

# Evaluación del grado de implantación de las intervenciones para el control del tabaquismo en la Red Catalana de Hospitales sin Humo

CRISTINA MARTÍNEZ Y MONTSE GARCÍA

Servicio de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

## Resumen

**Objetivo.** Evaluar el grado de implementación de las intervenciones dirigidas al control del tabaquismo y determinar la relación con las fases de despliegue del proyecto "Hospital sin humo". Así como conocer la prevalencia de consumo de tabaco en los hospitales de la Red en función de su fase de adscripción.

**Método.** Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en 16 hospitales miembros de la Red, que se encontraban en distintas fases de despliegue en el año 2005. Las intervenciones de control del tabaquismo se estudiaron con el cuestionario de autoevaluación de la European Network for Smoke-free Hospitals, que consta de 9 indicadores. El consumo de tabaco se estudió mediante entrevistas a 3.896 trabajadores, con variables sociodemográficas, consumo de tabaco, categoría profesional, indicadores para el control del tabaquismo, fase de adhesión al proyecto y grado de implementación de éste.

**Resultados.** La prevalencia de consumo de tabaco en los hospitales estudiados fue del 35%. El grado de implementación del proyecto en el conjunto de los hospitales resultó del 53,3%. Los indicadores con un grado de implementación elevado (> 70%) fueron: compromiso, comunicación, control del consumo, control del ambiente y seguimiento. Se observó un incremento en el grado de implementación del proyecto global en los hospitales que pasaban de la fase de registro ( $\bar{x}$  = 26,6; desviación estándar [DE] = 16,7) a fases posteriores ( $\bar{x}$  = 59,7; DE = 14,1), y resultó estadísticamente significativo ( $p$  = 0,05).

**Conclusiones.** La prevalencia del consumo de tabaco se mantuvo elevada en los "Hospitales sin Humo", aunque entre los profesionales de colectivos ejemplares (médicos y enfermeras) fue menor a la de la población general. El grado de implementación del proyecto aumentó en función del tiempo de adscripción a la Red, principalmente en el primer año de adopción del proyecto.

**Palabras clave:** Tabaquismo. Prevención y control. Campañas para el control del tabaquismo. Salud pública.

Martínez C, García M. Evaluación del grado de implantación de las intervenciones para el control del tabaquismo en la Red Catalana de Hospitales sin Humo. *Enferm Clin.* 2007;17(4):177-85.

## Abstract

### Evaluation of the degree of implementation of tobacco control interventions in the Catalan Network of Smoke-Free Hospitals

**Objectives.** To evaluate the degree of implementation of tobacco prevention and control interventions and to determine the prevalence of smoking in the Catalan Network of Smoke-Free Hospitals according to the stage of adherence to the project.

**Method.** We performed an observational, descriptive, cross sectional study in 16 hospitals actively involved in the Catalan Network of Smoke-Free Hospitals (April 2005). Data were collected using the results of the self-audit, 9-item questionnaire of the European Network for Smoke Free Hospitals. To study tobacco consumption, we interviewed 3,896 employees. Data on sociodemographic characteristics, tobacco consumption, job category, tobacco control indicators, the project's stage of implementation, and adherence to the project were gathered.

**Results.** The prevalence of smoking was 35%. The implementation stage among all the hospitals studied was 53.3%. The items with high implementation scores (above 70%) were commitment, communication, consumption control, environmental control, and follow-up. Higher scores in implemented activities were observed in hospitals that had passed from the registration phase ( $\bar{x}$  = 26.6; standard deviation [SD] = 16.7) to subsequent phases ( $\bar{x}$  = 59.7; SD = 14.1), with a statistically significant difference in the overall score ( $p$  = 0.05).

**Conclusions.** The prevalence of smoking in the Catalan Network of Smoke-Free Hospitals remains high. However, the prevalence was lower among professionals serving as role models (physicians and nurses) than among the general population. The project's implementation increased according to the time since enrollment in the network, especially in the first year.

**Key words:** Smoking. Prevention and control. Tobacco control campaigns. Public health.

**Qué se conoce:** Las organizaciones libres de humo han conseguido mejorar el control del humo ambiental del tabaco, influir en los patrones de consumo e incluso favorecer la motivación para el abandono del tabaco entre los fumadores.

**Qué aporta:** Las actividades para el control del tabaquismo en los hospitales de la Red Catalana de Hospitales sin Humo aumentan progresivamente en el tiempo, pero hay un estancamiento en el desarrollo de programas activos como son la formación especializada y el apoyo de iniciativas para el abandono.

La Red Catalana de Hospitales sin Humo está íntegramente financiada por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Además, cuenta con una ayuda parcial de la European Network for the Smoke Prevention (expediente: 2004323).

### Correspondencia:

C. Martínez Martínez.  
Servicio de Prevención y Control del Cáncer.  
Institut Català d'Oncologia.  
Gran Via, s/n km 2,7.  
08907 L'Hospitalet de Llobregat.  
Barcelona. España.

Correo electrónico:  
cmartinez@iconcologia.net

Aceptado para su publicación el 1-2-2007.

---

## Introducción

---

En los últimos años, el conocimiento de los efectos adversos sobre la salud derivados de la exposición al humo ambiental del tabaco ha llevado a regular internacionalmente su consumo en los lugares de trabajo y recintos de uso público<sup>1-3</sup>.

Esta estrategia, indicada por la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup>, ha proliferado con razonable éxito en los países donde se han aplicado medidas legislativas<sup>5,6</sup>. En España, donde el 16% de la mortalidad se atribuye al tabaquismo<sup>7</sup>, se ha constituido recientemente un nuevo marco legal para restringir la venta, la publicidad y el uso del tabaco en los lugares públicos, de trabajo y en los centros sanitarios<sup>8</sup>.

La implementación de políticas que reducen el uso de tabaco en espacios cerrados benefician la salud de fumadores y no fumadores<sup>9-11</sup>. Además, las restricciones del consumo de tabaco disminuyen el número de cigarrillos fumados, ayudan a los fumadores a prepararse para dejar de fumar y favorecen el abandono, con la consecuente reducción de las tasas de fumadores. Además, entre otros beneficios de la aplicación de las políticas sobre el tabaco, se encuentran la reducción de los costes de limpieza, la disminución de las causas de incendio y el aumento de la productividad de los trabajadores<sup>3</sup>.

En el control de tabaquismo, los hospitales y centros sanitarios deben jugar un rol ejemplar, además de abogar por el cumplimiento de las normas<sup>12-14</sup>. En este sentido, la Red Catalana de Hospitales sin Humo, iniciativa promovida y coordinada por el Instituto Catalán de Oncología (ICO), ha desarrollado un modelo de proyecto para conseguir un hospital gradualmente libre de humo, que se ha implantado con éxito en 41 hospitales catalanes hasta abril de 2005. Para ello, el ICO firma un convenio con las organizaciones hospitalarias que se comprometen a desarrollar un modelo de cambio organizacional. En él, la visibilidad y liderazgo del proyecto son claves. Además, se procura establecer acciones transversales que abarquen la estructura de la organización, realizar un seguimiento interactivo de los resultados y utilizar los instrumentos de evaluación del proceso y de resultados como la encuesta de prevalencia del consumo de tabaco y el cuestionario de autoevaluación (también llamado cuestionario Self-Audit).

La Red oferta servicios y procura beneficios a sus hospitales miembros a través de su imagen corpora-

tiva común, el intercambio de experiencias entre hospitales en tiempo real, el soporte mutuo, respecto a los instrumentos educativos y de formación, y el diseño de nuevos proyectos. Este soporte experto es posible gracias al proceso de evaluación del Self-Audit en cada hospital; con él se mide, promueve y refuerza la implantación de políticas activas de control de tabaquismo.

De ese modo, la Red se evalúa periódicamente en relación con la política de prevención y control del tabaco, en cada hospital miembro y como proyecto global, con el fin de conocer el grado de desarrollo efectivo de las intervenciones realizadas.

Para este trabajo, se establecieron 2 objetivos: por una parte, evaluar el grado de implementación de las intervenciones de control del tabaquismo desarrolladas en todos los centros de la Red Catalana de Hospitales sin Humo y determinar su relación con las fases de despliegue del proyecto; así como conocer la prevalencia de consumo de tabaco en cada fase de despliegue del proyecto.

---

## Método

---

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal, utilizando los datos de 16 hospitales miembros adscritos a la Red Catalana de Hospitales sin Humo en abril de 2005.

El grado de cobertura del proyecto "Hospital sin humo" en la Red de Hospitales Catalanes de Utilización Pública era del 73,7% (41/61). Los hospitales miembros de la Red se clasifican en 4 fases de despliegue, que corresponden a distintos períodos de adscripción:

1. *Fase de interés*: el hospital ha mostrado interés por el proyecto pero no ha firmado el convenio.

2. *Fase de registro*: el hospital ha firmado el convenio y se compromete a adecuar los espacios libres de humo; realiza la primera encuesta de prevalencia y se inaugura oficialmente la adscripción del hospital a la Red de los hospitales libres de humo.

3. *Fase de implementación activa*: el hospital se ha inaugurado públicamente como hospital de la Red, pero su tiempo de adscripción no supera el año de reconocimiento oficial.

4. *Fase de consolidación*: el hospital hace más de 1 año que se ha inaugurado oficialmente.

Para este trabajo se utilizó la información de los 16 hospitales adscritos a la Red al ser éstos los que realizaron en el año 2005 la evaluación de la prevalencia de consumo de tabaco (realizada bianualmente en cada hospital miembro) y la valoración de las políticas de control de tabaquismo (realizada anualmente por todos los hospitales miembros).

Por lo tanto, se pueden identificar 2 poblaciones de estudio: los trabajadores de cada "Hospital sin humo" y los 16 hospitales que realizaron las 2 evaluaciones (prevalencia y Self-Audit) en 2005.

La prevalencia del consumo de tabaco se evaluó mediante el cuestionario europeo de prevalencia de consumo de tabaco, que consta de 24 ítems. Este cuestionario está traducido al castellano y puede encontrarse en la web de la ENSH (<http://ensh.aphp.fr>). Las principales variables que incluye son: sociodemográficas, consumo de tabaco, cumplimiento de las áreas libres de humo y opinión sobre las políticas de espacios sin humo. La muestra de trabajadores de cada centro se estratificó por edad y sexo de acuerdo con la población de cada centro. La selección de los sujetos se realizó al azar utilizando el programa SPSS versión 12.0. El tamaño de la muestra se calculó para cada centro teniendo en cuenta el consumo de tabaco en Cataluña en 2002<sup>15</sup> (35%), con un intervalo de confianza del 95% y un error estándar de  $\pm 4$  haciendo uso del programa informático Epi. Info. 6.0.

En todos los casos realizó las encuestas un encuestador entrenado (distinto en cada centro) que identificaba a los sujetos seleccionados que, de forma voluntaria y anónima, respondían la encuesta.

El grado de implementación del proyecto se evaluó mediante el cuestionario europeo de autoevaluación o Self-Audit de la ENSH (disponible en [http://ensh.aphp.fr/IMG/pdf/SP-QS\\_Audit.Spanish\\_Feb.04-2.pdf](http://ensh.aphp.fr/IMG/pdf/SP-QS_Audit.Spanish_Feb.04-2.pdf)). Es un instrumento de autoevaluación elaborado para analizar el cumplimiento de las acciones de control del tabaquismo en los hospitales. Se describen 9 indicadores que agrupan 34 actividades de control del tabaquismo y se evalúan: el compromiso (5 ítems); la comunicación (1 ítem); la educación y la formación (4 ítems); la identificación de fumadores y el apoyo para el abandono del tabaco (8 ítems); el control del consumo de tabaco (2 ítems); el ambiente (4 ítems); los lugares de trabajo saludables (6 ítems); la promoción de la salud (2 ítems), y el seguimiento (2 ítems). Cada ítem se puntuó de la siguiente mane-

ra: 0 = no desarrollado; 1 = menos de la mitad está desarrollado; 2 = la mitad o más está desarrollado; 3 = totalmente desarrollado, y NA = no aplicable. La puntuación global del cuestionario es de 102 puntos y la puntuación por indicador depende del número de ítems incluidos.

Los cuestionarios de autoevaluación se enviaron en abril a cada uno de los coordinadores de proyecto y lo cumplieron en consenso con el comité promotor del proyecto de cada centro. Los cuestionarios se enviaron a la coordinación de la Red a principios del mes de mayo por correo electrónico.

Para evaluar el grado de implementación del proyecto por fases despliegue, se consideró como grupo control a los hospitales en fase de registro, por ser éstos los que trabajan en la adopción del modelo "Hospital sin humo". Se consideró a los hospitales en fase activa y consolidada hospitales miembros que han adoptado el modelo, cuyo objetivo es trabajar para conseguir progresivamente un hospital más libre de tabaco.

Se realizaron diferentes análisis de datos y se presentan los resultados de las siguientes explotaciones:

– En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las principales variables de estudio. Para las variables cualitativas (sociodemográficas, consumo de tabaco, edad, sexo y profesión) se estimaron las frecuencias absolutas y los porcentajes. Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba de la  $\chi^2$ .

Para las variables cuantitativas, las 9 variables del cuestionario de autoevaluación y su sumatorio (que define el grado de implementación del proyecto), se utilizó la media de puntuación de cada indicador y su desviación estándar (DE). Asimismo, y para conocer el porcentaje del grado de implementación del proyecto desarrollado, se dividió la puntuación de cada indicador global (numerador) por la puntuación máxima posible (denominador). También se calculó así el grado de implementación porcentual de cada indicador de control de tabaquismo y del global de indicadores que forman la evaluación del proyecto.

– En segundo lugar, se analizó el efecto de la variable "fase de adscripción" sobre los 9 ítems del grado de implementación del proyecto. Para ello se realizó una comparación de medias obtenidas al diferenciar la fase de hospital estudiado

**TABLA 1. Descripción de los hospitales por nivel, número de camas y número de personal**

Fase	Listado de hospitales	Nivel de complejidad	Número de camas	Número personal
Registro	1	Referencia	307	1.011
	2	Referencia	325	503
	3	Alta tecnología	891	4.057
	4	Hospital nivel básico	350	688
Implementación activa	5	Referencia	633	1.610
	6	Hospital general básico	89	426
	7	Referencia	231	780
	8	Hospital general básico	108	447
	9	Referencia	346	1.242
	10	Referencia	226	776
Consolidación	11	Hospital general básico	151	442
	12	Hospital básico aislado	84	176
	13	Hospital general básico	164	422
	14	Hospital general básico	162	546
	15	Alta tecnología	136	423
	16	Alta tecnología	366	1.394

en función de dichas variables. Dado que las puntuaciones de los factores no seguían una distribución normal (comprobado a través de la prueba de Kolmoorov-Smirnov), se emplearon pruebas no paramétricas (H de Kruskal-Wallis) para la comparación de más de 2 medias y se realizó la prueba de U de Mann Whitney para comparar los hospitales en fase de registro con los hospitales miembros ya inaugurados (fase activa y de consolidación) y los de fase activa con los de fase consolidada.

En todos los casos se trabajó con un grado de significación del 95% y el tratamiento de los datos se realizó con el paquete de programas estadísticos SPSS versión 12.0.

## Resultados

De todos los hospitales que formaron parte de este estudio, 4 pertenecían a la fase de registro; 6 a la fase de implementación activa, y otros 6 a la fase de consolidación. En la tabla 1 se describe el nivel, el número de camas y el personal de cada uno de los hospitales estudiados.

En total se entrevistó a 3.896 trabajadores de los 16 hospitales, de los cuales 1.076 pertenecían a

hospitales en fase de registro; 1.470 a trabajadores de hospitales en fase activa, y 1.340 a trabajadores en hospitales en fase consolidada.

### Datos sociodemográficos

Alrededor del 72% (2.823) de los encuestados eran mujeres. De ellos, el 23,2% (897) era personal médico; el 44,7% (1.729) personal de enfermería; el 14,1% (545) personal administrativo, y el 18% (696) pertenecía al grupo otros profesionales. En cuanto a la distribución de la edad, el 4,4% (170) tenía entre 18-24 años; el 24,7% (955) entre 25-34 años; el 33,6% (1.299) entre 35-44 años; el 28,4% (1.098) entre 45-54 años, y el 8,6% (334) más de 55 años.

### Prevalencia de consumo de tabaco

La prevalencia global del consumo fue del 35% (1.355) de los cuales el 77,2% (1.047) fumaba a diario y el resto ocasionalmente. Según la fase de adscripción, la prevalencia de consumo de tabaco en los hospitales en fase de registro fue del 35,8% (384), en los activos del 34,4% (502) y en los de consolidación del 35,2% (469). Se encontraron diferencias significativas entre el grado de adhesión del hospital a la Red y el porcentaje de consumo ( $\chi^2 = 12.724$ ; grados de libertad [gl] = 4;  $p = 0,012$ ) (tabla 2A).

**TABLA 2 A. Consumo de tabaco de los profesionales según fase de adscripción**

	Registro		Activos		Consolidados		Total	
	FrA	%	FrA	%	FrA	%	FrA	%
Fumador diario	284	26,5	403	27,6	360	27,0	1.047	27,1
Fumador ocasional	100	9,3	99	6,8	109	8,2	308	8,0
No fumador	400	37,3	604	41,3	575	43,2	1.579	40,8
Ex fumador	289	26,9	356	24,4	288	21,6	933	24,1
Total	1.073	100,0	1.462	100,0	1.332	100,0	3.867	100,0

FrA: frecuencia absoluta.

**Tabla 2 B. Porcentaje de profesionales fumadores por categorías profesionales en cada fase**

	Registro		Activos		Consolidados		Total	
	FrA	%	FrA	%	FrA	%	FrA	%
Médicos fumadores	70	26,5	96	30,8	82	26,8	248	23,2
Enfermeras fumadoras	176	37,6	234	34,7	205	36,2	615	36,0
Administrativos fumadores	64	42,1	66	34,0	61	33,0	191	36,0
Otros profesionales fumadores	73	41,0	103	39,6	114	46,0	290	42,3

FrA: frecuencia absoluta.

Por categorías profesionales, el consumo de tabaco de las enfermeras fue del 36% (615) y el de los médicos del 28,1% (281). Por fases de adhesión a la Red, la prevalencia se mantuvo alta en todos los grupos profesionales (tabla 2B). Por categorías profesionales en el ámbito hospitalario los grupos profesionales más fumadores en cada fase de adscripción fueron: en un 42,1% (64) los administrativos de los hospitales en fase de registro y el grupo de otros profesionales en los hospitales en fase activa con un 39,6% (103) y consolidada con un 46% (114).

### Resultados globales Self-Audit

Como resultado del grado de implementación del proyecto "Hospital sin humo", en los hospitales el estudio se alcanzó un grado de desarrollo global del 53,37%.

Se obtuvo un aumento en la puntuación del Self-Audit cuanto mayor era el grado de adscripción del hospital. En el caso de los hospitales en fase de registro, la puntuación global fue de 26,6 (DE = 16,7); en los hospitales en fase activa de 59,7 (DE = 14,1), y en los hospitales consolidados de 63,87 (DE = 4,5). La dispersión de la puntuación obtenida en los hospitales aumentó en los hospitales con menor tiempo de adhesión a la Red tal y

como muestra la figura 1 en la representación de las medianas globales obtenidas.

En relación con los indicadores, para el conjunto de los hospitales, se evidenció un alto grado de "comunicación" del proyecto entre el personal y los usuarios (79%); un elevado "control del consumo" (75%), y una amplia implementación de los "ambientes libres de humo" (85,9%), que muestra

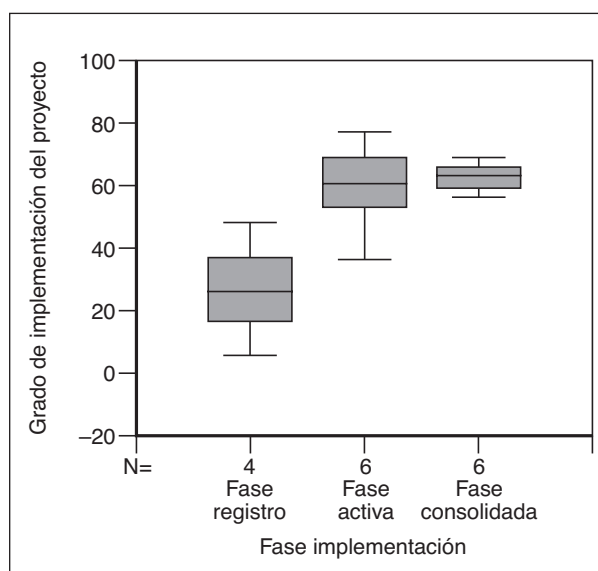


Fig. 1. Mediana del cumplimiento de proyecto en función de las fases de adscripción.

la presencia de una señalización correcta, la no exposición de pacientes y visitantes al humo pasivo, y la presencia de ceniceros sólo en los lugares donde se permitía fumar.

También se obtuvo una alta puntuación en otros indicadores como el “compromiso institucional” (que trata de velar por el buen desarrollo del proyecto), que alcanzó un 61,6% de su implementación posible, y el indicador que evalúa el “seguimiento del proyecto”, con un grado de cumplimiento global del 66,6%.

Sin embargo, había varios indicadores cuyo grado de implementación se encontró por debajo del 50%, como en el caso de la “educación y formación continuada” de los trabajadores respecto al tabaquismo, en el que se observó un grado de desarrollo global con un 39,5% de las actividades educativas consideradas adecuadas; la “identificación de fumadores y la ayuda al abandono del tabaco a pacientes y trabajadores”, con un 19,8% del total del despliegue posible del indicador; la consecución de “espacios laborales más saludables” con un 42,0%, en el que se incluían actividades como la información a los nuevos trabajadores durante el proceso de contratación acerca de qué es un hospital sin tabaco; las obligaciones que comporta un hospital libre de humo se han incorporado a los procedimientos disciplinarios existentes, etc. y, por último, la “promoción de la salud” o la participación de los centros sanitarios en actividades de lucha contra el tabaco de carácter local, nacional e internacional, además de la promoción de actividades libres de tabaco fuera de la organización con un 42,6%.

#### Resultados por fase de adscripción al proyecto

El número de actividades para el control del tabaquismo aumentó significativamente entre la fase inicial de registro y las fases posteriores (activos y consolidados). Los indicadores que mostraron esta significación fueron: compromiso ( $p = 0,019$ ); comunicación ( $p = 0,02$ ); control de consumo ( $p = 0,04$ ); ambiente ( $p = 0,01$ ), e incluso en la puntuación global obtenida presentó una significación de  $p = 0,05$  (tabla 3).

Por otro lado, entre los hospitales en fase activa (los que ya se habían inaugurado oficialmente y que además habían realizado la primera encuesta de prevalencia y habían señalado correctamente el centro) y los hospitales consolidados (los que

han cumplido 1 año tras la inauguración oficial del proyecto) no se encontró ningún indicador en el que hubiese diferencias significativas. Sin embargo, el nivel de puntuación global entre hospitales activos ( $\bar{x} = 59,7$ ;  $DE = 14,1$ ) y los consolidados ( $\bar{x} = 63,8$ ;  $DE = 4,5$ ) aumentó y hubo además una menor dispersión entre los resultados entre los hospitales con mayor tiempo de adhesión.

El indicador que evaluó las actividades de educación y formación continuada del personal sanitario en tabaquismo presentó puntuaciones bajas en todas sus fases y en la fase de registro se obtuvieron medias de  $\bar{x} = 0,75$  ( $DE = 1,5$ ); en la fase activa de  $\bar{x} = 6,5$  ( $DE = 1,87$ ) y en la fase consolidada de  $\bar{x} = 5,67$  ( $DE = 3,87$ ). En la comparación de los resultados obtenidos no se encontraron diferencias significativas en ninguna de sus fases (tabla 3).

Similar comportamiento tuvo el indicador que evaluó la identificación de los fumadores y el establecimiento de programas de cesación del hábito de fumar. Aunque no se mostraron diferencias significativas entre los distintos grados de adhesión de los hospitales, sí se halló un aumento entre la puntuación de la fase inicial ( $\bar{x} = 5,25$ ;  $DE = 4,5$ ), la de la fase activa ( $\bar{x} = 10,6$ ;  $DE = 5,8$ ) y la de la fase consolidada ( $\bar{x} = 9,7$ ;  $DE = 4,57$ ).

No obstante, en estos 2 últimos indicadores, “formación e identificación y cesación del hábito de fumar”, se observó un retroceso en el número de actividades implementadas en la fase activa con respecto a la fase consolidada (tabla 3).

Por último cabe señalar que los hospitales en fase de consolidación, en comparación con los hospitales activos, desarrollaron más actividades para aumentar el compromiso y asegurar el “seguimiento, promocionar la salud y conseguir espacios saludables”, pese a no obtener significación estadística (tabla 3).

---

### Discusión

---

La prevalencia de consumo de tabaco en los hospitales de la Red Catalana de Hospitales sin Humo fue del 35% (1.355). El porcentaje de fumadores resultó alto para las 3 fases de adhesión a la Red, lo que evidencia (al menos en esta fase del proyecto) que no hay disminuciones evidenciables del consumo de tabaco pese a la significación estadística hallada. Cabe destacar que entre los

**TABLA 3. Comparación de medias y significación en función de las fases de adscripción**

	Fase <sup>a</sup>	Máximo alcanzable	Media (DE)	p <sup>b</sup> Hospitales fase inicial Hospitales 1 contraste a 2 y 3	p <sup>b</sup> Hospitales fase consolidada Hospitales 2 contraste a 3
Compromiso	1	15	6,75 (3,2)	0,019	1,00
	2		9,83 (2,31)		
	3		10,33 (1,96)		
Comunicación	1	3	1,00 (1,15)	0,020	0,138
	2		2,67 (0,52)		
	3		3,00 (0)		
Formación	1	12	0,75 (1,5)	0,080	0,807
	2		6,50 (1,87)		
	3		5,67 (2,87)		
Identificación y ayuda cesación	1	24	5,25 (4,57)	0,159	0,935
	2		10,67 (5,88)		
	3		9,67 (4,57)		
Control del consumo	1	6	1,75 (2,06)	0,040	0,784
	2		5,33 (1,21)		
	3		5,50 (0,55)		
Ambiente	1	12	6,25 (3,2)	0,010	0,673
	2		11,67 (0,82)		
	3		11,67 (0,52)		
Espacios laborales saludables	1	18	2,00 (1,83)	0,090	0,629
	2		8,67 (5,32)		
	3		10,17 (2,48)		
Promoción de la salud	1	6	1,50 (1,73)	0,320	0,684
	2		2,67 (2,5)		
	3		3,17 (2,88)		
Seguimiento	1	6	1,50 (3)	0,670	0,600
	2		3,83 (2,4)		
	3		5,83 (0,41)		
Sumatorio Self-Audit	1	102	27,50 (17,31)	0,050	1,00
	2		61,83 (15,1)		
	3		65,00 (4,34)		
Grado de implementación (%)	1	100	26,63 (16,7)	0,050	0,872
	2		59,73 (14,2)		
	3		63,88 (4,5)		

<sup>a</sup>Fase: 1, registro; 2, activa; 3, consolidación.<sup>b</sup>Prueba de Mann Whitney.

DE: desviación estándar.

profesionales sanitarios con rol ejemplar (médicos y enfermeras), el porcentaje de consumo es menor que en otros hospitales españoles, en los que se ha estudiado el consumo de tabaco pero no se han implantado iniciativas de control del tabaquismo

dirigidas a conseguir “Hospitales libres de humo”<sup>16</sup>.

El grado de implementación del proyecto, para el total de hospitales miembros estudiados, fue del 53,37%. Los indicadores que han obtenido

una puntuación global elevada (superior al 60%) son: el grado de compromiso, la comunicación, el control del ambiente, el control del consumo y el seguimiento; los indicadores con baja puntuación han sido: las iniciativas educativas y de formación de los trabajadores, las actividades de apoyo al abandono, así como las estrategias de creación y mantenimiento de lugares saludables. Un patrón similar se observa los resultados de la Red Europea (Francia, Italia, Finlandia e Irlanda)<sup>17</sup> y los resultados correspondientes al año 2004 de la Red Catalana. No obstante, cabe destacar la forma en que las puntuaciones en los indicadores sobre comunicación, formación, ambiente, lugares saludables y seguimiento han aumentado en 2005 en relación con los resultados obtenidos en 2004<sup>17</sup>.

Entre los hospitales en fase de registro y los hospitales en fases más avanzadas se observa un aumento en la implementación de actividades que evalúan el compromiso, la comunicación, el control del consumo, el ambiente, y la suma total de la implementación del proyecto y, además, las diferencias son estadísticamente significativas. Es decir, los hospitales con mayor tiempo de adhesión a la Red protegen mejor el ambiente y procuran lugares de trabajo más saludables en comparación con los hospitales que llevan menos tiempo adscritos a la Red. Estas medidas repercuten positivamente de forma múltiple, pues no sólo protegen a los no fumadores de los perjuicios del humo de tabaco, sino que también ayudan a reducir el consumo de cigarrillos en los fumadores<sup>18-20</sup>.

Los hospitales libres de humo deberían promover actividades motivadoras para el abandono del tabaco y programas de cesación del hábito de fumar dirigidos a sus trabajadores y usuarios<sup>21-23</sup>. Sin embargo, en los hospitales con mayor tiempo de adscripción a la Red no se observa un progreso en la implementación de las actividades dirigidas a la cesación del hábito tabáquico. Este déficit está en conexión con la falta de formación clínica de los profesionales de la salud en el tratamiento y control del tabaquismo. Si se considera que la clave de la actuación sobre el tabaquismo está en la formación especializada, se evidencia como este factor repercute en el nivel de despliegue de actividades activas para el control del tabaquismo en los hospitales en fase avanzada.

El dinamismo de la intervención preventiva y el avance sostenido de los centros hospitalarios hacia una política activa de lucha contra el tabaco depende en gran medida del trabajo motivador de la Red y del apoyo político que esta medida de salud pública tiene en el sistema sanitario<sup>24,25</sup>. El trabajo en red es, además, un excelente terreno para fortalecer el proyecto en cada centro, incrementar la competitividad y aumentar el impacto de las iniciativas comunitarias<sup>26</sup>.

Respecto a las potenciales limitaciones del estudio, cabe destacar que el cuestionario, al ser auto-declarado, proporciona una valoración aproximada del estado y la evolución de cada centro, con lo que puede haberse producido un sesgo en las estimaciones obtenidas. Además, sólo se tienen en cuenta los resultados de 16 hospitales de los 41 de la Red ya que son estos centros los que realizaron en el mismo año la encuesta de prevalencia además del cuestionario anual de autoevaluación Self-Audit.

En conclusión, la monitorización y evaluación de las intervenciones dirigidas a prevenir y controlar el tabaquismo es esencial, ya que permite identificar barreras y establecer retos de mejora. Además, la implementación del proyecto "Hospital Libre de Humo", más allá de generar espacios saludables, propicia y favorece la confluencia de servicios sanitarios dirigidos al abandono del tabaco tanto al personal como al paciente fumador. En este sentido, y para aumentar la eficacia de las intervenciones en los hospitales, sería deseable que el personal de enfermería contara con una formación básica sobre el tabaco, en la que se incluyese la identificación y el consejo personalizado al fumador. Asimismo, la presencia de enfermeras clínicas especializadas en deshabitación del hábito de fumar podría potenciar la calidad y la intensidad de estas intervenciones dirigidas al control del tabaquismo en cada hospital.

---

### Agradecimientos

---

A los coordinadores del proyecto Hospitales sin Humo de la Red Catalana por su compromiso en aumentar la calidad de este proyecto y ser motor dinamizador de las políticas libres de humo en sus centros.

A Enrique Limón por la lectura crítica de este trabajo, por su generosidad y compañerismo.

## Bibliografía

1. Scientific Committee on Tobacco and Health. Update of evidence on health effects of second hand smoke [monografía en internet]. London: Department of Health; 2004 [citado 17 abril 2007]. Disponible en: [www.advisorybodies.doh.gov.uk/scoth/PDFS/scothnov2004.pdf](http://www.advisorybodies.doh.gov.uk/scoth/PDFS/scothnov2004.pdf)
2. Anderson P, Hughes JR. Policy interventions to reduce the harm from smoking. *Addiction*. 2000;95 Suppl 1:s9-11.
3. Smoke Free Europe partnership. Smoke Free Europe makes economic sense. May 2005.
4. Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. *Brit Med J*. 2003;327:154-7.
5. Gorini G, Gasparrini A, Galeone D, Tamang E. La nueva ley italiana frente al humo de segunda mano. En: Espacios laborales libres de Humo. Madrid: Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p 101-16.
6. Office of Tobacco Control. Lugares de trabajo libres de humo en Irlanda. Una revisión al año de la aplicación de una Ley de protección de los trabajadores. En: Espacios laborales libres de Humo. Madrid: Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p 89-100.
7. Banegas JR, Diez L, González J, Villar F, Rodríguez-Artalejo F. Reciente disminución del la mortalidad atribuida al tabaquismo en España. *Med Clin*. 2005;124:769-71.
8. 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. BOE núm. 309 de 27 de diciembre.
9. McKee M, Gilmore A, Novotny TE. Smoke free hospitals. An achievable objective bringing benefits for patients and staff. *BMJ*. 2003;326:941-2.
10. Villalbí JR. Evaluación de las políticas de protección frente al humo ambiental de tabaco. En: Espacios laborales libres de Humo. Madrid: Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p 197-206.
11. Méndez E. Hospitals sense fum: un model d'acció institucional concertada. *An Med (Barc)*. 1999;82:117-8.
12. Méndez E. Las políticas de espacios libres de humo: la Red de Hospitales sin Humo en Cataluña. *Prev Tab*. 2002;4:93-4.
13. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*. 2000;55:987-99.
14. Méndez E, García M, Margalef M. Preventive Policies on tobacco consumption: the network of smoke-free hospitals in Catalonia, Spain. 12th World Conference on Tobacco or Health. Helsinki; 2003. Libro de resúmenes, p. 415.
15. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya, 2002. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2003.
16. Fernández ML, Sánchez M. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y enfermeras de la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 1999;73:355-64.
17. Ouranou A. Self-audit process and results from preliminary experiences of the ENSH members. *European Network Smoke-free Hospital Newsletter*. 2003;8:4-5.
18. García M, Méndez E, Martínez C, Peris M, Fernández E. Implementing and complying with the Smoke-free Hospitals Project: an evaluation of 25 hospitals from the Catalan network of smoke-free hospitals. *Eu J Cancer Prev*. 2006;15:446-52.
19. Bauer J, Hyland A, Qiang Li, Steger C, Cummings M. A longitudinal assessment of the Impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *Am J Public Health*. 2005;95:1024-29.
20. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*. 2002;325:188.
21. Méndez E. La Red de Hospitales libres de Humo. En: Salvador Llivina T, editor. Red. Espacios laborales libres de humo. Madrid: Comité Nacional sobre Prevención del Tabaquismo; 2006.
22. Artazcoz L, Brotons M, Brotons A. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en una empresa. *Gac Sanit*. 2003;17:490-3.
23. Martínez C, García M. Metodología para la implantación de un programa de deshabitación en un Centro Hospitalario. *Prev Tab*. 2005;7:285-91.
24. Joseph A, Knapp J, Nichol K, Pirie P. Determinants of compliance with a National Smoke-Free Hospitals Standard. *JAMA*. 1995;274:491-4.
25. Longo D, Johnson J, Kruse R, Brownson, Hewet J. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control*. 2001;10:267-72.
26. Martínez C. El papel de la enfermera en el tabaquismo. *Prev Tab*. 2003;5:186-9.