es preciso dar alguna salida al fumador y la única que suele ofertarse, la inclusión de zonas para fumar, plantea problemas en su ubicación. Esquemáticamente y sobre la base de experiencias previas⁸, la intervención sobre el hospital requiere un programa de actuación a largo plazo, elaborado sobre la realidad de cada centro y sustentado en tres premisas: el apoyo firme y decidido de la dirección, la constitución de un grupo de trabajo encargado del programa y el conocimiento exacto de la situación en el centro. El grupo de trabajo ha de ser representativo de los principales estamentos del hospital y no debe excluir a fumadores. Su función es planificar la intervención a partir del conocimiento

de las diferentes tendencias y opiniones del personal y pacientes. La intervención comprende dos fases: una preparatoria en la que es preciso prodigar la información sobre los condicionantes del tabaquismo, problemas relacionados con la cesación y forma de conseguirla, utilizando todos los medios posibles de información y comunicación internos y otra de puesta en marcha y seguimiento de las medidas establecidas, en la que es preciso no olvidar dos aspectos dirigidos al fumador: sensibilidad en grado máximo y oferta de métodos de ayuda para conseguir la cesación. Los problemas, que indudablemente surgirán a pesar de un cuidadoso planteamiento, tendrán una compensación anecdótica como sucedió en las oficinas de la OMS: el agradecimiento de los fumadores por las facilidades encontradas para superar su dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Agudo L, Calatrava Requena JM, Escudero Bueno C, García Hidalgo A, Marco Martínez V y Esteras Serra A. Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. *Med Clin (Barc)* 1988; 90:404-407.
2. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. El Tabaquisme a Catalunya. Resultats d'una enquesta sobre drogodependències. Informe 1982.
3. Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. Actitudes y hábitos tabáquicos en los médicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1987; 89 (supl):6-9.
4. Comité de Prevención del Tabaquismo de SEPAR. Informe. SEPARVISION. 1985; 8:4.
5. Russell MAH, Wilson S, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2:231-235.
6. Fielding JE. Medical progress smoking: health effects and control. *N Engl J Med* 1985; 313:491-561.
7. Correa P, Pickle LW, Fontham E, Lin Y, Haenszel W. Passive smoking and lung cancer. *Lancet* 1983; 2:595-597.
8. Hurt RD, Berge KG, Offord KP, Leonard DA, Gerlach DK, Renquist CL, O'Hara MR. The making of a smoke-free Medical Center. *JAMA* 1989; 261:95-97.