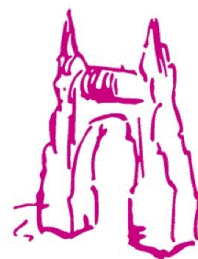




UNIVERSITAT DE
BARCELONA



FACULTAT DE FARMÀCIA I
CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

Treball Final de Grau

Tractament del tabaquisme a l'Oficina de Farmàcia a Catalunya i França

Francesc Arcas Ruscaleda

Juny 2019

Àmbit principal:
Salut pública

Àmbits secundaris:
Farmacologia i Terapèutica
Farmàcia Clínica, Atenció Farmacèutica
i Farmàcia Assistencial
Fisiologia i Fisiopatologia
Toxicologia
Legislació

UNIVERSITAT DE BARCELONA
FACULTAT DE FARMÀCIA I CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

Aquest treball està sota la llicència Creative Commons



Índex

Abreviatures	I
1 Resum/Abstract	1
2 Integració dels àmbits	2
3 Introducció	2
4 Objectius	4
5 Material i mètodes	4
6 Resultats	5
6.1 Nicotina	5
6.1.1 Efectes del consum de tabac	6
6.2 Fàrmacs de deshabitució tabàquica	7
6.2.1 Medicació de primera línia	7
6.2.1.1 Teràpia substitutiva amb nicotina	7
6.2.1.2 Altres medicaments de primera línia	9
6.2.2 Medicaments de segona línia	10
6.3 Cigarretes electròniques	11
6.3.1 Seguretat d'ús de les cigarretes electròniques	11
6.4 Regulació del tabac per part de la Unió Europea	12
6.5 Comparativa França - Catalunya	14
6.5.1 França	14
6.5.1.1 Legislació francesa	14
6.5.1.2 Estadístiques de fumadors	14
6.5.1.3 Sistema de pagament dels tractaments	15
6.5.1.4 El paper de les oficines de farmàcia	16
6.5.1.5 Material promocional	17
6.5.1.5.1 Fulletons	17
6.5.1.5.2 Dossiers	17
6.5.1.6 Perspectives	17

6.5.2 Catalunya	18
6.5.2.1 Legislació catalana i espanyola	18
6.5.2.2 Estadístiques de fumadors	20
6.5.2.3 Sistema de pagament dels tractaments	20
6.5.2.4 El paper de les oficines de farmàcia	21
6.5.2.5 Material promocional	22
6.5.2.5.1 Fulletons	22
6.5.2.6 Perspectives	22
7 Discussió	24
8 Recomanacions	26
9 Conclusions	26
10 Bibliografia	27
11 Annex	33

Índex de taules

Taula 1: Classificació dels fàrmacs de tractament substitutiu nicotínic	9
Taula 2: Classificació d'altres fàrmacs de primera línia per a la cessació tabàquica	10
Taula 3: Classificació de fàrmacs de segona línia per a la cessació tabàquica	10
Taula 4: Principals components químics de la cigarreta electrònica i la cigarreta tradicional	12
Taula 5: Finançament dels fàrmacs de tractament substitutiu nicotínic a França	16
Taula 6: Finançament dels fàrmacs de cessació tabàquica a Catalunya	20

Abreviatures

ABS: Àrea Bàsica de Salut

CE: Comunitat Europea

CEE: Comunitat Econòmica Europea

CYP1A2: Citocrom P450 Família 1 Subfamília A Membre 2

DNA: Àcid desoxiribonucleic

EU: Unió Europea

HDL: Lipoproteïnes d'alta densitat

IQOS: Dispositiu electrònic sense fum dissenyat per Philip Morris International

IRDN: Inhibidor de la recaptació de dopamina i noradrenalina

IVA: Impost sobre el valor afegit

LDL: Lipoproteïnes de baixa densitat

nAChRs: Receptor nicotínic acetilcolínic

pH: Coeficient del grau d'acidesa o alcalinitat d'una substància o una solució

RD: Reial Decret

TSN: Tractament substitutiu nicotínic

UE: Unió Europea

1. Resum

Aquest treball presenta una aproximació analítica, des de l'òptica farmacèutica però integrant diferents àmbits, sobre quines estratègies existeixen i s'han implantat en la lluita contra el tabaquisme. Alhora, en base a un estudi comparatiu entre França i Catalunya, projecta mesures de present i futur subjectes a ser portades a terme, des del necessari i imprescindible treball cooperatiu entre agents implicats en el repte de la reducció del tabaquisme a la nostra societat.

L'elaboració d'aquest treball neix de la preocupació per la constatació de l'existència de nivells de tabaquisme elevats i sostinguts en el temps, i l'evidència que existeixen models de lluita contra el tabaquisme més desenvolupats que el que tenim implantat a casa nostra. L'interès científic específic del treball rau, per tant, en el fet de desvetllar com augmentar i millorar l'impacte de l'ús de fàrmacs en la reducció del tabaquisme, considerant també altres variables conjunturals. I, en aquest repte, posant especial atenció al rol potencial que poden desenvolupar les oficines de farmàcia i la farmàcia comunitària, en general.

Abstract

This paper contains an analytical approach, from a pharmaceutical point of view and including various research fields, to the existing strategies that have been developed and implemented in the fight against smoking. In particular, this study focuses on the French and Catalan models, trying to distinguish present and future measures to be carried out in the aim of improving the success of quitting smoking in our society. In this purpose, it is assumed that all the players involved in this challenge need to develop a cooperative role and work.

This work arises from the concern of the evidence of high and sustained rates of the tobacco levels over time in many countries, as the data prove. And, on the other hand, from the certainty that it is possible to implement a more successful model of smoking cessation programs in Catalonia. The scientific interest lies, therefore, in revealing how to increase and improve the impact of the use of drugs in the reduction of smoking addiction, considering other variables as well. This exercise is made by pointing out specially the potential role that can play the pharmacies and the community pharmacy, in general.

2. Integració dels àmbits

El tabaquisme és un dels majors reptes de salut del segle XXI. El seu estudi afecta l'àmbit de la Salut Pública i dins d'aquesta la farmàcia. En conseqüència, aquest Treball Final de Grau integra els següents àmbits:

Salut Pública: Davant la disminució de la salut individual i col·lectiva que comporta el tabaquisme, aquest àmbit està implicat en la realització de polítiques de promoció per a la salut i prevenció de la malaltia.

Farmacologia i Terapèutica: L'aparició de fàrmacs que ajuden a abandonar el tabaquisme ha obert una important via per al descens del nombre de fumadors i l'aplicació de noves polítiques de lluita contra el tabac.

Farmàcia Clínica, Atenció Farmacèutica i Farmàcia Assistencial: L'estudi té com a àmbit d'aplicació la farmàcia comunitària. Cal integrar les noves tècniques fent protocols d'actuació entre metges i farmacèutics per aplicar als fumadors que accedeixen a l'oficina de farmàcia.

Fisiologia i Fisiopatologia: El tabaquisme, ja sigui actiu o passiu, implica unes importants conseqüències en el cos humà com ara malalties respiratòries i pulmonars.

Toxicologia: Els diferents productes químics presents en el tabac fan que una vegada inhalats, ja sigui activa o passivament, produeixin una toxicitat en el cos humà.

Legislació: Actualment el corpus legislatiu que regula la fabricació i consum de tabac està format per directives europees, lleis espanyoles, franceses i catalanes.

3. Introducció

L'arribada del tabac a Europa es remunta als darrers anys del segle XV, tot i que va tardar força dècades a generalitzar-se a nivell popular. No obstant, des d'aquell període el tabaquisme ha estat ben present a Europa.

Quan parlem del tabac cal fer referència a la nicotina, un compost orgànic que estimula el cervell i esdevé un dels principals factors d'addicció a les fulles d'aquesta planta de la família de les solanàcies (1). Entre els efectes més visibles que pot provocar el consum de nicotina s'hi troben la irritació i la sensació de cremor a la boca i la gola, l'augment de la salivació, les nàusees, el dolor abdominal, els vòmits i la diarrea (2). D'altra banda, aquest compost causa un augment de l'estrès oxidatiu i l'apoptosi neuronal, dany en el DNA i l'increment de les espècies reactives d'oxigen i els peròxids lípids.

També cal indicar que a nivell fisiopatològic el consum de tabac comporta un seguit de trastorns relacionats amb la salut. Entre els més freqüents es troben les malalties coronàries i el desenvolupament de malalties respiratòries com la bronquitis crònica, l'asma o el càncer de pulmó. El consum de tabac també està relacionat amb l'aparició de diferents tipus de càncer com ara el de bufeta, cèrvix, colon i recte o esòfag, entre d'altres (3).

Davant dels problemes de salut derivats del consum de tabac, en els darrers anys han aparegut al mercat diferents tipus de productes encaminats a superar l'addicció. En la majoria de casos el primer tractament que rep la persona que vol deixar de fumar són els substituents nicotínics. Aquests permeten que l'organisme rebi la dosi de nicotina a la qual estava habituat amb la cigarreta. Els substituents nicotínics es troben en diferents formes: pegats, xiclets, comprimits, solució pulveritzada bucal i inhalador. En el cas que aquesta

teràpia no funcioni se solen usar dos medicaments de primera línia: vareniclina i bupropió. Finalment, com a fàrmacs de segona línia es prescriuen la nortriptilina i la clonidina.

Ara bé, les polítiques de Salut Pública s'enfronten a un nou repte des de fa uns anys: la cigarreta electrònica. Les grans tabaqueres estan apostant per aquests aparells, tot venent-los com un sistema molt menys nociu que la cigarreta tradicional. No obstant, encara no hi ha suficients estudis científics per determinar els riscos que poden suposar les altes quantitats de nicotina consumides i els diferents productes químics que porta la barreja.

Les primeres polítiques per lluitar contra el tabaquisme van néixer a Alemanya durant el III Reich, atès que es considerava un element que afeblia la població. Acabada la II Guerra Mundial la lluita contra el tabaquisme va decaure fins ben entrats els anys 80 del segle XX. Tot i alguna excepció, durant aquestes dècades l'única política que els estats van realitzar per reduir la incidència del tabaquisme va ser l'increment del preu del tabac. El cas més paradoxal va ser el Regne Unit, el qual sota la primera ministra Margaret Thatcher (1979-1990) va augmentar els impostos indirectes del tabac, situant-los entre els més alts d'Europa (4). En canvi, a l'Estat Espanyol el preu del tabac s'ha mantingut tradicionalment en el llinar més baix pel que fa als preus de venda al públic (5).

El 1972 les institucions europees van abordar per primera vegada el tabaquisme a través de l'homogenització dels impostos. Amb el temps, les directives han entrat en altres àmbits com ara la publicitat, la composició del tabac o les cigarretes electròniques.

L'entrada d'aquestes directives a nivell europeu juntament amb l'aparició de nombrosos estudis científics que vinculaven el tabac amb l'aparició de diferents malalties, sobretot respiratòries, cardiovasculars i tumorals, i un augment de la sensibilitat de la població va marcar un canvi de tendència. És així com des del sector públic es van iniciar campanyes per evitar l'entrada al tabaquisme i per incidir en la deshabituació tabàquica.

En aquest sentit, les regions i els ajuntaments han mantingut un perfil molt més lligat a la ciutadania que els estats. Així, i a tall d'exemple, mentre els estats i la Unió Europea s'encarreguen de regular el preu del paquet de tabac o el consum de tabac en bars i restaurants, els governs regionals i ajuntaments han iniciat campanyes dirigides a la ciutadania. En aquest cas, a més, han comptat amb la col·laboració activa d'hospitals, centres d'atenció primària i oficines de farmàcia.

És així, doncs, com la conjunció entre el sector públic i les oficines de farmàcia ha permès un enfocament de la lluita contra el tabaquisme més vinculat amb la problemàtica del ciutadà. I en aquest sentit no es pot obviar el fet que el farmacèutic és un professional del medicament a l'hora d'assessorar sobre els fàrmacs que s'usen per aconseguir abandonar l'hàbit tabàquic.

En conseqüència he cregut oportú fer una comparativa del tractament del tabaquisme a Catalunya i a França. Catalunya està subjecte a la legislació espanyola i el Departament de Salut gaudeix de certa autonomia per tal de realitzar campanyes de cessació tabàquica. Tot i això, la manca de recursos ha comportat que l'àmbit d'actuació no s'hagi desenvolupat plenament. Altre cas és França, un estat molt centralitzat, que en els darrers anys ha portat a terme una planificació de campanyes a nivell estatal i amb una gran diversitat de recursos. Així doncs, tot i la proximitat geogràfica, la similitud dels sistemes sanitaris i l'obligació de seguir les directives europees, Catalunya i França presenten semblances i diferències que s'abordaran en aquest treball.

4. Objectius

Els objectius d'aquest Treball Final de Grau són els següents:

- a. Indicar els efectes toxicològics i fisiopatològics del consum de nicotina i tabac.
- b. Enumerar els diferents fàrmacs que existeixen a nivell europeu per a la deshabituació tabàquica.
- c. Descriure els nous dispositius electrònics que han aparegut al mercat en substitució dels cigarrets tradicionals.
- d. Posar en relleu el paper realitzat pels estats i la Unió Europea respecte la regulació del tabac.
- e. Descriure el tractament del tabaquisme des de l'Oficina de Farmàcia a França.
- f. Descriure el tractament del tabaquisme des de l'Oficina de Farmàcia a Catalunya.

5. Material i mètodes

La recerca d'informació per realitzar aquest Treball Final de Grau s'ha dut a terme a través d'entrevistes amb experts i recerques bibliogràfiques.

- a. Cerques per tal de conèixer les regulacions a nivell europeu, de França i Catalunya. En conseqüència es van utilitzar els cercadors següents: Unió Europea: <https://eur-lex.europa.eu/> Estat espanyol: https://boe.es/diario_boe/ França: <https://www.legifrance.gouv.fr/> Catalunya: <https://dogc.gencat.cat/ca>
- b. Cerca a nivell d'internet per tal de localitzar els principals Col·legis de Farmacèutics de les regions estudiades. D'aquesta manera es va poder extreure informació respecte les tasques realitzades per reduir el tabaquisme.
- c. Una vegada es va finalitzar aquesta cerca de caire legal i pràctic, es va fer una segona etapa que consistia en entrevistes i assistència a una jornada. En concret es van entrevistar Esteve Saltó, Sotsdirector General de Planificació Sanitària del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i Josep Maria Suelves, Cap del Servei de Prevenció i Control del Tabaquisme i de les Lesions de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Ambdues entrevistes es van realitzar a l'Agència de Salut Pública de Catalunya, carrer Roc Boronat 81-95 de Barcelona. Suelves va ser entrevistat el 19 de febrer i el 22 de maig de 2019 i Saltó ho va ser el 6 de març i el 22 de maig de 2019 (veure annex 1). D'altra banda també es va assistir a la *IX Jornada Societat Catalana d'atenció i tractament del consum de tabac*, celebrada el 15 de febrer de 2019 al Caixaforum de Barcelona (veure annex 2). També es va estudiar el tractament del tabaquisme a nivell local i per aquesta raó es va entrevistar el regidor de Salut de l'Ajuntament de Pineda de Mar, Santiago Macip (veure annex 3). L'entrevista es va realitzar el 14 de maig al mateix Ajuntament.
- d. Estudi dels aspectes més bàsics sobre les malalties relacionades amb el tabac. Amb aquesta finalitat es van consultar llibres de fisiologia i fisiopatologia. També es va fer una cerca per tal de conèixer els fàrmacs que s'utilitzen per abandonar l'hàbit tabàquic. En primer terme es va fer una cerca general en un cercador d'internet i a continuació es va localitzar cada fàrmac a l'Agència Espanyola del Medicament i Productes Sanitaris.

- e. Recerca bibliogràfica exhaustiva d'estudis científics relacionats amb el tabac utilitzant la plataforma anomenada PubMed. És un projecte que permet l'accés a diferents bases de dades recopilades per la *National Library of Medicine*, com ara *Medline*. També es va utilitzar el metacercador *Google Scholar* (Google Acadèmic) per tal d'acabar de redactar el treball.

6. Resultats

El tractament del tabaquisme inclou diferents àmbits, atès que la nicotina és un compost que genera gran dependència i té un impacte important a nivell sanitari. Per aquesta raó, en els presents resultats s'hi inclouen aspectes químics com la composició de la nicotina, d'altres de farmacològics com els diferents medicaments que s'usen per a la cessació o aspectes de caràcter legislatiu com ara són les lleis europees, franceses i espanyoles.

6.1. Nicotina

La nicotina és una amina formada per anells de piridina i pirrolidina. Aquest alcaloide en la seva forma pura és un líquid clar amb una olor característica, però amb l'exposició a l'aire es torna marró. És soluble a l'aigua i se separa amb solvents orgànics. Es pot produir l'absorció a la mucosa oral, pulmons, pell o intestí (6). L'increment del pH de la solució causa un augment de les concentracions de nicotina lipòfila no carregada i en aquesta forma pot passar activament a través de les membranes biològiques (7).

Una vegada ingerida, la nicotina és metabolitzada pel fetge a través de dues fases. A la primera hi ha una oxidació microsomal de la nicotina a través de diferents vies. Això condueix a la formació de diferents metabòlits (8) com cotinina i nornicotina, dimetil cotinina, trans-3-hidroxi-cotinina i àcid d-(3-piridil)-g-metilaminobutíric.

Hi ha una segona fase en la qual es produeix una N i O-glucoronidació dels metabòlits i una excreció via orina, femta, saliva i suor, entre d'altres. Cal tenir en compte que entre un 5 i 10% de l'eliminació és a través de l'excreció renal de nicotina no modificada (9).

Principalment, la nicotina actua via tres mecanismes (10): Transmissió ganglionar; Receptors nicotínics acetilcolínics (nAChRs) en cèl·lules cromafines via catecolamines; Estimulació de nAChRs al sistema nerviós central.

La nicotina té efectes en el sistema nerviós central, sistema endocrí, cardiovascular, musculoesquelètic, sistema respiratori, aparell gastrointestinal, efectes metabòlics...

La nicotina incrementa l'activitat en el còrtex prefrontal i el sistema visual. També causa un augment de l'estrés oxidatiu i l'apoptosi neuronal, dany en el DNA i increment de les espècies reactives d'oxigen i els peròxids lípids. A més a més, nAChRs (11) s'han localitzat en teixits fora del sistema nerviós.

El consum de nicotina produeix irritació i sensació de cremor a la boca i la gola, augment de la salivació, nàusees, dolor abdominal, vòmits i diarrea (12). Diversos estudis amb animals i humans mostren que entre els efectes immediats del consum de nicotina hi ha un increment dels batecs cardíacs i de la pressió arterial. També s'ha demostrat que la nicotina causa un increment en el plasma d'àcids grassos lliures, hiperglucèmia i un augment del nivell de les catecolamines en sang. L'increment de l'índex de respiració causa hipotèrmia, disminueix la temperatura de la pell i augmenta la viscositat de la sang (13).

La nicotina és un dels compostos més addictius (14). Aquest compost interacciona amb els receptors nicotínics i estimula la transmissió dopaminèrgica. Aquesta via estimula el centre de recompensa. Amb una estimulació crònica per part de la nicotina les neurones gabaèrgiques es desensibilitzen i, per tant, perden el seu efecte inhibitori respecte la dopamina. Això a la seva vegada reforça l'addicció, tot induint el desig.

6.1.1 Efectes del consum de tabac

A banda dels efectes propis de la nicotina, cal fer menció als efectes fisiopatològics derivats del consum de tabac. Cal tenir en compte que el fum d'una cigarreta conté uns 7000 compostos químics, entre els quals abundants radicals lliures i oxidants. Això comporta que es produeixi un augment de biomarcadors de dany oxidatiu a les proteïnes, DNA i lípids (15). El resultat d'aquesta exposició a l'estrès oxidatiu és la reducció dels mecanismes de defensa contra aquest mateix estrès com ara són els micronutrients antioxidants. Alguns estudis mostren com la falta de control sobre l'estrès oxidatiu està associat a un envelliment prematur i l'augment del risc de malaltia (16).

D'altra banda cal tenir en compte que els efectes directes prooxidants del fum del tabac s'incrementen per una formació oxidant endògena adicional a través de la via de resposta inflammatòria immunitària (17). Aquest fet implica l'alt nivell de resposta inflammatòria en els fumadors, factor que acaba comportant nombroses malalties cròniques (18). Els efectes descrits impliquen un impacte advers sobre les dues vies immunitàries principals, la immunitat innata i la immunitat adaptativa (19).

Un factor clau per entendre la incidència del tabac són les alteracions del perfil lipídic, atès que els fumadors tenen valors més alts de colesterol, triglicèrids i lipoproteïnes de baixa densitat (LDL) i, per contra, tenen nivells baixos de proteïnes d'alta densitat (HDL) (20).

Aquesta incidència del tabac a la salut humana acaba comportant un seguit de malalties. Els primers símptomes que solen aparèixer són a nivell respiratori com ara la tos, la mucositat, la respiració sibilant i la dispnea.

A mig termini apareixen signes de major gravetat com ara el creixement deficient dels pulmons (especialment en adolescents), la disminució de la funció pulmolar i l'augment dels símptomes asmàtics. En aquest punt cal destacar el deficient funcionament de la tràquea i els bronquis, que contribueix a l'augment del risc de les infeccions respiratòries com la pneumònia i la *M. tuberculosis* (21). Entre d'altres malalties destacables a mig termini hi ha l'aterosclerosi, la periodontitis i l'exacerbació asmàtica (a causa de la persistent inflamació, la davallada del sistema immunitari i la presència dels primers símptomes que apareixen, ja comentats).

A llarg termini augmenten les complicacions de salut derivades del tabac. El fum del tabac està associat amb els càncers de pulmó, cavitat bucal, laringe, esòfag, bufeta, pàncrees, ronyó, cèrvix uterí, estómac, leucèmia mieloide aguda i causalment amb càncer colorectal i de fetge.

A nivell vascular el fum del tabac està associat a malalties cardiovasculars extremes que inclouen malalties coronàries, infarts i aneurisme abdominal aòrtic (22). També cal indicar la malaltia obstructiva pulmonar crònica (a causa del contacte directe de les toxines del tabac amb els pulmons), malalties oculars com les cataractes i la degeneració macular lligada a l'edat, l'artritis reumatoide i la disminució de la densitat òssia.

A banda dels efectes sobre la pròpia persona no es poden obviar els efectes sobre el fetus (23). El fum del tabac s'associa amb la disminució de les probabilitats d'embaràs a causa

dels efectes adversos del fum sobre els sistemes reproductius dels homes i les dones. Igualment, fumar durant l'embaràs redueix la probabilitat d'acabar tot el període gestacional amb un òptim creixement del fetus. Finalment, també s'han detectat embarassos ectòpics o complicacions de l'embaràs com la ruptura prematura de la placenta.

6.2 Fàrmacs de deshabitució tabàquica

A l'hora de realitzar la deshabitució tabàquica, la medicació de primera línia utilitzada consisteix en la teràpia substitutiva amb nicotina. La nicotina es considera una alternativa al tabac, però tal com s'ha comentat a l'anterior apartat diferents estudis indiquen que el seu ús continuat pot provocar certs problemes de salut.

La deshabitució tabàquica amb nicotina provoca un seguit de canvis fisiològics i, en conseqüència, l'alteració de la farmacocinètica o farmacodinamia d'alguns fàrmacs amb un marge terapèutic molt estret com ara la teofilina, la warfarina i la insulina (24). A més, cal tenir en compte que el tabaquisme induïx el CYP1A2 i durant el procés de deshabitució es pot produir un augment dels nivells plasmàtics d'aquest mateix (25).

6.2.1 Medicació de primera línia

6.2.1.1 Teràpia substitutiva amb nicotina

Sigui quina sigui la teràpia de nicotina utilitzada, permeten que l'organisme rebi la dosi de nicotina a la qual estava habituat amb la cigarreta. Normalment, la durada d'una teràpia substitutiva amb nicotina sol ser d'entre tres i sis mesos.

Els substituïts nicotínics es troben en diferents formes:

- a. **Pegat de nicotina:** Pegat transdèrmic que alleugereix els símptomes del síndrome d'abstinència a la nicotina (veure Taula 1). En el cas de monoteràpia, es recomana començar amb un pegat de 15 mg/16 hores al dia durant vuit setmanes. I seguidament s'usa un pegat de 10 mg/16 hores al dia durant quatre setmanes (26). Tot i això, els fumadors altament depenents poden usar els pegats de 16 hores en combinació amb nicotina oral amb la pauta de 2 mg de xiclets medicamentosos, 2 mg de comprimits per xupar o 1 mg/pulsació per a pulverització bucal. El pegat de 16 hores té bons resultats en els fumadors menys habituals i el fumador promig. És menys propens a causar efectes secundaris, però no subministra nicotina durant la nit i no serà útil si la persona presenta síndrome d'abstinència a la matinada. També existeixen formes de 24 hores (27). En aquest cas, primer es determina el grau de dependència segons el nombre de cigarretes fumades al dia o amb el Test de Dependència a la Nicotina de Fagerström (28) (annex 4). En línies generals, durant les primeres tres o quatre setmanes s'utilitza la dosificació de 21 mg/24 hores. Les següents tres o quatre setmanes la dosi es rebaixa a 14 o 7 mg/24 h (es pot continuar amb 21 mg/24 hores si els resultats no són satisfactoris). La tercera fase dura tres o quatre setmanes i consisteix en la rebaixa de la dosi a 7 o 14 mg/24 hores o la suspensió del tractament, sempre segons els resultats obtinguts. Aquest sistema evita el síndrome d'abstinència de matinada, però pot generar més efectes secundaris que el de 16 hores (29).
- b. **Xiclet de nicotina:** Permet una acció ràpida, atès que la nicotina s'absorbeix a través de la mucosa de la boca (veure Taula 1). La dosi de 2 mg (30) es recomana per a les persones que fumin menys de vint cigarretes al dia. La dosi de 4 mg (31) és

per a fumadors amb alta dependència (Test Fagerström igual o superior a 6, que fumin més de 20 cigarretes al dia) o que hagin fracassat amb els xiclets de 2 mg.

En aquestes dosificacions s'usa un xiclet a la vegada i no es pot usar el següent fins que hagin passat una o dues hores, sense sobrepassar mai els 24 xiclets al dia. D'altra banda, cada xiclet s'ha de mastegar suau i lentament durant trenta minuts. A diferència d'altres sistemes substitutius de la nicotina, la duració del tractament depèn de les necessitats de cada fumador i no es recomana la supressió brusca del tractament. De fet, no es pot abandonar el tractament fins que no s'estabilitzi la dosi en un o dos xiclets diaris.

En general es considera que a les sis setmanes de tractament, el fumador ha d'haver reduït a la meitat el nombre de cigarretes que fuma i als quatre mesos s'ha d'haver realitzat un intent definitiu per deixar de fumar (32).

- c. **Comprimit de nicotina:** Comprimit que es dissol a la boca en 15 o 20 minuts (veure Taula 1). Els comprimits d'1 mg i 2 mg (33) estan recomanats per a fumadors amb dependència baixa o moderada a la nicotina. En canvi, la dosi de 4 mg (34) es recomana per a fumadors amb alta dependència (Test Fagerström igual o superior a 6, que fumin més de 20 cigarretes al dia).

De la mateixa manera que els xiclets, els comprimits han de servir per prolongar els períodes en què no es fuma. En general, després de sis setmanes s'ha d'haver aconseguit reduir almenys un 50% del nombre de cigarretes diàries i s'ha de deixar de fumar en un màxim de quatre mesos després d'haver iniciat el tractament.

- d. **Solució per a la pulverització bucal de nicotina:** Es presenta sota la concentració d'1mg/pulsació (35) i està indicat per al tractament de la dependència tabàquica (veure Taula 1).

El tractament consisteix en tres fases. La primera fase dura sis setmanes i consisteix en realitzar entre una o dues pulveritzacions en el moment en el qual es fumaria una cigarreta. Es pot aplicar una segona pulverització sinó s'arriba a controlar l'angoixa. La segona fase es produeix entre la setena i novena setmana. Es comencen a reduir el nombre de pulveritzacions i a la fi de la novena setmana s'apliquen la meitat de les pulveritzacions diàries que s'usaven a la primera fase. La darrera etapa abarca les setmanes deu i dotze. En aquesta darrera fase els pacients no usaran més de quatre pulveritzacions diàries. Quan s'hagin reduït les pulveritzacions fins a 2 o 4 diàries es podrà deixar d'usar l'aparell (36). No es recomana l'ús de l'aparell després de sis mesos de tractament.

- e. **Inhalador de nicotina (no comercialitzat a l'Estat espanyol):** Aparell inhalador amb dosificació de 10 mg (37) per dosi unitària (veure Taula 1). Es recomana la cessació total del consum de tabac durant l'ús de l'inhalador, però es pot usar en el cas que el fumador s'abstingui temporalment de fumar o en una estratègia de reducció del tabaquisme fins a la cessació definitiva.

El tractament amb monoteràpia consisteix en dues fases. A la primera el nombre de cartutxos que s'usen són segons les necessitats del pacient, però mai han de passar els 12 per dia. La durada sol estar al voltant dels tres mesos, però pot variar en funció de la resposta individual. La segona fase se situa quan s'han superat completament les ganes de fumar. En aquest punt es redueixen progressivament el nombre de cartutxos per dia durant sis o vuit setmanes. En tot cas no es recomana usar el dispositiu més de 12 mesos.

Els fumadors altament depenents de la nicotina que tot i l'utilització de l'inhalador sentin ganes de consumir tabac, poden associar l'inhalador amb els pegats transdèrmics de 16 hores. Els fumadors han de seguir les mateixes posologies recomanades pel dispositiu transdèrmic i per l'inhalador en monoteràpia (38).

Taula 1: Classificació dels fàrmacs de tractament substitutiu nicotínic.

	Dosificacions	Ús	Continuació tabac	Ús simultani amb TSN
Pegat de nicotina	15 mg/16h 10 mg/16h 7 mg/24h 14 mg/24h 21 mg/24h	Alleugerament síndrome d'abstinència a la nicotina.	Cessació total durant el tractament.	Pegats de 24 h no es poden usar amb altres TSN.
Xiclet de nicotina	2 mg 4 mg	Alleugerament síndrome d'abstinència a la nicotina.	Als 4 mesos, intent definitiu per deixar de fumar.	No s'indica el contrari.
Comprimit de nicotina	1 mg 2 mg 4 mg	Alleugerament de les ganes de fumar i el síndrome d'abstinència a la nicotina.	Als 4 mesos, intent definitiu per deixar de fumar.	No s'indica el contrari.
Solució pulverització	1 mg/pulsació	Alleugerament síndrome d'abstinència a la nicotina.	A l'hora d'iniciar el tractament, els pacients han de deixar de fumar.	No s'indica el contrari.
Inhalador de nicotina	10 mg	Alleugerament síndrome d'abstinència a la nicotina.	Es recomana la cessació total.	Monoteràpia o associat a dispositius transdèrmics.

Elaboració pròpia

6.2.1.2 Altres medicaments de primera línia

- Vareniclina (Dosis de 0,5 i 1 mg):** Agonista parcial i antagonista en presència de nicotina en els receptors neuronals (veure Taula 2). Interfereix amb els receptors de nicotina en el cervell i, d'aquesta manera, disminueix el plaer que una persona aconsegueix quan fuma i redueix els símptomes ocasionats amb l'abstinència de nicotina (39). Entre els efectes adversos més freqüents hi ha les molèsties a l'estómac i trastorns del son (40).
- Bupropió:** Fàrmac classificat com a inhibidor de la recaptació de dopamina i noradrenalina (IRDN) que està indicat com antidepressiu i per a la deshabitació tabàquica (41). El bupropió (veure Taula 2) redueix substancialment la gravetat dels símptomes d'abstinència a la nicotina. La seva acció terapèutica està relacionada amb l'increment que induïx en els nivells extracel·lulars de dopamina, neurotransmissor implicat en els mecanismes de recompensa i gratificació. D'altra banda també augmenta els nivells de noradrenalina a les sinapsis neuronals, tot rebaixant els símptomes d'abstinència (42). Entre els seus efectes adversos més freqüents hi ha la sequedat bucal i l'insomni.

Taula 2: Classificació d'altres fàrmacs de primera línia per a la cessació tabàquica.

	Dosificacions	Funcions	Ús	Durada	Efectes adversos
Vareniclina	0,5 mg 1 mg	Agonista parcial i antagonista en presència de nicotina dels receptors neuronals per acetilcolina de tipus nicotínic $\alpha 4 \beta 2$.	Redueix símptomes ocasionats amb l'abstinència nicotínica.	Inici entre 1 i 2 setmanes abans de la data per deixar de fumar i el tractament dura 12 setmanes.	Molèsties d'estómac, nàusees, trastorns del son.
Bupropió	150 mg	Inhibidor de la recaptació de dopamina i noradrenalina.	Redueix símptomes ocasionats amb l'abstinència nicotínica.	Primers 6 dies de 150 mg/dia. De dia 7 a setmana 12, 150 mg 2 vegades al dia.	Sequedat bucal i insomni.

Elaboració pròpia

6.2.2 Medicaments de segona línia

- Nortriptilina:** Antidepressiu tricíclic (veure Taula 3) (43). Usat habitualment per tractar la depressió, també s'usa per a la deshabitució tabàquica, atès que disminueix el desig del fumador per la nicotina. Entre els efectes adversos es troba la sedació, sequedat bucal, visió borrosa, retenció d'orina i tremolor de mans (44).
- Clonidina:** Agonista alfa 2 selectiu (veure Taula 3) i és usat com a antihipertensiu, encara que en els darrers temps s'està començant a usar per al dolor neuropàtic i per a la deshabitució tabàquica, entre d'altres (45). Entre els seus efectes adversos es troben la sequedat bucal, la somnolència, el mareig i sedació (46).

Taula 3: Classificació de fàrmacs de segona línia per a la cessació tabàquica.

	Dosificacions	Funcions	Ús	Durada	Efectes adversos
Nortriptilina	35 a 75 mg	Antidepressiu tricíclic. Augmenta les concentracions de noradrenalina i serotonina.	Disminució del desig per la nicotina.	Inici 35 mg/dia. Després 75 mg/dia durant 12 setmanes.	Sedació, sequedat bucal, visió borrosa, retenció d'orina i tremolor de mans.
Clonidina	0,15 a 0,75 mg	Agonista $\alpha 2$ selectiu.	Reducció del síndrome d'abstinència nicotínica.	0,15 a 0,75 mg/dia entre 3 i 10 setmanes.	Sequedat bucal, somnolència, mareig i sedació.

Elaboració pròpia

6.3 Cigarretes electròniques

En els darrers deu anys han aparegut al mercat europeu les anomenades cigarretes electròniques, les quals utilitzen una resistència i una bateria per vaporitzar una solució líquida. En general la substància que es troba en major quantitat (veure Taula 4) és el propilenglicol (90-80%). Aquest component està considerat com a segur per al consum oral, però alguns estudis han mostrat efectes a curt termini pel que fa a la inhalació com ara la irritació de les vies respiratòries i la gola (47). A força distància es troba la nicotina (6-0,1%). Els nivells de nicotina en sang augmenten quan s'usen cigarretes electròniques que contenen nicotina i, encara que aquests productes semblen alliberar-la més a poc a poc i a menors nivells que el tabac convencional, és possible que els consumidors experimentats generin un mecanisme d'inhalació compensatori per augmentar l'alliberament de nicotina (48).

També es troba la glicerina (2-5%), segura per a l'ús oral, però sense estudis concluent per a ser inhalada. De fet, s'han reportat casos de neumonia lipoidea relacionats amb el vapor amb glicerina de les cigarretes electròniques (49). També hi trobem l'essència de tabac (4,5-1%) i l'essència d'oli (2-1%). En menor quantitat també s'hi poden trobar una llarga llista de productes en les diferents formulacions com ara àcids orgànics, agents antioxidants, àcid cítric, mentol, aigua i alcohol, entre d'altres.

Tot i que actualment les cigarretes electròniques tenen un percentatge de mercat inferior al del tabac (50), les taxes de creixement fan pensar que en pocs anys es pot produir un canvi de paradigma. De fet, la tabaquera Philip Morris va anunciar, l'abril de 2018, que deixaria de produir cigarretes per centrar-se en els sistemes IQOS. Entre els motius expressats per l'empresa hi ha el fet que el tabac laminat no es crema, sinó que es calenta alliberant nicotina, però "no altres substàncies altament cancerígenes" (51).

6.3.1 Seguretat d'ús de les cigarretes electròniques

Davant de l'aparició d'aquests dispositius, l'Institut Nacional de Salut Pública del Japó va realitzar un estudi per comparar els components químics despresos en la combustió del tabac i de les cigarretes electròniques. L'estudi (52) assenyala que els nivells de concentració de substàncies tòxiques en el fum dels dispositius IQOS és molt inferior que en el cas de les cigarretes tradicionals. No obstant, encara que estiguin en una baixa concentració, els components tòxics estan inclosos en aquests dispositius i es va demostrar que l'exhalació dels fumadors incrementa els nivells de base d'alguns d'aquests components, com l'acetaldehid i la nicotina. En conseqüència, l'estudi desaconsella l'ús d'aquests dispositius en llocs tancats com ara restaurants.

D'altra banda cal indicar que a curt termini s'ha demostrat que després de cinc minuts d'ús d'aquests productes, augmenta la resistència aèria i disminueix la fracció exhalada d'òxid nítric (53), amb un patró de canvis similar al que es produeix amb el fum del tabac.

Per tal de regular la venda dels cigarrets electrònics es va legislar la Directiva 2014/40/EU del Parlament Europeu. En els seus apartats inicials s'especifica que tan sols les cigarretes electròniques que alliberen dosis de nicotina a nivells consistents es poden situar dins d'aquesta Directiva.

Taula 4: Principals components químics de la cigarreta electrònica i al cigarreta tradicional.

Cigarreta electrònica	Cigarreta tradicional	
Propilenglicol	Àcid cianhídric	
Nicotina	Nicotina	
Glicerina	Formaldehid	
Essència de tabac	Plom	
Essència d'oli	Arsènic	
Benzè	Benzè	
Formaldehid	Nitrosamines	

Elaboració pròpia

6.4 Regulació de tabac per part de la Unió Europea

A Europa les primeres polítiques de reducció del tabaquisme es van iniciar a l'Alemanya del III Reich. Davant la preocupació per la disminució de l'esperança de vida entre els fumadors, el règim nazi va iniciar un pla científic amb totes les societats mèdiques alemanyes per determinar el grau amb el qual el tabac produïa malalties (54).

D'altra banda, des del mateix govern es va treballar en una iniciativa antitabac que incloïa propaganda, educació, legislació i mesures econòmiques. A més a més, el govern nazi va implementar programes mèdics per ajudar en la cessació tabàquica. Aquests incloïen consells, subministrament de xiclets de nicotina i ús de l'elixir bucal de nitrat de plata que feia desagradables les cigarretes. De la mateixa manera, el govern va fer recerca per produir tabac lliure de nicotina (55).

En els anys posteriors les polítiques de salut pública dels estats es van dirigir poques vegades cap a aturar el tabaquisme des de la vessant de la salut pública. Així, per exemple trobem la Directiva 72/464/CEE del Consell, de 19 de desembre de 1972, relativa als impostos diferents dels impostos sobre el volum de negoci que graven el consum de labors del tabac. En el seu article quart s'indica que "les cigarretes nacionals i importades estaran sotmeses a cada estat membre a un impost especial proporcional calculat sobre el preu màxim de venda al detall, inclosos els drets de duana, així com a un impost especial específic calculat per unitat de producte" (56). Posteriorment van aparèixer directives més dures respecte els impostos sobre els productes del tabac com ara 92/78/EEC, 92/79/EEC i 92/80/EEC, d'obligat compliment a partir del gener de 1993. Segons aquestes Directives, els impostos sobre les cigarretes havien de representar un mínim del 70% del preu de venda al públic. No obstant, les diferències de preu entre països eren més que evidents (57). Al llarg del temps la preocupació per l'harmonització impositiva ha estat constant. Per aquesta raó es va crear la Directiva 2011/64/UE del 21 de juny de 2011 relativa a l'estructura i el tipus d'impost especial que grava les feines del tabac (58). A grans trets el codi indica que a partir de l'1 de gener de 2014 el component específic de l'impost especial sobre les cigarretes no podia ser inferior al 7,5% ni superior al 76,5% de l'import de la càrrega fiscal total resultant de la suma de l'impost especial específic i de l'impost especial *ad valorem* i l'IVA percebuts sobre el preu mitjà ponderat de venda al detall.

Hi ha casos singulars, com el Regne Unit on durant el govern Margaret Thatcher el preu del tabac va augmentar sensiblement a causa de l'increment de la taxa impositiva. Aquest fet va conduir a una disminució del consum de tabac sense que tampoc es produïssin polítiques de salut pública contra el tabaquisme. A més a més es va donar la paradoxa que la mateixa Margaret Thatcher va tenir dos grans controvèrsies amb la indústria tabaquera. La primera va aparèixer el 1981 quan el diari The Observer va publicar que la primera ministra havia fet fora a dos ministres de salut per la pressió de la indústria tabaquera. Al mateix temps es va descobrir que el seu marit havia pressionat els ministres de salut per relaxar les restriccions en l'esponsorització d'esdeveniments esportius. D'altra banda, el 1991, quan ja no era primera ministra, va fitxar per la tabaquera Philip Morris (59).

A finals dels anys 80 també es va treballar per l'harmonització de l'etiquetatge en els diferents països. En conseqüència es va aprovar la Directiva 89/622/CEE del Consell, de 13 de novembre de 1989 (60), relativa a l'etiquetatge de productes de tabac. Així, per exemple, es legislava sobre les mencions de quitrà i nicotina en els paquets de tabac. Més d'una dècada després es va aprovar la Directiva 2001/37/CE del 5 de juny de 2001 (61) sobre la fabricació, presentació i venda de productes de tabac. A partir de la seva aplicació les cigarretes havien de tenir un màxim de 10 mg de quitrà, 1 mg de nicotina i 10 mg de monòxid de carboni per cigarreta. A més a més, a les caixes de tabac s'hi havia d'inscriure frases com "Fumar mata".

A banda de les mesures econòmiques proposades des dels estaments europeus, un altre dels focus d'actuació va ser la publicitat i el patrocini del tabac amb la Directiva 2003/33/CE. Aquest text legal regula la publicitat i el patrocini dels productes del tabac en els mitjans de comunicació impresos, a la ràdio, en els serveis de la societat de la informació (internet) i en el patrocini. L'objectiu era evitar les estratègies publicitàries que inciten al consum de tabac. Així, a partir de l'any 2003 es van deixar de veure cotxes de Fórmula 1 patrocinats per grans empreses tabaqueres, es van deixar de regalar cendrers o encenedors i es va prohibir el descompte sobre els preus (62).

A banda de directives específiques sobre el tabac, també es troben apartats regulatoris en directives d'altres àmbits. Aquest és el cas de la Directiva 2010/13/UE de 10 de març de 2010 (63) sobre la coordinació de determinades disposicions legals, reglamentàries i administratives dels Estats membres relatives a la prestació de serveis de comunicació audiovisual. En aquest text legal es prohibeix tota comunicació comercial audiovisual de cigarretes i productes de tabac, incloent formes indirectes de comunicació audiovisual que intentessin eludir la prohibició.

L'aparició de les cigarretes electròniques i les noves tècniques de les tabaqueres per esquivar la llei va implicar que el 2014 es creés una nova normativa, que substituïa la 2001/37/CE. La Directiva 2014/40/UE del 3 d'abril de 2014 (64) és relativa a la fabricació, presentació i venda dels productes del tabac i els productes relacionats. Entre d'altres aspectes aquest text legisla respecte els ingredients i emissions, l'etiquetatge i envasat, la prohibició del tabac d'ús oral i la comercialització de cigarretes electròniques i productes de recàrrega. A tall d'exemple s'estableix que el líquid que conté la nicotina no contingui més de 20 mg/ml de nicotina i, d'altra banda, que per a la fabricació del líquid només s'usin ingredients de gran puresa.

6.5 Comparativa França - Catalunya

La proximitat cultural i geogràfica, l'estabilitat política, la permanència a la Unió Europea i la similitud de la xarxa d'oficines de farmàcia mostren que la comparació d'aquests territoris és factible a l'hora de determinar diversos aspectes del tractament del tabaquisme.

6.5.1 França

6.5.1.1 Legislació francesa

França va ser un dels primers països europeus a l'hora de legislar contra el tabaquisme. La primera llei d'aquest àmbit es va aprovar el 9 de juliol de 1976 (Llei Veil) i legislava sobre la publicitat i el patrocini en manifestacions esportives. A més a més, introduïa el principi de prohibició de fumar en llocs públics on aquesta pràctica pogués tenir conseqüències nocives.

La indústria tabaquera va desenvolupar un seguit d'estratègies de tipus promocional per esquivar la legislació i, per aquest motiu, es va aprovar l'anomenada Llei Évin el 10 de gener de 1991. Aquesta llei era més restrictiva respecte els espais on es podia fumar i establia un règim fiscal més dur per al tabac.

Actualment i a través del Decret de 15 de novembre de 2006 la prohibició de fumar s'aplica a tots els llocs tancats i coberts que acullin públic. Aquí s'enquadren des dels llocs de treball fins a centres escolars, hotels, restaurants, discoteques... D'altra banda es poden instal·lar espais reservats per als fumadors en espais públics, amb l'excepció d'aquells que acullin menors o centres de salut (65).

Els darrers moviments legislatius encara han estat més restrictius respecte el tabaquisme a l'espai públic. Així doncs, el decret del 29 de juny del 2015 va prohibir fumar en els espais col·lectius oberts de joc per als infants. I uns mesos després, la Llei de Modernització del Sistema Sanitari, del 26 de gener de 2016, va prohibir fumar dins d'un vehicle amb un menor de 18 anys.

Paral·lelament el quatre de febrer de 2014 en motiu de la presentació del Pla Càncer 2014-2019, el president de la República Francesa va confiar a la ministra d'Afers Socials i Salut l'elaboració d'un programa nacional de reducció del tabaquisme (66).

6.5.1.2 Estadístiques de fumadors

Les estadístiques indiquen que el nombre de fumadors va augmentar entre el 2005 i el 2010. Entre la gent de 15 a 75 anys el nombre de fumadors va passar del 27% al 29,1% entre el 2005 i el 2010. I en el cas dels adolescents de 17 anys, es va passar del 28,9% el 2008 al 31,5% el 2011 (67).

Segons les dades del Baròmetre de Salut 2017, la disminució del tabaquisme a França entre 2016 i 2017 va ser de 2,5 punts. En grans xifres això va representar un milió de fumadors habituals menys en un any. D'aquesta manera, la prevalença del tabaquisme habitual va passar del 29,4% el 2016 al 26,9% el 2017. Aquesta baixada es va fer palesa especialment entre els homes joves de 18 a 24 anys i les dones de 55 a 64 anys. Segons François Bourdillon, director general de Salut Pública, aquesta reducció es produeix gràcies a l'impacte de tres mesures posades en marxa el 2016: La instauració del paquet neutre, l'augment del reemborsament dels substituïts nicotínics al voltant dels 150 euros (anteriorment era de 50 euros) i la posada en marxa d'un gran esdeveniment nacional i

mediàtic de prevenció integrada d'ajuda a la cessació tabàquica del mes de novembre "Moi(s) sans tabac" (68).

No obstant, sembla existir una paradoxa respecte el tabaquisme. Malgrat que la legislació és força restrictiva pel que fa a publicitat, accés dels menors, ús en espais públics i preus elevats, no ha estat fins al 2016 que hi ha hagut un descens important. Segons els experts, l'aparent contradicció entre els preus elevats i una alta prevalença s'explica, d'una banda, pel menor cost del tabac en els països veïns i, per l'altra, per la política d'augment de preu aplicada des del 2004. De fet, està demostrat que per fer baixar el consum en un llarg període de temps, les pujades de preu han de ser considerables i repetides (69).

Tot i això, cal indicar el sorgiment de la cigarreta electrònica. En una enquesta del 2017, el 52,4% dels joves de 17 anys enquestats van declarar haver utilitzat una cigarreta electrònica durant la seva vida (56,5% dels nois i 48,1% de les noies), una xifra lleugerament inferior de la del 2014, quan se situava al 53,3%. No obstant, cal indicar que la proximitat de l'ús de la cigarreta electrònica i el tabac és important. Només el 4,0% dels que van experimentar la cigarreta electrònica van assegurar no haver provat mai de fumar tabac, mentre que la gran majoria fumadors de cigarretes electròniques es declaraven igualment fumadors habituals de tabac, 68,3% (70). Pel que fa a la gent d'entre 18 i 75 anys, el 41,7% declaraven haver provat la cigarreta electrònica el 2017. L'ús actual se situa en el 3,8% i el 2,7% en fan un ús habitual. De fet, el 2016, el 58,8% dels fumadors de cigarretes electròniques habituals de 15 a 75 anys també eren fumadors regulars de tabac. Cal dir que el 41,2% restant eren exfumadors de tabac (71).

6.5.1.3 Sistema de pagament dels tractaments

Dins del pla farmacèutic cal recordar que el sistema sanitari francès subvenciona un nombre major de productes farmacològics que el sistema espanyol.

Els substituïts nicotínics estan inscrits a la llista d'especialitats farmacèutiques reemborsables. Fins al 31 d'octubre de 2016 el sistema contemplava el reemborsament de 50 euros, sota prescripció mèdica, per beneficiari i any civil per a l'adquisició a l'oficina de farmàcia de substituïts nicotínics (veure Taula 5).

A partir de l'1 de novembre de 2016 i fins al març del 2018 els beneficiaris van passar a tenir dret a 150 euros de reemborsament per part de l'Assurance Maladie.

A partir del març del 2018, els substituïts nicotínics han estat objecte d'un reemborsament progressiu per part de l'Assurance Maladie, al voltant del 65% del seu cost, sense cap quantitat màxima d'adquisició de producte. Els dos sistemes (reemborsament de suma fixa i reemborsament clàssic) han cohabitat fins al 31 de desembre del 2018. No obstant, des de l'1 de gener del 2019 els substituïts nicotínics són reemborsables al 65% per l'Assurance Maladie i les oficines de farmàcia poden dispensar-los tot avançant la despesa. El llistat de productes reemborsables comprèn dispositius transdèrmics, xiclets, comprimits per xupar i pastilles.

La llei de modernització del sistema de salut del 26 de gener del 2016 va permetre allargar la prescripció de substituïts nicotínics als metges laborals, infermers, massatgistes, fisioterapeutes i cirurgians-dentistes. D'altra banda, les llevadores poden prescriure en el cas que la dona estigui embarassada o de part. La prescripció per part d'aquests professionals és necessària per poder beneficiar-se d'un reemborsament.

Cal tenir en compte que aquest sistema de reemborsament ha tingut certes imperfeccions. El sistema de reemborsament es va iniciar el febrer del 2007 i consistia en 50 euros per any

i per assegurat dels substituïts nicotínics. El setembre del 2011 es va triplicar l'aportació per a embarassades i el setembre de 2014 per als joves de 20 a 25 anys. No obstant, aquest sistema va estar infrautilitzat i va anar a la baixa. Així, el 2008 va tenir 500.000 beneficiaris, 336.000 el 2010 i 212.491 el 2013. El desconeixement del programa per part de la població i dels professionals podria explicar aquesta poca utilització.

D'altra banda també s'ha d'indicar que l'avançament del pagament per part del pacient a la farmàcia i la necessitat d'una prescripció per part d'un metge o una llevadora podien ser factors dissuasius per a fumadors en situació de precarietat. A més a més, la subvenció de 50 euros per any tan sols permetia una cobertura parcial del tractament (72).

Taula 5: Finançament dels fàrmacs de tractament substitutiu nicotínic a França.

Entrada en vigor	Febrer 2007	Setembre 2011	Setembre 2014	Novembre 2016	Març 2018
Reemborsament	50 euros per any i assegurat	150 euros per any i assegurat	150 euros per any i assegurat	150 euros per any i assegurat	Inici progressiu del 65% de reemborsament
Beneficiaris	Tota la població	Embarassades	Joves de 20 a 25 anys	Tota la població	Tota la població

Elaboració pròpia

6.5.1.4 El paper de les oficines de farmàcia

L'Ordre National des Pharmaciens agrupa els col·legiats francesos i en els darrers anys s'ha mostrat favorable a les campanyes contra el tabaquisme iniciades des del Ministeri d'Afers Socials i Salut. Ja el 2016, l'Ordre es va associar a dues campanyes de comunicació impulsades pel ministeri per encoratjar l'abandonament del tabac. Per tal d'unificar les diferents campanyes entre els farmacèutics, el Comité d'Education Sanitaire et Social de la Pharmacie Française (comissió permanent de l'Ordre Nacional des Pharmaciens) subministra diferents eines per tal d'informar i sensibilitzar el públic.

D'altra banda, el novembre del 2016 l'Ordre i els farmacèutics es van tornar a unir en el desplegament de la primera campanya "Moi(s) sans tabac", la "primera gran experiència de màrqueting social a França", segons el Ministeri (73). Així doncs, durant el mes de novembre es realitza una campanya a nivell nacional per ajudar la població a deixar de fumar. Aquesta campanya funciona de la següent manera: Durant l'octubre les persones interessades es poden inscriure a través del telèfon o internet. Posteriorment, de l'1 de novembre al 30 de novembre tothom deixa de fumar al mateix moment. Per tal d'ajudar en la cessació de l'hàbit tabàquic es pot acudir a una oficina de farmàcia, però també es dona l'opció de telefonar a un número gratuït, reunir-se amb un professional especialitzat en la cessació tabàquica o visitar al metge de capçalera.

El Comité d'Education Sanitaire et Social ofereix a les oficines de farmàcia un seguit d'elements per tal d'ajudar a visualitzar la campanya i, al mateix temps, unificar els protocols a favor de la cessació tabàquica. Així doncs, durant les primeres tres setmanes d'octubre s'envien a les oficines de farmàcia uns vinils per enganxar als aparadors, kits d'ajuda per a la cessació tabàquica i pòsters i fulletons per al públic. També es tramet un dossier per protocolitzar l'activitat i una fitxa de seguiment.

6.5.1.5 Material promocional

6.5.1.5.1 Fulletons

Arrêt du tabac: Besoin d'aide?: Des d'una base farmacològica molt didàctica mostra els diferents sistemes per deixar el tabac (Veure annex 5). Dedica un primer apartat als substituïts nicotínics: pegats, xiclets, comprimits i pastilles, inhaladors i esprais bucals. En aquest punt també detalla els diferents especialistes de la salut que poden realitzar les prescripcions per tal que els fàrmacs siguin reemborsables. El segon apartat explica de manera sintètica el funcionament del bupropió i la vareniclina, que es prescriuen per part del metge quan la substitució nicotínica no ha permès la cessació del tabac. Finalment es dedica un apartat a les cigarretes electròniques per alertar els riscos que pot comportar l'ús d'aquests dispositius.

6.5.1.5.2 Dossiers

Prise en charge de l'arrêt du tabac: Document que marca els protocols a l'hora d'abordar la cessació de l'hàbit tabàquic (Veure annex 6). En primer terme, el dossier explica que és important que l'oficina de farmàcia estigui clarament identificada com un espai d'ajuda per deixar de fumar. Així es demana la instal·lació de vinils als aparadors amb missatges per interpelar els vianants i a l'interior es recomana posar cartelleria, fulletons i substituïts nicotínics ben visibles per part del públic.

Respecte el moment d'abordar l'inici del programa, es recorda que la farmàcia té diferents oportunitats: les campanyes de la Jornada Mundial Sense Tabac (31 de maig) i Moi(s) Sans Tabac del novembre. També en la dispensació de medicaments destinats a tractar una patologia lligada o agravada pel tabac com pot ser HTA, infart, asma o diabetis, entre d'altres. Igualment es recomana l'actuació en la venda d'un test d'embaràs, l'anunci d'un embaràs, una intervenció quirúrgica programada o la petició d'un producte dermocosmètic per atenuar els efectes del tabac.

6.5.1.6 Perspectives

El Programa Nacional de Reducció del Tabaquisme 2014-2019 per part del Ministeri d'Afers Socials, Salut i Drets de les Dones inclou les mesures per estandarditzar els paquets de tabac i les alces de preus. Així el govern preveu que el 2020 el preu del paquet de tabac de 20 cigarretes arribi als deu euros. Aquestes mesures podrien fer baixar el tabaquisme a llarg termini. De totes maneres, la representació del tabac ha canviat en l'imaginari dels joves. Així, el tabaquisme habitual entre els joves de 17 anys va recular el 2017 amb un 59% d'experimentadors i un 25% de fumadors habituals contra respectivament 68% i 32% l'any 2014 (74).

El canvi de la visió del tabac entre els més joves implica que el Programa Nacional de Lluita Contra el Tabac 2018-2022 (75) presentat pel Ministeri de Solidaritat i Salut i el Ministeri d'Hisenda tinguin unes fites força diferents respecte el programa anterior. L'objectiu de cara al 2022 és rebaixar fins a menys del 22% els fumadors habituals entre els 18 i 75 anys. I en aquesta mateixa data es pretén baixar a menys del 20% els fumadors habituals en els adolescents de 17 anys. En conseqüència, el govern francès ha preparat aquest seguit de punts per reduir el tabaquisme:

- a. **Entrada dins del sistema comú:** Fins als inicis del 2018 els tractaments de substitució nicotínica no eren reemborsats dins del sistema comú, sinó a través d'un

sistema específic, un val de 150 euros per assegurat i any que el pacient havia de pagar en el moment de la compra. El pas d'aquest sistema al reemborsament clàssic permet una major utilització dels substituïts nicotínics, sobretot pels als més desfavorits a nivell econòmic.

- b. **Formació dels professionals de la salut:** Es proposa acompanyar els fumadors cap a la cessació i promoure un discurs amable en les interaccions entre professionals i fumadors. En el cas dels farmacèutics això significa un augment de la formació contínua (també amb el desenvolupament de mòduls d'autoformació) per tal de reforçar l'acompanyament. I el Ministeri de Salut juntament amb l'Ordre de Farmaciens posaran en marxa una estratègia de comunicació utilitzant xarxes socials, vídeos, newsletters...
- c. **Intensificació dels elements de màrqueting contra el tabac:** L'any 2017 la campanya Mois(s) Sans Tabac va tenir 10.000 farmàcies adherides. En conseqüència, es vol seguir aquesta campanya, però des del Ministeri i l'Ordre des Farmaciens es veu necessari crear un dispositiu més global de màrqueting social per tal d'arribar a perfils més prioritaris com ara persones en situació de vulnerabilitat social, joves i persones desateses.
- d. **Informar de manera adaptada a les dones de diferents edats sobre els riscos del tabac:** Així es pretén que els farmacèutics puguin donar informació sobre el tabac a la dona en qualsevol etapa de la seva vida. Igualment es vol desenvolupar, en connexió amb l'Institut Nacional del Càncer i Salut Pública, una campanya d'informació sobre els lligams entre el càncer de mama i el consum d'alcohol i tabac. Finalment es pretén que des de les oficines de farmàcia es millori el coneixement per part de les dones de malalties generades pel tabac i dels mètodes de cessació basant-se en els mitjans de comunicació, e-coaching i xarxes socials.
- e. **Desenvolupar accions d'acompanyament i ajuda de cessació tabàquica per a la població socialment desfavorida:** En conseqüència es pretén experimentar models d'acompanyament dels pacients i també la disposició gratuïta de tractament amb substituïts nicotínics per a fumadors amb risc d'exclusió social.
- f. **Intensificar les activitats per prevenir i aturar el consum de tabac durant l'embaràs:** Es pretén que des de l'oficina de farmàcia es llencin missatges claus a les dones embarassades respecte el consum d'alcohol, tabac i cannabis. A més a més es posarà a disposició de les dones embarassades autoqüestionaris sobre el consum de substàncies tòxiques per tal de facilitar la comunicació amb els professionals de la salut.

6.5.2 Catalunya

6.5.2.1 Legislació catalana i espanyola

Catalunya va ser pionera a l'Estat espanyol respecte la legislació del tabac. La Llei 20/1985 (76) de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència ja va establir mesures de control de la promoció del tabac. La llei prohibia la venda en centres sanitaris i centres d'ensenyament, entre d'altres llocs, i a més a més no permetia la venda a menors de setze anys. Igualment, prohibia fumar en mitjans de transport col·lectiu en què s'admeten passatgers drets, als ascensors i als vehicles de transport escolar, entre d'altres. La prohibició també s'estenia als centres sanitaris, centres

d'ensenyament i sales de teatre o cinema. A més a més, el Departament de Sanitat i Seguretat Social estava obligat a promoure l'assistència a les persones que presentessin afectació psicoorgànica per dependència del tabac.

La primera proposta legislativa espanyola es va realitzar el març de 1988, a través del Reial Decret 192/1988, de 4 de març, sobre limitacions en la venda i ús del tabac per a la protecció de la salut de la població (77). Aquest Reial Decret va marcar un punt d'inflexió, atès que per primera vegada es reconeixien danys per a la salut derivats del consum de tabac per a fumadors i no fumadors. Entre d'altres, el text legal establia la prohibició de venda a menors de 16 anys i de fumar en determinats transports, en centres escolars i en diversos àmbits laborals com ara en els centres elaboradors d'aliments.

Justament aquell mateix any es va aprovar la Llei 34/1988, d'11 de novembre, proposada pel Ministeri de Presidència (78). En aquest cas es prohibia la publicitat del tabac i l'alcohol a la televisió i en els llocs on es permetia la venda.

Segurament la normativa que va marcar un punt i a part en la política antitabac va ser la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries front el tabaquisme i reguladora de la venda, el consum i la publicitat de productes del tabac (79). En aquest cas, el Ministeri de Sanitat va ser el redactor de la llei i establia que el tabac era la primera causa de morbiditat i mortalitat evitable. Entre d'altres, la llei prohibia la venda a menors de 18 anys i fumar en determinats espais. Així doncs, l'article 7 indica la prohibició total de fumar en centres comercials, incloent grans superfícies i galeries, a excepció dels espais a l'aire lliure. Aquí, a més es va incloure el punt més polèmic de la llei, atès que establia la prohibició "en els bars, restaurants i altres establiments d'hosteleria i restauració situats en el seu interior i separats de la resta de les seves dependències, no es podrà fumar, sigui quina sigui la seva superfície, llevat que s'habilitin zones per a fumadors".

Això significava que, entre d'altres, es podien habilitar zones per a fumadors en els bars, restaurants i altres establiments de restauració tancats, amb una superfície útil destinada a clients o visitants igual o superior a cent metres quadrats, a excepció d'aquells que es trobessin ubicats a l'interior de centres o dependències en els que es prohibís fumar.

En aquesta mateixa llei, en el seu capítol IV, tracta les mesures de prevenció del tabaquisme, de promoció de la salut i de facilitació de la deshabituació tabàquica. En el seu article 12 s'inclou que les administracions públiques promouran el desenvolupament de programes sanitaris per a la deshabituació tabàquica a la xarxa assistencial sanitària, en especial a l'atenció primària. Al mateix temps indica que es promouran els programes de promoció de l'abandonament del consum de tabac en institucions docents, centres sanitaris, centres de treball i entorns esportius i d'oci.

La prohibició es va completar amb la Llei 42/2010, de 30 de desembre (80), per la que es modificava la Llei 28/2005. Així doncs, es prohibia fumar a dins de bars i restaurants i s'eliminaven els espais reservats per a fumadors. Tot i això, la llei encara permet que es pugui fumar a les terrasses a l'aire lliure. Igualment, l'article 12 incidia respecte els programes de deshabituació tabàquica. En aquest punt s'indica que l'accés a tractaments de deshabituació tabàquica, l'eficàcia i cost-efectivitat dels quals hagi estat avalada per l'evidència científica, es potenciarà i promourà en el si del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, valorant, en el seu cas, la seva incorporació a la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut.

Tot i aquestes disposicions normatives encaminades a la reducció del tabaquisme, la Llei 15/2014, de 16 de setembre, de racionalització del Sector Públic (81) va suposar la supressió de l'Observatori per a la prevenció del tabaquisme.

6.5.2.2 Estadístiques de fumadors

A Catalunya el consum de tabac va experimentar una davallada entre el 2010 i el 2017, però segons les dades de l'Enquesta de Salut Pública de Catalunya (82) el 2018 es va produir un augment. L'enquesta indica que es va passar d'una prevalença del 24% al 25,6%. El major increment es va produir en les dones (del 18,5% al 20,5%) mentre que en homes va passar del 29,7% al 30,9%. Per sexes, el perfil de la persona fumadora varia. En el cas de les dones, aquestes solen tenir entre 45 i 64 anys, de qualsevol classe social i amb un ús molt reduït de la cigarreta electrònica. Respecte els homes, el perfil del fumador sol tenir entre 15 i 44 anys, és de classe social baixa i utilitza més la cigarreta electrònica. Segons la mateixa Agència, al voltant de 60.000 persones deixen l'hàbit tabàquic cada any a Catalunya a través dels equips d'atenció primària (42.600 persones) i la Xarxa Catalana d'Hospitals Sense Fum (7.800 persones).

6.5.2.3 Sistema de pagament dels tractaments

A Catalunya el sistema de finançament dels fàrmacs de cessació tabàquica segueix les directrius espanyoles (veure Taula 6). Així doncs, els tractaments de substitució nicotínica, el bupropió i la vareniclina no estan finançats pels organismes públics. És a dir, el fumador que inicia el procés de cessació ha de pagar el 100% del seu preu de venda. Segons el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, el cost mitjà d'un tractament substitutiu amb nicotina per a 12 setmanes oscil·la entre 360 i 400 euros. Un cost similar al que li costaria fumar vint cigarretes al dia durant el mateix període (83).

La situació esdevé diferent en el cas de la resta de fàrmacs: nortriptilina i clonidina, els quals estan dins del sistema de finançament de CatSalut.

Catalunya finança el tractament farmacològic en grups seleccionats de pacients:

- Persones amb problemes de salut mental. El tabaquisme té molta prevalença en les malalties mentals i així es trenca la barrera en l'accés als tractaments.
- Residents a barris de baix nivell socioeconòmic.
- Dones embarassades: Les guies clíniques no aconsellen com a primera opció el tractament farmacològic durant l'embaràs, però quan la dona no aconsegueix la cessació es pot optar per tractaments amb substitutius nicotínics.
- Presos: Un centre penitenciari ofereix tractament farmacològic gratuït.

En total, el 2017 es van distribuir de forma gratuïta 486 tractaments complets.

Taula 6: Finançament dels fàrmacs de cessació tabàquica a Catalunya.

TSN	Bupropió	Vareniclina	Nortriptilina	Clonidina
No subjecte a prescripció	Subjecte a prescripció	Subjecte a prescripció	Subjecte a prescripció	Subjecte a prescripció
No inclòs al finançament SNS	No inclòs al finançament SNS	No inclòs al finançament SNS	Aportació reduïda	Aportació reduïda

Elaboració pròpia

El cas català difereix dels d'altres comunitats autònomes, com és el cas de Navarra. El finançament del tractament per deixar de fumar es va introduir el 2003, es va eliminar el 2012 i es va tornar a reprendre el desembre de 2017.

A partir d'aquesta data es prescriuen tres possibles tractaments en els centres de salut per deixar de fumar: pegats de nicotina, bupropió i vareniclina, que tenen les mateixes condicions de finançament que la resta de medicaments, no podent-se finançar a una mateixa persona més d'un tractament per any. A més a més, la prescripció d'aquests fàrmacs només es pot fer de forma electrònica i es circumscriu fonamentalment als equips d'atenció primària.

En aquesta comunitat foral l'any 2018 van vincular el finançament de tractaments per deixar de fumar amb una taxa d'èxit del 35%. L'estudi (84), realitzat pel Servei de Salut Comunitària de l'Institut de Salut Pública i Laboral de Navarra, va confirmar que durant el 2018 la xifra de 6139 persones es van beneficiar del programa d'ajudes per deixar de fumar i d'aquests, el 35% declaraven que continuaven sense fumar a l'any d'iniciar el tractament. La taxa d'abandonament és vuit punts percentuals superior entre les persones que van rebre suport educatiu (40,3%) enfront a les que no el van rebre (32,4%). Respecte el medicament utilitzat, les taxes d'abandonament han estat 37,6% per al bupropió, 37,2% per a la vareniclina i 22,7% per a la nicotina.

6.5.2.4 El paper de les oficines de farmàcia

El Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya agrupa els quatre col·legis catalans, Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona. La principal activitat conjunta a favor de la cessació tabàquica és la "Setmana Sense Fum", que aquest 2019 va arribar a la vintena edició. Aquesta activitat és una iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. L'objectiu final de la "Setmana Sense Fum", que se sol organitzar la darrera setmana de maig, és sensibilitzar la població de la importància que té per a la salut el fet de no iniciar-se, abandonar el consum de tabac i poder gaudir d'un ambient lliure de fum.

S'organitzen dos tipus d'activitats, una per a la població general i una altra per als centres sanitaris. En el cas de la població general, es dona un premi a tres projectes, idees o activitats que siguin creatives i innovadores. Respecte als centres sanitaris es plantegen idees per posar-les en marxa tot establint sinergies amb institucions públiques locals, agents socials, centres sanitaris, farmàcies i d'altres agents implicats. Entre les activitats que es proposen hi ha la creació de nous espais sense fum, activitats com ara la recollida de burilles, la plantada d'arbres, concursos de dibuixos, murals.... Entre les propostes complementàries s'hi troben la difusió a les xarxes socials i en mitjans de comunicació locals a través d'un hashtag, taules informatives i de sensibilització i xerrades en el marc comunitari, entre d'altres (85).

El darrer dia de la "Setmana Sense Fum" es fa coincidir amb el Dia Mundial Sense Tabac, que se celebra el 31 de maig. El 2019 el lema escollit ha estat "el tabac i la salut pulmonar" per tal de conscienciar respecte les malalties respiratòries que pot ocasionar aquest producte. En el cas català certs municipis han pres la iniciativa a l'hora de realitzar projectes per afavorir la cessació tabàquica. Aquest és el cas de Pineda de Mar (86), que l'octubre de 2014 va posar en marxa la campanya "Pineda sense fums". En aquest pla van treballar conjuntament els professionals de l'Àrea Bàsica de Salut de Pineda, l'Ajuntament, l'Agència de Salut Pública de Catalunya, la Comunitat Terapèutica del Maresme i el 80% de les

oficines de farmàcia de la població. A més a més, també hi van col·laborar les entitats del municipi. La campanya va durar fins el 31 de maig del 2015, "Dia Internacional Contra el Tabac". La campanya pretenia animar els fumadors a deixar els tabac, reduir el nombre de nous fumadors, sobretot els més joves, promoure els estils de vida saludables i la lluita contra els efectes del fum ambiental.

Per tal d'entrar a la campanya, els farmacèutics van fer dues formacions conjuntes amb tots els sanitaris de la vila i, posteriorment, es va realitzar una formació específica per a farmacèutics al Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona. Durant la campanya es van fer xerrades, es va establir un circuit d'atenció al fumador al Centre d'Atenció Primària, a les farmàcies hi havia punts d'informació, assessorament i seguiment dels tractaments.

Més endavant, el 20 de maig de 2018 es va celebrar a Pineda de Mar la jornada "El tabac és cosa de tots", que va aplegar un centenar de professionals sanitaris, farmacèutics i tècnics municipals. A la jornada es va parlar de les novetats en el control del tabaquisme, l'efectivitat de les teràpies i com ajudar a deixar de fumar.

La jornada s'emmarcava en l'edició 2018 del projecte "Pineda Sense Fums". Els objectius d'aquesta campanya eren reduir el percentatge de fumadors, retardar l'edat d'inici, la formació dels diferents professionals per abordar el consum de tabac a consulta, a domicili i a l'institut o escola i disseny de protocols per a l'abordatge de consum des de l'ABS i farmàcies.

A les activitats previstes per al 2018 hi havia els tallers de prevenció de tabac per a sisè de primària, jornada de formació per a professionals, taller a la Fira de la Gent Gran, estovalles per als bars de la vila amb dibuixos dels alumnes de Pineda i marcatge com a "espai" lliure de fum a les entrades d'escoles i parcs infantils.

Un dels punts més determinants de la campanya és la creació de grups de deshabituació. La darrera setmana d'abril de 2018 es van iniciar tres grups (usuaris de Serveis Socials amb dificultats econòmiques, professorat i personal de l'Ajuntament) simultanis de deshabituació tabàquica a l'ABS de Pineda. En el cas dels usuaris de Serveis Socials i el professorat, els tractaments farmacològics eren a càrrec de l'Agència de Salut Pública segons un protocol establert amb els referents de tabac de l'Àrea Bàsica de Salut. En el cas del personal municipal, el pagament del tractament anava a càrrec del propi ajuntament.

6.5.2.5 Material promocional

6.5.2.5.1 Fulletons

El teu farmacèutic et dona 10 motius per deixar de fumar: Entre els motius hi ha la prevenció d'infarts, ictus o càncer, la millora de la sexualitat i fertilitat, millora de la pell i estalvi econòmic (Veure annex 7). D'altra banda també s'expliquen els beneficis de viure sense el tabac, tant a les 24-72 hores, entre les 2-12 setmanes, entre 1 i 5 anys i 10 anys.

6.5.2.6 Perspectives

Les polítiques de control del tabaquisme dels darrers vint anys han suposat un gran avanç, sobretot gràcies a la promulgació de les lleis 28/2005 i 42/2010. Ara bé, la inestabilitat política i els problemes de finançament ha comportat que la Generalitat de Catalunya no hagi desenvolupat polítiques potents enfront el tabaquisme. En conseqüència gran part de les línies a seguir en aquest camp venen marcades pel Ministeri de Sanitat. Des d'aquest

organisme es van plantejar reptes per al futur en el llibre *Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010)* (87):

- a. **Advertències sanitàries i la regulació dels productes del tabac:** La Directiva sobre els productes del tabac 2014/40/UE estableix que les caixes i envasos han d'incloure advertències sanitàries amb fotos impactants que ocupin el 65% de la superfície. Aquesta mateixa Directiva introdueix requisits de seguretat i qualitat per a les cigarretes electròniques que contenen nicotina.
- b. **Empaquetat genèric o neutre:** Prohibició total de l'ús de logotips, colors, imatge de marca o informació promocional. La Directiva 2014/40/UE obre noves portes a aquest tipus d'empaquetat, tot deixant que la seva implantació sigui una elecció del país. És possible que en el futur s'acabi implantant a l'Estat espanyol.
- c. **Publicitat i mitjans de comunicació audiovisuals:** En aquest punt el govern es planteja advertir sobre les conseqüències negatives del tabac, atès que l'estat és dels països europeus que menys inverteix en campanyes de prevenció. A Espanya del 2006 al 2017 es van desenvolupar dues campanyes de prevenció del tabaquisme per part del Ministeri de Sanitat. Aquest camí s'ha de revertir per tal de fomentar la desnormalització del tabac.
- d. **Intervencions i la formació de professionals sanitaris en tabaquisme:** Implica el col·lectiu farmacèutic. Des del govern es reconeix el baix grau d'implementació dels programes de cessació tabàquica i, en conseqüència, es pretén augmentar la freqüència d'identificació de pacients fumadors i augmentar l'oferta d'ajuda i suport. Aquests suports s'haurien d'incorporar a la història clínica. D'altra banda, s'haurien d'impulsar els programes d'ajuda comunitària i incrementar la difusió i cobertura dels serveis telefònics per deixar de fumar. En aquest mateix apartat, el Ministeri valora la realització d'intervencions específiques que incloguin el finançament del tractament farmacològic dirigits a col·lectius especials com ara persones amb baix perfil socioeconòmic, professionals amb rol modèlic, embarassades o persones amb comorbiditat (física o psíquica).
- e. **Espais lliures de fum:** No es compleix la normativa especialment en els espais propers als centres escolars i centres sanitaris. Passa una qüestió similar amb les terrasses tancades de bars i restaurants a causa de la falta d'inspeccions.

Més enllà de les propostes realitzades pel govern central, diferents consells professionals sanitaris i societats científiques van signar la Declaració de Madrid 2018 (88). En aquesta es demanen una sèrie de mesures per tal de reduir la incidència del tabaquisme a Espanya. Entre les més destacades es troben: incrementar la pressió fiscal de tots els productes del tabac, aplicar la regulació actual d'espais sense fum a les cigarretes electròniques, la prohibició de fumar en qualsevol vehicle, introduir l'empaquetat neutre i reforçar la prohibició de venda a menors. Pel que fa al camp farmacèutic, s'advoca per facilitar l'accés dels fumadors a professionals sanitaris entrenats en la cessació del tabaquisme. També es demana finançar aquelles intervencions clíniques, conductuals i farmacològiques que hagin mostrat efectivitat i seguretat en el tractament del tabaquisme.

A nivell català, el 31 de maig de 2019 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va anunciar que estava treballant en una nova llei d'addicions (82). Entre els punts dedicats al tabaquisme destaquen:

- a. Equiparació de la regulació dels nous dispositius a la dels productes convencionals del tabac, tant als llocs on es prohibeix l'ús com a les limitacions de publicitat.

- b. Ampliació de la prohibició de fumar a les instal·lacions esportives a l'aire lliure, a l'exterior de les parades de transport públic i a vehicles privats.
- c. Campanya intensiva a terrasses i espais semblants per reforçar el compliment de la llei del tabac.

7. Discussió

El tabaquisme és un dels principals factors de deteriorament de la salut dels ciutadans europeus. El tabac, a banda de la nicotina, inclou nombrosos components tòxics que comporten malalties cardiovasculars, pulmonars i certs tipus de càncer, entre d'altres afectacions orgàniques (16). A més a més, en els darrers anys han sorgit amb força les cigarretes electròniques (52), les quals encara que no tenen una variabilitat de tòxics tant elevada com la cigarreta tradicional, no es disposa de suficients estudis científics per determinar els seus riscos per a la salut.

Davant de l'auge del tabaquisme, la indústria farmacèutica ha desenvolupat un seguit de fàrmacs per afavorir la cessació tabàquica. A la primera línia s'hi troben els tractaments substitutius nicotínics, que consisteixen en proporcionar nicotina al fumador. No obstant, segons la tipologia del pacient els metges poden prescriure vareniclina o bupropió. A la segona línia, i molt menys usats per a la cessació tabàquica, s'hi troben la clonidina i la nortriptilina.

A nivell europeu també s'ha desenvolupat una estratègia legislativa des dels anys 70 per tal de fer front al tabaquisme a través de les diferents directives. El paper de la Unió Europea ha estat fonamental per tal d'unificar les legislacions dels diferents països, especialment en matèria d'impostos, consum, ús i productes relacionats com les cigarretes electròniques. No obstant, les directives han bandejat un aspecte clau com la qüestió assistencial. Així doncs, queda en mans dels estats la realització de polítiques concretes com ara la subvenció de tractaments per a la cessació del tabaquisme o la realització de campanyes institucionals. La diferent estratègia a l'hora de tractar el tabaquisme s'exemplifica en els casos de França i Catalunya.

França és un estat molt centralitzat que ha legislat des del 1976 respecte el tabac (65). En canvi, Catalunya, comunitat autònoma de l'Estat espanyol, va realitzar una llei pionera respecte el tabac el 1985 (76). Aquesta, però, va començar a ser superada només tres anys després per una llei d'àmbit estatal. No obstant, l'aparició en el corpus legislatiu de les directives europees ha permès una unificació de les normatives. Així doncs, en els dos territoris s'ha observat una disminució de la publicitat del tabac i de l'hàbit de fumar a l'espai públic gràcies a l'acotament dels llocs on es permet fumar.

Tot i els esforços legislatius, a França va augmentar el tabaquisme entre 2005 i 2010, però les darreres dades del 2017 mostren una tendència a la baixa amb un percentatge del 26,9% de població fumadora (68). A Catalunya (82) el tabaquisme ha anat disminuint, però el 2018 hi va haver un repunt i es va passar del 24% de prevalença al 25,6%.

La rebaixa de les xifres de tabaquisme a França sembla estar molt influïda per la instauració del paquet neutre, l'augment del reemborsament dels substituïts nicotínics i la posada en marxa del mes "Moi(s) sans tabac" (68). En canvi, a Catalunya les causes semblen estar més relacionades amb l'acotament del llocs on es permet fumar, perquè, per exemple, no s'han portat a terme a nivell ampli fórmules per subvencionar els fàrmacs de tractament.

Així, el 2007 el govern francès va decidir reemborsar 50 euros per any i assegurat el finançament del tractament de substitució nicotínica. El 2016 aquest reemborsament es va ampliar fins als 150 euros i el març del 2018 es va començar la progressió per arribar al 65% del reemborsament (72). En canvi, a Catalunya per a la població general no existeix cap sistema de reemborsament ni tampoc entren en el finançament de la Seguretat Social els substituïts nicotínics, ni el bupropió ni la vareniclina. En determinats casos, però, sí que es contempla el lliurament gratuït dels tractaments de substitució nicotínica. Aquest factor també sembla estar al darrere de la lenta baixada del tabaquisme a Catalunya, atès que el cost de fumar i del tractament amb substituïts nicotínics és similar (83).

Les oficines de farmàcia tenen un paper essencial en el sistema assistencial de salut d'ambdós territoris. En el cas francès, el Ministeri de Salut encapçala la campanya "Moi(s) sans tabac" que des del 2016 se celebra durant el novembre (73). A l'hexàgon les oficines de farmàcia col·laboren activament en el programa de cessació tabàquica tot oferint assessorament. A Catalunya diferents institucions públiques i privades relacionades amb la salut organitzen la "Setmana Sense Fum" a finals del mes de maig (85). No obstant, a diferència de França aquí el paper de l'oficina de farmàcia està limitat i no hi ha una visualització tan important. Tot i això, alguns municipis catalans, com és el cas de Pineda de Mar, han engegat iniciatives pròpies per combatre el tabaquisme. Aquest municipi maresmenc va engegar el 2014 el programa "Pineda Sense Fums", on l'oficina de farmàcia es convertia en un punt d'informació i assessorament i seguiment del tractament. I el 2018 es va repetir una experiència similar amb l'afegit que es van crear grups de deshabituació amb usuaris de serveis socials amb problemes socioeconòmics, professorat i personal de l'ajuntament que rebien el tractament de forma gratuïta.

Pel que fa a les perspectives, el govern de França ha estat treballant en dos grans projectes, el Programa Nacional de Reducció del Tabaquisme 2014-2019 (74) i el Programa Nacional de lluita contra el tabac 2018-2022 (75). Aquests programes tenen com a principal objectiu la reducció del nombre de fumadors a través de diverses propostes com ara l'entrada dels tractaments de substitució nicotínica al sistema comú, la potenciació de la campanya "Moi(s) sans tabac" i que el personal sanitari, com ara els farmacèutics, realitzin formació continuada, puguin donar informació sobre el tabac a qualsevol etapa de la vida i desenvolupin accions d'acompanyament i ajuda entre els més desfavorits.

En el cas català la inestabilitat política i els problemes de finançament han evitat la creació de noves lleis i programes que poguessin combatre el tabaquisme. A nivell de l'Estat espanyol, el 2014 es va clausurar l'Observatori per a la prevenció del tabaquisme i no existeixen programes similars als promulgats pel govern francès. En tot cas, les línies de futur marcades pel govern espanyol indiquen una preocupació perquè el personal sanitari, entre el que es compten els farmacèutics, augmenti la seva formació per ajudar a la cessació tabàquica. També s'estudia la incorporació del tractament substitutiu nicotínic dins el finançament de la Seguretat Social i l'augment dels espais lliures de fum (87). A nivell català, el 31 de maig de 2019 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va anunciar que estava treballant en una nova llei d'addicions (82).

8. Recomanacions

El present Treball de Final de Grau mostra l'interès de les institucions polítiques de diferent nivell per la prevenció del tabaquisme. En general, les diferents directives europees han incidit en termes de fiscalitat i ús, mentre que les lleis estatals i autonòmiques han ampliat l'àmbit de les directives. D'altra banda, l'estat francès ha fet un esforç per incorporar en els seus programes l'àmbit assistencial, en el qual destaca el paper de l'oficina de farmàcia. En canvi, tant en el cas espanyol com català no s'ha desenvolupat d'una manera similar el paper assistencial en els programes de cessació tabàquica i, a més a més, el paper del farmacèutic comunitari no té una visualització clara. Això condueix a reflexionar sobre la necessitat d'augmentar el paper del farmacèutic comunitari en les tasques de prevenció i cessació tabàquica. Gràcies a la proximitat i el contacte directe amb el farmacèutic sense necessitat de demanar hora ni mantenir llargues esperes, l'oficina de farmàcia esdevé un lloc clau per donar informació i ajudar la persona que vol deixar de fumar o aquella que està pensant en iniciar-se. Per aquesta raó, des de les institucions públiques s'hauria de fer un replantejament del procés per tal d'incloure el farmacèutic comunitari, adaptat a les noves tendències i tècniques gràcies a una formació continuada, com un referent en la prevenció i la cessació tabàquica.

9. Conclusions

Tenint en compte els resultats d'aquest estudi, es pot concloure:

1. El consum de tabac té una alta incidència en la morbiditat i mortalitat europea a causa dels seus efectes sobre malalties cardiovasculars, pulmonars i certs càncers.
2. Els fàrmacs de primera línia per a la cessació tabàquica són els substituïts nicotínics, amb gran varietat de formes i dosificacions. També s'hi inclouen la vareniclina i el bupropió, que no inclouen nicotina.
3. El consum de les cigarretes electròniques està augmentant a la Unió Europea. El nivell de concentració de substàncies tòxiques és inferior respecte a les cigarretes tradicionals, però no es disposa de suficients estudis sobre els riscos per a la salut que comporta.
4. Les directives europees tracten fonamentalment de la regulació econòmica, ús, consum i productes associats del tabac. En els seus apartats no s'incideix en la qüestió assistencial.
5. França va ser dels primers països a legislar, el 1976, mentre que a Catalunya la primera llei data del 1985. Actualment, però, el corpus legislatiu és similar.
6. A França i a Catalunya s'observa una davallada en el nombre de fumadors en els darrers anys, tot i que a Catalunya el 2018 va augmentar la xifra respecte el 2017.
7. La instauració del paquet neutre, el reemborsament dels tractaments substituïts nicotínics i la campanya "Moi(s) sans Tabac" són tres factors bàsics en el descens del nombre de fumadors a França.
8. França té una major integració de l'oficina de farmàcia en les campanyes de tractament de l'hàbit tabàquic.
9. El govern francès estableix com a objectiu la reducció del tabaquisme, per la qual cosa realitza dos programes i hi destina finançament. A la banda contrària, el 2014 el

govern espanyol va clausurar l'Observatori per a la prevenció del tabaquisme i no existeix una planificació similar a la francesa.

10. La inestabilitat política i la manca de finançament han impedit la creació de lleis i programes per combatre el tabaquisme des de Catalunya.

10. Bibliografia

1. Vezina P, McGehee DS, Green WN. Exposure to nicotine and sensitization of nicotine-induced behaviors. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31:1625-1638.
2. Smith EW, Smith KA, Maibach HI, Andersson PO, Cleary G, Wilson D. The local side effects of transdermally absorbed nicotine. *Skin Pharmacol*. 1992;5:69-76.
3. Office on Smoking and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2014 [consultat 15 Mar 2019]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24455788>
4. Townsend J. Price and consumption of tobacco. *British Medical Bulletin*. 1996;52:132-142.
5. Becoña E. Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones; 1998; 163.
6. Langone JJ, Gjika HB, Van Vunakis H. Nicotine and its metabolites. Radioimmunoassays for nicotine and cotinine. *Biochemistry*. 1973;12:5025-5030.
7. Schievelbein H, Eberhardt R, Löschenkohl K, Rahlfs V, Bedall FK. Absorption of nicotine through the oral mucosa. Measurement of nicotine concentration in the blood after application of nicotine and total particulate matter. *Inflamm Res*. 1973;3:254-258.
8. Sobkowiak R, Lesicki A. Absorption, metabolism and excretion of nicotine in humans. *Postepy Biochem*. 2013;59:33-44.
9. Borzelleca JF. Drug movement from the isolated urinary bladder of the rabbit. *Arch Int Pharmacodyn Ther*. 1965;154:40-50.
10. Jones S, Sudweeks S, Yakel JL. Nicotinic receptors in the brain: Correlating physiology with function. *Trends Neurosci*. 1999;22:555-561.
11. Gotti C, Riganti L, Vailati S, Clementi F. Brain neuronal nicotinic receptors as new targets for drug discovery. *Curr Pharm Des*. 2006;12(4):407-428.
12. Aseem M, Pankaj C, Sourav D, Snita S, Poonam J, Apurva G. Hamful effects of nicotine. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2015 Jan-Mar; 36(1): 24-31.
13. Dani JA, Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron*. 1996;16:905-908.
14. Pérez-Rubio G, Sansores R, Ramírez Venegas A, Camarena A, Pérez-Rodríguez ME, Falfán-Valencia R. Nicotine addiction development: From epidemiology to genetic factors. *Rev Invest Clin*. 2015;67(6):333-343.
15. Office on Smoking and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General [Internet].

- Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. [consultat 17 Mai 2019]. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21452462>
16. Evans P, Halliwell B. Micronutrients: Oxidant/antioxidant status. *British Journal of Nutrition*. 2001;85(Suppl 2):S67–S74.
 17. Van der Vaart H, Postma DS, Timens W, Ten Hacken NHT. Acute effects of cigarette smoke on inflammation and oxidative stress: A review. *Thorax*. 2004;59(8):713–721.
 18. Pawelec G, Goldeck D, Derhovanessian E. Inflammation, ageing and chronic disease. *Current Opinion in Immunology*. 2014;29:23–28.
 19. Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. *J Autoimmun*. 2010 May;34(3):J258-65.
 20. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004;43(10):1731–1737.
 21. Simet SM, Sisson JH, Pavlik JA, DeVasure JM, Boyer C, Liu X, Kawasaki S, Sharp JG, Rennard SI, Wyatt TA. Long-term cigarette smoke exposure in a mouse model of ciliated epithelial cell function. *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*. 2010;43(6):635–640.
 22. Norman PE, Curci JA. Understanding the effects of tobacco smoke on the pathogenesis of aortic aneurysm. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2013;33(7):1473–1477.
 23. Abraham M, Alramadhan S, Iniguez C, Duijts L. A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(2): e0170946.
 24. Frishman WH. Smoking Cessation Pharmacotherapy-Nicotine and Non-Nicotine Preparations. *Preventive Cardiology*. 2007;10(2):10-22.
 25. Hukkanen J, Peyton J, Peng M, Dempsey D, Benowitz NL. Effect of nicotine on cytochrome P450 1A2 activity. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2011;72(5):836-838.
 26. Centro de Información de Medicamentos. Ficha técnica Nicorette Clear 10 mg / 16 horas parches transdérmicos [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019 [consultat 11 Mar 2019]. Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/68303/FT_68303.html.pdf
 27. Centro de Información de Medicamentos. Ficha técnica Nicotinell 21 mg/24 horas parche transdérmico [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014 [consultat 17 Mar 2019]. Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/68303/FT_68303.html.pdf
 28. Díaz JL, Jiménez CA. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2008;32:71-82.
 29. Aubin HJ, Luthringer R, Demazières A, Dupont C, Lagrue G. Comparison of the effects of a 24-hour nicotine patch and a 16-hour nicotine patch on smoking urges and sleep. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(2):193-201.
 30. Centro de Información de Medicamentos. Ficha técnica Nicorette Freshmint 2 mg Chicles medicamentosos [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019 [consultat 13 Mai 2019]. Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/72516/FT_72516.html

31. Centro de Información de Medicamentos. Ficha técnica Nicorette Fruit 4 mg Chicles medicamentosos [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019 [consultat 13 Mai 2019]. Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65586/FT_65586.html
32. Aslani A, Rafiei S. Design, formulation and evaluation of nicotine chewing gum. *Adv Biomed Res.* 2012;1:57.
33. Centro de Información de Medicamentos. Ficha técnica Nicotinell Mint 1 mg comprimidos para chupar [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014 [consultat 17 Mai 2019]. Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63795/FichaTecnica_63795.html
34. Centro de Información de Medicamentos. Ficha técnica Niquitin 4 mg comprimidos para chupar sabor menta [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2016 [consultat 17 Mai 2019]. Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/70554/70554_ft.pdf
35. Centro de Información de Medicamentos. Ficha técnica Nicorette BucoMist 1 mg/pulsación solución para pulverización bucal [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2018 [consultat 17 Mai 2019]. Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/76185/FichaTecnica_76185.html.pdf
36. Tønnesen P, Lauri H, Perfekt R, Mann K, Batra A. Efficacy of a nicotine mouth spray in smoking cessation: a randomised, double-blind trial. *Eur Respir J.* 2012; 40(3):548-554.
37. Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé. Nicorette Inhaler 10 mg, cartouche pour inhalation buccale [Internet]. Paris: Ministère de Santé; 2019 [consultat 17 Mar 2019]. Disponible a:
<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=60772526&typedoc=N&ref=N0187567.htm>
38. Schneider NG, Olmstead RE, Franzon MA, Lunell E. The nicotine inhaler: clinical pharmacokinetics and comparison with other nicotine treatments. *Clin Pharmacokinet.* 2001;40(9):661-684.
39. National Center for Biotechnology Information. Varenicline [Internet]. Rockville Pike: US National Library of Medicine; 2019 [consultat 3 Mar 2019]. Disponible a:
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Varenicline>
40. Ebbert JO, Croghan IT, Hurt RT, Schroeder DR, Hays JT. Varenicline for Smoking Cessation in Light Smokers. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(10):2031-2035.
41. National Center for Biotechnology Information. US National Library of Medicine. Bupropion [Internet]. Rockville Pike; 2019 [consultat 3 Mai 2019]. Disponible a:
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Bupropion>
42. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2008 Mar; 3(1): 45–53.
43. National Center for Biotechnology Information. Nortriptyline [Internet]. Rockville Pike: US National Library of Medicine; 2019 [consultat 4 Mai 2019]. Disponible a:
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Nortriptyline>
44. Mooney ME, Reus VI, Gorecki J, Hall SM, Humfleet GL, Muñoz RF, Delucchi K. Therapeutic Drug Monitoring of Nortriptyline in Smoking Cessation: A Multistudy Analysis. *Clin Pharmacol Ther.* 2008 Mar; 83(3):436–442.

45. National Center for Biotechnology Information. Clonidine [Internet]. Rockville Pike: US National Library of Medicine; 2019 [consultat 17 de Feb 2019]. Disponible a: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Clonidine>
46. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD000058.
47. Wieslander G, Norbäck D, Lindgren T. Experimental exposure to propylene glycol mist in aviation emergency training: acute ocular and respiratory effects. *Occup Environ Med*. 2001;58(10):649-655.
48. DKFZ. German Cancer Research Center (Ed.) *Electronic Cigarettes - An Overview. Series Tobacco Prevention and Tobacco Control*. Heidelberg, 2013.
49. McCauley L, Markin C, Hosmer D. An unexpected consequence of electronic cigarette use. *Chest*. 2012;141(4):1110-1113.
50. Europa Press. El sector del cigarrillo electrónico factura 70,5 millones en 2017, un 28,2% más, y suma tres años al alza [Internet]. Madrid: EP; 2018. [consultat 2 Feb 2019]. Disponible a: <https://www.europapress.es/economia/noticia-sector-cigarrillo-electronico-factura-705-millones-2017-282-mas-suma-tres-anos-alza-20180227132544.html>
51. La Vanguardia. El gigante tabacalero Philip Morris dejará de producir cigarros [Internet]. Barcelona: LV; 2018. [consultat 20 Mar 2019]. Disponible a: <https://www.lavanguardia.com/economia/20180406/442254945727/tabaco-philip-morris-cigarro.html>
52. Departament of Environmental Health. Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes [Internet]. Washington: National Institute of Public Health; 2017 [consultat 3 Mar 2019]. Disponible a: https://www.jstage.jst.go.jp/article/juoeh/39/3/39_201/_pdf/-char/en
53. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest*. 2012;141(6):1400-1406.
54. Proctor RN. Commentary: Schairer and Schoniger's forgotten tobacco epidemiology and the Nazi quest for racial purity. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30:31-34.
55. Zimmermann S., Egger M, Hossfeld U. Commentary: Pioneering research into smoking and health in Nazi Germany. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30:35-37.
56. Directiva 72/464/CEE del Consejo, de 19 de diciembre de 1972, relativa a los impuestos distintos de los impuestos sobre el volumen de negocios que gravan el consumo de labores del tabaco. 72/464/CEE
57. Salvador-Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. En: Becoña E (Coord) *Libro blanco de prevención del tabaquismo*. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998; 219.
58. Directiva 2011/64/UE del Consejo, de 21 de junio de 2011, relativa a la estructura y los tipos del impuesto especial que grava las labores del tabaco. 2011/64/UE
59. Petticrew M, Krishnaratne S. The Fag Lady, revisited: Margaret Thatcher's efforts on behalf of the tobacco industry. *Public Health*. 2014;128:904-910.

60. Directiva 89/622/CEE del Consejo, de 13 de noviembre de 1989, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros en materia de etiquetado de los productos del tabaco. 89/622/CEE
61. Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de junio de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco. 2001/37/CE
62. Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco. 2003/33/CE.
63. Directiva 2010/13/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 10 de marzo de 2010, sobre la coordinación de determinadas disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas a la prestación de servicios de comunicación audiovisual (Directiva de servicios de comunicación audiovisual). 2010/13/UE.
64. Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE.
65. Santé Publique France. La législation antitabac en France [Internet]. Paris: SPF; 2012 [consultat 20 Feb 2019]. Disponible a:
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
66. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. Paris: MASSDF; 2014 [consultat 14 Mar 2019]; 6-6 Disponible a:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
67. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. Paris: MASSDF; 2014 [consultat 14 Mar 2019]; 7-7. Disponible a:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
68. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Baisse du tabagisme en France: un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique [Internet]. Paris: Santé Publique France; 2018. [consultat 14 Feb 2019] Disponible a:
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_0.html
69. Hill C, Legoupil C. Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2018;(14-15):309-316.
70. Spilka S, Le Nézet O., Janssen E., Brissot A, Philippon A., Shah J., Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances. 2018;(123):2-8.

71. Pasquereau A, et al. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2018;(14-15):265-273.
72. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. Paris: MASSDF; 2014 [consultat 14 Mai 2019]; 22-22. Disponible a: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
73. Ordre National des Pharmaciens. L'Ordre national des pharmaciens soutient le ministère de la santé dans son action pour renforcer la lutte contre le tabagisme [Internet]. Paris: ONP; 2016 [consultat 14 Feb 2019] Disponible a: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/272417/1438586/version/1/file/CP+Tabac+Vdef.pdf>
74. Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S, Spilka S. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2018;(14-15):274-282.
75. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Ministère des solidarités et de la santé. 2019;19-25.
76. Llei 20/1985 del Parlament de Catalunya, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. Llei 20/1985.
77. Real Decreto 614/2001, de 8 de junio, de disposiciones mínimas para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores frente al riesgo eléctrico. RD 2001\1481.
78. Llei 34/1988 del Govern d'Espanya, d'11 de novembre, General de Publicitat. Llei 34/1988.
79. Llei 28/2005 del Govern d'Espanya, de 26 de desembre, de mesures sanitàries front al tabaquisme i reguladora de la venda, subministrament, consum i publicitat dels productes del tabac. Llei 28/2005.
80. Llei 42/2010 del Govern d'Espanya, de 30 de desembre, per la que es modifica la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries front al tabaquisme i reguladora de la venda, subministrament, consum i publicitat dels productes del tabac. Llei 42/2010.
81. Llei 15/2014 del Govern d'Espanya, de 16 de setembre, de racionalització del sector públic i altres mesures de reforma administrativa. Llei 15/2014.
82. Agència de Salut Pública de Catalunya. Salut farà una nova llei d'addiccions per reduir l'impacte del consum de tabac [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2019 [consultat 2 Jun 2019] Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/ca/actualitat/noticies/nota-premsa/?id=358663>
83. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Els fàrmacs que ens ajuden a deixar de fumar [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2019 [consultat 20 Mar 2019] Disponible a: <http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/informacio-i-consells/prevencio/farmacs-deixar-fumar/>
84. Diariofarma. Navarra: vinculan la financiación de tratamientos para dejar de fumar con una tasa de éxito del 35% [Internet]. Madrid: Diariofarma; 2019 [consultat 20 Mai 2019] Disponible a: <https://www.diariofarma.com/2019/04/02/navarra-vinculan-la-financiacion-de-tratamientos-para-dejar-de-fumar-con-una-tasa-de-exito-del-35>

85. Setmana Sense Fum. Proposta d'activitats per a la XX Setmana Sense Fum [Internet]. Barcelona; 2019 [consultat 20 Mai 2019] Disponible a:
<http://www.setmanasensefum.cat/docs/PROPOSTA-ACTIVITATS-2019.pdf>
86. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Les farmàcies de Pineda de Mar fan front comú contra el tabaquisme [Internet]. Barcelona: COFB; 2014 [consultat 20 Feb 2019] Disponible a:
<https://blog.cofb.cat/les-farmacies-de-pineda-de-mar-fan-front-comu-contra-el-tabaquisme/>
87. Pérez M, Galán i (ed). Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010). Madrid: Sociedad Española de Epidemiología; 2017.
88. Organización Médica Colegial de España. Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España [Internet]. Madrid: OMCE; 2018 [consultat 25 Mar 2019] Disponible a:
https://www.semg.es/images/2018/Noticias_Varios/declaracion_CNPT_20180713_op.pdf

11. Annex

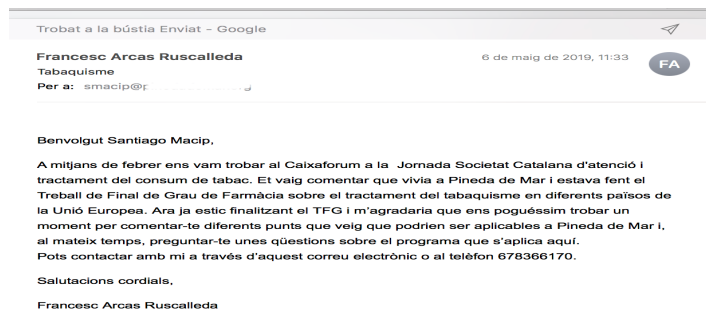
Annex 1: Correu de petició de reunió a Esteve Saltó.



Annex 2: Certificat de participació amb aprofitament a la IX Jornada de la Societat Catalana d'Atenció i Tractament del Consum de Tabac.



Annex 3: Correu de petició de reunió a Santiago Macip.



Annex 4: Test de Fagerström (valora el grau de dependència de la nicotina en una escala de 0 a 10 punts).

Quant temps passa entre que es lleva i es fuma la primera cigarreta?

Fins a cinc minuts: 3 punts

De 6 a 30 minuts: 2 punts

de 31 a 60 minuts: 1 punt

Més de 60 minuts: 0 punts

Troba difícil no fumar en llocs on està prohibit?

Sí: 1 punt

No: 0 punts

Quina cigarreta li costa deixar més?

El primer del matí: 1 punt

Qualsevol altre: 0 punts

Quantes cigarretes fuma al dia?

Menys de 10: 0 punts

Entre 11 i 20: 1 punt

Entre 21 i 33: 2 punts

Més de 30: 3 punts

Fuma més durant les primeres hores després de llevar-se?

Sí: 1 punt

No: 0 punts

Fuma encara que estigui tant malalt que hagi d'estar al llit?

Sí: 1 punt

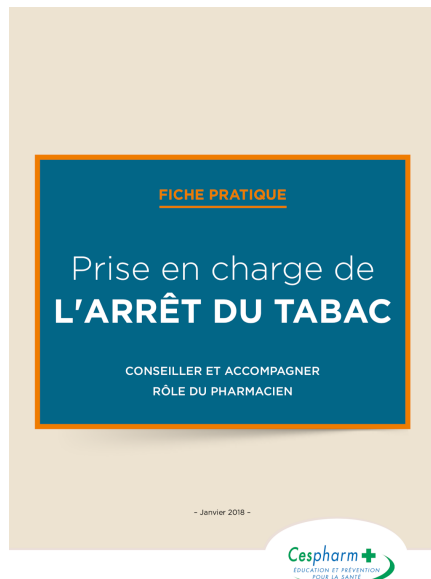
No: 0 punts

Puntuació menor o igual a 4: Baixa dependència / Puntuació amb valors entre 5 i 6: Mitjana dependència: Puntuació igual o superior a 7: Alta dependència.

Annex 5: Fulletó: Arrêt du tabac? Besoin d'aide?



Annex 6: Fiche pratique. Prise en charge de l'arrêt du tabac.



Annex 7: El teu farmacèutic et dóna 10 motius per deixar de fumar

El teu farmacèutic et dóna 10 motius per deixar de fumar.

Com milloraria la teva vida sense el tabac?

- 1** Deixar de fumar és la decisió més important que pots prendre per prevenir un infart, un ictus cerebral, una insuficiència respiratòria crònica o un càncer.
- 2** Milloraria la teva funció pulmonar: et sentiràs més lleuger per afrontar qualsevol repte físic, des d'unes escales a una mitja maratón!
- 3** Milloraria la teva sexualitat i fertilitat.
- 4** Si estàs embarassada, a més de beneficiar-te tu, **reduïres les complicacions** en la salut del futur nadó i del part.
- 5** Tornaràs a **sentir les olors** i a **assaborir el menjar**. La raspiera de primera hora del matí desapareixerà.
- 6** La teva pell lluirà un nou aspecte, descartant les ulleries i la pal·lidesa cutànies.
- 7** **Preservaràs la salut dels qui t'envolten.**
- 8** **Aumentaràs la teva llibertat i autoestima.**
- 9** **Estalviaràs.** Calcula quants diners et representa fumar al cap de l'any i fes una llista de tot el que podries fer amb aquests diners!
- 10** És un repte personal. **Pots deixar de fumar** milions de persones, fins i tot amb una dependència altíssima, han abandonat el tabac.

Fumar provoca graves malalties i fins i tot, dos casos de càncer de pulmó, un 80% dels càncers de cervell i el 30% dels càncers de còlon de les malalties broncopulmonars obstructives cròniques.

Beneficis de viure sense tabac, a les...

- 24-72 hores**
 - Millora la circulació per l'arteria, la pressió arterial i la freqüència cardíaca. Disminueix el risc d'infart.
 - Disminueix el mal benestar, el benestar general es recupera i facilita la respiració.
 - Millora l'olfacte i el gust.
- 2-12 setmanes**
 - La neteja de la membrana i de la circulació sanguínia fa augmentar la resistència corporal i facilita, per exemple, caminar i córrer.
 - Millora l'aspecte de la pell i disminueix les aficions a la pell·lècia cutània.
 - Depressió o disminueix l'halitosis.
- 1-5 anys**
 - Es redueix un 50% el risc d'infart.
 - Es redueix el risc de càncer de cervell i malalties vasculars.
- 10 anys**
 - El risc d'infart i de malalties cardiovasculars es iguala al d'una persona que no hagi fumat mai.
 - El risc de càncer de pulmó es redueix al 50%.

CONSELL DE COL·LEGI FARMACÈUTICS DE CATALUNYA