

Ley del tabaco sin excepciones: aire limpio para todos los trabajadores

Jose M^a Martínez-Sánchez^{a,b,c}, Esteve Fernández^{a,b,c}

La protección de la salud en el trabajo merece especial atención por la cantidad de horas que estamos expuestos, cada día y durante un largo período de nuestras vidas, a las condiciones presentes en el mismo. La exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas como cáncer de pulmón, enfermedades circulatorias y enfermedades respiratorias¹. Además, a partir del 2002 el HAT ha sido clasificado como carcinógeno de clase I por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la OMS, es decir, que existen evidencias biológicas y epidemiológicas de ser causante de cáncer en humanos y animales². Una forma eficaz de protección de la salud de los trabajadores frente a la exposición al HAT son las políticas de espacios libres de humo³. Además, el aumento de medidas frente al tabaquismo está relacionado con una disminución de la prevalencia del consumo y exposición al HAT en el trabajo⁴. Por ello, y con el objetivo de proteger la salud de la población, los gobiernos de distintos estados y regiones han ido incorporando progresivamente medidas de control del tabaquismo y de espacios libres de humo. Además, España ratificó el 11 de enero del 2005 el Convenio Marco de Control del Tabaquismo⁵ de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se comprometía a realizar estas medidas de control del tabaquismo.

El 1 de enero de 2006 entró en vigor en España la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y publicidad de los productos del tabaco⁶. En términos generales, esta ley fue un gran avance para la salud pública de nuestro país. Sin embargo, fue una ley incompleta en términos de protección de la salud de un colectivo importante de trabajadores⁷⁻⁹. La ley 28/2005 prohibía fumar en los lugares de trabajo, pero los bares y restaurantes, y la hostelería en general, eran una notable excepción. La Ley 28/2005 permitía a los propietarios de locales de menos de 100m² del sector de la hostelería escoger entre permitir o no el consumo de tabaco en el establecimiento. En los locales de más de 100m², en los que la

ley sí prohibía fumar, el propietario podía habilitar una zona para los fumadores convenientemente aislada, que no superara el 30% de la superficie del local⁶. Esta excepción en el sector de la hostelería dejaba desprotegidos al colectivo de trabajadores que presentaban mayores niveles de exposición al HAT en comparación con otros sectores profesionales¹⁰.

Diversos estudios evaluaron el impacto de esta ley en términos de la exposición autodeclarada al HAT en distintos ambientes a nivel poblacional^{11,12}, incluyendo específicamente los lugares de trabajo. Mediante una encuesta telefónica de una muestra representativa de la población¹² se estudió la exposición al HAT en el hogar, en la escuela, en el lugar de trabajo y en el tiempo libre antes (2005) y después (2007) de la entrada en vigor de la ley. Los resultados mostraron una reducción de la exposición en todos los ámbitos, especialmente en el lugar de trabajo (del 58%) y el ámbito escolar (del 50%). Otro estudio en la Comunidad de Madrid¹¹ evaluó mediante entrevista telefónica la ley tras los 6 primeros meses de vigencia. Así, el estudio mostró una reducción en la exposición al HAT en el hogar y en el lugar de trabajo en la población entre 16 y 64 años.

Sin embargo, estudios de evaluación del impacto de la ley en el sector de la hostelería mediante el uso de marcadores objetivos de la exposición al HAT como la nicotina en fase vapor en el ambiente¹³ y la cotinina en saliva^{14,15} mostraron diferentes efectos de la ley dependiendo del tipo de regulación aplicada en el local. Un estudio de evaluación de la ley¹³ en lugares de trabajo realizado en ocho comunidades autónomas mediante mediciones de nicotina ambiental mostró una disminución de los niveles de nicotina aérea en los locales del sector de la hostelería en los que se prohibía totalmente fumar (reducción del 96,7%) y en las zonas designadas para no fumadores de los locales en los que se designaron áreas para fumadores (reducción del 88,9%). Sin embargo, en aquellos locales en los que se seguía permitiendo fumar, no se observaron diferencias en los niveles de nicotina antes y después de la entrada en vigor de la

a Unidad de Control del Tabaquismo, Programa de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia

b Grupo de Prevención y Control del Cáncer, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge - IDIBELL

c Departament de Ciències clíniques, Facultat de Medicina, Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat

Correspondencia:

Jose M. Martínez Sánchez

Unitat de Control del Tabaquisme

Institut Català d'Oncologia

Av Gran Via de L'Hospitalet 199-203

08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

E-mail: jmmartinez@iconcologia.net

ley. Cabe señalar que en otros lugares de trabajo, como edificios públicos de las diferentes administraciones y de pequeñas empresas¹³, y también en centros sanitarios¹⁶, las reducciones en los niveles de nicotina ambiental fueron de casi 100%. Otro estudio que evaluó el impacto de la ley en los trabajadores no fumadores del sector de la hostelería¹⁵ mediante el uso de la cotinina en saliva también mostró que la concentración de este metabolito de la nicotina sólo disminuyó significativamente entre los trabajadores no fumadores de locales en los que estaba totalmente prohibido fumar (reducción del 63,7%). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en los trabajadores de locales con áreas para fumadores, mientras que en los locales donde se permitía fumar sin restricciones se produjo un aumento del 20,6% en los niveles de este indicador.

Todos estos y otros estudios¹⁷ de evaluación de la ley mostraron una reducción de la exposición al HAT en la población general, mientras que los niveles de exposición en la hostelería sólo disminuyeron cuando la prohibición de fumar en el establecimiento fue total. Además, sólo el 20% de los locales del sector de la hostelería en España optó por ser totalmente libre de humo¹⁸, por lo que la mayor parte de los trabajadores de la hostelería estaban desprotegidos ante la exposición laboral a los tóxicos y carcinógenos que contiene el HAT.

Desgraciadamente para España, la importante excepción en la hostelería de la antigua ley del tabaco ha pasado a conocerse internacionalmente como “el modelo español” de legislación de control del tabaquismo. Modelo de regulación que ha sido y está siendo promovido por la industria tabaquera y hostelera en los países donde se están elaborando actualmente regulaciones sobre el tabaquismo¹⁹ sin tener en cuenta que es una ley insuficiente en términos de protección de la salud.

Esta situación de desprotección en el sector de la hostelería motivó la revisión de la ley 28/2005 y posterior aprobación en Congreso de los Diputados de una ley para modificar la antigua ley. Esta nueva ley entró en vigor el pasado 2 de enero de 2011 (Ley 42/2010, que modifica la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco²⁰). Entre las principales modificaciones que introduce la modificación de la ley está la ampliación de prohibición de fumar a todos los establecimientos del sector de la hostelería, independientemente de las características del local, y la prohibición de fumar en algunos espacios exteriores como hospitales y centros educativos. Debemos felicitarlos, pues la extensión de la prohibición de fumar en el sector de la hostelería sin excepciones amplía la protección de la salud de los efectos derivados de la exposición al HAT a todos los trabajadores, independientemente del sector profesional. Además, tendrá beneficios sobre la salud de los trabajadores del sector de la hostelería a medio y largo plazo, con una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias^{3,21}. No debemos tampoco olvidar que la nueva ley también protege la salud a los clientes de dichos establecimientos.

En España, durante cinco años un colectivo de trabajadores ha estado desprotegido frente a los efectos adversos de la exposición al HAT sobre la salud debido a una ley par-

cial y a todas luces injusta²². No cabe duda que la entrada en vigor de la nueva ley ha sido un gran avance en materia de protección de la salud de todos los trabajadores; sin embargo, debido a la alta prevalencia de consumo de tabaco en España, hay que seguir fortaleciendo las estrategias para el control del tabaquismo. En este sentido, las intervenciones para la cesación del consumo de tabaco desde el ámbito profesional son una importante herramienta para controlar la epidemia de tabaquismo^{23,24}. Estas intervenciones son especialmente importantes en colectivos como el de la hostelería donde los trabajadores son los que tienen mayor prevalencia de consumo de tabaco²⁵. La deshabitación del consumo del tabaco promovida desde el ámbito laboral, además de los beneficios sobre la salud de los trabajadores, tiene beneficios económicos debido a una reducción de la morbilidad, días de trabajo perdidos, mayor productividad y reducción de los accidentes laborales²⁶. El entorno laboral es un buen escenario para desarrollar intervenciones de deshabitación tabaquica²⁵ y para, en términos generales, promover estilos de vida saludables. En definitiva, hemos sido testigos de un gran avance en materia de salud pública y prevención de riesgos laborales, como supone la eliminación del tabaco en la hostelería. Este hecho garantiza un entorno laboral mucho más saludable para el aproximadamente millón de trabajadores no fumadores empleados en este importante sector profesional, que ocupa a 1,4 millones de trabajadores en España^{27,28}.

BIBLIOGRAFÍA

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
2. Tobacco smoke and involuntary smoking. In IARC Monographs Volume 83. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2004.
3. IARC Working Group. Evaluation of the effectiveness of smoke-free policies. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Vol. 13. Lyon: International Agency of Research on Cancer; 2009.
4. Martínez-Sánchez JM, Fernández E, Fu M, Gallus S, Martínez C, Sureda X, et al. Smoking behaviour, involuntary smoking, attitudes towards smoke-free legislations, and tobacco control activities in the European Union. *PLoS ONE* 2010;5:e13881.
5. World Health Organization (WHO). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: WHO; 2003 [citado 20 feb 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/fctc/en/>
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 28/2005, de 2006 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. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
7. Fernández E. Spain: going smoke free. *Tob Control*. 2006;15:79-80.
8. Córdoba R. ¿Aire limpio en hostelería? *Arch Prev Riesgos Labor*. 2006;9:134-5.
9. Luque Parra M. Prohibición de fumar en los centros de trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2006;9:104-6.

10. Martínez-Sánchez JM, Fu M, Pérez-Ríos M, López MJ, Moncada A, Fernández E. Comparing salivary cotinine concentration in non-smokers from the general population and hospitality workers in Spain. *Eur J Public Health*. 2009;19:662-4.
11. Galán I, Mata N, Estrada C, Díez-Gañán L, Velázquez L, Zorrilla B, et al. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health*. 2007;7:224.
12. Jiménez-Ruiz CA, Miranda JA, Hurt RD, Pinedo AR, Reina SS, Valero FC. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *Eur J Public Health*. 2008;18:622-5.
13. Nebot M, López MJ, Ariza C, Pérez-Ríos M, Fu M, Schiaffino A, et al. Impact of the Spanish Smoking Law on exposure to second-hand smoke in offices and hospitality venues: before and after study. *Environ Health Perspect*. 2009;117:344-7.
14. Martínez-Sánchez JM, Fu M, Pérez-Ríos M, López MJ, Nebot M, Schiaffino A, et al. Exposición al humo ambiental del tabaco y concentración de cotinina en saliva en trabajadores de la hostelería (España, 2005). *Arch Prev Riesg Labor*. 2009;12:78-87.
15. Fernández E, Fu M, Pascual JA, López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, et al. Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS ONE*. 2009;4:e4244.
16. Fernández E, Fu M, Martínez C, Martínez-Sánchez JM, López MJ, Martín-Pujol A, et al. Secondhand smoke in hospitals of Catalonia (Spain) before and after a comprehensive ban on smoking at the national level. *Prev Med*. 2008;47:624-8.
17. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [citado 5 mar 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/monografiaEvaluacion-Ley282005.pdf>
18. Martín-Luengo IA. 500 de la ley contra el tabaquismo. *OCU-Salud*. 2007;72:13-7.
19. Muggli ME, Lockhart NJ, Ebbert JO, Jiménez-Ruiz CA, Miranda JA, Hurt RD. Legislating tolerance: Spain's national public smoking law. *Tob Control*. 2010;19:24-30.
20. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 2006 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. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [citado 20 feb 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/legislacion.htm>
21. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*. 2009;120:1373-9.
22. Martínez-Sánchez JM, Fernández E. Por una ley del tabaco sin excepciones: beneficios humanos, sociales y económicos. *EL PAÍS (Tribuna Sanitaria)*. 20/12/2010.
23. Griffiths J, Fleitmann S. Smokefree workplaces. Optimising organisational and employee performance. Bruselas: European Network for Smoking Prevention; 2003.
24. Baroja Benlliure J, Salvador Llivina T, Córdoba R, Villalbi JR, Hereter JR, eds. Espacios laborales libres de humo. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
25. López MJ, Nebot M, Ramos P, Ariza C, Brotons M, Fernández E. Can smoking cessation be successfully promoted among hospitality workers? Results of a pilot intervention. *Occup Environ Med*. 2010;67:503-4.
26. Nerin I, Crucelaegui A, Mas A, Villalba JA, Guillen D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:197-201.
27. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa 2009. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2010 [citado 5 mar 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
28. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud de España 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad; 2010 [citado 5 mar 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tema3_porcentual.pdf

Formación de Auditores de Prevención de Riesgos Laborales de acuerdo con la Ley 31/1995 y la OHSAS 18001:2007

5 – 7 de abril de 2011, Madrid

Información:

Applus

Tel.: 902 109 206

E-mail: info@applusformacion.es

<http://www.applusformacion.com/cursos/PR>