Semergen. 2011;37(6):287—292

Medicina de Familia
SEMERGEN
www.elsevier.es/semergen

ORIGINAL

El tabaco en los establecimientos de hostelería de Zaragoza tras cuatro años de la Ley 28/2005

R. Sanjuán Domingo[a], J. Callao Escuer[b], M.V. Villaverde-Royo[c,*], P. Vernet Perna[a] y R. Córdoba-García[a,d]

[a] *Medicina de Familia, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España*
[b] *Medicina de Familia, Centro de Salud Oliver, Zaragoza, España*
[c] *Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Sector III, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España*
[d] *Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España*

Recibido el 8 de diciembre de 2010; aceptado el 24 de enero de 2011
Disponible en Internet el 17 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE
Fumar;
Tabaco;
Regulación;
Evaluación;
Prevalencia

Resumen
Fundamento y objetivo: Estimar el grado de cumplimiento de la Ley 28/2005 en locales de restauración y hostelería de Zaragoza.
Metodología: Estudio descriptivo de prevalencia, realizado durante el primer trimestre del año 2010. Muestreo aleatorio simple. Muestra: 801 locales clasificados en tres categorías: restaurantes, bares —tabernas, cafeterías y comida rápida— y locales de ocio. Las variables: superficie del local, local con o sin humo, separaciones de acuerdo con la ley y cartel visible. Análisis estadístico: prevalencias y sus intervalos de confianza poblacionales; para detectar diferencias entre proporciones se empleó la prueba de la χ^2.
Resultados: En Zaragoza, se permitía fumar en el 92,63% (IC del 95%, 90,66-94,29) de los establecimientos, estaba prohibido el consumo de tabaco en un 4,24% (IC del 95%, 3-5,9), y en un 2,62% (IC del 95%, 1,67-3,91) existían zonas compartimentadas entre fumadores y no fumadores. En los locales de más de 100 m, en los bares en el 74% estaba permitido fumar. Los restaurantes representan el tipo de local en el que más se han compartimentado los espacios. No se encontró ningún local de ocio nocturno libre de humo, y sólo en un 3,4% de estos había zonas totalmente compartimentadas.
Conclusiones: Tras 5 años de la ley 28/2005, no existe una protección efectiva de los fumadores pasivos que deciden acudir a estos establecimientos, ni del fumador pasivo laboral, ya que en el 92,63% de los establecimientos está permitido el consumo de tabaco.
© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: vickyvillaverde@hotmail.com (M.V. Villaverde-Royo).

1138-3593/$ – see front matter © 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.semerg.2011.01.007

KEYWORDS
Smoking;
Tobacco;
Regulation;
Evaluation;
Prevalence

The smoking ban in the hospitality sector in Zaragoza, four years after the new legislation 28/2005

Abstract
Background and objective: To estimate the level of compliance of the new smoke-free legislation in the hospitality sector in Zaragoza.
Methods: We performed a descriptive prevalence study, carried out during the first trimester of 2010. Simple random sampling based on 801 premises, classified into three types: restaurants, bars —including taverns, coffee shops, fast food restaurants— and night clubs. Variables: area, smoking or non-smoking establishment, separation between areas following the current regulations and visible sign-posting. Statistical analysis: Prevalence and confidence intervals; χ^2 test was used to detect the differences between proportions.
Results: In Zaragoza, smoking was allowed in 92.63% (95% CI, 90.66-94.29) of all establishments and was forbidden in 4.24% (95% CI, 3.00-5.9), and 2.62% (95% CI, 1.67-3.91) had separated smoking areas. In those places with an area exceeding 100 m^2, 74% were allowed to smoke in bars. The restaurants had more separated areas. There are no night clubs for non-smokers and only 3.4% had separated areas.
Conclusions: Four years after the introduction of the current law 28/2005, there is still no effective protection for those passive smokers who decide to visit these places, including passive-smoker employees, as 93.63% of the establishments allow smoking.
© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública que constituye una de las enfermedades más adictivas y crónicas de nuestra sociedad. Supone la primera causa de mortalidad prematura en España, con un coste elevado en muertes, enfermedades e invalidez[1–3]. El tabaco es el principal factor prevenible de morbimortalidad y es la causa de más de 53.000 muertes de individuos mayores de 35 años, lo que supone el 14,7% de todas las muertes ocurridas en adultos en España[4,5]. Ocasiona más muertes que el sida, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos. Está relacionado con más de 25 enfermedades y se considera que causa el 90% de los casos de cáncer de pulmón, el 95% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 33% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca[2].

Durante el periodo 1996-2005 en España, se han producido avances significativos respecto a la legislación de prevención que han tratado de abordar el problema restringiendo su consumo en los lugares de ocio y de trabajo; esta fue una de las premisas de la Ley del tabaco que entró en vigor el 1 de enero de 2006 y que causó gran revuelo entre la sociedad española[6–9]. El principal ataque que recibió la ley fue por parte de los locales de ocio que temían grandes pérdidas económicas y de puestos de trabajo, ya que sus clientes fumadores no acudirían. No obstante, una encuesta realizada en noviembre de 2004 confirmó que a más del 75% de la población le gustaría que desapareciese la posibilidad de fumar en locales cerrados[1], y varios estudios realizados en otros países donde había una legislación más restrictiva sobre el consumo de tabaco, demostraron que no hubo el temido impacto económico negativo vaticinado por la hostelería[6,10,11].

Hay que resaltar que el porcentaje de fallecimientos por tabaquismo pasivo por las dos principales causas (infarto de miocardio y cáncer de pulmón) supone como mínimo el 2,8% de la mortalidad total por tabaquismo activo, con riesgos relativos de los trabajadores expuestos al humo pasivo en sus lugares de trabajo de un 2,2 para el cáncer de pulmón y de un 1,3 para cardiopatía isquémica[12].

Debemos recordar que el 85% del humo que desprende un cigarrillo se libera al ambiente y este es inhalado por personas que comparten el mismo espacio cerrado, de ahí la importancia de la evaluación de la actual legislación tanto para los trabajadores del sector hostelero (actualmente principales perjudicados de su incumplimiento) como para los usuarios habituales de dichos locales[13,14].

Cabe destacar, no obstante, que tras casi 5 años de la actual legislación, y en puertas y pleno debate político y social de cambios frente a esta, son todavía muy pocos, y con metodologías muy distintas, los estudios que hayan evaluado el cumplimiento de la actual normativa en las distintas comunidades autónomas tratando de comparar la variabilidad y eficacia de su cumplimiento[11,15–17].

Material y método

El objetivo principal del estudio es estimar el grado de cumplimiento de la Ley 28/2005 en locales de restauración y hostelería de Zaragoza que tengan acceso desde la vía pública.

Se trata de un estudio observacional llevado a cabo de enero a marzo de 2010. La población de estudio han sido los 3.567 locales autorizados para ocio nocturno, bares y restaurantes de la ciudad. En el estudio se excluyeron los locales que se encontrasen dentro de centros comerciales y hoteles, así como los comercios con zonas de degustación. Para obtener el tamaño muestral se partía de un nivel de precisión esperado de un 5%, con una prevalencia de cumplimiento desconocida (50%) y para un nivel de confianza de un 95% por lo que el mínimo tamaño aceptado fue de 347

Tabla 1 Descripción de la muestra

	Total, n (%)	Bares, n (%)	Restaurantes, n (%)	Locales de ocio nocturno, n (%)
> 100 m	181 (22,59)	74 (13,21)	49 (37,12)	58 (53,21)
< 100 m	620 (77,41)	486 (86,79)	83 (62,88)	51 (46,79)
Total	801 (100)	560 (69,91)	132 (16,47)	109 (13,62)

locales. El tipo de muestreo realizado fue aleatorio simple, y los locales de la muestra se obtuvieron mediante tabla de números aleatorios partiendo del listado de locales. Dado que el análisis se iba a realizar en función del tipo de local (tres categorías), se aumentó el tamaño muestral hasta un total de 801 locales, de manera que los resultados fuesen estadísticamente significativos para cada uno de los tres estratos analizados. Fuentes de información: listado encriptado y anonimizado por direcciones de locales autorizados proporcionado por el Instituto Municipal de Salud Pública del Ayuntamiento de Zaragoza. La recogida de datos se realizó mediante formulario estructurado diseñado *ad hoc* basada en el estudio «El tabaco en los establecimiento de restauración y hostelería»[16].

Los establecimientos se han clasificado en tres categorías: restaurantes (establecimiento comercial donde se sirve comida y bebida y que se encuentra cerrado fuera del horario de almuerzo y cena); bares, tabernas, cafeterías y establecimientos de comida rápida (establecimientos que se encuentran abiertos todo el día y que sirven bebidas, comidas, tapas, etc.), y locales de ocio nocturno (locales que permanecen abiertos más allá de medianoche en el que no se permita la entrada a menores de dieciocho años: *pubs*, discotecas, salas de fiesta, etc.).

Las variables estudiadas han sido: la superficie del local dedicada al público (mediante la apreciación del observador, realizando dos divisiones mayor o menor de 100 m^2); local con o sin humo en función de su prohibición; la existencia de separaciones de acuerdo con la ley (prohibido fumar, permitido fumar y prohibido fumar excepto en zonas habilitadas); la presencia de cartel visible donde se supiese si se podía fumar o no, y si este cartel tenía el texto de acuerdo con la ley (prohibido fumar, permitido fumar, prohibido fumar excepto en zonas habilitadas).

Y por último, si el local cumplía la normativa de la Ley 28/2005: para los locales de menos de 100 m (excepto ocio nocturno), cartel visible con texto de acuerdo con la ley, y para los locales de más de 100 m (excepto ocio nocturno), cartel visible y si estaba permitido fumar debían existir zonas separadas y totalmente compartimentadas entre las de fumadores y no fumadores. Respecto a los locales de ocio nocturno (*pubs*, discotecas o salas de fiesta), prohibición de fumar en ellos, excepto que se habilitaran zonas para fumadores totalmente compartimentadas.

Análisis estadístico: se han calculado las prevalencias y sus intervalos de confianza poblacionales, para detectar diferencias entre proporciones se empleó la prueba de la χ^2. El programa utilizado para su análisis ha sido Stata versión 11.

Resultados

De los 801 locales estudiados, el 70% (560) estaba incluido dentro de la categoría de bares/cafeterías; el 14% (109) eran de ocio nocturno y un 16% (132) eran restaurantes. El 23% de la muestra (181) eran establecimientos de más de 100 m. Los cuales representaban el 13% de los bares, el 37% de los restaurantes y el 53% de los locales de ocio nocturno, como se puede observar en la tabla 1. Cabe destacar que mientras en bares y restaurantes el predominio es de locales de menos de 100 m, en los locales de ocio nocturno la proporción se reparte de una forma similar (el 53% son mayores de 100 m).

Nuestros resultados muestran que en Zaragoza se permitía fumar en el 92,63% (IC del 95%, 90,66-94,29) de los establecimientos hosteleros (bares, restaurantes y locales de ocio de cualquier tamaño), estaba prohibido el consumo de tabaco en un 4,24% (IC del 95%, 3-5,9), y en un 2,62% (IC del 95%, 1,67-3,91) había zonas compartimentadas entre fumadores y no fumadores, aunque prácticamente ninguna cumplía todos los preceptos señalados por la Ley 28/2005 (por ejemplo, sistema independiente de ventilación).

Focalizando nuestros resultados en los locales fundamentalmente regulados por la ley (locales de más de 100 m), la tabla 2 describe que en estos establecimientos de mayor tamaño estaba permitido fumar en un 78,08% (IC del 95%, 71,56-83,7), un 10,11% (IC del 95%, 6,29-15,21) estaba libre de humo y había un 11,79% (IC del 95%, 7,65-17,17) con zonas totalmente compartimentadas para fumadores y no fumadores.

Si observamos las diferencias entre los tres tipos de locales estudiados de más de 100 m, en la categoría de bares en más del 74% estaba permitido fumar, un 18% estaba libre de humo y existían solamente zonas totalmente compartimentadas en un 8%. Los restaurantes representan el tipo de local en el que más se han compartimentado los espacios (28%); no estaba permitido fumar en un 11% de ellos. Respecto a los locales de ocio nocturno, se encontró que no existía ningún local libre de humo, y sólo en un 3,4% de los locales había zonas totalmente compartimentadas para fumadores y no fumadores. Existen diferencias en el porcentaje de locales libres de humo; los bares y locales de ocio son los locales con porcentajes más bajos de espacios libres de humo o bien compartimentados; estas son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 181,11$; $p > 0,001$).

En los locales de menos de 100 m se podía fumar en el 97% de ellos, estaba prohibido en el 3%, y no había ningún local con zonas totalmente compartimentadas para fumadores y no fumadores. Estas diferencias de porcentajes en función de la superficie del local son distintas y estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2,73$; $p < 0,0001$). En la categoría de bares, el 87% eran menores de 100 m; sólo el 2,5% de ellos estaba libre de humo.

Nuestro estudio muestra que en los establecimientos hosteleros de Zaragoza, el cartel que avisa sobre si en ese local está o no permitido fumar se encontraba expuesto en un 64,4% de los locales (IC del 95%, 60,67-67,31); esta cifra se reduce a un 32% (IC del 95%, 21,64-45,56)

Tabla 2 Locales > 100 m que se permite fumar, no se permite o están compartimentados

	Permitido fumar		No permitido		Compartimentado	
	n (%)	IC del 95%	n (%)	IC del 95%	n (%)	IC del 95%
Bares	55 (74,32)	62,62-83,46	13 (17,57)	10,13-27,5	6 (8,11)	3,35-16,1
Restaurantes	28 (57,14)	43,07-70,39	5 (10,87)	3,84-21,17	13 (28,26)	15,62-40,14
Locales de ocio nocturno	56 (96,55)	89,07-99,42	0	0,00-5,03	2 (3,45)	0,58-10,93
Total	109 (78,08)	71,56-83,7	18 (10,11)	6,29-15,21	21 (11,79)	7,65-17,17

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3 Visibilidad del cartel

	n (%)	IC del 95%
Bares	384 (68,82)	64,76-72,60
> 100 m	52 (71,23)	60,08-80,72
< 100 m	332 (68,45%)	64,07-72,33
Restaurantes	84 (68,85)	59,74-76,75
> 100 m	30 (71,43)	56,48-83,5
< 100 m	54 (66,67)	55,88-76,27
Locales de ocio nocturno	45 (41,28)	32,06-51,12
> 100 m	19 (32,75)	21,64-45,56
< 100 m	26 (50,98)	37,40-64,45

IC: intervalo de confianza.

Tabla 4 Cumplimiento de la legislación en locales > 100 m

	Sí		No
	Total locales, n (%)	IC del 95%	Total locales, n (%)
Bares	13 (17,57)	10,13-27,49	61 (82,43)
Restaurantes	12 (28,57)	13,99-32,92	30 (71,43)
Locales de ocio nocturno	2 (3,45)	0,58-10,92	56 (96,55)

cuando hablamos de locales de ocio nocturno de más de 100 m (tabla 3).

Si se hace referencia a ambos requerimientos (que hubiese un cartel visible y compartimentación o prohibición de fumar en los locales de más de 100 m), nuestro estudió mostró una adherencia al cumplimiento de la actual legislación del 17,57% (IC del 95%, 10,13-27,49) en los bares y cafeterías, un 29% (IC del 95%, 13,99-32,92) en los restaurantes y únicamente un 3% (IC del 95%, 0,58-10,92) en los locales de ocio nocturno (tabla 4).

Discusión

A pesar de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, en Zaragoza, en la gran mayoría (92,63%) de los locales destinados a restauración y hostelería está permitido el consumo de tabaco, por lo que su repercusión como medida de salud pública a lo largo de estos 5 años ha sido poco remarcable en nuestra comunidad autónoma.

La cifra de establecimientos con humo que muestra nuestro estudio es superior a la única cifra publicadas por Villalbí et al en la ciudad de Barcelona, que describía que el 75,4% de los locales eran locales con humo. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 96,83$; $p > 0,0001$)[16].

Parte de estas diferencias podrían explicarse por las propias características del diseño, así, en nuestro estudio se excluyeron los locales ubicados en centros comerciales y los comercios con zona de degustación, que son los que prohíben fumar mayoritariamente (en el estudio de Barcelona estos suponían un 10% de la muestra, y en ellos el consumo estaba prohibido en un 85,7%). Esta explicación parece plausible cuando ajustamos nuestros resultados por las distintas tipologías de local, de manera que al comparar, por ejemplo, los restaurantes libres de humo o que ofrecen zonas separadas, nuestros resultados se muestran estadísticamente semejantes y con resultados en torno a un 40% en ambos estudios.

Comparando los locales de gran tamaño, principalmente afectados por la actual normativa, vemos que en aquellos con zonas compartimentadas ambos trabajos muestran resultados semejantes (el 2,6 frente al 3%). Por ello, se podría concluir que las diferencias vienen especialmente marcadas porque en Barcelona la proporción de espacios libres totalmente de humo es superior que la de Zaragoza. Así, por ejemplo, se observa que el consumo de tabaco en Zaragoza esta permitido en un 94,46% de los bares, mientras que en Barcelona esta cifra se reduce a un 90,7%; diferencia estadísticamente significativa y desfavorable para nuestra comunidad autónoma ($\chi^2 = 5,63$; $p > 0,01$).

Por otro lado, señalar que la variable tamaño o superficie del local ha podido influir en estas diferencias, ya que en Zaragoza el 82,6% de los locales tienen menos de 100 m y, por lo tanto, hasta el momento, exentos del ámbito de la actual normativa. Ha sido de gran interés poder comparar los resultados de los establecimientos de más de 100 m en ambas ciudades.

Por último y como una de las fuentes que pueden explicar la variabilidad de resultados entre ambos estudios, cabría sugerir el papel de dos agentes implicados en el cumplimiento de cualquier norma: la comunidad autónoma, como autoridad encargada de supervisar el cumplimiento de la legislación mediante los cuerpos de inspección, y la sociedad civil que, mediante sus preferencias y valores, es quien demanda el cumplimiento de la norma mediante denuncias que provocan la apertura de expedientes sancionadores.

Bajo esta hipótesis, remarcar que el hecho de que los resultados respecto al cumplimiento de la norma en Cataluña fuesen algo más favorables que los encontrados en Aragón es congruente con los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social respecto al control de la ley mediante indicadores indirectos, como

denuncias e inspecciones detallados por comunidades autónomas.

En ellos destaca que Aragón es la comunidad autónoma con menor número de denuncias registradas (84) frente a otras comunidades como Madrid (1413), Cataluña (376) o Asturias (243); lo que indirectamente muestra que la sociedad civil aragonesa, representada por sus particulares, organizaciones y entidades que emiten estas reclamaciones, ha sido poco reactiva frente al incumplimiento de la normativa.

Por otro lado, destacar que, aunque el papel de la autoridad sanitaria aragonesa ha sido destacado en cuanto a un importante esfuerzo en inspecciones (tercera comunidad en número de ellas, con 3.858), fue Cataluña que encabezó el *ranking*, con 11.238 realizadas durante 2008[18].

Excluyendo el estudio realizado en Cataluña, no se han realizado otros estudios observacionales que intentasen cuantificar la oferta existente de locales de ocio sin humo, excepto bibliografía que hacía referencia a las percepciones referidas por la población, en los cuales se ha estimado que el 67,6% está expuesto al humo en restaurantes y el 91,9%, en bares[13,19]. Los datos publicados por la Comisión Europea mediante el eurobarómetro han revelado que el 87% de la población percibe exposición al humo en los restaurantes y el 93%, en los bares, lo cual coincide con lo observado en este estudio[20].

Destacamos, como principales limitaciones del estudio, la ausencia de datos objetivos de cuantificación de la superficie del local, ya que se realizaba mediante la apreciación subjetiva del observador. Para intentar minimizar en lo posible esta limitación se diseñó un protocolo que se explicó de forma exhaustiva a los observadores. Otra limitación fue que no se cuantificó el humo mediante marcadores ambientales. Por último, la restricción del ámbito de estudio a la ciudad de Zaragoza, por la facilidad de acceso a la recogida de datos tras la aleatorización de la muestra, si bien hubiese sido interesante ampliar dicho estudio al ámbito autonómico.

Como implicaciones que nuestro estudio puede ofrecer para mejorar nuestras políticas sanitarias, remarcar que para seguir progresando en la prevención de la epidemia de muertes por tabaquismo y sus altos costes sociales y económicos, se impone eliminar la exención de aplicación a los pequeños locales de restauración y hostelera de menos de 100 m, ya que estos representan un 78% de los espacios de hostelería de nuestra ciudad, permitiéndose fumar en un 97%, lo que demuestra que no existe una protección efectiva de los fumadores pasivos que deciden acudir a estos establecimientos ni del fumador pasivo laboral del sector hostelero. Resulta poco razonable, tras las evidencias existentes respecto a los perjuicios por la inhalación pasiva, mantener una excepción que afecta a un millón de trabajadores respecto a una ley que se ha demostrado beneficiosa para otros sectores laborales (reducción de consumos diarios, aumento de los intentos de cesación y de su posibilidad de éxito)[11].

La monitorización del cumplimiento de la norma en las distintas ciudades, mediante estudios observacionales directos, se impone como una de nuestras futuras líneas de trabajo tras la posible y esperada ampliación de la norma; ya que la existencia de variaciones en la implementación es una potente fuente de hipótesis que nos permite aprender de ciudades o comunidades en las que se objetiven los modelos y programas más exitosos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Oñorbe de Torre M. La ley del tabaco, una ley de salud publica. Rev Adm Sanit. 2005;3:617—23.
2. Riesco Miranda JA. Non respiratory effects of smoking. Arch Bronconeumol. 2007;43:477—8.
3. González-Enríquez J, Villar-Álvarez T, Banegas-Banegas JR, Rodíguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc). 1997;109:577—82.
4. Banegas JR, Díez L. Progresos y posibilidades en el control del tabaquismo. SEE Nota. 2002;25:1—3.
5. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin (Bar). 2010 [citado 30 Dic 2010]. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com/doymaselect/ctl_servlet?_f=20135&id_magazine=2&pagina=6.
6. Bauzà-Amengual M, Blasco-González M, Sánchez-Vazquez E, Pereiró-Berenguer I, Ruiz-Varea N, Pericás-Beltran J. [Impact of the Tobacco Law on the workplace: a follow up study of a cohort of workers in Spain 2005-2007]. Aten Primaria. 2010;42:309—13.
7. Joosens L, Raw M. The tobacco control scale: a new scale to measure contr activity. Tob control. 2006;15:247—53.
8. Córdoba R, Villalbí JR, Salvador-Llivina T, López-García Aranda V. [Spain's process of passing effective smoking prevention legislation]. Rev Esp Salud Publica. 2006;80:631—45.
9. Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, en consumo y la publicidad de los productos de tabaco. BOE 309 de 28-12-2005.
10. Miller LS, Max W, Sung HY, Rice D, Zaretsky M. Evaluation of the economic impact of California's Tobacco Control Program: a dynamic model approach. TobControl. 2010;19 Suppl 1:i68—76.
11. Villalbí JR. [Assesment of the Spanish law 28/2005 for smoking prevention]. Rev Esp Salud Publica. 2009;83:805—20.
12. Kawachi I, Pearce NE, Jackson RT. Deaths from lung cancer and ischaemic heart disease due to passive smoking in New Zealand. N Z Med J. 1989;102:337—40.
13. Galán I, López MJ. [Three years with ''Tobacco-control law'': cleaner air but not clean enough]. Gac Sanit. 2009;23: 87—90.
14. Córdoba-García R, Sanz Andrés C, Suárez Bonel P. [Occupational passive smoker. When will there be a new anti-smoking law?]. Aten Primaria. 2010;42:255—6.
15. Aterido I. *Fumar en lugares públicos*. Madrid: Organización de Consumidores y Usuarios; 2007.
16. Villalbí JR, Baranda L, López MJ, Nebot M. [Smoking in the hospitality sector: an observational study in Barcelona (Spain), 2008]. Gac Sanit. 2010;24:72—4.
17. Martín-Luengo IA. 500 días de la ley contra el tabaquismo. Revista OCU Salud. 2007:13—7.
18. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [citado 1 Dic 2010]. Disponible en: http://www.seepidemiologia.es/gruposdetrabajo.php?contenido=gruposdetrabajosub2.

19. Galán I, Mata N, Estrada C, Díez-Gañán L, Velázquez L, Zorrilla B, et al. Impact of the ''Tobacco control law'' on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. BMC Public Health. 2007;30:224.

20. European Commission. Eurobarometer 72.3. Exposure to to bacco smoke in bars. Results for Spain. 02/10-19/10/2009. Tobacco [citado 1 Nov 2010]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_332_fact_es_en.pdf.