

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

BORRADOR

ÍNDICE

<i>Presentación</i>	3
<i>Introducción</i>	5
<i>Principios del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo</i>	17
<i>Objetivos del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo</i>	18
<i>Estructura y funcionamiento</i>	37
<i>Recursos humanos y económicos</i>	40
<i>Evaluación</i>	41

Presentación

Nos encontramos ante la oportunidad de establecer un marco común de actuación frente a uno de los principales problemas de Salud Pública, el tabaquismo, que representa la primera causa de enfermedad y muerte prevenible en nuestro país.

Contamos con un amplio consenso. En todo el territorio nacional se ha ido extendiendo progresivamente la necesidad de dar la respuesta adecuada a esta epidemia silenciosa de las sociedades desarrolladas. Se está creando un movimiento de opinión y concienciación, liderado desde los distintos sectores técnicos, políticos, y, cada vez más creciente, sociales.

Consecuentemente, se han ido desarrollando actividades encaminadas a la prevención y control del tabaquismo, en toda nuestra geografía, desde Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y Administración Central, así como por Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales y Organizaciones Sociales.

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo que presentamos, trata de establecer el marco más adecuado para potenciar todas estas iniciativas que se vienen realizando, facilitar el desarrollo de otras nuevas, y difundir con amplitud y oportunidad, la información y los conocimientos, fortaleciendo así un cuerpo común que fomente una sociedad libre de tabaco y desarrolle las estrategias para alcanzar sus objetivos.

También tiene presente la complejidad y dificultades existentes en el control del tabaquismo, por lo que señala la necesidad de reunir todos los esfuerzos para conseguir un efecto sinérgico y multiplicador, compartiendo objetivos y un enfoque global del problema.

En esta misma línea, entendemos muy oportuno continuar participando en el horizonte marcado por las iniciativas internacionales. La Organización Mundial de la Salud contempla en el vigente Tercer Plan de Actuación para una Europa Sin Tabaco que los Estados miembros cuenten con planes propios, así como políticas globales, según propone en el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica. También desde la Unión Europea se establecen líneas de acción de interés y compromiso para España.

Así, desde la Presidencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de fecha 30 de junio de 2001, se presenta en líneas básicas, la propuesta de un Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, para que sea elaborado conjuntamente por las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como acuerdo, se propone que dicho Plan Nacional sea elaborado por el Grupo de Trabajo de Tabaco, constituido en la Ponencia de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública, y formado por técnicos responsables en este tema de las Comunidades Autónomas y de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Departamento.

Con anterioridad, este Grupo de Trabajo de Tabaco cumplió su primer compromiso, elaborando el Informe sobre Tabaco, donde se recogía la descripción de la situación actual de las políticas e intervenciones, que las administraciones sanitarias del estado español desarrollan ante el tabaquismo, y ofrecer unas Recomendaciones que puedan orientar los programas de actuación y mejorar la situación.

El Informe de Tabaco, presentado en la Comisión de Salud Pública de septiembre de 2000, recoge como Recomendación básica la elaboración de un Plan Nacional de carácter intersectorial, en la línea propuesta por la OMS en los Planes de Actuación para una Europa sin Tabaco.

El presente Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, elaborado por el Grupo de Trabajo de Tabaco, pretende recoger aquellos aspectos fundamentales para el abordaje global del tabaquismo, desde una estructura lo menos compleja posible. Trata de acercar una cobertura útil para todos, con unos objetivos consensuados, alcanzables desde distintas estrategias. Tiene en cuenta las distintas situaciones y grados de desarrollo, planteando disminuir las desigualdades. Se dibuja como un plan dinámico, conociendo bien el punto de partida y sabiendo con claridad los objetivos que persigue, dispuesto a revisiones y nuevas propuestas.

Representa un marco nacional de actuación, que desde el liderazgo sanitario, cuenta con otras Administraciones y Departamentos ministeriales, con colectivos profesionales y con la participación social. Dispone una estructura que cuenta con amplia participación intersectorial, a la vez que un funcionamiento ágil y práctico.

Responde al compromiso del Ministerio de Sanidad y Consumo disponiendo de recursos humanos y materiales propios para la gestión del Plan y el desarrollo de actividades, y de las Comunidades y Ciudades Autónomas, que también dispondrán de los recursos específicos que estimen necesarios.

En cumplimiento del acuerdo del Consejo Interterritorial, el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo se presenta antes de finalizar el año en curso, para ser desarrollado en el periodo 2002-2006.

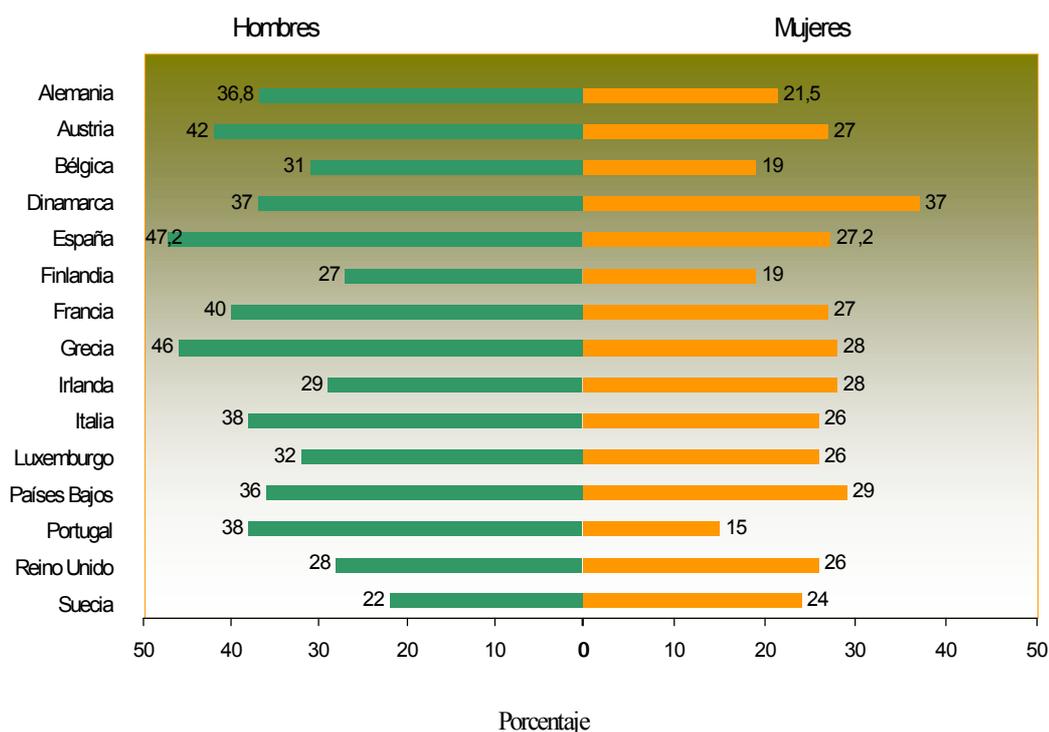
LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO

Introducción

El consumo de tabaco, fundamentalmente en forma de cigarrillos, se encuentra incorporado en los hábitos de conducta de nuestra sociedad de forma extensa desde los años treinta, coincidiendo con la expansión de la fabricación industrial del cigarrillo y su transformación en una rentable industria.

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de 1997 (ENSE 1997) la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 16 y más años es del 35,7%, lo que representa un ligero descenso respecto a la prevalencia de 1987 (Encuesta Nacional de Salud 1987, ENS 1987) que fue del 38%. Sin embargo, España es uno de los países de la Unión Europea que presenta un mayor prevalencia de consumo, tanto en hombres como en mujeres. (Figura 1)

FIGURA 1. Prevalencia del consumo de tabaco en hombres y mujeres. Estados de la UE. Población de más de 15 años



Fuente: Perfiles sobre tabaco de la UE. OMS Marzo 1996

Paralelamente a la generalización del consumo de tabaco empezaron a aparecer las primeras pruebas sobre su nocividad, el estudio epidemiológico del Doll y Hill en los años cincuenta, en el que se evidenció la relación entre el consumo de tabaco y el exceso de mortalidad, marcó el principio de una extensa lista de nuevos informes en

los que se ha relacionado al tabaco como factor de riesgo de un gran número de problemas de salud.

En los países industrializados, el tabaquismo se ha convertido en la primera causa de morbi-mortalidad evitable.

En España, durante el periodo 1978-1992, la mortalidad atribuible al tabaco se estimó en un 14% de la mortalidad total. Esto, junto al alto coste sanitario y social, y unido al hecho de que el tabaquismo es un factor de riesgo susceptible de prevención han convertido a “la reducción de la prevalencia de consumo del tabaco” en uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud de cualquier país de nuestro entorno socioeconómico.

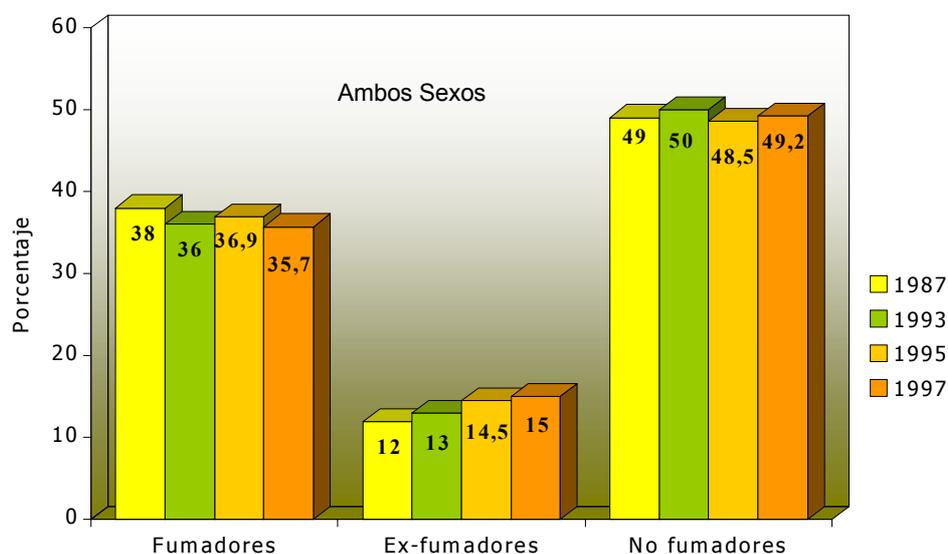
El tabaquismo, además de ser un hábito es una forma de drogodependencia. La nicotina, el principio activo del tabaco es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica.

La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento en la clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) y en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV).

Prevalencia del consumo de tabaco en España

En España, según los datos de la ENS 1997, la prevalencia del tabaquismo en la población española de 16 y más años, fue del 35,7%. Comparando con los resultados obtenidos en la ENS 1987, en la que la prevalencia fue del 38,1%, se observa un ligero descenso del consumo de tabaco en España (Figura 2).

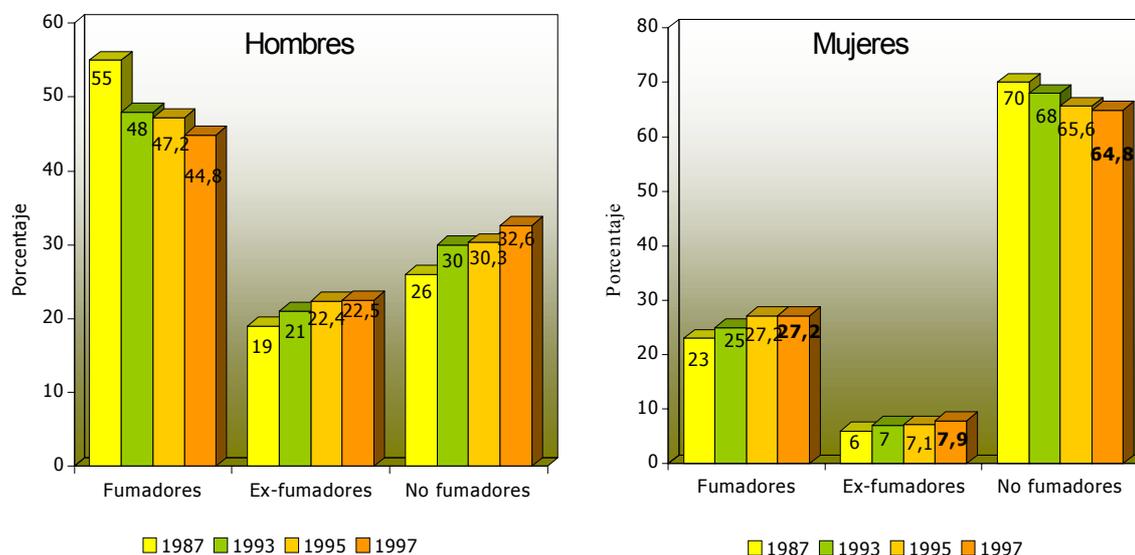
FIGURA 2. Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años. España, 1987,1993, 1995 Y 1997



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987,1993, 1995 y 1997

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el género y la edad. En la ENS 1997, el porcentaje de hombres fumadores fue del 44,8% y en las mujeres del 27,2%. Al analizar la evolución del tabaquismo en España de 1987 a 1997, podemos observar que el consumo de tabaco en los hombres ha descendido sensiblemente (de 55% a 44,8%), en contraposición al aumento que ha experimentado el consumo en las mujeres, de 23 a 27,2%. Este aumento de mujeres jóvenes fumadoras, previsiblemente tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias (Figura 3).

FIGURA 3. Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años según **sexo**. **España, 1987, 1993, 1995 y 1997**



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987,1993, 1995 y 1997

Por grupos de edad, el porcentaje de población fumadora más alta se observa en el grupo de 25 a 44 años (52,5%) seguido del grupo de 16 a 24 años (39,6%). Sin embargo, es en este último grupo en donde se ha producido el mayor descenso en el consumo de tabaco desde 1987. Desde 1987 a 1997, en todos los grupos de edad disminuyó la tasa de fumadores excepto en el grupo de 15 a 44 años.

Observando la tendencia durante este periodo, en cada uno de los dos géneros, se comprueba que dicho aumento se debió al ascenso producido en la prevalencia de tabaquismo en ese grupo de edad en el género femenino (Tabla 1).

TABLA 1. Evolución de la Prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes según edad.

Grupos de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1987	1997	1987	1997	1987	1997
16 a 24	51,8	39,6	54,5	39,4	49,0	39,8
25 a 44	48,9	52,5	64,2	57,9	33,6	47,1
54 a 64	28,0	27,4	54,0	43,7	5,1	12,5
65 y más	15,3	10,3	33,8	22,5	1,8	1,4
Total	38,4	35,8	55,1	44,9	22,9	27,2

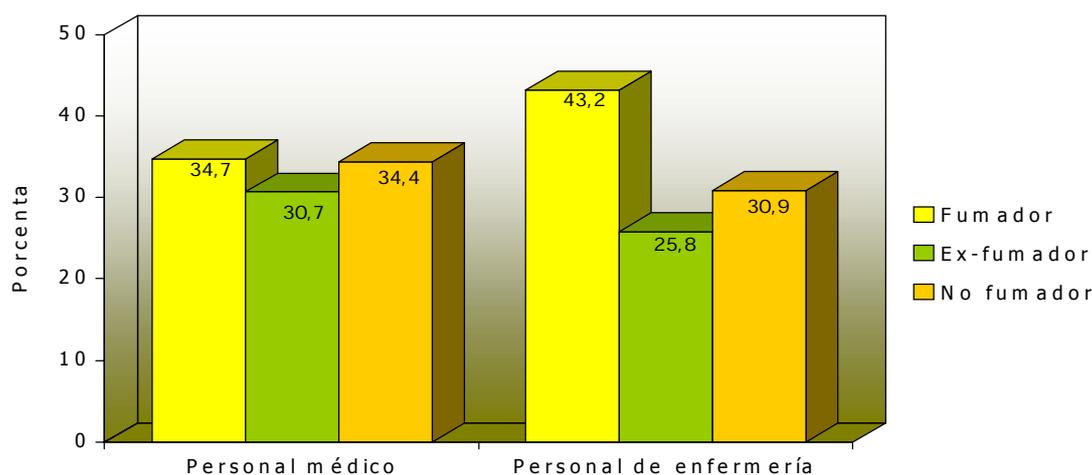
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987-1997

Un grupo de especial importancia son los adolescentes y los jóvenes. Según la última Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar, 2000 (Plan Nacional sobre Drogas), el 30,5% de los escolares de 14-18 años han fumado en el último mes y el 5% se definen como exfumadores. Las chicas tienen una prevalencia de consumo mayor que los chicos, 35,8% frente al 25,2%.

El consumo medio de cigarrillos es de 7 (el 47,5% consume de 1-5 cigarrillos al día). La edad media de inicio al consumo se sitúa en los 13,2 años.

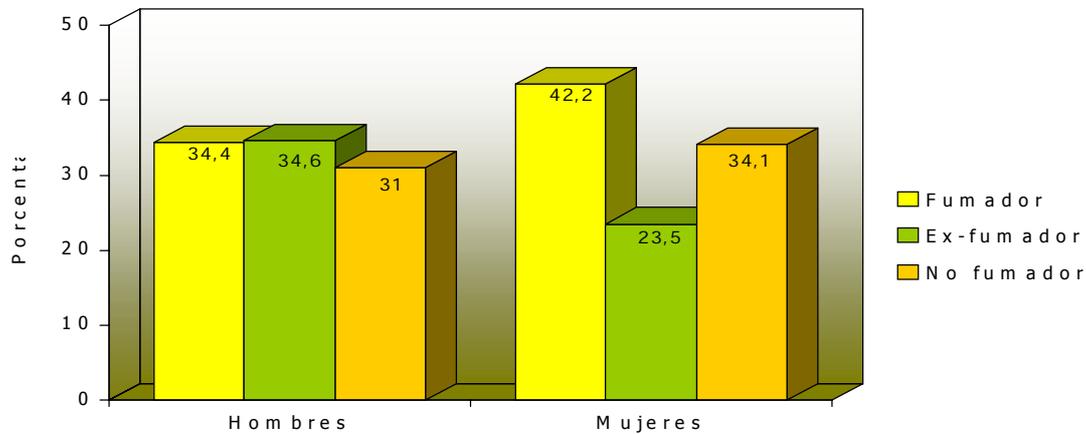
Por su importancia, tanto por su función modélica dentro de la sociedad como por su actuación profesional, se ha de resaltar el consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios. En 1998, el 38,9% de los sanitarios (médicos y personal de enfermería) eran fumadores, el 34,7% en el personal médico y 43,2% en el de enfermería (Figura 4).

FIGURA 4 Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios, según el nivel profesional. INSALUD, España 1998.



Según el género, la prevalencia de fumadores en los hombres sanitarios fue del 34,4% y del 42,2% en las mujeres (Figura 5).

FIGURA 5 Prevalencia del consumo de tabaco en el personal sanitario, según el género. INSALUD, España 1998.



Efectos del tabaco para la salud

a)- Morbilidad

El consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades y es el principal factor causante de aproximadamente el 30% de todos los cánceres: cáncer de pulmón (del que se estima que en un 85% de los casos es provocado por el tabaquismo), cáncer de la cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), y el cáncer de laringe, faringe, esófago, vejiga y riñones.

También de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Así mismo, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen unos riesgos adicionales para la salud específicos de su género. El tabaquismo contribuye a una reducción de la fertilidad e incrementa el riesgo de menopausia precoz, contribuye a la pérdida de calcio óseo y, a la osteoporosis en las mujeres en fase postmenopausica. El consumo de tabaco cuando se combina con el uso de anticonceptivos orales incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Se ha asociado el consumo de tabaco durante el embarazo con un mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones durante el embarazo, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato.

La exposición involuntaria al humo del tabaco, el tabaquismo pasivo, está provocando un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable para la población no fumadora. La población expuesta tiene un riesgo aumentado de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

La población infantil que está sometida al humo del tabaco ambiental presenta una mayor incidencia de infecciones de las vías respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías, asma, muerte súbita del lactante, etc.

b)- Mortalidad

En España, se estima que el consumo de tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas de 35 y más años, durante el periodo 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual.

En este mismo periodo, las muertes atribuibles al consumo de tabaco en población de 35 y más años, han pasado de 37.259 a 46.226, lo que representa un 24% de aumento en la mortalidad debida al consumo de tabaco. Un tercio de estas muertes fueron prematuras con la consiguiente pérdida de años potenciales de vida (entre 10 y 20 años por persona)

Aunque la mayoría de estas muertes ocurrieron en hombres (93,4% en 1992), hay que destacar que la mortalidad en las mujeres ha experimentado un aumento considerable entre 1978 y 1992, siendo el incremento anual promedio del 6%, frente a una disminución promedio de -0,2% en los hombres.

Costes sanitarios y sociales del consumo de tabaco

El Banco Mundial ha evaluado los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y de la morbilidad atribuibles al tabaquismo, estimando que un aumento de 1000 toneladas en el consumo de tabaco representa 2,6 millones de dólares de beneficios y 29,8 millones de costes. Esto supone una pérdida neta de 27,2 millones de dólares.

En 1988, se estimó que la sola reducción del consumo de tabaco en un 10% evitaría costes equivalentes al 0,18% del PIB en España.

Según un estudio realizado en el año 2001 por la Universidad Pompeu Fabra, se estimó que los costes sanitarios generados en España en el año 2001, por seis enfermedades atribuidas al consumo de tabaco (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y bajo peso al nacer) oscilaron entre 437.000 y 604.000 millones de pesetas.

Marco internacional de referencia

En la Primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco, celebrada en Madrid en 1988, se adoptó una Carta contra el Tabaco en la que se reconocía el derecho de la población a ser protegida, no sólo de las enfermedades causadas por el tabaco, sino también de la contaminación creada por el humo del tabaco. Se recomendaron diez estrategias a seguir para posibilitar los derechos establecidos en la citada Carta, así como las medidas a tomar para desarrollar cada estrategia.

La II Segunda Conferencia Europea y I Iberoamericana sobre Tabaco o Salud celebrada en Canarias en 1999 y el I Congreso Nacional sobre la Prevención y el Tratamiento del Tabaquismo celebrado en Sevilla en 2001, han ratificado las principales estrategias propuestas en la Carta de Madrid.

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es contundente: deben ponerse en marcha programas de disminución del tabaquismo que integren acciones educativas, legislativas y asistenciales.

La Oficina Regional Europea de la OMS incluyó entre los objetivos de la estrategia "Salud para Todos" la reducción del hábito de fumar (Objetivo 17), y el no consumo de tabaco (Objetivo 16). En el documento Salud 21, la OMS vuelve a incorporar entre sus prioridades las intervenciones para reducir el consumo de tabaco y los daños para la salud que se derivan del tabaquismo. En su objetivo 12, propone: reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco y en particular el objetivo 12.1 propone que para el año 2015, el porcentaje de no fumadores debe ser, al menos, el 80% entre las personas mayores de 15 años y prácticamente el 100% entre los menores de 15 años.

La Oficina Regional Europea de la OMS, en la 47 sesión del Comité Regional celebrado en Estambul en septiembre de 1997, acordó mediante Resolución, el "Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco (1997-2001)". Este Plan mantiene un movimiento europeo para reducir el consumo de tabaco, promocionar la salud, disminuir los costes y perjuicios ocasionados, y proteger a la población de las actividades de la industria tabaquera.

La Oficina Regional Europea de la OMS destaca que **una reducción en el consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía.**

Cada año, los productos del tabaco son responsables de 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la OMS. Se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, estos productos serán responsables de

2 millones de muertes anuales (20% de todos los fallecimientos) para el año 2020. Causan más de 25 enfermedades y provocan unas pérdidas económicas netas en el mundo de al menos 200.000 millones de dólares (USD) al año.

Para conseguir disminuir la elevada prevalencia (más del 30% en población adulta de la Región), se precisa reducir la accesibilidad tan extendida de los productos de tabaco, y poner especial atención a jóvenes y mujeres.

El Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco ofrece un conjunto de principios básicos a los Estados Miembros Europeos, para que continúen e intensifiquen su tarea y aseguren la necesidad de seguir explorando soluciones innovadoras para su implantación y estableciendo que todos los países de la Región Europea deberían, a partir de 1998:

En España, desde la publicación del Real Decreto 192/1988 del 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, se han venido incrementando las actividades dirigidas a disminuir el consumo de tabaco en todos los ámbitos sociales del Estado y de las comunidades autónomas. El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo pretende impulsar y coordinar todas las acciones encaminadas a controlar el problema del tabaquismo en España.

Conclusiones

En los últimos 15 años las diferentes administraciones y en especial los distintos gobiernos autónomos, han desarrollado Programas de actuación para la prevención del tabaquismo. Aunque su grado de desarrollo es heterogéneo y los recursos invertidos en su aplicación muy desiguales, estas iniciativas suponen sin duda oportunidades que favorecen e impulsan las políticas para la prevención y el control del tabaquismo que constituyen los objetivos prioritarios del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. La mayoría de las Comunidades y Ciudades Autónomas están realizando intervenciones que tienen básicamente los mismos objetivos y proponen fundamentalmente las mismas líneas de actuación.

Aunque es necesario reforzar las políticas de control del tabaquismo en España, aumentando los recursos tanto materiales como personales destinados a las actuaciones de prevención del consumo de tabaco y a reducir su prevalencia, la experiencia acumulada por todas las administraciones públicas en el desarrollo de este tipo de intervenciones y especialmente, los logros de aquellas comunidades que han podido llevar a cabo programas más sistemáticos de actuación, tienen gran utilidad para facilitar la eficacia de las políticas sanitarias del Plan Nacional de Control y Prevención del Tabaquismo.

La preocupación y actividad de numerosas asociaciones científicas y la progresiva implicación de las asociaciones civiles en las actuaciones destinadas a la prevención del tabaquismo, es sin duda otro instrumento de incuestionable valor que el Plan Nacional debe tomar en consideración.

Un ejemplo de la importancia de estos movimientos asociativos lo representa el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT). Actualmente lo constituye 24 organizaciones, principalmente asociaciones de profesionales sanitarios, que mantiene vínculos con otras organizaciones implicadas e interesadas en la prevención del tabaquismo. Además, forma parte de la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, que agrupa a coaliciones similares de los diversos países de la Unión Europea.

Desde su fundación, el CNPT ha trabajado para ampliar la prevención del tabaquismo en España y ha desarrollado acciones de educación e información dirigidas a la población, de trabajo con los profesionales de la salud, de colaboración con las autoridades sanitarias, y de contacto con los representantes políticos de la población.

La existencia del Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco y las iniciativas legislativas de la Unión Europea, son también aspectos que refuerzan y favorecen el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

El objetivo principal es conseguir la armonización entre las diferentes Administraciones para afrontar globalmente el control y prevención del tabaquismo, evitando la dispersión de competencias, la falta de sistemas de información suficientemente sistemáticos sobre las acciones realizadas, la relativa escasez de recursos disponibles para afrontar un problema de salud pública de tal magnitud, la falta de homogeneidad en algunos criterios de seguimiento, evaluación y atención al tabaquismo o las dificultades para realizar un seguimiento eficaz del cumplimiento de la normativa que regula la venta, el consumo, y la publicidad del tabaco.

Es necesario impulsar programas que eviten la incorporación al consumo (o al menos retrasen la edad de inicio) y también las actividades destinadas a disminuir la prevalencia del tabaquismo, facilitando la deshabituación de la población fumadora. Este descenso en la prevalencia es el único mecanismo para reducir un gran número de enfermedades y muertes, en su mayoría precoces, atribuidas al tabaquismo. Conviene que estas intervenciones, incluyan acciones específicas para evitar que la prevalencia del consumo de tabaco siga aumentando entre las mujeres.

Es fundamental que las intervenciones sean multisectoriales y de amplio alcance, para garantizar su máxima eficacia. Pero es también necesario que sean sólidamente mantenidas en el tiempo sabiendo que la reducción del consumo tardará un tiempo en reflejarse en la reducción de las enfermedades y las muertes asociadas al tabaquismo.

Todos los expertos señalan la importancia de mantener y mejorar estrategias de prevención y actividades de ayuda a los fumadores que desean abandonar el consumo de tabaco.

En todos los foros tanto nacionales como internacionales se ha puesto de manifiesto la necesidad de incrementar las actividades informativas y educativas, incrementar los desarrollos normativos, ampliando las restricciones para la venta, el consumo y la publicidad del tabaco, aumentar los recursos destinados a la deshabituación de los fumadores, incrementar la investigación para mejorar nuestro conocimiento sobre los factores que determinan el inicio y la consolidación del consumo de tabaco (especialmente en la población joven y entre las mujeres).

Sin duda el esfuerzo habrá de ser grande y somos conscientes de la existencia de poderosos obstáculos, sin embargo la gravedad del problema y la posibilidad de obtener importantísimas ganancias de salud, mediante políticas estables y comprometidas, nos obligan a intervenir decididamente.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) Washington, American Psychiatric Association, 1995.*
- Barnum HN. La política del Banco Mundial sobre el tabaco. IX Conferencia sobre el Mundial sobre el Tabaco en la Salud. París, 1994.*
- Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Saiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. Prev Tab 2000; 2(1): 22-31.*
- González Enríquez J, Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc) 1997; 109:577-582.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.*
- Ministerio del Interior. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2000. www.mir.es/pnd.*
- Organización Mundial de la Salud. Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.*
- Organización Mundial de la Salud. Se puede lograr: Una Europa libre de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.*

Organización Mundial de la Salud. Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco 1997-2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Organización Mundial de la Salud: Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

Organización Mundial de la Salud: Perfiles sobre tabaco en la Región Europea. Marzo 1996.

Rovira J, Escribano M. Estimación del impacto económico a largo plazo de una reducción del consumo de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva, World Health Organization, 1992.

Principios del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo

Principios fundamentales:

- Responde a un **compromiso institucional**.
- Está **liderado por las autoridades sanitarias** para promover y coordinar todas las acciones que se desarrollen en este campo.
- Participa de la **estrategia internacional de la OMS** en el Plan de Actuación para una Europa Sin Tabaco.
- Cuenta con un **enfoque global del problema**, promoviendo la colaboración intersectorial y estableciendo medidas graduales para disminuir las desigualdades.
- Pretende **promover la salud, la calidad de vida, y la participación social**.

Objetivos del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo

Objetivos Generales y *Específicos*:

1.- Disminuir la prevalencia tabáquica

- 1.1. *Prevenir la incorporación de nuevos fumadores***
- 1.2. *Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico***
- 1.3. *Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica***

2.- Proteger la salud de la población

- 2.1. *Evitar el tabaquismo pasivo***
- 2.2. *Potenciar los espacios sin humo***
- 2.3. *Fomentar la norma social de no fumar***

3.- Potenciar la coordinación y la participación

- 3.1. *Coordinación institucional***
- 3.2. *Colaboración intersectorial***
- 3.3. *Coordinación internacional***
- 3.4. *Participación social.***

Objetivo General 1 : Disminuir la prevalencia tabáquica

En el periodo 2002-2006, el número de fumadores y fumadoras de 16 años y más, se reducirá en 6 puntos porcentuales, situando la prevalencia por debajo del 30% para el año 2007.

En el año 2007, la progresión de personas fumadoras en el grupo de 16 a 25 años, habrá disminuido 6 puntos porcentuales, situándose por debajo del 34%.

Para el año 2007, la edad media de inicio en el hábito tabáquico se habrá retrasado a los 14 años.

Para el año 2007, la proporción de población exfumadora aumentará al menos en 6 puntos (21%).

Objetivos Específicos:

1.1.- Prevenir la incorporación de nuevos fumadores

1.2.- Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico

1.3.- Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica

Para alcanzar cada objetivo específico, se han definido una serie de actuaciones agrupadas en estrategias: Estrategia Informativa, Educativa/Formativa, Asistencial, legislativa, de Coordinación/Participación, y de investigación/Evaluación

Objetivo General 1 : Disminuir la prevalencia tabáquica

Objetivo Específico 1.1.: Prevenir la incorporación de nuevos fumadores

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir amplia y periódicamente la información sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud de los fumadores activos y pasivos, y los beneficios de no fumar, promoviendo el uso de las nuevas tecnologías de la información. • Mantener la información sobre legislación vigente en materia de tabaco. • Facilitar la información desde un enfoque multidisciplinar, integrándola en las diversas actividades de los servicios sanitarios, como de prevención de riesgos laborales, farmacias, movimientos comunitarios, ONGs, asociaciones de consumidores. • Difundir información sobre los efectos perniciosos de la exposición pasiva al humo del tabaco, destacando la especial importancia de no fumar durante el embarazo, ni en presencia de niños, ancianos y enfermos. • Sensibilizar a los padres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan en la adquisición de hábitos saludables. • Elaborar materiales de apoyo impresos y audiovisuales, con mensajes adaptados a las características de edad, género y rol, asegurando su distribución periódica y accesibilidad: centros sanitarios, docentes, de ocio, farmacias, etc. • Procurar el apoyo de los medios de comunicación social para realizar campañas coordinadas y periódicas,. • Potenciar la celebración del Día Mundial Sin Tabaco en todos los ámbitos, instalando mesas informativas en centros de salud y hospitales, realizando mediciones de monóxido de carbono en aire espirado. • Ofertar teléfonos gratuitos de información sobre prevención del tabaquismo.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar el desarrollo de programas de prevención del tabaquismo atendiendo las características de edad, género y rol. • Concienciar a padres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan, fomentando su implicación activa. • Facilitar formación a los profesionales sanitarios de Atención primaria y Especializada sobre el problema de salud pública que representa el tabaquismo y sobre las tendencias actuales en cuanto a la edad de inicio y el aumento del consumo en mujeres jóvenes, señalando la importancia de su intervención para evitar la adquisición del hábito en la población no fumadora. • Incentivar la intervención preventiva y educadora de los profesionales sanitarios, reforzando en la población (jóvenes, mujeres) el comportamiento de no fumar. • Facilitar formación al personal docente sobre prevención del tabaquismo, y potenciar la Educación para la Salud en la Escuela. • Patrocinar la realización de actividades culturales sin tabaco desde las Consejerías de Cultura.

	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir la formación específica sobre tabaco/salud y consejo antitabaco, en los centros de formación de profesionales sanitarios (Facultades de Medicina, Odontología, Escuelas Universitarias de Enfermería, etc.), prestando especial atención a la problemática del tabaco en la mujer, suministrando materiales de apoyo adecuados. • Formar al personal docente, monitores de tiempo libre y líderes juveniles sobre las ventajas y beneficios de no fumar, la publicidad y las técnicas de resistencia a la presión.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la intervención de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada, facilitando el Consejo Sanitario Antitabaco a los usuarios y reforzando el comportamiento de no fumar.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los lugares de trabajo (docentes, sanitarios, públicos y de ocio) como espacios libres de humo de tabaco. • Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre limitaciones de la venta y consumo de tabaco, contando con la participación de todos los sectores implicados: consumo, trabajo, educación, salud pública, policía municipal, guardia civil, etc.. • Establecer la prohibición de la publicidad directa e indirecta y el patrocinio de los productos del tabaco. • Excluir del Índice de Precios de Consumo (IPC), los productos del tabaco. • Ampliar el marco legislativo estatal, unificando la prohibición de venta de tabaco, a menores de 18 años. • Establecer medidas fiscales a nivel nacional de aumento del precio del tabaco. • Promover la supresión de máquinas expendedoras de tabaco, contemplando como única forma de adquisición de estos productos, la venta personalizada. • Prohibir la venta de cigarrillos sueltos, estableciendo como unidad mínima las cajetillas de 20.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar políticas de actividades de ocio para adolescentes y jóvenes en locales sin humo. • Establecer una política de espacios sin humo gradual encaminada a conseguir una sociedad libre de tabaco: sanitarios y docentes, públicos y de ocio, laborales y colectivos, etc. • Incentivar políticas de actividades de ocio para adolescentes y jóvenes en locales libres de tabaco. • Promover la acreditación como espacios sin humo de aquellos locales donde se realicen actividades de ocio principalmente para jóvenes y adolescentes. • Promover la participación de la comunidad, de colectivos sociales y asociaciones profesionales en el desarrollo de actividades de prevención del tabaquismo.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar la motivación, causas del inicio y la consolidación, del hábito de fumar en jóvenes y adolescentes, atendiendo a la edad y género. • Realizar estudios epidemiológicos y encuestas que faciliten información sobre las causas que motivan el consumo de tabaco.

Objetivo General 1: Disminuir la prevalencia tabáquica

Objetivo Específico 1.2.: Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir la información sobre los beneficios del retraso en el inicio del hábito tabáquico, especialmente en el entorno familiar y docente de los adolescentes y jóvenes.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar intervenciones en colaboración con las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos dirigidas a reforzar los conocimientos de los padres sobre tabaquismo, incidiendo especialmente en los beneficios del retraso del inicio. • Concienciar a los profesionales docentes y sanitarios en la importancia de retrasar la edad de inicio, para su intervención. • Diseñar programas de prevención del tabaquismo específicos para niños, adolescentes y jóvenes. • Realizar intervenciones en colaboración con las Asociaciones de madres y padres de Alumnos, dirigidas a reforzar los conocimientos sobre tabaquismo, incidiendo especialmente en los beneficios del retraso del inicio. • Facilitar formación al personal docente, monitores de tiempo libre y líderes juveniles sobre las ventajas y beneficios de no fumar, publicidad y técnicas de resistencia a la presión.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la intervención de los profesionales sanitarios en programas educativos comunitarios, reforzando el comportamiento de no fumar y los perjuicios que ocasiona el consumo de tabaco. • Fomentar el Consejo Antitabaco de modo sistemático, y su registro, en los servicios sanitarios.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el conocimiento y cumplimiento de la legislación respecto a la prohibición de vender tabaco a los menores de 18 años. • Restringir la accesibilidad y disponibilidad del tabaco, unificando en todo el territorio nacional la prohibición de venta de tabaco a los menores de 18 años. • Ampliar el marco legislativo estatal implantando la prohibición de la publicidad directa e indirecta y del patrocinio de los productos del tabaco. • Promover la supresión de las máquinas expendedoras de tabaco, delimitando como única forma de adquisición de estos productos, la venta personalizada. • Establecer medidas fiscales nacionales de aumento del precio del tabaco. • Prohibir la venta de cigarrillos sueltos y establecer como unidad mínima las cajetillas de 20. • Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre limitaciones de la venta y consumo de tabaco
Estrategia Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la acreditación como Espacios Sin Humo de aquellos locales donde se realicen actividades de ocio para jóvenes y adolescentes.

Participación	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar iniciativas y participación en proyectos de ámbito nacional e internacional que permitan el intercambio de conocimientos y estrategias de prevención del inicio (Clases Sin Humo, etc.).• Obtener el compromiso de autoridades, personalidades y otros líderes sociales, de no fumar en actos públicos.• Convocar anualmente subvenciones a proyectos y actividades de prevención del tabaquismo, promovidos sin ánimo de lucro, por colectivos de jóvenes y ONGs.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none">• Investigar la motivación y causas del inicio del hábito de fumar en jóvenes y adolescentes, según género.• Realizar encuestas que permitan conocer datos sobre el inicio y los factores influyentes, según género.• Desarrollar sistemas de información y monitorización que permitan la evaluación de las actuaciones.

Objetivo General 1: Disminuir la prevalencia tabáquica

Objetivo Específico 1.3.: Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la sensibilización, estimulando dejar de fumar y facilitando información sobre los medios de ayuda existentes. • Facilitar información adaptada a las características de los diferentes grupos poblacionales, resaltando los beneficios de no fumar más destacados en cada uno de ellos (jóvenes, mujeres, enfermos, colectivos modélicos, etc). • Concienciar a los padres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan, de la influencia que ejercen en su entorno, y de los beneficios de abandonar su dependencia. • Difundir información sobre los efectos del tabaco en la salud de los fumadores activos y pasivos, destacando la especial importancia durante el embarazo, en presencia de niños, ancianos y enfermos. • Elaborar mensajes para potenciar los espacios sin humo como factor contribuyente a la disminución y abandono del consumo de tabaco. • Ofertar teléfonos gratuitos de información y de apoyo al abandono de la dependencia tabáquica.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar el rol modélico de los profesionales sanitarios, incentivando a los profesionales sanitarios para que desarrollen programas de tratamiento de la dependencia tabáquica. • Desarrollar programas formativos específicos, dirigidos a colectivos modélicos (sanitarios y docentes), para ayudarles a dejar de fumar, y motivarles a su intervención profesional en sus respectivos ámbitos. • Promover los programas de ayuda al abandono tabáquico en el ámbito laboral.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar el reconocimiento sanitario de la dependencia tabáquica como enfermedad crónica y motivar el desarrollo de programas de apoyo al abandono del tabaco en Atención Primaria. • Garantizar el abordaje global y el tratamiento de la dependencia tabáquica mediante su inclusión en la prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. • Impulsar la cumplimentación de la historia de consumo de tabaco en la historia clínica y la aplicación y registro sistemático del Consejo Sanitario Antitabaco. • Garantizar la aplicación de la intervención mínima (Consejo sistematizado breve y firme al fumador, suministrando material de auto-ayuda y haciendo un seguimiento), que se ofertará a todos los usuarios fumadores que acuden al centro de salud independientemente de la patología que presenten. • Proponer la inclusión del tratamiento de la dependencia del tabaco de eficacia probada en la relación de productos

	<p>financiados por el sistema sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento homogéneos que permitan monitorizar y evaluar el desarrollo de esta actividad. • Elaborar materiales de autoayuda (guías para dejar de fumar) y asegurar una distribución y reposición adecuada y continua que garanticen la accesibilidad de todos los fumadores. • Regular las unidades de deshabituación tabáquica garantizando su acreditación, dotación de medios y de personal multidisciplinar formado, y estableciendo criterios de derivación. Tendrán funciones asistenciales, de formación de profesionales sanitarios y de investigación. Deberán estar integradas en la red de servicios de salud del SNS. • Promover la realización de programas de tratamiento de la dependencia tabáquica dirigidos a colectivos específicos: sanitarios, docentes, profesionales de los medios de comunicación, líderes sociales, etc. • Promover la puesta en marcha de programas de apoyo a través de nuevas tecnologías (internet). • Facilitar el desarrollo de otras intervenciones de apoyo al abandono del tabaco que hayan demostrado su eficacia. • Impulsar programas de ayuda desde los servicios de salud laboral, facilitando la asistencia del personal fumador a las consultas o programas en el horario laboral. • Elaborar programas específicos para mujeres embarazadas o que toman anticonceptivos orales, mediante los servicios de obstetricia, matronas, orientación familiar, preparación al parto, etc.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • incluir la vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente en materia de venta y consumo de tabaco entre las competencias de los distintos órganos inspectores implicados (consumo, trabajo, educación, salud pública, policía municipal, guardia civil, etc.). • Ampliar el marco legislativo estatal implantando la prohibición total de la publicidad directa e indirecta y el patrocinio de los productos del tabaco.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar las intervenciones que desde las organizaciones ciudadanas se desarrollan en este tema. • Establecer una política gradual de espacios sin humo (ámbito público, laboral, social y de ocio), instaurando en un principio salas para fumadores, hasta conseguir la totalidad de los espacios libres de humo de tabaco. • Incluir en la cartera de servicios de atención primaria el tratamiento de la dependencia tabáquica, asignando los recursos humanos y económicos específicos. • Establecer un sistema de acreditación de las Unidades de tratamiento de la dependencia tabáquica. • Impulsar la participación de los centros hospitalarios en la Red Europea de Hospitales Sin Tabaco, estimulándoles a desarrollar actividades establecidas en el Decálogo Europeo y a la acreditación de sus centros. • Promover la participación en programas de intervención comunitaria (Quit & Win, etc.).
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la investigación en el abandono de la dependencia tabáquica, atendiendo las características por grupos etáreos y de género. • Realizar estudios que permitan conocer los factores que influyen en el abandono, según edad y género.

Objetivo General 2 : Proteger la salud de la población

Para el año 2003, se hará realidad que los centros sanitarios y docentes sean espacios sin humo.

Para el año 2005 los lugares donde se dé un servicio o atención al público.

Para el año 2007, en todos los lugares de trabajo se habrán establecido políticas para evitar la exposición de los no fumadores al humo ambiental del tabaco.

Objetivos Específicos:

2.1. Evitar el tabaquismo pasivo

2.2 Potenciar los espacios sin humo

2.3 Fomentar la norma social de no fumar

Para alcanzar cada objetivo específico, se han definido una serie de actuaciones agrupadas en estrategias: Estrategia Informativa, Educativa/Formativa, Asistencial, legislativa, de Coordinación/Participación, y de investigación/Evaluación

Objetivo General 2 : Proteger la salud de la población

Objetivo Específico 2.1. Evitar el tabaquismo pasivo

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la población de las consecuencias de convivir en espacios donde otros fuman. • Fomentar los hogares y espacios de ocio sin tabaco. • Informar a la población sobre su derecho a respirar aire no contaminado por humo del tabaco. • Difundir la normativa sobre espacios sin humo.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer que la norma socialmente más aceptada sea la de no fumar. • Desarrollar actividades formativas dirigidas a los profesionales sanitarios, actualizando los conocimientos sobre la importancia del tabaquismo pasivo y favoreciendo su intervención. • Facilitar formación a los profesionales docentes, a madres y padres, sobre los perjuicios de la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco, motivando su intervención activa.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria la "intervención mínima sobre tabaquismo pasivo", preguntando a todos los pacientes sobre su exposición al humo de tabaco en el hogar o lugar de trabajo, aconsejando como minimizar el riesgo que conlleva.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la inclusión del humo ambiental del tabaco en el listado de sustancias nocivas ambientales. • Favorecer la creación de una medida comunitaria para clasificar el humo del tabaco en el ambiente, como agente carcinógeno del lugar de trabajo, a través de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Dado que no hay evidencia de existir un nivel seguro de exposición al humo ambiental del tabaco, no se aceptarán las estrategias de regulación de ventilación, diseño del espacio, etc., que se alegan para evitar el tabaquismo pasivo.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar iniciativas de colectivos comunitarios que promuevan el derecho de no fumar obligadamente. • Buscar alianzas entre los políticos y líderes de opinión, para que se manifiesten a favor de una sociedad libre de tabaco. • Fomentar en la población que las celebraciones privadas con asistencia de niños, sean sin tabaco.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la investigación y estudios epidemiológicos acerca del tabaquismo pasivo y su repercusión en la salud de la población. • Fomentar los estudios sobre la toxicidad de las sustancias contaminantes del humo ambiental del tabaco.

Objetivo General 2 : Proteger la salud de la población

Objetivo Específico 2.2. Potenciar los espacios sin humo

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar información y normativa sobre espacios sin humo, a la población general y a colectivos y sectores de la sociedad afectados de forma directa: empresas de transporte, administraciones públicas, centros docentes, sanitarios, sociales, deportivos, de ocio, etc. • Desarrollar campañas de información sobre los beneficios que conlleva la creación de ambientes sin humo y los riesgos que provoca el estar en ambientes contaminados por humo de tabaco. • Promover iniciativas que faciliten la información y el respeto por los espacios sin humo.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Promover programas formativos para el personal encargado de velar por el cumplimiento de la normativa (vigilantes, guardias de seguridad, celadores, etc.), para que la transmisión de sus mensajes sea adecuada y asertiva. • Fomentar actuaciones formativas en el ámbito laboral, dirigidas a las organizaciones sindicales y empresariales.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la intervención de los profesionales sanitarios, consiguiendo hacer realidad que los centros sanitarios sean espacios sin humo, como ejemplo y prioridad.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar los cambios legislativos necesarios para que toda persona vea respetado su derecho a respirar un aire sin humo de tabaco en todos los espacios públicos. • Velar por el cumplimiento de la normativa sobre espacios sin humo en los centros sanitarios, docentes, sociales, de atención al público, y en el ámbito de las administraciones públicas. • Potenciar una señalización adecuada en todos los espacios sujetos a regulación (prohibición de fumar o zonas para fumadores).. • Establecer los niveles de responsabilidad en la vigilancia de la normativa sobre espacios sin humo, diseñando mecanismos ágiles de inspección y respuesta a reclamaciones. • Promover los cambios legislativos para que en el sector de hostelería y restauración establezcan zonas diferenciadas y limitación del número de plazas para fumadores. • Promover que las entidades locales establezcan y hagan cumplir normas reguladoras sobre limitaciones del consumo de tabaco en espacios públicos. • Establecer los requisitos mínimos de los espacios habilitados para fumar, para que no perjudiquen la salud de los no fumadores.

Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none">• Potenciar que todos los actos en lugares cerrados promovidos o subvencionados por la administración pública, sean declarados sin humo.• Potenciar las actividades de promoción de espacios sin humo en el marco de la red de Ciudades Saludables.• Promover la participación de los sindicatos, unidades de prevención de riesgos laborales y colectivos sanitarios, en las políticas de espacios laborales sin humo.• Proponer a las asociaciones empresariales que consideren la provisión de espacios sin humo para trabajadores y clientes, como criterio de calidad en sus empresas.• Promover el establecimiento de zonas diferenciadas para fumadores en los establecimientos de restauración y hoteleros.• Promocionar con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, los reconocimientos a las tareas de personas o entidades, que se han distinguido por la promoción de los espacios sin humo.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none">• Crear un sistema de información sobre infracciones y sanciones que recoja las actuaciones de las autoridades locales, autonómicas y estatales, al objeto de conocer y evaluar el cumplimiento y seguimiento legislativo sobre espacios sin humo, en España.

Objetivo General 2 : Proteger la salud de la población

Objetivo Específico 2.3. Fomentar la norma social de no fumar

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> Mantener informada a la población de las ventajas de no fumar, de los perjuicios que ocasiona, y del derecho a respirar aire no contaminado por el humo de tabaco. Diseñar mensajes específicos dirigidos a los fumadores, concienciando sobre lo que representa la imposición de su hábito a los demás. Difundir información a la población, propiciando posiciones asertivas frente al tabaco, y anteponiendo el diálogo al enfrentamiento.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar actuaciones que favorezcan el sentido crítico de la población, desvelando las estrategias de la industria tabaquera tendentes a aumentar la aceptabilidad social del tabaco (minimizar los riesgos del tabaquismo pasivo, presentar como intolerantes a los no fumadores, etc.) Desarrollar programas que estimulen el diálogo desde una posición asertiva contra el tabaco, buscando el respeto hacia la opción de no fumar. Analizar críticamente las estrategias seguidas por la industria tabaquera para oponerse a la regulación de los espacios sin humo. Potenciar la actitud de respeto hacia la población que no fuma, formando parte de otras actividades de formación de hábitos saludables.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la intervención de los distintos profesionales, potenciando las actitudes saludables y facilitando los recursos para saber resistir a la presión de grupo, de la industria tabaquera, de la publicidad.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> Mantener informada a la población de las normas que deber ser cumplidas, y su exposición en puntos clave. Cumplir la legislación actual e ir ampliando el marco legislativo progresivamente. Facilitar mecanismos ágiles de consulta, inspección y sanción.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar el desarrollo de actividades comunitarias libres de tabaco, destacando el importante papel y apoyo de la ciudadanía. Propiciar la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, como una manifestación social mayoritariamente compartida frente al tabaco. Promover la participación activa de grupos sociales, sindicales y profesionales, en la creación de un clima social donde la norma más fácil sea no fumar.
Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Establecer un sistema de información que permita evaluar las acciones informativas, de cambio de actitudes, de percepción del riesgo, de cumplimiento de las normas, y de tramitación y resolución de las denuncias.

Objetivo General 3: Potenciar la coordinación y la participación.

En el primer trimestre de 2002, tras la aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, se constituirá la Comisión Intersectorial de Dirección del mismo.

Antes de finalizar el año 2002, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas deberán contar con un Plan de prevención y Control del Tabaquismo.

Objetivos Específicos:

3.1. Coordinación Institucional

3.2. Colaboración intersectorial

3.3. Colaboración Internacional

3.4. Participación social

Para alcanzar cada objetivo específico, se han definido una serie de actuaciones agrupadas en estrategias: Estrategia Informativa, Educativa/Formativa, Asistencial, legislativa, de Coordinación/Participación, y de investigación/Evaluación

Objetivo General 3: Potenciar la coordinación y la participación.

Objetivo Específico 3.1.- Coordinación Institucional:

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar una permanente información de la política de prevención y control del tabaquismo en España. • Disponer de la información en su conjunto del desarrollo del Plan Nacional y de las actuaciones realizadas en las Comunidades y Ciudades Autónomas. • Facilitar la información de las políticas internacionales en esta materia, desde los organismos responsables a los órganos del Plan Nacional. • Realizar informes periódicos por la Secretaría del Plan Nacional sobre el estado de situación y desarrollo del Plan Nacional. • Mantener actualizada la información por los Coordinadores Autonómicos de las actuaciones procedentes de sus respectivos ámbitos territoriales.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar al Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo del soporte jurídico oficial necesario y de la asignación de recursos humanos y materiales , para la consecución de sus fines, garantizando el funcionamiento de sus estructuras y organización. • Promover la armonización en el conjunto del Estado de la normativa existente sobre tabaco. • Garantizar el seguimiento y cumplimiento de la normativa vigente, potenciando un sistema ágil y eficaz en los procedimientos de inspección, control, y sanción.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Afianzar el liderazgo de la Administración Sanitaria dentro del conjunto de la Administración Pública, en la prevención y control del tabaquismo. • Desarrollar como principio fundamental del Plan nacional, la coordinación e integración de todas las acciones dentro de este marco general de actuación. • Establecer canales de diálogo permanentes con otros Departamentos y entidades de ámbito nacional, implicados en la prevención y control del tabaquismo, a través de los los mecanismos previstos en el Plan Nacional. • Garantizar el intercambio de información y experiencias, manteniendo un contacto directo y permanente entre la Secretaría del Plan y los Coordinadores Autonómicos. • Establecer los sistemas de información y los mecanismos de coordinación con los Planes Autonómicos de Prevención y Control del Tabaquismo. • Contemplar los distintos niveles de desarrollo de las políticas de prevención y control del tabaquismo en los respectivos ámbitos geográficos, potenciando aquellas con menor nivel de desarrollo. • Incrementar la coordinación con otras administraciones públicas, como Diputaciones, Ayuntamientos, Cabildos, etc.
Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

Objetivo General 3: Potenciar la coordinación y la participación

Objetivo Específico 3.2.- Colaboración Intersectorial

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una amplia difusión del Plan Nacional , que permita dar a conocer sus objetivos y actuaciones a todos los sectores de la sociedad, tanto a nivel nacional como autonómico y local. Canalizar y difundir la información nacional e internacional sobre políticas de tabaquismo, programas de formación, ayudas y proyectos de investigación, fomentando la participación en los mismos.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> Buscar la colaboración y apoyo en el cumplimiento de la legislación vigente, y en la elaboración de nuevas propuestas.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> Intensificar la colaboración de los colectivos profesionales y sociedades científicas, potenciando las actividades desarrolladas en materia de prevención del tabaquismo. Canalizar en los respectivos ámbitos autonómicos la coordinación con otros organismos y entidades competentes en este tema, en sus respectivas delimitaciones territoriales. Facilitar la colaboración de las diversas instituciones y entidades interesadas en la prevención y control del tabaquismo (Federación Española de Municipios y Provincias, de Consumidores y Usuarios, de Madres y Padres, etc.). Garantizar la participación de los distintos sectores implicados en la prevención y control del tabaquismo, en las estructuras previstas en el Plan Nacional. Establecer canales de diálogo permanentes con otros Departamentos y entidades implicados en la prevención y control del tabaquismo, a través de los mecanismos previstos en el Plan Nacional. Impulsar, con el patrocinio del Plan Nacional, la celebración de un encuentro anual en el que participen las entidades, asociaciones científicas, profesionales y ciudadanas y las Administraciones Públicas, interesados en la prevención y control del tabaquismo. Potenciar la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, planificando las actuaciones coordinadamente.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

Objetivo General 3: Potenciar la coordinación y la participación

Objetivo Específico 3.3.- Colaboración Internacional

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar información del Plan Nacional y el desarrollo de sus objetivos y actuaciones a los organismos internacionales. • Participar en los foros informativos internacionales relacionados con esta materia.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el grupo de Salud de la Comisión de la Unión Europea para la elaboración de la Directivas Comunitarias. • Participar y apoyar las orientaciones legislativas de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Contemplar como marco referencial el Plan de Actuación para una Europa Sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. • Apoyar al Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica de la Organización Mundial de la Salud con el apoyo. • Participar en los foros internacionales relacionados con la prevención y control del tabaquismo. • Apoyar y promover las estrategias de la Organización Mundial de la Salud en la prevención y control del tabaquismo. • Canalizar y difundir la información de proyectos y programas internacionales de investigación e intervención en la prevención y control del tabaquismo, fomentando la participación en los mismos. • Divulgar la información de programas de formación sobre tabaco y salud, programas de intercambio y de ayudas, etc. • Participar en la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, desarrollando las estrategias marcadas por la Organización Mundial de la Salud.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

Objetivo General 3: Potenciar la coordinación y la participación

Objetivo Específico 3.4.- Participación Social

Estrategias y actuaciones

Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir ampliamente la información del Plan Nacional a todos los sectores de la sociedad, tanto a nivel nacional como autonómico y local.. • Informar de la necesidad, oportunidad y mecanismos de participación en el desarrollo del Plan Nacional. • Llamar la atención de la población, informando insistentemente sobre los problemas ocasionados por el tabaquismo activo y pasivo.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> • Promover actuaciones que estimulen la conducta de no fumar como norma social, promoviendo el concepto de sociedades libres de tabaco. • Estimular el sentido crítico de la población, tomando en cuenta las estrategias y presiones existentes para el consumo de tabaco. • Realizar campañas formativas dirigidas a población general y colectivos específicos, concienciando sobre los daños ocasionados por el consumo de tabaco y la necesidad de colaborar en el cumplimiento de la legislación vigente. • Subvencionar programas formativos promovidos por colectivos sociales.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Exponer las medidas legislativas y sus objetivos como instrumentos necesarios de protección de la salud. • Buscar el apoyo en el cumplimiento de la normativa vigente. • Elaborar y distribuir materiales de apoyo sobre la legislación y los mecanismos para hacer eficaz su cumplimiento.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el movimiento ciudadano y asociativo interesado en la prevención y control del tabaquismo, apoyando sus actividades y fomentando la creación de nuevas organizaciones. • Facilitar la participación de organizaciones sociales, sindicales y de consumidores relacionadas con esta materia. • Subvencionar actividades realizadas por colectivos y asociaciones con motivo del Día Mundial Sin Tabaco.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

Estructura y funcionamiento

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo dependerá orgánica y funcionalmente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y contará con una Comisión Intersectorial de Dirección y un Comité Ejecutivo. En este último se integran la Secretaría Permanente y los Coordinadores Autonómicos.

1. Comisión Intersectorial de Dirección.

Composición:

- * El/la Titular del Ministerio de Sanidad y Consumo y que actuará de presidente/a:
- * Dos representantes del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- * El/la Directora/a General de Salud Pública y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- * Dos representantes de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS.
- * El/la Coordinador/a General del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.
- * Un representante de cada uno de los Departamentos de Educación, Trabajo y Asuntos Sociales, Hacienda e Interior.
- * Un representante del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- * Un representante de la Secretaría del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (con voz y sin voto).

Funciones:

Actuará como órgano de carácter colegiado, se reunirá al menos una vez al año y tendrá las siguientes funciones:

1. Ser el foro de encuentro de los distintos sectores interesados en la prevención y control del tabaquismo en España, para el consenso de las actuaciones en esta materia.
2. Establecer el seguimiento y desarrollo del Plan.
3. Establecer la coordinación de las actuaciones de los distintos sectores representados, canalizando la participación comunitaria.
4. Asegurar la financiación adecuada y distribución de los recursos para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

2. Comité Ejecutivo

Composición y funciones:

Estará formado por la Secretaría Permanente y los Coordinadores Autonómicos y tendrá las siguientes funciones:

1. Establecer las prioridades del Plan y las propuestas de líneas de actuación.
2. Elaboración de los presupuestos, acordando los criterios de distribución de los mismos entre los distintos órganos del Plan asegurando que los fondos asignados se destinan a las prioridades establecidas.
3. Realizar el seguimiento de las actuaciones acordadas.
4. Elaboración de los informes y memorias anuales de actividades tomando como referencia los informes y memorias realizadas en las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas.
5. Establecer los sistemas de información y evaluación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

2.1. Secretaría Permanente

Dependerá de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. Estará formada por el Coordinador General del Plan, tres técnicos (jefes de servicio) de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, y tres administrativos.

2.1.1. Coordinador General del Plan

Órgano unipersonal dependiente de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública del MSC que tendrá las siguientes funciones:

1. Actuar de Secretario Ejecutivo del Plan
2. Presentar propuestas para el desarrollo de las estrategias recogidas en el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.
3. Velar por el cumplimiento de los acuerdos.
4. Presentar a la Comisión Intersectorial de Dirección los presupuestos y los criterios de distribución de los mismos entre los distintos órganos del Plan.
5. Localizar y recabar financiación de otros organismos nacionales e internacionales.
6. Dinamizar los órganos de coordinación y las actuaciones del Plan.
7. Ostentar la representación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo en los foros técnicos nacionales e internacionales.
8. Difundir la Información generada en esta materia.

2.1.2. Personal Técnico de la Secretaría Permanente.

Sus funciones serán:

1. Dar soporte técnico al Coordinador.
2. Participar en la Comisión Intersectorial de Dirección.
3. Mantener la comunicación permanente y elaborar propuestas en colaboración con la red de coordinadores técnicos de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

4. Participar en los grupos de trabajo que se creen en el seno del Comité Ejecutivo.
5. Elaborar informes periódicos y la memoria anual de actividades.

2.2. Coordinadores Autonómicos

Cada Comunidad y Ciudad Autónoma dispondrá de un técnico de referencia como coordinador del Plan Nacional en su territorio.

Asesorías técnicas

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, a través de su Secretaría Permanente, recabará el asesoramiento técnico de expertos en las diferentes materias relacionadas con el tabaquismo que estime oportuno.

Inicialmente, durante el periodo de implantación del Plan, estas funciones asesoras serán ejercidas por el Grupo de Trabajo de Tabaco (Ponencia de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS, constituido por los técnicos de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra, Valencia, y un técnico de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del MSC).



Recursos humanos y económicos

Los recursos humanos con que se dotará el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo vienen recogidos en el capítulo de Estructura y Funcionamiento

Los recursos financieros a aportar anualmente por la Administración General del Estado serán para la estructura y funcionamiento del equivalente al **X%** de lo recaudado por los impuestos especiales de los productos de tabaco.

La aplicación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo está condicionada a la existencia en cada CCAA y CA de un Plan Autonómico por lo que éstas, deberán además dotar a sus respectivos territorios de los recursos humanos y financieros necesarios. Como mínimo se deberá contar con un Coordinador Autonómico y un técnico de referencia por área de salud u otra demarcación geográfica en función de la realidad de la CCAA o CA.

Además de la aportación económica del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo y los gastos en personal, se estima que cada CCAA y CA deberá contar con un presupuesto finalista dedicado a la Prevención y Control del Tabaquismo de cómo mínimo 0.25 euros per capita y año.

Evaluación

Sistema de información y evaluación

La evaluación del Plan Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo 2002 – 2006 constituirá una valoración de la puesta en marcha del plan y ayudara a valorar la pertinencia del mismo, estimando necesaria una aplicación progresiva de los mecanismos de evaluación, dada la imposibilidad de actuación simultanea e inmediata de todas las intervenciones estratégicas definidas por el Plan, ya que estamos hablando de un proceso que consume tiempo, dedicación a la organización, desarrollo y gestión.

Anualmente la Secretaría Permanente y la Red de Coordinadores Autonómicos del Plan realizarán una evaluación que contemplará:

1. **Estructura del Plan;** órganos de coordinación y su funcionamiento, recursos humanos (RRHH) y materiales (RRMM), desarrollo presupuestario y aquellos elementos que favorecen o condicionan la continuidad de la estructura del Plan.
2. **Proceso:** planificación y desarrollo de las estrategias básicas y de las actividades del Plan para la consecución de los objetivos operativos.
3. **Resultados:** que permitan contemplar el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos preestablecidos por el Plan (estado de salud y comportamientos

Se realizará una evaluación externa del Plan en dos tiempos:

1. Al finalizar el segundo año de la puesta en marcha del Plan, esta evaluación contemplará el diseño del Plan y la formalización y funcionamiento de los órganos de coordinación.
2. Al finalizar el Plan, la evaluación, además de los ámbitos descritos en el punto anterior, evaluará el nivel de consecución de los objetivos generales, específicos y operativos,

Para el desarrollo de la evaluación del Plan se contará con una dotación presupuestaria específica.

La Secretaría Permanente y la Red de Coordinadores Autonómicos del Plan elaborará la memoria anual que contemplará el grado de cumplimiento alcanzado de los objetivos previstos y el grado de ejecución presupuestaria. Esta memoria se presentará a la Comisión Intersectorial de Dirección, para su elevación al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS.

Indicadores de estructura

En el primer trimestre de 2002 se habrá publicado la norma que regule la creación, composición y funciones de los órganos de coordinación y participación así como los medios de financiación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo

En el segundo trimestre de 2002 se habrán constituido los órganos de coordinación previstos en el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo

Antes de 2003 todas las Comunidades y Ciudades Autónomas dispondrán, además del técnico responsable en materia de tabaco (representante en la Red de Coordinadores autonómicos), de al menos un técnico de referencia por el ámbito territorial que se determine, para el desarrollo de las actuaciones que se prioricen desde el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

Indicadores de proceso

Se determinarán en función a las actuaciones que se prioricen anualmente condicionadas por los recursos asignados.

Indicadores de resultados

Incluir fuentes de información que se utilizarán como referencia (ENS, EDIS, Encuesta en escolares de 14 a 18 años PND)

1. Prevalencia

% de fumadores por género y grupos de edad. (FD +FO)

$$\frac{\text{Nº Fumadores}}{\text{Población} \geq 16 \text{ años}}$$

% de fumadores habituales por género y grupos de edad. (FD)

% de fumadores ocasionales por género y grupos de edad. (FO)

% de ex fumadores por género y grupos de edad. (EF)

% de nunca fumadores por género y grupos de edad. (NF)

%s en población menor de 16 años por género

% de abandono $EF/(FD+FO+EF)$

Edad de inicio

Edad media de inicio del consumo de tabaco por género y grupos de edad(experimentación 1º cigarrillo // consumo diario)

2. Mortalidad

Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco global y por género y grupo de edad.

Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco por enfermedades y género y grupo de edad

3. Morbilidad :

Nº de consultas especializadas por diferentes patologías

4. Centros sanitarios

% de Hª clínicas que recogen el hábito tabáquico

% de Hª clínicas que recogen la aplicación del consejo/intervención mínima

% de Hospitales acreditados como Hospital sin tabaco. Categoría bronce

% de Hospitales acreditados como Hospital sin tabaco. Categoría plata

% de Hospitales acreditados como Hospital sin tabaco. Categoría oro

5. Profesionales Sanitarios

% de médicos que FD por grupo de edad y sexo

% de médicos que FO por grupo de edad y sexo

% de médicos que EF por grupo de edad y sexo

% de médicos que NF por grupo de edad y sexo

% de profesionales de enfermería que FD por grupo de edad y sexo

% de profesionales de enfermería que FO por grupo de edad y sexo

% de profesionales de enfermería que EF por grupo de edad y sexo

% de profesionales de enfermería que NF por grupo de edad y sexo

6. Espacios sin humo

% de centros sanitarios

% de centros docente

% de centros administrativos

% de empresas sin humo



