

Cantabria 2004-2007

Plan de Prevención y Control del Tabaquismo



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Plan de Prevención y Control del Tabaquismo en Cantabria (2004-2007)



Presentación

Cincuenta años después de la publicación del primer estudio que identificó el consumo del tabaco como factor causal del cáncer de pulmón, disponemos de suficiente evidencia científica como para conocer la magnitud de sus consecuencias para la salud.

La convicción de que el tabaquismo es la primera causa de muerte evitable obliga a la adopción de una serie de medidas que nos permitan sensibilizar acerca de los riesgos del tabaquismo activo y pasivo, prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras, retrasar la edad de inicio, proteger a los no fumadores del humo del tabaco y facilitar ayuda desde nuestro Servicio de Salud a los que desean dejar de fumar.

La tarea puede parecer complicada. Sin embargo, en 1935, España fue el primer país europeo en promulgar una ley de protección de los ciudadanos frente al humo del tabaco en espacios cerrados destinados a espectáculos públicos. Esta ley, que siempre ha sido respetada, nos demuestra que es posible adoptar medidas de control eficaces y aceptadas por los propios fumadores.

Y también es posible, tal y como El Plan de Prevención y Control del Tabaquismo en Cantabria 2004-2007 plantea, impulsar un cambio cultural que permita modificar las actuales normas sociales en torno al acto de fumar en aras a una convivencia más respetuosa y saludable.

Rosario Quintana Pantaleón

Consejera de Sanidad y Servicios Sociales

1	INTRODUCCIÓN	11
2	EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	15
2.1	Por qué el consumo de tabaco es un problema	15
2.2	El consumo de tabaco como factor de riesgo de enfermedad	16
2.3	Tabaquismo pasivo	18
2.4	El consumo de tabaco como generador de dependencia	19
2.5	Repercusiones económicas del tabaquismo	20
3	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO	23
3.1	Aumento del precio	23
3.2	Restricción de la promoción y la publicidad	24
3.3	Restricción del consumo en los lugares públicos y de trabajo.....	24
3.4	Programas de ayuda al fumador	25
3.5	Estrategias globales de control del tabaquismo.....	26
4	EPIDEMIOLOGÍA	29
4.1	Situación Mundial	29
4.2	Situación en Europa	30
4.3	Situación en España y Cantabria.....	32
5	MARCO NORMATIVO	53
6	OBJETIVOS Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN	57
6.1	Objetivos generales	57
6.2	Objetivos específicos.....	57
6.3	Líneas prioritarias de actuación	58
7	EVALUACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL PLAN	77
7.1	Evaluación del Plan.....	77
7.2	Financiación del Plan	77
8	COMISIÓN TÉCNICA	81
8.1	Composición.....	81
8.2	Funciones	82
9	BIBLIOGRAFÍA	85

Introducción



1. Introducción

El tabaquismo constituye el principal problema de salud pública de la mayor parte de los países desarrollados. En estos países el tabaco es reconocido como la primera causa de mortalidad y morbilidad prematuras prevenibles. Se le atribuyen entre un 15 y un 20% del total de muertes. Por ello, la prevención del tabaquismo es uno de los programas prioritarios de salud pública de la Unión Europea y de la OMS.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria lo considera también un problema prioritario de salud. Por este motivo ha impulsado el desarrollo desde el año 2003, a través de la Dirección General de Salud Pública, de una política preventiva integral y sostenida para el control del tabaquismo en nuestra comunidad.

El desarrollo de las intervenciones y los objetivos del Plan de Prevención y Control del tabaquismo de Cantabria 2004-07 se plasma en este documento. Al mismo tiempo que se evalúa la magnitud del problema del tabaquismo en sus vertientes sanitarias y económicas, se analiza la evolución del consumo de tabaco en el mundo, en España y en Cantabria, y la legislación que lo regula, así como las medidas de control más efectivas para disminuir la prevalencia de su consumo.

Las intervenciones que se deben llevar a cabo se extienden a diversas áreas: legislativa, informativa, educativa, laboral, asistencial, formativa y de investigación.

Por este motivo, para la elaboración y el desarrollo de este Plan de Prevención y Control del Tabaquismo en nuestra Comunidad, se ha contado con la colaboración inestimable y fundamental de una comisión, integrada por profesionales involucrados en la prevención del tabaquismo y/o que representan a alguna de las áreas de intervención donde se pretende implementar actividades a lo largo de los cuatro años de vigencia del plan. Esta comisión está abierta a la incorporación de nuevos profesionales según las áreas de actuación donde se lleven a cabo las intervenciones.

El Tabaquismo Como Problema de Salud Pública



2. El Tabaquismo Como Problema de Salud Pública

2.1. POR QUÉ EL CONSUMO DE TABACO ES UN PROBLEMA

El tabaco presenta dos características que al darse conjuntamente lo convierten en un grave problema de salud. Por una parte, el tabaco es muy adictivo y, por otra, el tabaco es altamente tóxico. Si fumar fuera poco tóxico, sería irrelevante que fuese adictivo. De manera similar, si fumar no fuera adictivo, sería relativamente irrelevante que fuera tóxico o no: cada persona podría reducir o eliminar su consumo cuando quisiera, siendo así realmente libre, tanto para fumar como para dejar de hacerlo.

Desgraciadamente, fumar es una actividad adictiva con una alta toxicidad. Es una dependencia relativamente fácil de adquirir y bastante difícil de dejar. Esto posibilita que se manifieste su gran toxicidad. Actualmente se sabe que, si no lo dejan, la mitad de los adultos fumadores morirán por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Hay que resaltar que lo que realmente representa un problema de Salud Pública es fumar cigarrillos, ya que son éstos los que presentan una alta toxicidad y adictividad. Fumar puros, tabaco de pipa y de mascar, aunque también son tóxicos y adictivos, tienen un impacto mucho menor en la salud.

Así, el consumo crónico de cigarrillos es altamente tóxico. Ocasiona más muertes al año que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos: de cada 1000 muertes en España, en una la causa será las drogas ilegales, en dos el SIDA, en 20 los accidentes de tráfico y en 154 el tabaco (*Figura 1*). Además estas muertes serán en una alta proporción prematuras, (alrededor del 40% de las muertes ocasionadas por el tabaco ocurren entre los 35 y los 65 años).

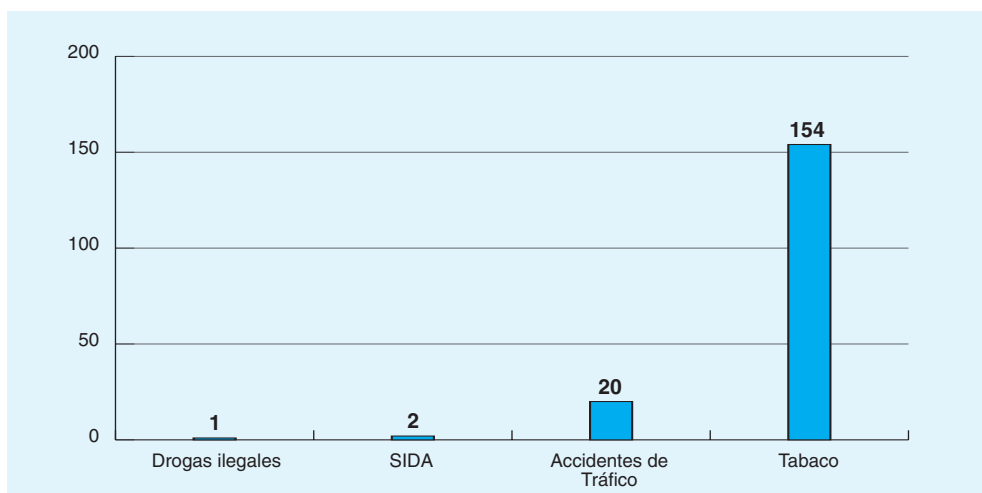


Figura 1. Algunas causas de muerte en España de cada mil muertes

Según los últimos estudios, la mortalidad en España atribuible al tabaco se estima en 55.000 personas/año.

Además de mortalidad prematura, el tabaco ocasiona un aumento de morbilidad y pérdida de calidad de vida. Es, por ejemplo, el factor responsable del 95% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Por otro lado, el tabaco perjudica la salud de las personas que no fuman, (aproximadamente el 60% de los no fumadores son fumadores pasivos). Diversos estudios han demostrado que el aire contaminado con el humo del tabaco (AHT) aumenta el riesgo de padecer distintas enfermedades, especialmente en la población infantil, donde aumenta el riesgo de padecer neumonías, bronquitis, otitis, asma, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante. En los adultos también aumenta el riesgo de muerte: el 1% de las muertes atribuibles al tabaco se producen en fumadores pasivos. La OMS ha determinado que el AHT debe ser considerado como un agente carcinogénico.

2.2. EL CONSUMO DE TABACO COMO FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD

La tasa general de mortalidad de los fumadores de un paquete de cigarrillos diario es prácticamente un 100% más alta que la de los no fumadores. Este exceso de mortalidad se correlaciona con el número de cigarrillos consumidos, los años de consumo y la profundidad de la inhalación. Dejar de fumar disminuye este riesgo. Esta disminución se observa ya desde el primer año; diez años después del cese, la tasa de mortalidad de ex-fumadores y de no-fumadores es similar.

En líneas generales, aunque con variaciones geográficas, las muertes atribuibles al consumo de tabaco pueden dividirse esquemáticamente en: un 40% son producidas por las enfermedades cardiovasculares; un 20%, por el cáncer de pulmón y un 5% por otros cánceres; un 25% por las enfer-

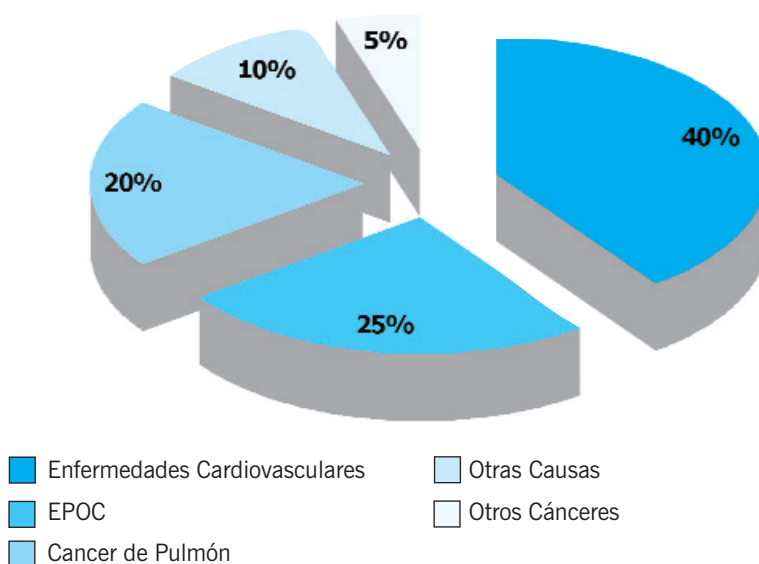


Figura 2. Muertes atribuibles al consumo de tabaco

medades pulmonares (sobre todo EPOC), y el 10% restante por otras causas, accidentes o enfermedades (Figura 2).

Enfermedades cardiovasculares. Entre las enfermedades cardiovasculares asociadas con el consumo de tabaco se encuentran:

- *Cardiopatía isquémica.* Los fumadores tienen aproximadamente el doble de probabilidades de padecer cardiopatía isquémica que los no fumadores. El 30% de las muertes por enfermedad coronaria se atribuyen al tabaco. El consumo diario de un único cigarrillo incrementa un 30% la mortalidad por esta causa.
- *Enfermedad cerebrovascular.* El riesgo de los fumadores de padecer estos procesos es un 50% mayor. En el caso de los hipertensos el riesgo es 10 veces superior.
- *Enfermedad arterial periférica.* Provoca diferentes grados de alteraciones en extremidades, además de ser la responsable del mayor riesgo de disfunción eréctil que presentan los fumadores.
- *Enfermedades tumorales.* Entre las enfermedades tumorales asociadas con el tabaquismo se encuentran: 1) pulmón, 2) laringe, 3) labio, boca y faringe, 4) esófago y estómago, 5) riñón y vejiga, y 6) otros. En la mayor parte de los casos el tabaco es la causa; en otros sólo se sabe que estos cánceres son más frecuentes en fumadores, aunque no se sabe por qué.
- *Enfermedades respiratorias.* Aunque no son tan temidas, las enfermedades respiratorias no tumorales ocasionan una gran mortalidad y, sobre todo, un gran deterioro en la calidad de vida del paciente. Entre ellas destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad respiratoria inespecífica crónica y la hiperreactividad bronquial.
- Existen también *otras enfermedades* que se relacionan directamente con el consumo de tabaco, o que son agravadas por el tabaco, por lo que su consumo está especialmente contraindicado en ellas. Entre éstas se encuentran la úlcera gastro-duodenal, la osteoporosis, la diabetes, enfermedad oral y periodontal y otras, como el déficit de alfa-1-antitripsina.

2.2.1. Patología específica según sexo

La mortalidad derivada del consumo de tabaco en hombres y mujeres no se produce, en general, por patologías específicas. Sí hay diferencia en las causas más frecuentes de mortalidad. En los hombres la mayor parte de la mortalidad se produce por cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y EPOC, mientras que en las mujeres procede de enfermedad cardiovascular, EPOC y diversos cánceres. Especialmente grave es la tendencia creciente del cáncer de pulmón en mujeres (en el año 1980 era un 3% y en el año 2000 un 10%).

No obstante, el tabaquismo puede también ocasionar diversas patologías específicas según el sexo, así como afectar de forma diferente a mujeres y hombres en otros aspectos (osteoporosis, tabaquismo pasivo o potenciación de efectos adversos de anticonceptivos orales).

En el caso de los hombres lo más relevante es la *disfunción eréctil* debido a la aterosclerosis

derivada del consumo de tabaco.

En la mujeres ocasiona:

- *Problemas en la menstruación.* Son más frecuentes reglas irregulares y dismenorrea, además de menopausia precoz.
- *Cánceres específicos.* Las fumadoras presentan doble riesgo relativo de desarrollar cáncer de cuello uterino.
- *Osteoporosis.* Las mujeres fumadoras presentan más problemas de osteoporosis y, en consecuencia, un mayor porcentaje de fracturas, lo cual afecta notablemente a su calidad de vida y al grado de invalidez.
- *Efectos estéticos.* La halitosis, las manchas en los dedos y en los dientes, la aparición de más arrugas, el aspecto más apagado de la piel, aunque no son efectos que se produzcan específicamente en la mujer, a éstas le preocupan más.
- *Problemas en la reproducción.* Las fumadoras presentan un mayor riesgo de infertilidad de origen tubárico, de embarazo ectópico y aborto, de parto pretérmino, de placenta previa y de desprendimiento prematuro de placenta.
- *Problemas en el recién nacido y lactante.* Bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante son dos complicaciones frecuentes en hijos de fumadoras.

2.2.2. Patología psiquiátrica y consumo de tabaco

Cada vez existe una mayor evidencia de la asociación entre tabaquismo y patología psiquiátrica, aunque aún no se han establecido claramente las posibles relaciones de causalidad. Por un lado, se observa que la prevalencia de tabaquismo en pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico es muy alta (es llamativo, por ejemplo, en esquizofrenia, heroinomanía, alcoholismo, depresión, trastorno bipolar y trastorno de estrés post-traumático). Por otro lado, los fumadores tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos psiquiátricos, sobre todo depresivos. De hecho, los pacientes con depresión fuman más, los fumadores tienen más posibilidades de desarrollar una depresión y es frecuente la aparición de cuadros depresivos tras el cese del consumo de tabaco.

2.3. TABAQUISMO PASIVO

Compartir un espacio con alguien que fuma expone a quienes no fuman al aire contaminado por humo de tabaco. Se denomina tabaquismo pasivo al hecho involuntario de respirar ACHT. Para la mayor parte de la población esta exposición pasiva ocurre fundamentalmente en el hogar y en el medio laboral.

Un cigarrillo en combustión produce dos tipos de humo: 1) el humo llamado de la corriente principal, que los fumadores inhalan y exhalan del cigarrillo; y 2) el humo de la corriente lateral o secun-

daria, que va directamente al aire mientras el tabaco se consume. Éste último constituye el 75% del ACHT y contiene mayores niveles de componentes dañinos que el humo principal, ya que es fruto de una combustión más incompleta por producirse a menor temperatura.

En el ACHT han sido detectadas más de 4000 sustancias químicas. Algunas de éstas son irritantes para los ojos y las vías respiratorias superiores (acroleína, formaldehído, amoníaco, cianuro de hidrógeno, óxido de azufre). Contiene además más de 40 compuestos cancerígenos (hidrocarburos policíclicos aromáticos, nitrosaminas, cloruro de vinilo, arsénico, polonio-210).

Mientras que –por la mayor y más continua exposición– los fumadores se habitúan al humo del tabaco, los no fumadores sufren alteraciones al estar expuestos al mismo. La mayoría de los no fumadores perciben molestias tras estar expuestos a concentraciones moderadas de ACHT. Así, pueden experimentar irritación de ojos, dolor de cabeza, mareos, cansancio, dolor de garganta, náuseas, tos, o dificultad respiratoria.

Actualmente, está documentada la relación entre la exposición pasiva al humo del tabaco y enfermedad. El tabaquismo pasivo produce:

- *Enfermedades en niños.* Los niños presentan una mayor vulnerabilidad que los adultos al ACHT. En ellos está debidamente documentado que la exposición al ACHT aumenta el riesgo de padecer bronquitis y neumonía, asma bronquial y exacerbaciones del asma, infecciones del oído medio y otitis media purulenta, que es la causa más común de sordera infantil.
- *Síndrome de Muerte Súbita del lactante.* El hecho de que la madre fume durante el embarazo aumenta un 50% las probabilidades de que el niño sufra este síndrome. Este riesgo se incrementa si después del parto la madre sigue fumando. En este último caso influye también que el padre sea fumador, pero es mayor la influencia de la madre, probablemente porque los niños pequeños pasan más tiempo con sus madres.
- *Enfermedades en adultos.* Resumidamente puede decirse que entre los adultos que no fuman, la exposición involuntaria al ACHT aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón y otras enfermedades respiratorias, existiendo también un incremento en el riesgo de padecer enfermedades coronarias y cerebro-vasculares, lo que desde un punto de vista de salud pública es potencialmente más grave.

2.4. EL CONSUMO DE TABACO COMO GENERADOR DE DEPENDENCIA

Hay fumadores que no son dependientes de la nicotina: son simples consumidores regulares de labores de tabaco que, cuando lo deseen, pueden abandonar su consumo fácilmente. Estas personas presentan la conducta de riesgo (el consumo de tabaco), pero no presentan una dependencia.

Sin embargo, esto no es lo más frecuente: la mayor parte de los consumidores regulares de labores de tabaco (sobre todo, de cigarrillos), son dependientes de la nicotina (en un sentido más amplio, del tabaco). De hecho, los cigarrillos y las demás labores de tabaco pueden ser considerados como instrumentos para la administración de nicotina.

Como el resto de las sustancias adictivas, la nicotina posee propiedades reforzadoras. Esto hace

que el mero contacto con ella aumente las posibilidades de volver a intentar experimentarlo. El consumo repetido da lugar a que éste se vaya asociando con diversas circunstancias, estados de ánimo, actividades o situaciones, ocasionando de esta manera la génesis de una dependencia; dependencia que puede ser variable en intensidad, pero que dificulta la eliminación del consumo.

En sí, la dependencia no agrava la toxicidad del tabaco. Lo que sí hace es disminuir las posibilidades de cesación cuando quienes fuman intentan dejarlo; por ello, indirectamente facilita que se manifieste la toxicidad crónica derivada del consumo.

2.5. REPERCUSIONES ECONÓMICAS DEL TABAQUISMO

El tabaco, además de las consecuencias sanitarias, representa una enorme carga económica. El Banco Mundial estima que el gasto sanitario por tabaquismo oscila entre el 6 y el 15% del gasto sanitario total en los países desarrollados. Según datos de la Unión Europea entre 98.000 y 130.000 millones de euros al año.

En 1998, se estimó que la reducción del consumo de tabaco en un 10%, evitaría costes equivalentes al 0,18% del PIB en España.

Un estudio de la Universidad Pompeu Fabra ha estimado que los costes directos por seis enfermedades atribuibles al tabaco (cáncer de pulmón, EPOC, asma, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y bajo peso al nacer), están entre 2.600 y 3.600 millones de euros.

El estudio del Banco Mundial sobre las repercusiones del tabaco en la economía mundial (1999) concluyó que el balance costes-beneficios de la industria global del tabaco era claramente negativo.

La OMS considera que conseguir disminuir el consumo de tabaco en el mundo es la principal medida de salud pública para mejorar su salud y su economía.

Prevención y Control del Tabaquismo



3. Prevencción y Control del Tabaquismo

La prevencción en tabaquismo se encamina a conseguir una incorporación más tardía al consumo, como objetivo intermedio y, como objetivo final, la disminución global del número de consumidores. Para ello, al igual que en otras sustancias de abuso, pueden tomarse medidas que vayan dirigidas a disminuir la demanda, o medidas que tiendan a reducir la oferta.

Entre las medidas encaminadas a la reducción de la demanda se encuentran: 1) las restricciones de la publicidad y promoción, tanto directa como indirecta, 2) el aumento del precio del tabaco, 3) la limitación del consumo de tabaco en lugares públicos y de trabajo, 4) la participación de personajes claves de la sociedad con una postura contraria al consumo, 5) una adecuada información y, sobre todo, educación sanitaria a la población y 6) la ayuda a los fumadores que deseen dejar de fumar.

Entre las medidas más adecuadas para reducir la oferta de tabaco en una comunidad se encuentran: 1) la restricción de la venta de tabaco a menores, 2) la regulación de los puntos y las formas de venta y 3) el control de los nuevos productos de las compañías tabaqueras.

Después de este análisis general de control del tabaquismo, si se analizan cuáles son las medidas más eficaces para disminuir la prevalencia de tabaquismo en una población determinada, diferentes estudios señalan que la medida más eficaz es aumentar el precio del tabaco; la segunda medida es la restricción de su publicidad y patrocinio; la tercera la restricción de su consumo en los lugares de trabajo; y la cuarta ayudar a los fumadores a dejar esta adicción.

Un abordaje eficaz del tabaquismo como problema de salud pública requiere que éste sea integral, siendo necesariamente multidisciplinar, ya que las intervenciones deben llevarse a cabo en diferentes áreas.

3.1. AUMENTO DEL PRECIO

El incremento en el precio del tabaco es la medida más eficaz para disminuir la prevalencia del consumo en una población. Un informe del Banco Mundial, basándose en experiencias de diversos países, concluye que un incremento del 10% en el precio reduce el consumo aproximadamente un 4% en los países desarrollados y un 8% en los países en vías de desarrollo. Al igual que en otras sustancias adictivas, es sobradamente conocido que una mayor disponibilidad y un menor precio son factores favorecedores tanto del consumo experimental como del consumo crónico.

Los fumadores más afectados por un incremento en el precio son aquellos con una dependencia menos instaurada: aquellos que son consumidores de nicotina sin ser dependientes (o sin serlo en un gran grado) y aquellos que llevan poco tiempo consumiendo. Los jóvenes son,

por tanto, quienes más ven reducido su consumo de tabaco al subir los precios. Para hacer más accesible el consumo de tabaco a los jóvenes, las compañías tabaqueras han lanzado marcas más baratas (llamadas no casualmente “de iniciación”), y paquetes con menos cigarrillos, a un precio incluso proporcionalmente más asequible (con algunas marcas resulta más barato comprar dos cajetillas de 10 cigarrillos que una de 20).

El principal inconveniente técnico para una subida de los impuestos del tabaco es la inclusión de éste en el índice de precios al consumo (IPC), ya que una potencial subida repercutiría en las tasas de inflación, con las implicaciones económicas, salariales y laborales que esto conlleva. Por este motivo, hay gobiernos que han propuesto la salida del tabaco del IPC, lo cual -por sus múltiples repercusiones- es un tema polémico.

3.2. RESTRICCIÓN DE LA PROMOCIÓN Y PUBLICIDAD

El segundo factor que más repercute en la reducción del consumo es la restricción de la promoción y la publicidad: éste es el vector de transmisión del consumo e, indirectamente, de la adicción. Como señaló Gro Harlem Brundtland, directora de la OMS hasta 2003 *“el tabaquismo es una pandemia que se transmite a través de la publicidad y de las campañas promocionales a las que la industria del sector dedica cada año millones de dólares”*.

Al igual que el incremento de precios, la restricción de la publicidad afecta fundamental –no exclusivamente- a quienes no consumen aún. Su carácter es primariamente preventivo. Pero además, también afecta a aquellos consumidores con una dependencia menos instaurada y evita las posibles recaídas en aquellas personas que han dejado de fumar recientemente.

3.3. RESTRICCIÓN DEL CONSUMO EN LOS LUGARES PÚBLICOS Y DE TRABAJO

La restricción del consumo en los lugares públicos y, en concreto, en los lugares de trabajo es otra de las medidas eficaces para disminuir la prevalencia de tabaquismo en una población. Su eficacia viene determinada porque sirve para desnormalizar la conducta de fumar: hacerla menos normal y menos deseable para aquellos que aún no la han adquirido. Al igual que las medidas anteriormente citadas afecta fundamentalmente a aquellas personas con una dependencia menos instaurada.

Si bien la restricción del consumo en los lugares de trabajo ocasiona que muchos fumadores se replanteen su consumo y lo intenten dejar, la razón fundamental para la implantación de espacios libres de humo es la protección a la población general del ACHT. Los no fumadores (y los fumadores) tienen el derecho a proteger su salud evitando este agente contaminante; derecho que las autoridades tienen la obligación de defender.

Adicionalmente, las restricciones de las circunstancias de consumo ayudan a los fumadores a adquirir un cierto control sobre su dependencia: en todas las adicciones es más fácil abandonar el consumo de una sustancia si anteriormente se habían prefijado -dentro de unos límites- cuándo se podía

consumir y cuándo no (madres que no fuman en presencia de sus hijos, personas que no fuman en sus vehículos, por ejemplo).

Las restricciones del consumo en el lugar de trabajo tienen una gran importancia porque es el lugar donde la mayoría de las personas pasan más tiempo (hasta un 50% del tiempo que permanecen despiertos).

3.4. PROGRAMAS DE AYUDA AL FUMADOR

Tratar a los fumadores también reduce, evidentemente, la prevalencia de tabaquismo en la población. Aunque su impacto en cuanto a prevalencia poblacional, es menor que las tres medidas anteriormente citadas. Sin embargo es la medida más eficaz para reducir la morbimortalidad derivada del tabaco a corto y medio plazo. Como se muestra en el esquema muy simplificado de la figura 3 (figura tomada de Henningfield & Slade, 1998), el incremento de precios, la restricción de la publicidad y otras medidas preventivas presentan un impacto bastante reducido en la mortalidad de los próximos 20-30 años, a no ser que se acompañen de medidas encaminadas directamente a ayudar a los fumadores a dejar su dependencia.

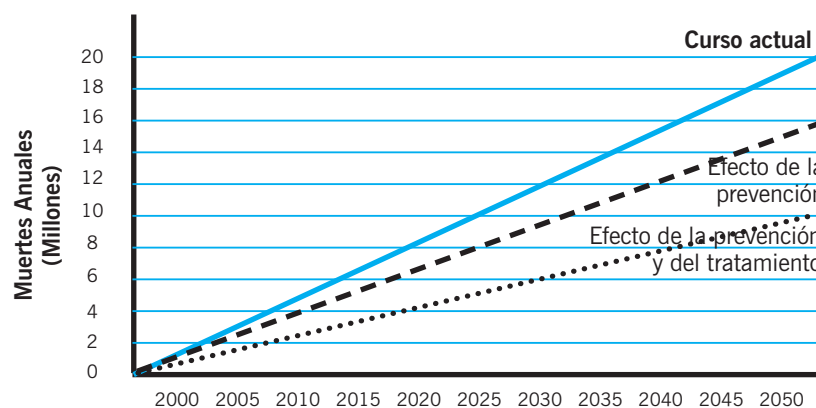


Figura 3. Muertes anuales estimadas en las próximas décadas, en función de las diferentes políticas de control

Todas las medidas de control de tabaquismo citadas anteriormente, además de prevenir, sirven para aumentar, inespecíficamente, la motivación y el apoyo para dejar de fumar a los fumadores. Este apoyo inespecífico puede ser suficiente para que algunas personas, por sí solas o con un mínimo de ayuda (como puede ser un breve consejo sanitario) intenten dejar de fumar y lo consigan. Sin embargo, habrá otras personas, que también quieran dejar de fumar, para quienes resulte imprescindible una ayuda más específica e intensa.

3.5. ESTRATEGIAS GLOBALES DE CONTROL DEL TABAQUISMO

Por lo expuesto hasta el momento es necesaria una política global integrada que aborde no sólo la prevención y el tratamiento del tabaquismo, sino también el control: control de la accesibilidad y la disponibilidad de la sustancia adictiva, regulación de su promoción directa e indirecta, regulación de las restricciones al consumo, protección de los derechos de los fumadores y no fumadores, así como facilitar ayuda a aquellos fumadores que lo soliciten.

Epidemiología



4. Epidemiología

4.1. SITUACIÓN MUNDIAL

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen en el mundo más de 1.250 millones de fumadores, (1.000 millones de hombres y 250 de mujeres): uno de cada tres adultos es fumador. De seguir esta tendencia, se prevé que para el 2025 se llegue a 1.600 millones de fumadores en el mundo. De ser así, se pasaría de 4,9 millones de muertes anuales en la actualidad a 10 millones en el año 2025.

Las mayores prevalencias de consumo se alcanzan en Europa y Asia Central, mientras que las más bajas se encuentran en África subsahariana. Tanto para varones como para mujeres, el segmento de edad en el que fuma una mayor proporción de individuos es el comprendido entre los 30 y 49 años. Países como Vietnam, Corea y la República Dominicana presentan las mayores prevalencias mundiales entre la población masculina (73%, 68% y 66% respectivamente), mientras que Guinea y Yugoslavia la presentan entre la femenina (47% y 42% respectivamente). Por su elevado volumen de población China (63% de varones fumadores, 7% de mujeres), India (45% de varones fumadores, 30% de mujeres) y la Federación Rusa (63% de varones fumadores, 30% mujeres) son las áreas que agrupan a la mayor parte de los fumadores del mundo.

En los países desarrollados, por término medio, un 35% de los hombres y un 22% de las mujeres fuman, a diferencia de los países en vías de desarrollo en los que la proporción de hombres y mujeres fumadores es de un 50% y 9% respectivamente. En algunos países como Suecia, Noruega, Islas Cook y Papúa Nueva Guinea se ha invertido la tendencia, fuman más las mujeres que los hombres. En otros países, el consumo femenino está aumentando rápidamente, destacando Camboya, Malasia y Bangladesh.

En la actualidad en todos los países de Europa occidental -así como EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda- se observan dos constantes en los patrones de consumo tabáquico: por un lado, las chicas adolescentes fuman en mayor proporción que los adolescentes varones y, por otra parte, las mujeres cercanas a los 40 años tienden a dejar el tabaco en menor proporción que los varones de su misma edad. Si bien éstas acuden y solicitan con mayor frecuencia servicios especializados para dejar de fumar. Esto hace prever que en la sociedad occidental el tabaquismo va a pasar, a medio plazo, a ser un problema predominantemente femenino. Este aumento de mujeres fumadoras, previsiblemente tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

También se observa en las sociedades desarrolladas que el tabaquismo ha pasado a ser una actividad fundamentalmente de las personas -varones o mujeres- pertenecientes a los niveles socioeconómicos más desfavorecidos de la población.

Tal y como puede observarse en la *figura 4*, según los datos del 2001 del *Tobacco Control Country Profiles (2003)*, España es uno de los países del mundo que presenta más elevada prevalencia de consumo de tabaco.

4.2. SITUACIÓN EN EUROPA

En Europa se producen más de medio millón de muertes al año debidas al consumo de tabaco, de las cuales, la mitad corresponde a personas menores de 70 años.

El tabaquismo presenta características particulares en los distintos países; aproximadamente 3 de cada 10 europeos fuma a diario cigarrillos, estimándose que 1 de cada 10 adultos fumadores

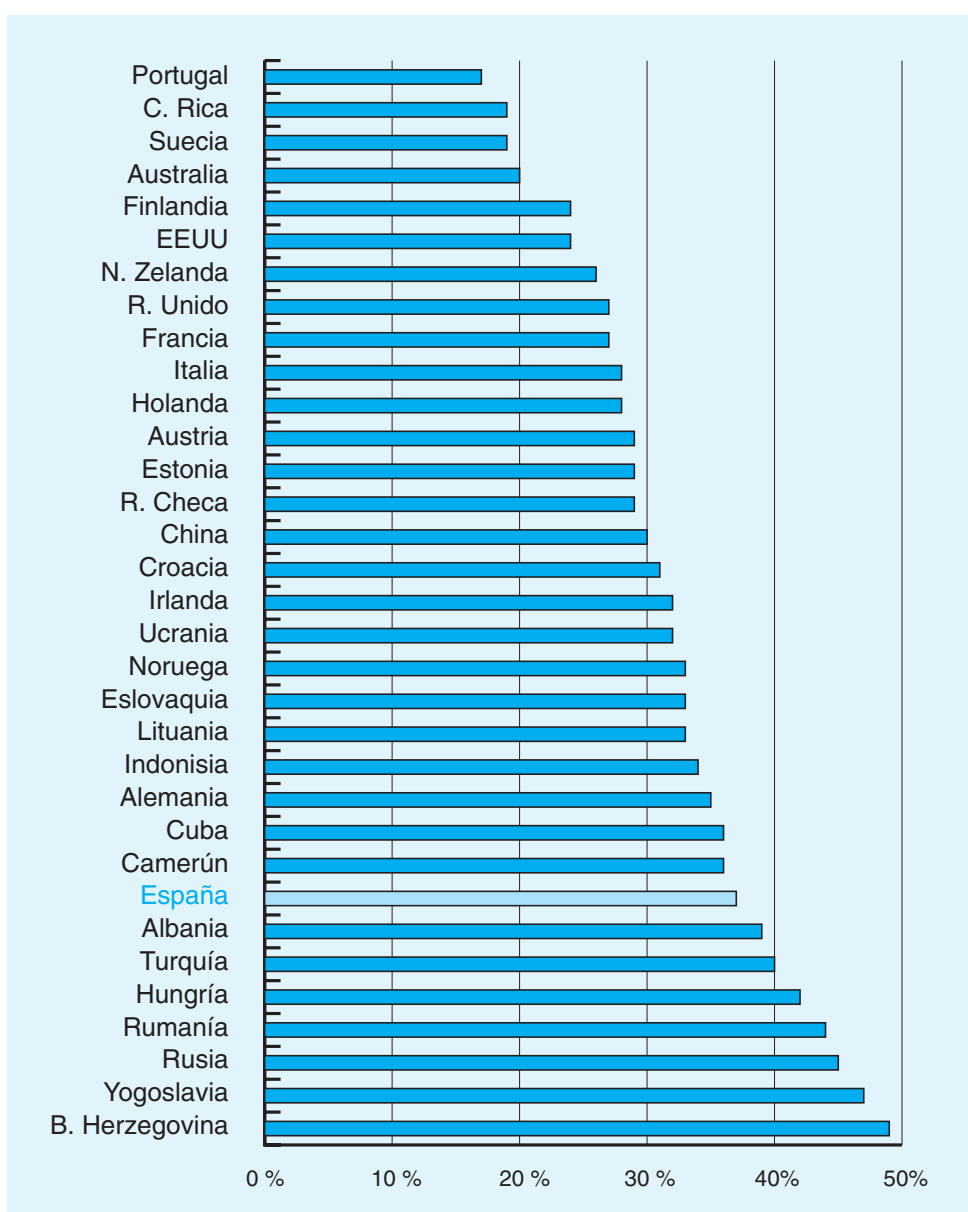


Figura 4. Prevalencia de consumo de tabaco en España con respecto al mundo (2001)

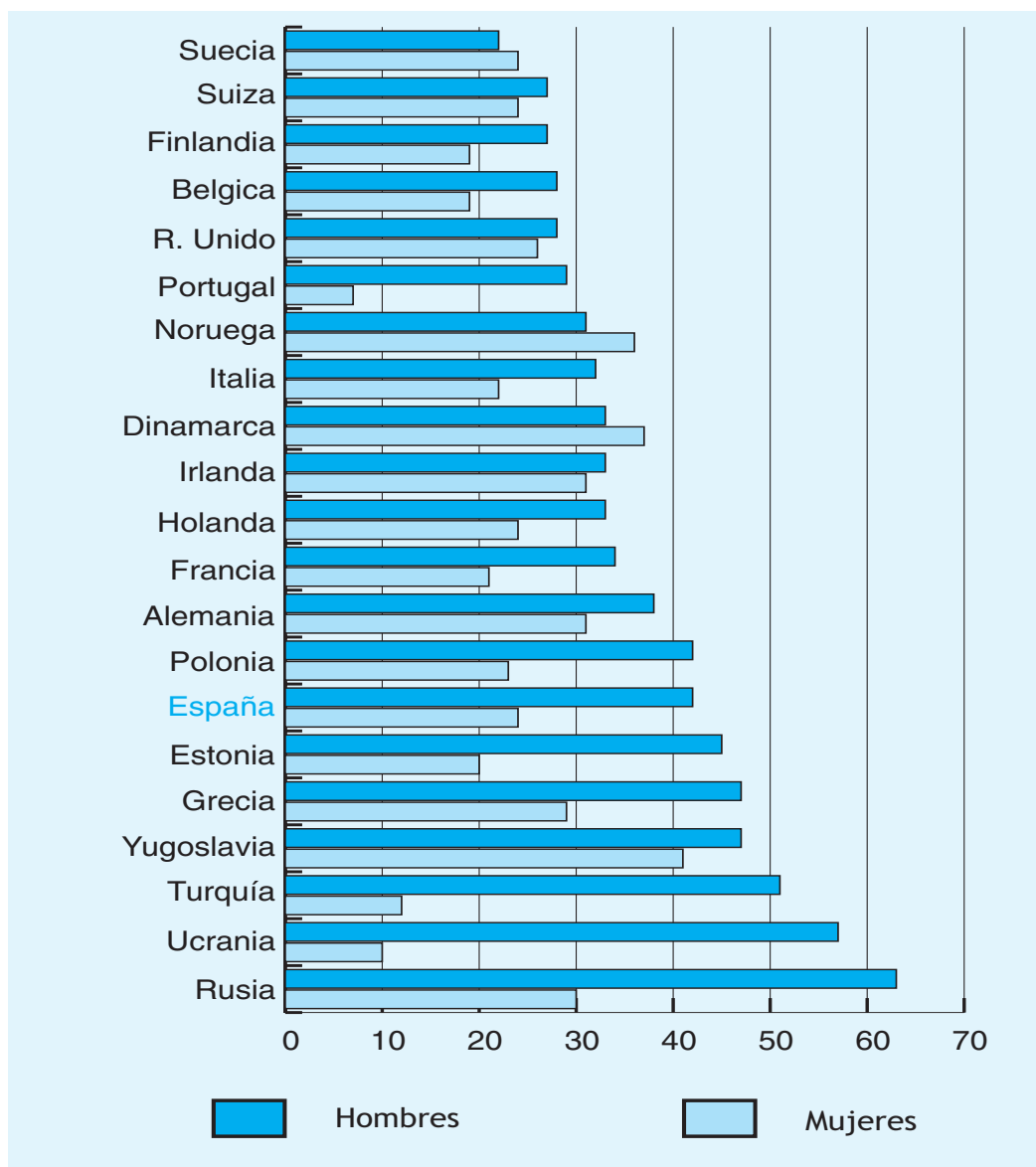


Figura 5. Prevalencia de consumo de tabaco en hombres y mujeres de Europa

morirá a causa de los efectos del tabaco; esta razón se eleva a 1 de cada 5 en los países del este de Europa. La prevalencia de fumadores desciende entre los hombres adultos de los países occidentales, mientras que aumenta en las mujeres, sobre todo jóvenes, del sur y del este de Europa.

En Europa se observa una reducción progresiva del consumo de tabaco en los últimos años, siendo todavía la prevalencia mayor en hombres que en mujeres en todos los países a excepción de Suecia, Noruega y Dinamarca, donde la prevalencia de consumo de las mujeres ha sobrepasado a la de los hombres (Figura 5).

Los países de Europa con una mayor prevalencia tabáquica en estos momentos referida a varones son: Rusia (63%), Ucrania (57%) y Turquía (51%). Los países donde existe una menor prevalencia tabáquica en varones son: Suecia (22%), Suiza (27%) y Finlandia (27%). En el caso de las mujeres, Yugoslavia es el país en el que más se fuma, con una prevalencia superior al 40%. La mayor parte de los países europeos oscilan entre el 20 y el 39%. Donde menos fuman las mujeres es en Portugal con una prevalencia inferior al 10%.

4.3. SITUACIÓN EN ESPAÑA Y CANTABRIA

En la Encuesta Nacional de Salud del 2001, que analiza el consumo de tabaco en la población mayor de 15 años, la prevalencia de consumo se situaba en un 34,4% (fuma diariamente un 31,6%, y no a diario un 2,8%). En los avances de resultados Abril – Septiembre de la Encuesta de 2003 dicha prevalencia se situó en un 31,2% (fuma diariamente un 28,1%, y no a diario un 3,1%).

Además de esta Encuesta, el Plan Nacional sobre Drogas realiza periódicamente, en años alternativos, dos tipos de encuestas dirigidas a obtener información objetiva sobre el consumo de tabaco y otras drogas en España. Estas encuestas son: 1) “Encuesta Domiciliaria sobre la Incidencia del Consumo de Drogas”, que analiza el consumo de tabaco y otras drogas en población general de 15 a 64 años. La última encuesta se ha realizado en el año 2003 y 2) “Encuesta Escolar sobre consumo de drogas” que analiza el consumo en población escolar de 14 a 18 años. Los últimos datos disponibles son del 2004.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a través de la Dirección General de Salud Pública con el fin de planificar y evaluar las estrategias a llevar a cabo en ésta comunidad, aumenta la muestra de estas encuestas respecto a las que le corresponderían a Cantabria, con el fin de que los resultados sean representativos de esta comunidad. Un análisis exhaustivo de estas encuestas nos aporta una visión actualizada de las tendencias de consumo de tabaco de la población de Cantabria.

4.3.1. Prevalencia y tendencias de consumo de la población escolar de Cantabria y España de 14 a 18 años

El tabaco es la segunda sustancia más consumida en Cantabria, por detrás del alcohol, entre los estudiantes de 14 a 18 años: un 29,6% son fumadores actuales. Como puede verse en la *figura 6*, este consumo se ha incrementado en el año 2004, un 1,5% con respecto al 2002, al igual que los que han consumido tabaco alguna vez y los que lo habían consumido en los últimos 30 días.

Las prevalencias de consumo de tabaco en Cantabria se sitúan por encima de la media nacional, en todos los años analizados, tanto para el consumo alguna vez como para el consumo en los últimos 30 días (*Figura 7*).

Consumo según sexo

Al desglosar la gráfica anterior por sexos en los años 2002 y 2004, se observa que las diferencias en el 2004 se deben a un mayor incremento de consumo en las chicas de Cantabria que a nivel nacional. (*Figuras 8,9*).

Como viene siendo habitual desde hace unos años, las prevalencias de consumo de tabaco entre ambos sexos difieren notablemente, siendo más altas entre las chicas. Sin embargo, en el período 2000-04 las diferencias entre hombres y mujeres se han reducido. En el año 2000 el porcentaje de chicas que habían consumido tabaco alguna vez en su vida era 16,4 puntos superior al de los chicos, mientras que esta diferencia se ha reducido en el año 2004 a 11,3 puntos. (*Figura 10*).

Esta reducción de las diferencias de consumo entre chicos y chicas es aún mayor cuando se analiza el consumo en los últimos 30 días: en el año 2000 las chicas presentaban una prevalencia 16,7 puntos por encima que los chicos, reduciéndose en el año 2004 a 10,6 puntos (*Figura 11*).

Al analizar el consumo diario, de entre los que han fumado en los últimos 30 días, los chicos muestran un consumo diario algo superior que las chicas (*Figura 12*).

Consumo según edad

La edad está también claramente asociada al consumo de tabaco. Si se observan las prevalencias de consumo por grupos de edad vemos que el consumo es significativamente creciente con la edad, desde un 15% a los 14 años hasta un 49,8% a los 18 años para el consumo alguna vez en la vida, y desde un 12% en los 14 años hasta un 47,7% en los 18 para el consumo en los últimos 30 días, según datos de 2004 (*Figura 13*).

Al comparar las prevalencias de consumo de tabaco según los grupos de edad de Cantabria con las nacionales se observa una gran homogeneidad en las prevalencias finales y en las tendencias, a la par que se aprecia que el inicio del consumo es algo más precoz en Cantabria (*Figura 14*).

Si se analiza el consumo de tabaco por edad y sexo se puede constatar, no sólo que el consumo de tabaco es superior entre las chicas para todos los grupos de edad, sino que además a medida que aumenta la edad se acentúan las diferencias en el consumo de tabaco, siendo éste más elevado entre las chicas. En el año 2004 esta diferencia es de 2,1 puntos a los 14 años mientras que a los 18 años es de un 37,8 puntos (*Figura 15*).

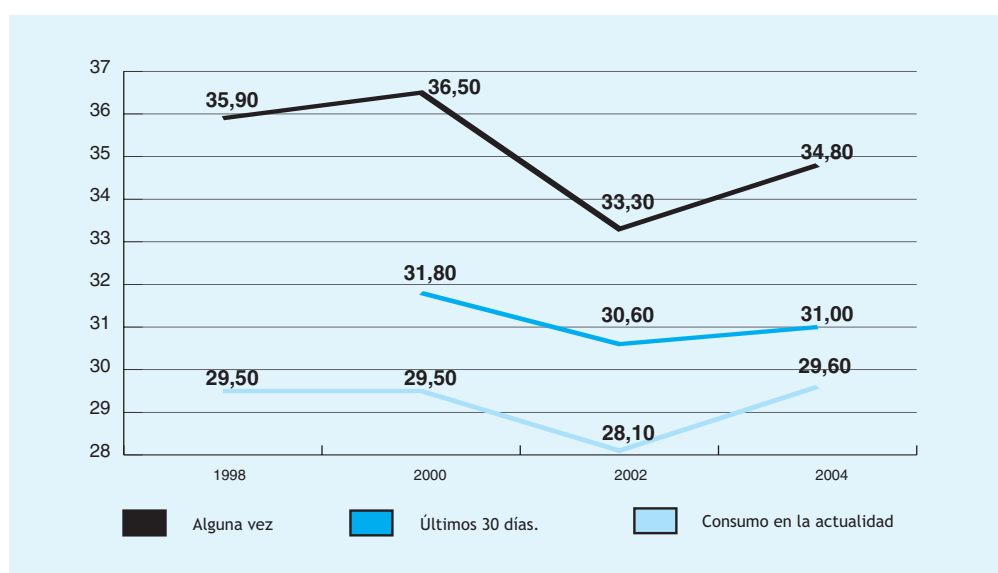


Figura 6. Evolución de distintas prevalencias de consumo de tabaco en estudiantes de 14 a 18 años. Cantabria. 1998-2004

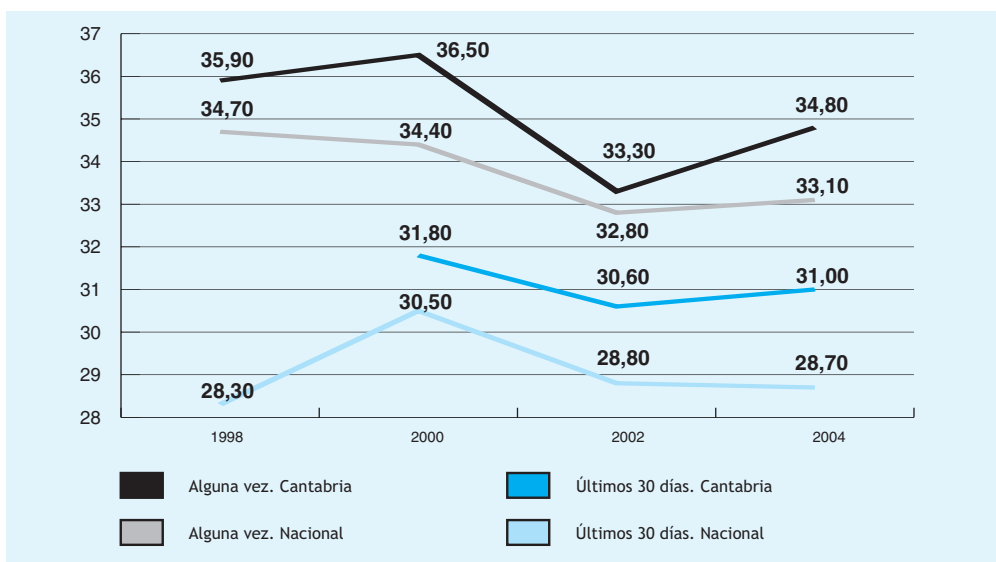


Figura 7. Comparación de consumos de tabaco España-Cantabria. 1998-2004

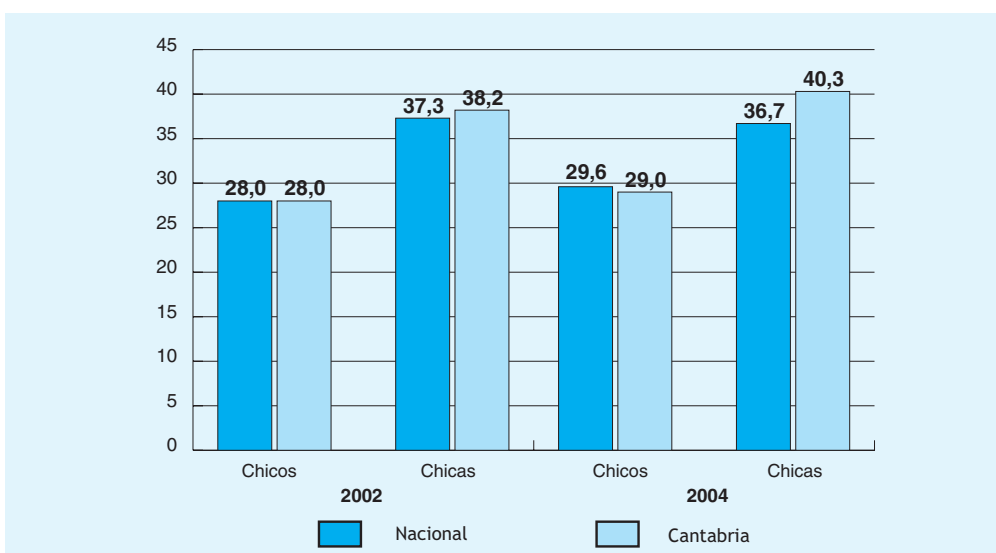


Figura 8. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en función del sexo. Cantabria-España. 2002-2004

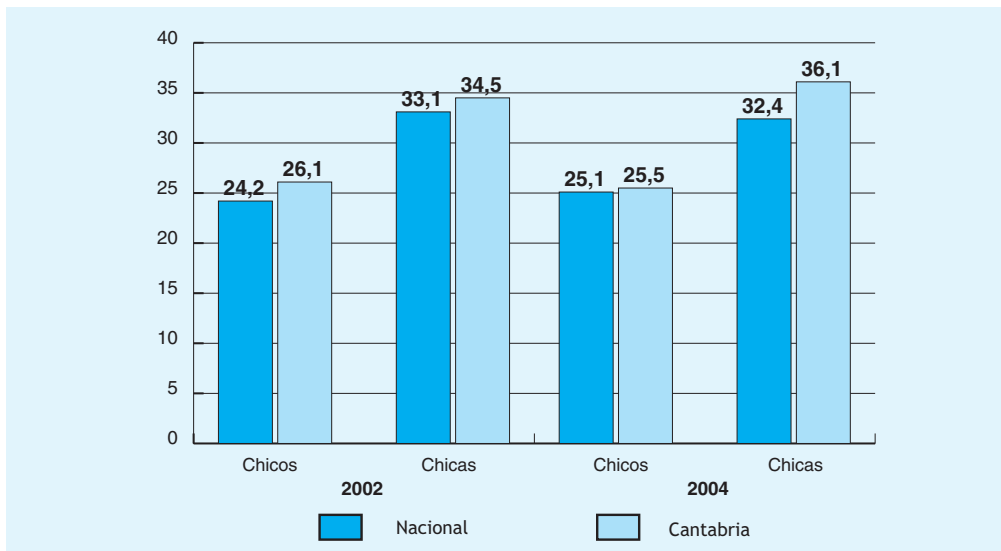


Figura 9. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco últimos 30 días en función del sexo. Cantabria-España. 2002-2004

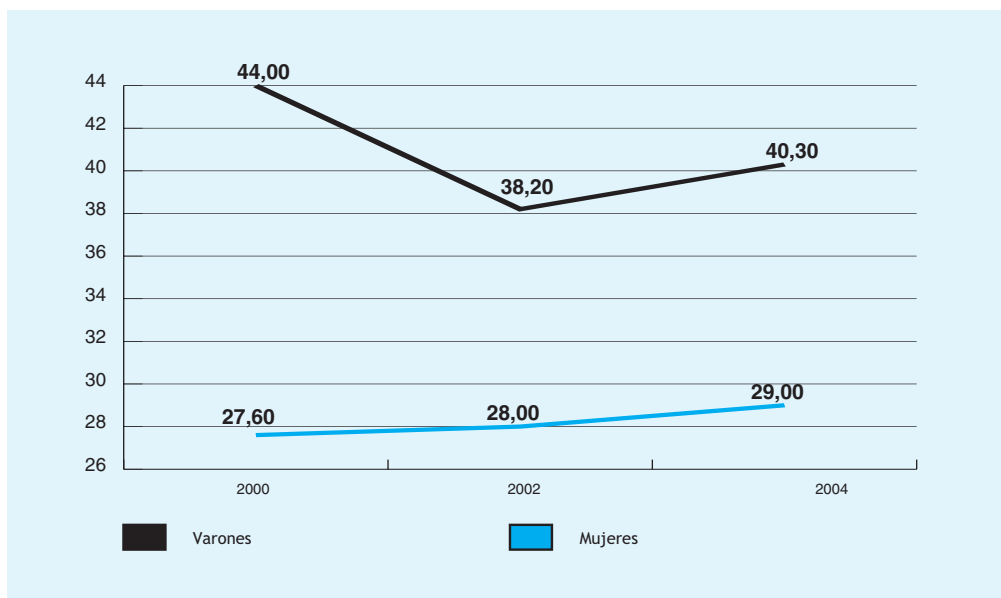


Figura 10. Evolución de la prevalencia de consumo alguna vez en la vida según sexo. Cantabria 2000-2004

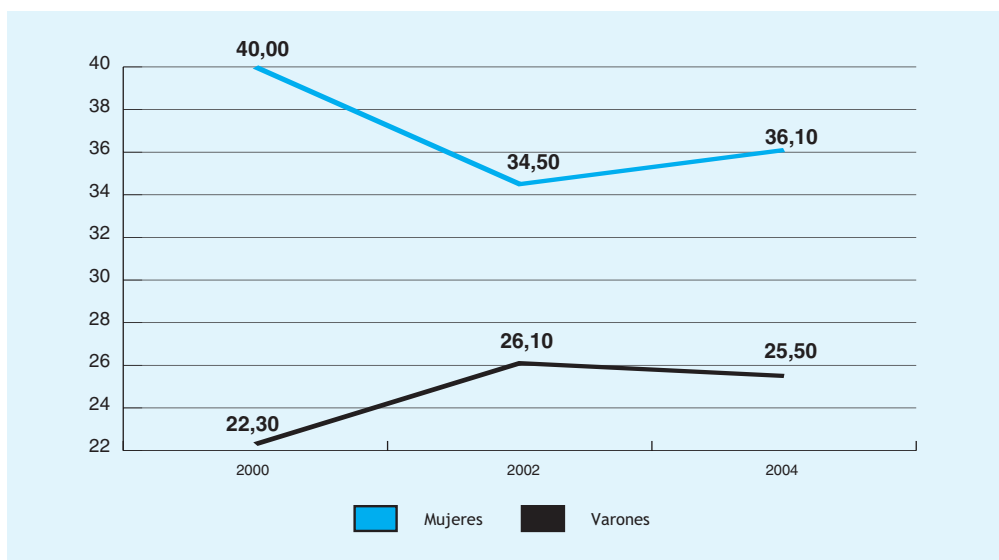


Figura 11. Evolución de la prevalencia de consumo en los últimos 30 días según sexo. Cantabria, 2000-2004

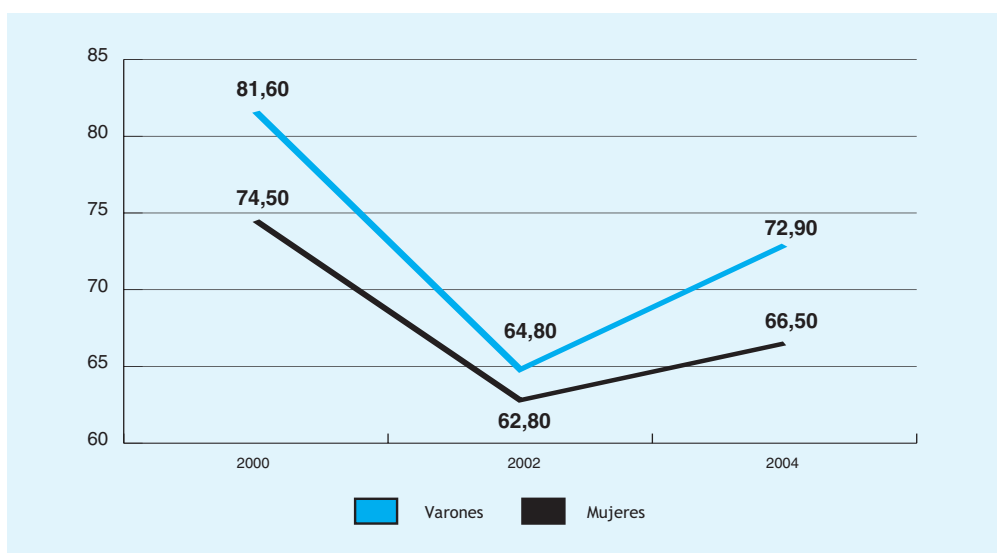


Figura 12. Porcentaje de fumadores diarios de entre quienes han fumado en los últimos 30 días según sexo. Cantabria. 2000-2004

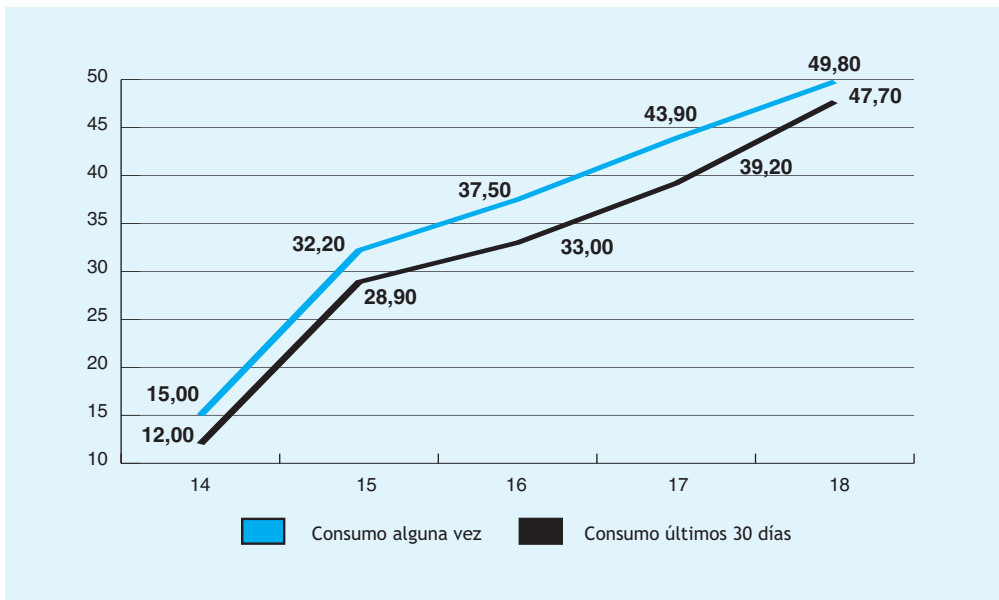


Figura 13. Prevalencia de consumo en función de la edad. Cantabria. 2004

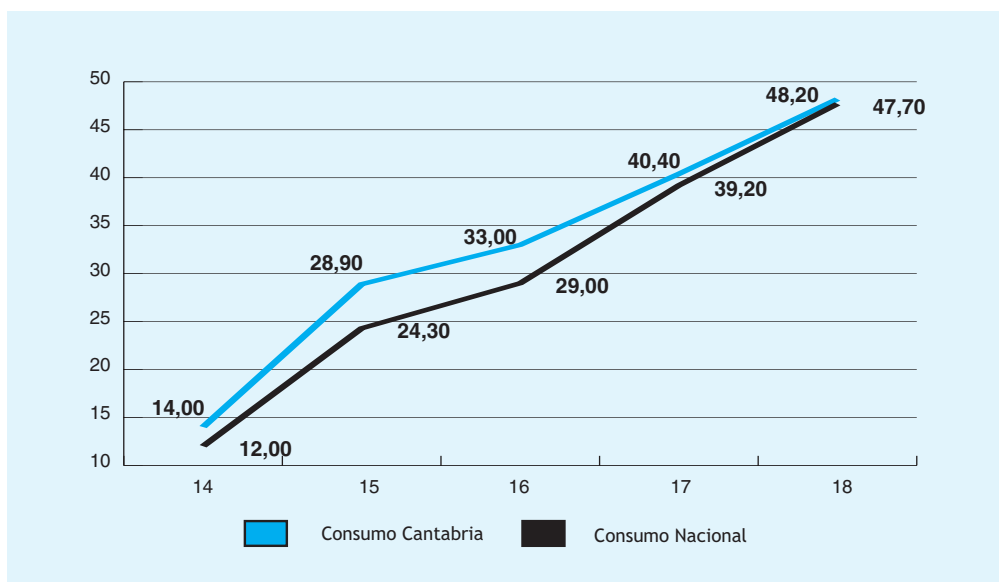


Figura 14. Prevalencia de consumo de los últimos 30 días en función de la edad. España-Cantabria. 2004

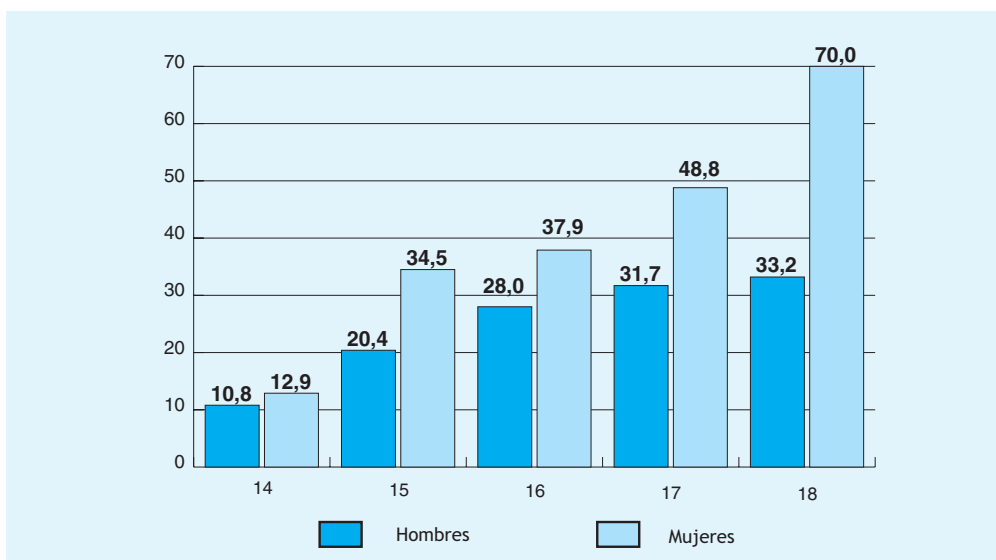


Figura 15. Prevalencia de consumo de tabaco en función de sexo y edad. Cantabria. 2004

Edad de inicio en el consumo

En el año 2004 la edad media del consumo del primer cigarrillo se sitúa en los 13 años, mientras que la edad media de inicio al consumo diario es 14,4 años. Por otra parte se aprecia que los chicos empiezan a fumar antes que las chicas en lo que se refiere al primer cigarrillo; a los 12,7 años los chicos frente a 13,3 las chicas. Sin embargo prácticamente no existen diferencias entre sexos, en cuanto a la edad de inicio al consumo diario (*Figura 16*).

Si se observa la evolución temporal de la edad media de inicio en el consumo, se aprecia que en los últimos 6 años se ha adelantado ligeramente: 3 meses y medio el consumo por primera vez y 2 meses y medio el consumo diario (*Figura 17*). El tiempo transcurrido entre el consumo del primer cigarrillo y el inicio del consumo diario permanece estable, por término medio 1,3 años.

Las edades medias de inicio al consumo de tabaco son prácticamente las mismas en Cantabria que a nivel nacional, tanto para el consumo por primera vez (*Figura 18*) como para el consumo diario (*Figura 19*).

Intensidad del consumo

Una mayor prevalencia de consumo no lleva aparejado un mayor consumo en términos de cantidad consumida. El consumo medio en los fumadores actuales es de 7,6 cigarrillos/día, y la cantidad aumenta cuando el consumo es diario llegando a 9,9 cigarrillos/día, siendo ligeramente más elevado entre los chicos (10,2 cigarrillos/día) que entre las chicas (9,6 cigarrillos /día).

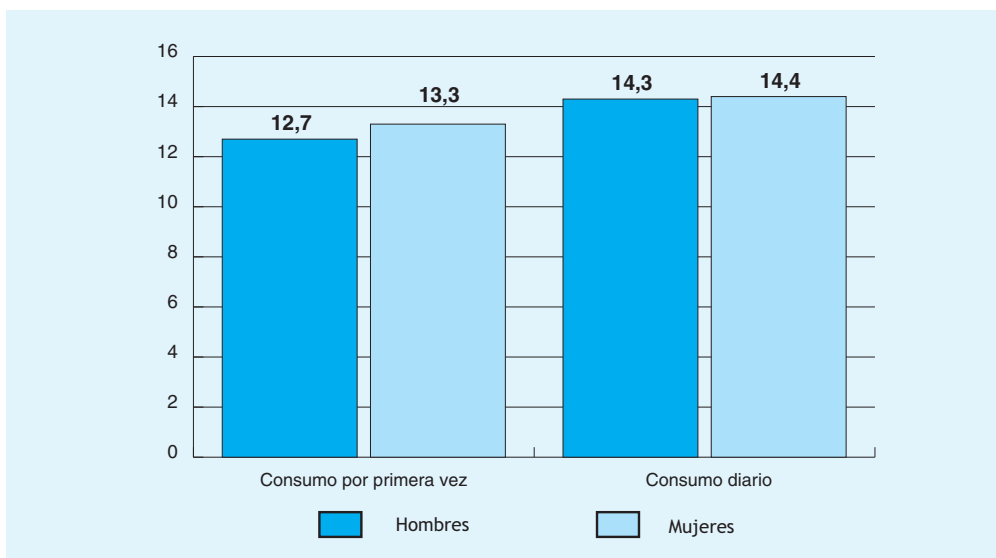


Figura 16. Edad media de inicio al consumo en función del sexo. Cantabria. 2004

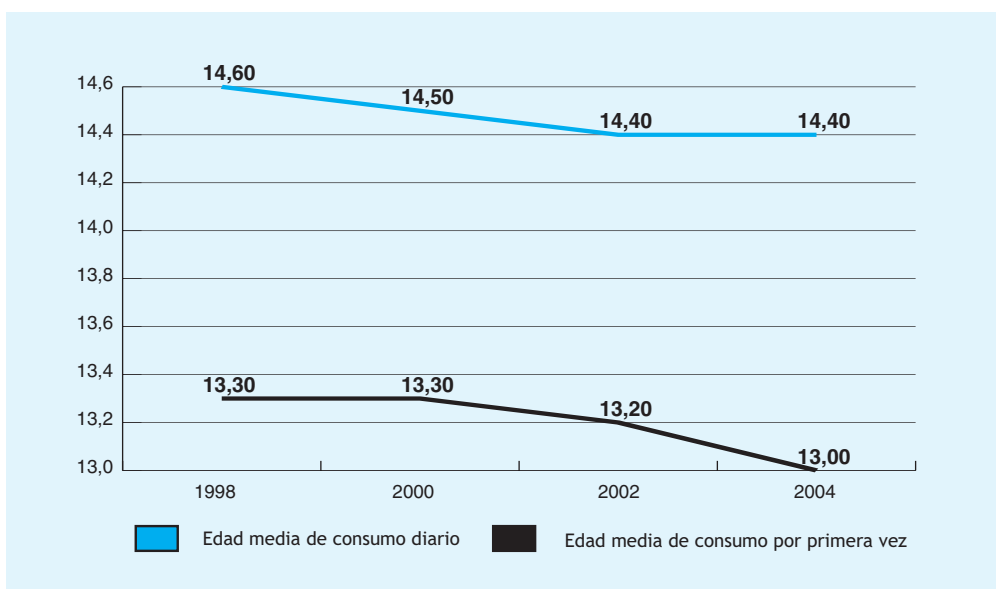


Figura 17. Evolución de las edades medias de inicio al consumo de tabaco. Cantabria. 1998-2004

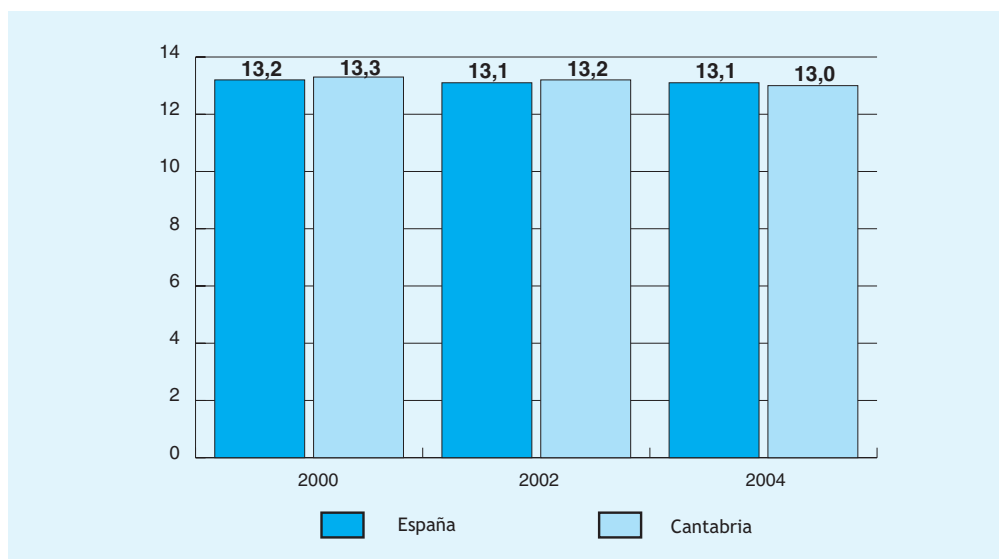


Figura 18. Edad media de inicio al consumo por primera vez. España y Cantabria. 2000-2004

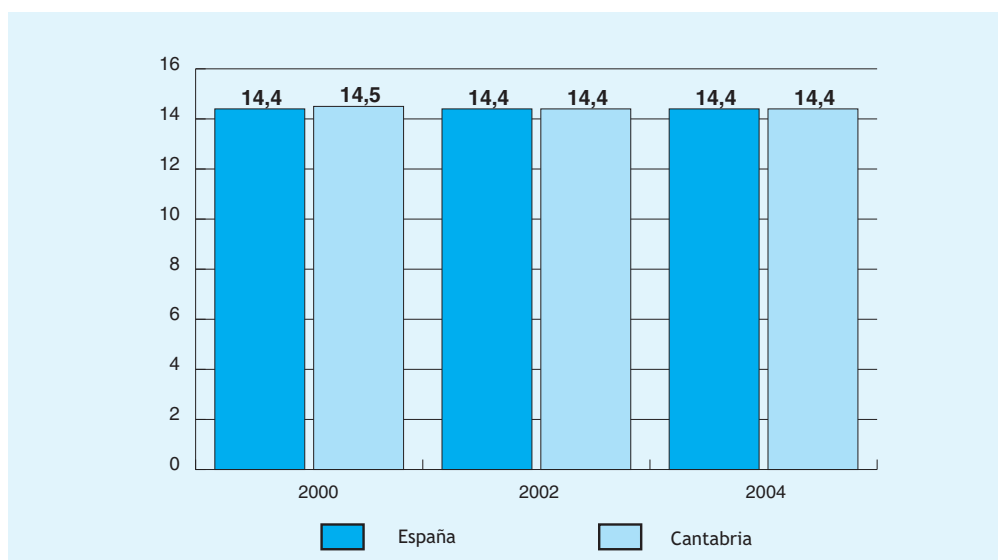


Figura 19. Edad media de inicio al consumo diario. España y Cantabria. 2000-2004

El consumo medio de tabaco ha disminuido con respecto al año 2002, pero ha aumentado respecto al año 1998. Este aumento es mayor en los fumadores diarios donde el consumo ha aumentado en 1,8 cigarrillos/día (Figura 20).

Opiniones acerca del consumo

En el año 2004 el 69,2% de los estudiantes de Cantabria piensa que consumir tabaco habitualmente (fumar un paquete diario), puede causar bastantes o muchos problemas. Al analizar la evolución temporal de esta opinión se observa que en esta población la percepción de riesgo de la conducta de fumar ha descendido desde el año 1998 (Figura 21).

Entre las razones por las que consideran que el consumo de tabaco puede suponer problemas, destaca en primer lugar que este consumo puede tener efectos negativos para la salud (88,9%). Al analizar la evolución temporal se observa que la proporción de estudiantes que piensa que fumar puede provocar efectos negativos para la salud ha descendido también en 2 puntos desde el año 2000 (Figura 22).

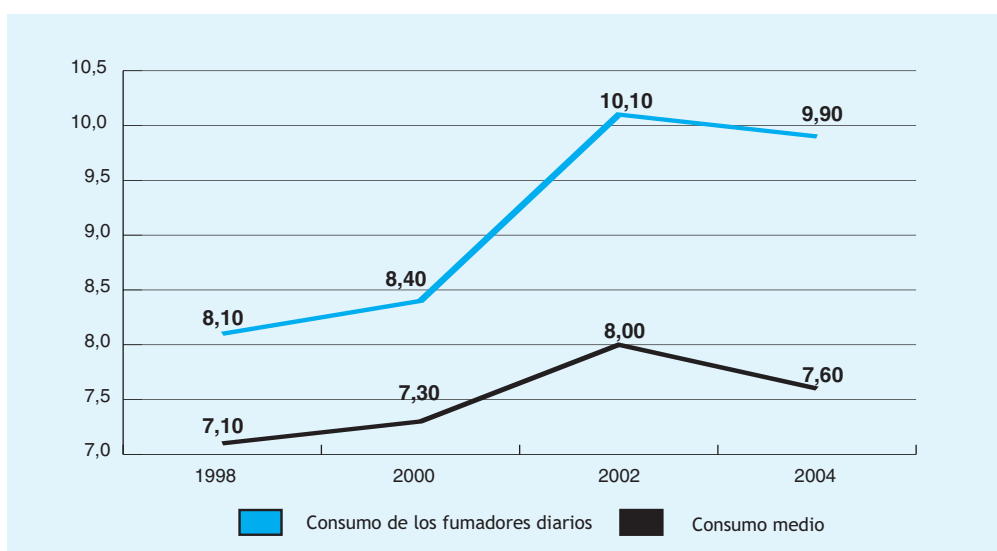


Figura 20. Cantidad diaria de tabaco consumida. Cantabria. 1998-2004

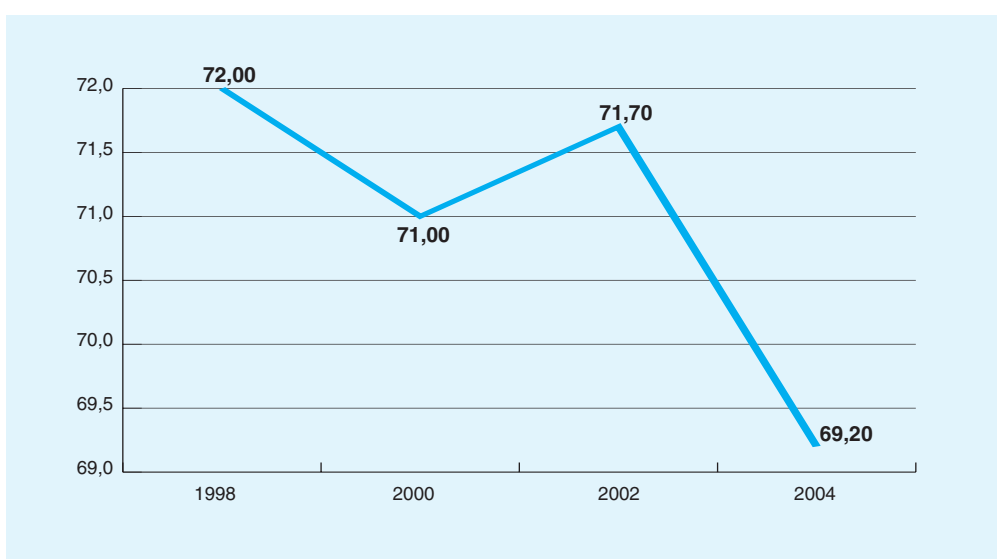


Figura 21. Evolución del riesgo percibido ante el consumo de tabaco. Cantabria. 1998-2004

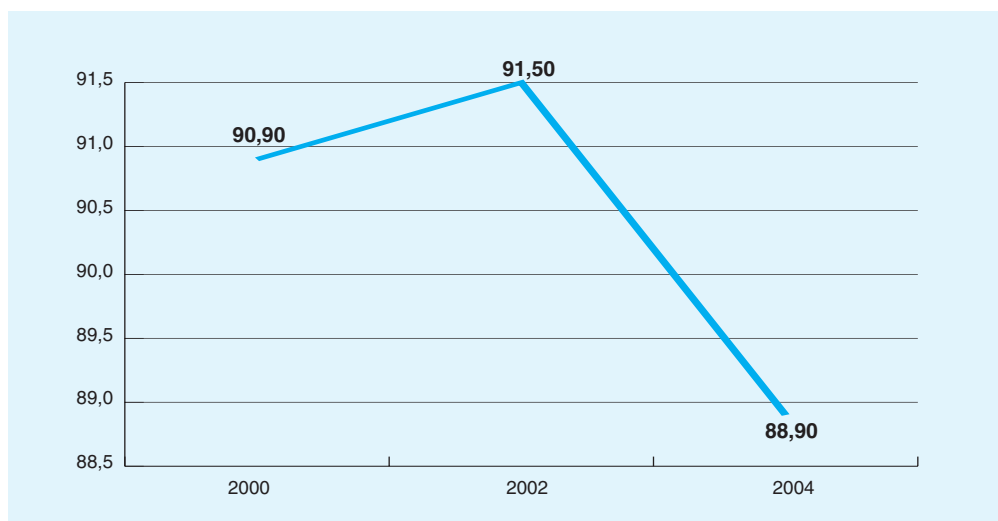


Figura 22. Evolución de la opinión de que el consumo de tabaco puede perjudicar la salud. Cantabria. 2000-2004

Las conclusiones que pueden extraerse de este análisis sobre el consumo de tabaco en Cantabria entre la población escolar de 14 a 18 años son:

- El tabaco es la segunda droga más consumida, después del alcohol, entre los estudiantes de 14 a 18 años.
- En el año 2004 han aumentado las prevalencias de consumo tanto en el consumo alguna vez, como en el consumo en los últimos 30 días y en el consumo diario.
- Las prevalencias de consumo de tabaco en Cantabria se sitúan por encima de la media nacional. Esta diferencia se debe fundamentalmente al aumento de consumo entre las chicas de Cantabria.
- El género establece diferencias de consumo. Entre los jóvenes de 14 a 18 años es significativamente más frecuente el consumo entre las chicas tanto en el consumo alguna vez, como en los últimos 30 días. Estas diferencias se reducen en el consumo diario.
- La edad está también claramente asociada al consumo de tabaco, la proporción de consumidores es claramente creciente al pasar de una edad a la inmediatamente superior.
- El mayor incremento del consumo de tabaco entre grupos de edad se da en el paso de los 14 a los 15 años.
- A medida que aumenta la edad de los escolares se acentúan las diferencias en las prevalencias de consumo de tabaco entre chicos y chicas. Siempre es superior en las chicas.
- La edad media de inicio de consumo de tabaco es en la actualidad la menor de todas las sustancias analizadas: 13 años, habiéndose adelantado con respecto al año 1998.

- La edad media de inicio al consumo es prácticamente la misma en Cantabria y a nivel nacional.
- El consumo medio de tabaco actual es de 7,6 cigarrillos/día. Ha disminuido con respecto al año 2002, pero ha aumentado respecto al año 1998 donde se situaba en 7,1 cigarrillos/día.
- La percepción de riesgo de la conducta de fumar en los jóvenes ha descendido en el año 2004 en 2,8 puntos respecto al año 2002.

4.3.2. Prevalencia y tendencias de consumo de la población de Cantabria y España de 15 a 64 años

En Cantabria, en el año 2003 fumaba diariamente un 35,9% de la población de 15 a 64 años. Si se analiza la tendencia de este consumo, se aprecia un aumento de 0,4 puntos respecto a 1997, al contrario de lo que ocurre en los demás tipos de consumo que han descendido, siendo el consumo alguna vez el que más lo ha hecho; 13,2 puntos con respecto al año 1997 (*Figura 23*).

Las prevalencias de consumo de tabaco en Cantabria se sitúan por debajo de la media nacional para todos los tipos de consumo. La mayor diferencia se produce en el consumo alguna vez, donde Cantabria se sitúa 4,4 puntos por debajo de la prevalencia nacional. Esta diferencia disminuye hasta medio punto para el consumo diario en el último mes (*Figura 24*).

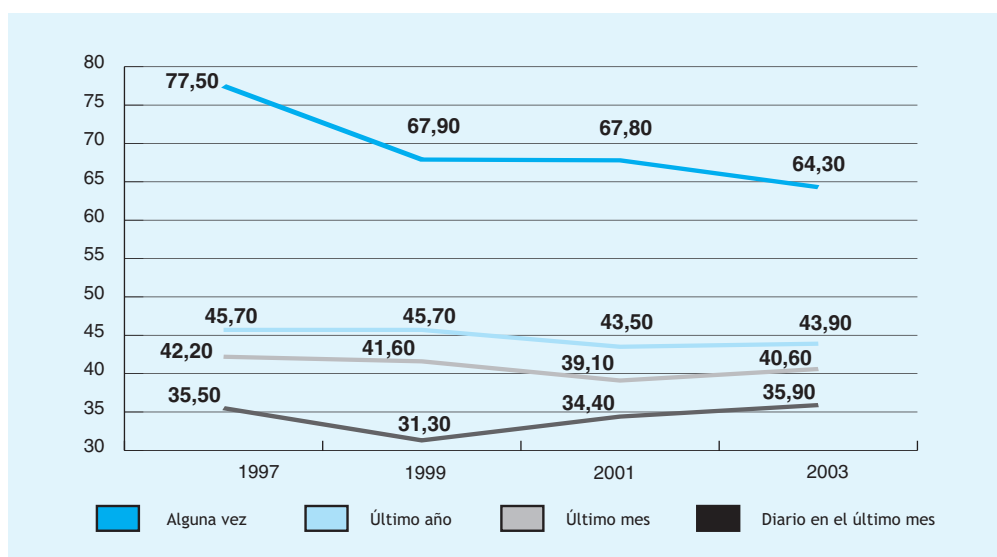


Figura 23. Prevalencia de consumo de tabaco. Cantabria. 1997- 2003.

Consumo según sexo

Las encuestas no muestran diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de consumo diario en el año 2003 en Cantabria (35,9%); sin embargo en el año 2001 mostraban que el consumo diario era 6,3 puntos mayor en las mujeres. Al analizar la evolución temporal se aprecia por una parte que la prevalencia de consumo diario en los hombres ha aumentado 4,7 puntos y por otra que esta prevalencia ha disminuido 1,6 puntos en las mujeres (Figura 25).

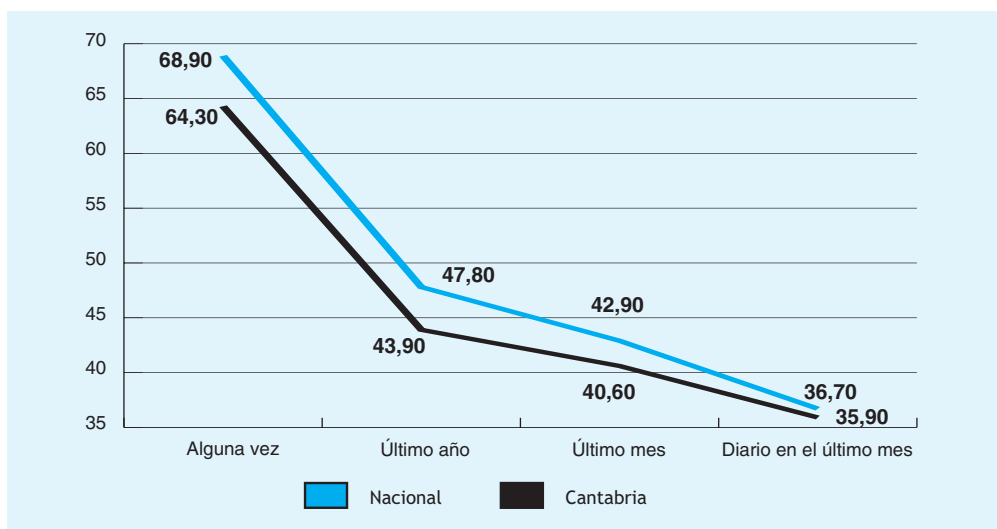


Figura 24. Prevalencia de consumo de tabaco en España y Cantabria. 2003

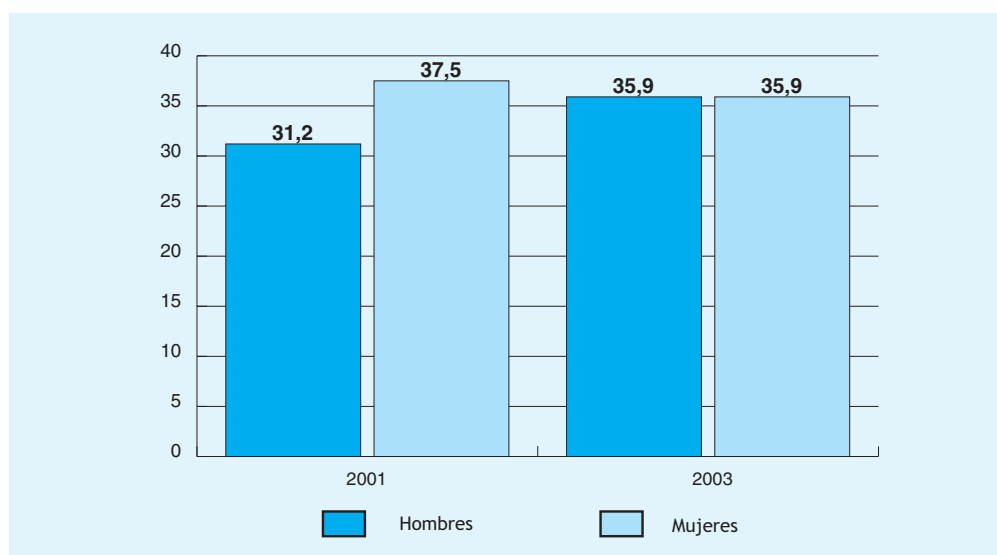


Figura 25. Evolución de la prevalencia de consumo diario en el último mes según sexo. Cantabria. 2001-2003

El consumo de tabaco en los hombres en Cantabria se sitúa 6 puntos por debajo de la media nacional, y el de las mujeres 5,1 puntos por encima (*Figura 26*).

Al comparar la evolución del consumo diario de tabaco en Cantabria con la evolución del consumo a nivel nacional para el periodo 2001-03, los datos muestran que respecto al año 2001,

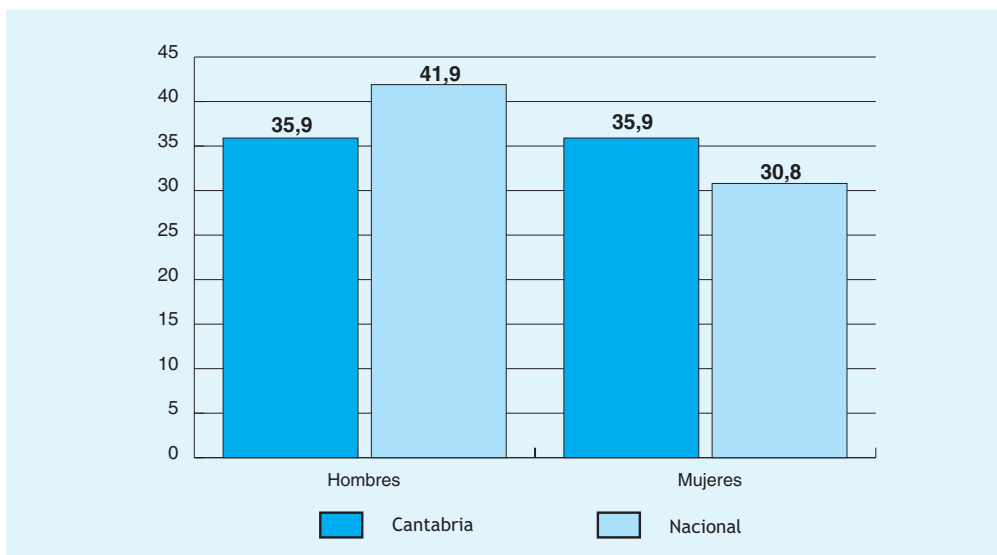


Figura 26. Prevalencia de consumo diario en el último mes según sexo. Cantabria-España 2003

entre los hombres ha aumentado el consumo tanto a nivel nacional (1,1 puntos), como en Cantabria, donde este ascenso fue mayor (4,7 puntos). Sin embargo la prevalencia de consumo de las mujeres en Cantabria ha sufrido una disminución de 1,6 puntos mientras que a nivel nacional ha aumentado ligeramente (0,8 puntos) (*Figura 27*).

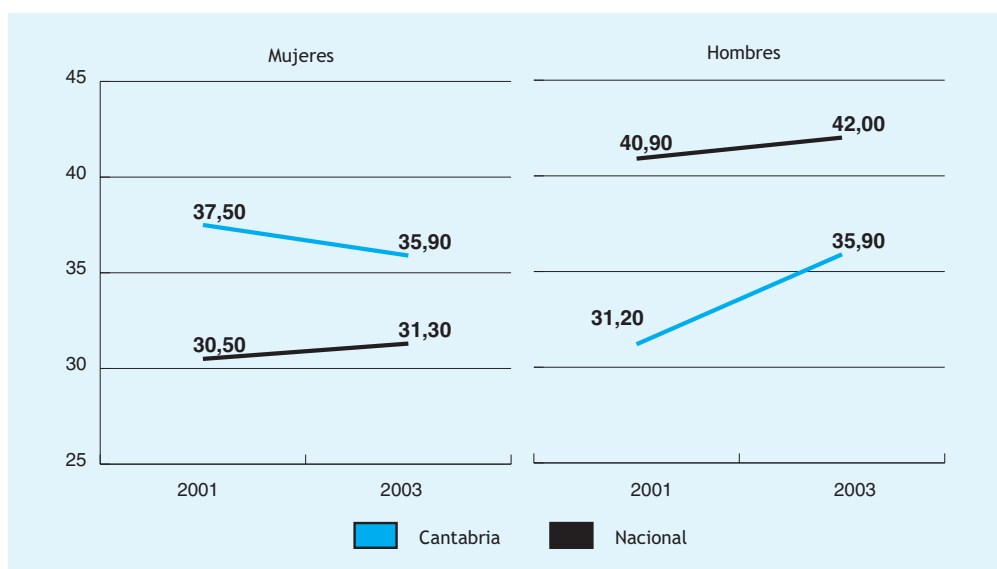


Figura 27. Evolución de la prevalencias de consumo diario en el último mes en función del sexo. España y Cantabria. 2001-2003

Consumo según edad

Las menores prevalencias de consumo diario se observan en el grupo de 15 a 19 años, siendo las prevalencias más altas las del grupo de 20 a 24 años (Figura 28).

Comparando las prevalencias de consumo de tabaco por grupos de edad en Cantabria y España (reduciendo de 6 a 3 los intervalos de edad) se observa que las mayores prevalencias de consumo diario se dan en el grupo de 25 a 34 años, tanto para Cantabria como para España. En este grupo de edad Cantabria está un 4,3% por debajo de la prevalencia nacional; en el resto de los grupos de edad no existen diferencias significativas (Figura 29).

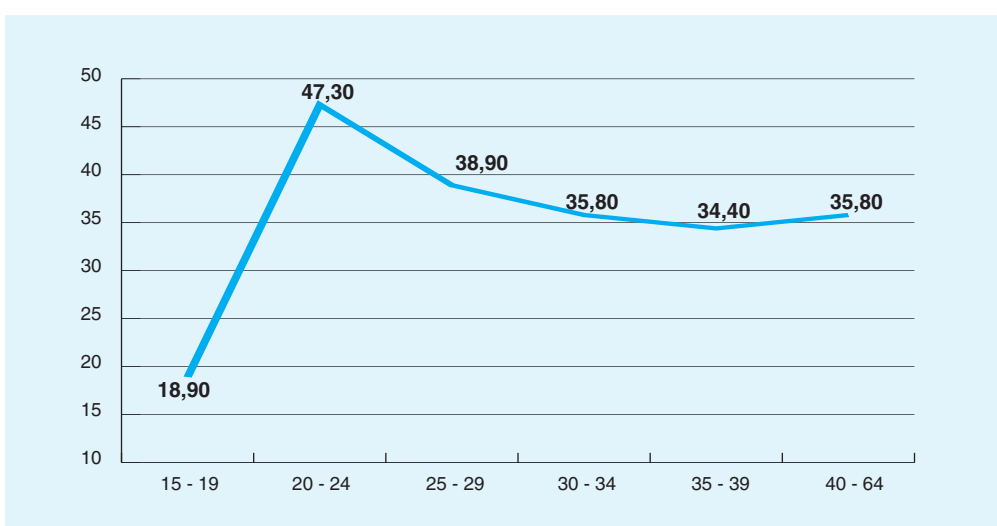


Figura 28. Prevalencia de consumo diario según edad. Cantabria. 2003

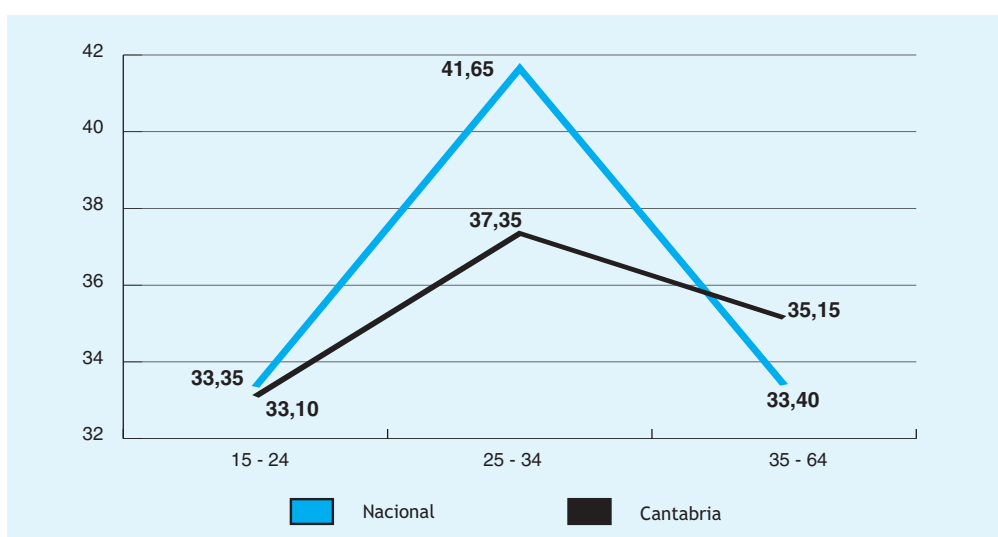


Figura 29. Prevalencia de consumo diario según edad. España y Cantabria. 2003

Edad de inicio en el consumo

La edad media de consumo del primer cigarrillo en esta población de 15 a 64 años se sitúa en 16,4 años. Los hombres se iniciaron en el consumo un año antes que las mujeres. La edad media en que estos fumaron por primera vez es de 15,9 años, frente a los 16,9 de las mujeres.

Si se analiza la evolución temporal de la edad media de inicio al consumo se observa que apenas existen variaciones en los últimos años, aunque se ha adelantado casi medio año con respecto al año 1997 (*Figura 30*).

Las edades medias de inicio al consumo del primer cigarrillo son prácticamente las mismas en Cantabria que a nivel nacional, tanto para los hombres como para las mujeres (*Figura 31*).

Intensidad en el consumo

Entre el año 1999 y el año 2003 la intensidad de consumo prácticamente no ha sufrido variaciones: En el año 2003 el consumo medio de cigarrillos en el último mes era de 15 cigarrillos/día y en 1999 se situaba en 15,2 cigarrillos/día. Tampoco se aprecian diferencias significativas entre el consumo medio diario en el último mes en Cantabria y en España (*Figura 32*).

Aunque las mujeres fuman a diario en la misma proporción de los hombres (35,9%), la intensidad de su consumo es inferior: 14,2 frente a 15,8 cigarrillos/día.

La intensidad de consumo es mayor en la población que tiene entre 30 y 34 años (19 cigarrillos/día), y es menor entre los más jóvenes y en la población de más edad, 15 cigarrillos/día y 16 cigarrillos/día respectivamente (*Figura 33*).

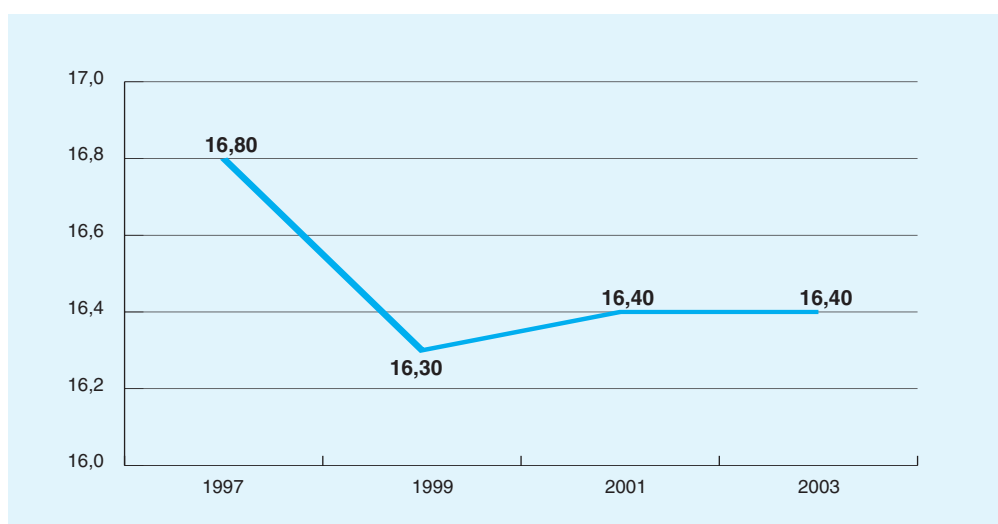


Figura 30. Evolución de la edad media de inicio de consumo del primer cigarrillo. Cantabria. 1997-2003

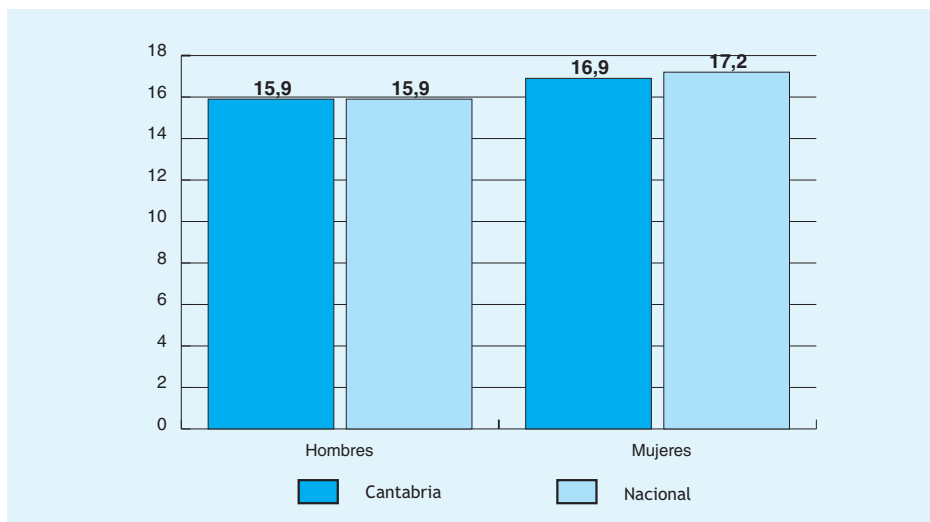


Figura 31. Edad media de inicio al consumo por sexos. España y Cantabria. 2003

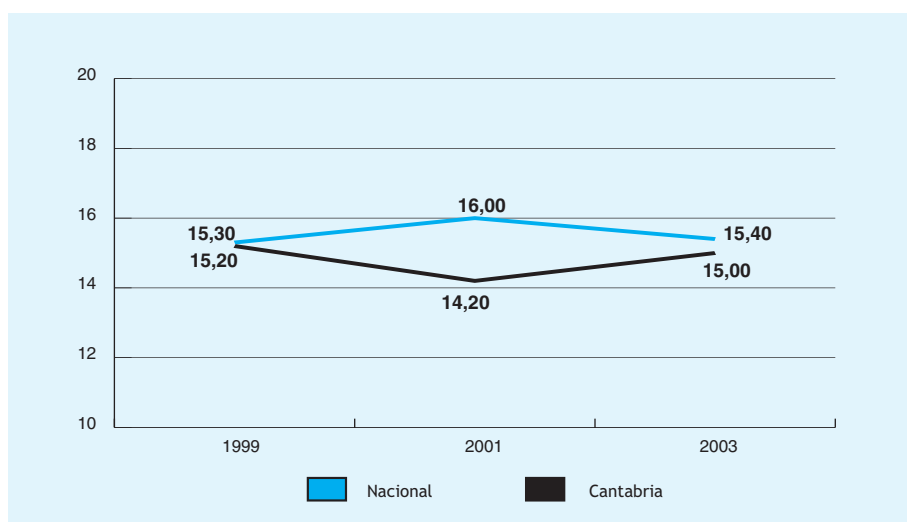


Figura 32. Número de cigarrillos consumidos diariamente. España y Cantabria. 1999-2003

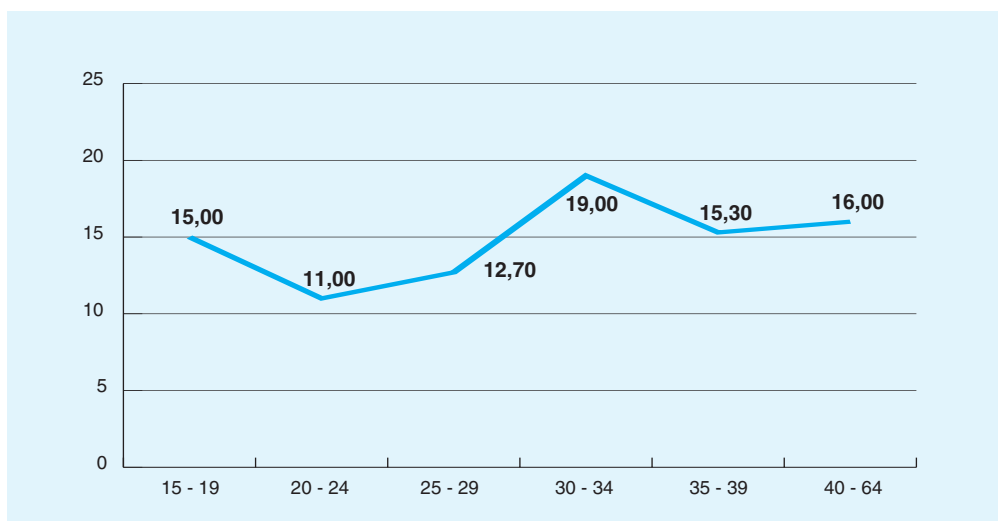


Figura 33. Número de cigarrillos consumidos diariamente según edad. Cantabria. 2003

Las conclusiones del análisis del consumo de tabaco de la población de 15 a 64 años son:

- En Cantabria ha aumentado ligeramente el consumo de tabaco en el último año, en el último mes y a diario en el último mes en el período 2001 - 2003, aunque existe un descenso para todos los tipos de consumo con respecto al año 1997.
- Las prevalencias de consumo de tabaco en Cantabria se sitúan por debajo de la media nacional para todos los tipos de consumo.
- Han desaparecido las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de tabaco; de hecho, en 2003 la prevalencia de consumo diario es la misma en hombres que en mujeres.
- En los últimos dos años las encuestas muestran un aumento en el consumo entre los hombres y una ligera disminución en las mujeres.
- En Cantabria el grupo más joven, de 15 a 19 años, es el que menores prevalencias de consumo presenta, mientras que las más altas se dan en el grupo de 20 a 24 años.
- El consumo medio de cigarrillos en el último mes es de 15 cigarrillos/día, prácticamente no ha sufrido variaciones desde 1997.
- La intensidad de consumo es menor en las mujeres (14,2 cigarrillos/día) que en los hombres (15,8 cigarrillos/día).
- La intensidad de consumo es mayor en la población que tiene entre 30 y 34 años y la intensidad menor se da en los más jóvenes.
- Cabe destacar las diferencias observadas en la prevalencia de consumo entre la Encuesta Nacional de Salud (2003) y la Encuesta Nacional Domiciliaria (2003). En la primera, la prevalencia de consumo estimada era de un 28,1%, mientras que en la segunda, el consumo diario en el último mes se sitúa en un 36,7%.

Marco Normativo



5. Marco Normativo

El marco legal de referencia en las actuaciones desarrolladas para el control del tabaquismo en los países de la Unión Europea (UE), lo componen las recomendaciones estratégicas propuestas por la OMS y por la UE, así como por el conjunto de disposiciones legales tanto europeas, como nacionales y autonómicas.

Los 192 países miembros de la OMS durante la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra del 19 al 21 de Mayo de 2003 aprobaron por unanimidad el Convenio Marco para el control del Tabaco (CMCT). Es el primer tratado internacional de Salud Pública promovido por la OMS y supone un paso histórico en la lucha contra el tabaquismo. Entrará en vigor en el año 2005 tras ser ratificado por más de 40 países.

Las partes claves del texto son:

- Reconoce que las medidas relacionadas con el aumento de precios e impuestos son un mecanismo importante para reducir el consumo del tabaco, sobre todo en los jóvenes.
- Exige que el 30%, pero preferiblemente el 50% de la superficie expuesta en los envases de los productos del tabaco esté ocupada por advertencias sanitarias claras en forma de texto, imágenes o combinaciones.
- Prohíbe usar términos confusos que den la falsa impresión de ser menos nocivos que otros: Ligerero, suave, bajo en alquitrán, etc.
- Pide que se hagan progresos en la dirección de la prohibición total de la publicidad sobre tabaco.
- Exige que los países promuevan programas que ayuden a los fumadores a dejar su consumo y programas de educación que eviten su adquisición.
- Prohíbe la venta de productos de tabaco a menores y limita la exposición de las personas al humo ajeno.
- Solicita a las Partes que proporcionen apoyo financiero a los programas de control del tabaco.

Además del firme apoyo a las políticas de la OMS, la Comunidad Europea promueve acciones de protección de la salud y control del tabaquismo mediante la promulgación de Directivas y Recomendaciones, cuya intención es promover avances normativos y legislativos entre sus miembros.

La **Directiva 2001/37/CE** de 5 de junio de 2001 regula la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, pre-

sentación y venta de los productos del tabaco.

La **Directiva 2003/33/CE** de 26 de mayo de 2003 regula la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y patrocinio de los productos del tabaco.

En España **La Constitución Española**, en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la Salud, estableciendo como competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de los servicios necesarios.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, en su artículo 25.2 declara al tabaco sustancia nociva para la salud de las personas.

El **Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo**, regula las limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población.

El **Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio**, modifica el Real Decreto 192/1988 añadiendo más limitaciones.

El **Real Decreto 1079/2002 de 18 de Octubre** regula los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco. Es una adaptación de nuestra legislación a la Directiva 2001/37/CE de 5 de junio de 2001.

Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (2003-2007) se aprobó en la reunión del día 13 de enero de 2003 del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sus objetivos son: disminuir la prevalencia tabáquica, proteger la salud de la población y potenciar la coordinación institucional y la participación social.

Este Plan, que recoge los principales aspectos para hacer frente al tabaquismo desde una perspectiva global del problema, defiende la salud, respeta a quienes fuman sin invadir el derecho de los que no fuman, reconoce la enorme capacidad adictiva de la nicotina y facilita la ayuda a los que desean dejar de fumar, establece las bases para una convivencia saludable, identifica los factores que influyen en el consumo de tabaco y las acciones para su prevención y, por último, responde al compromiso y competencias de las autoridades sanitarias.

La **Ley de Cantabria 5/1997 de 6 de Octubre**, establece la normativa legal en nuestra Comunidad Autónoma en relación al tabaco. Así, en el capítulo III de esta Ley, en los artículos 20, 21 y 22 establece las limitaciones de promoción y publicidad, tanto directa como indirecta de tabaco. En sus artículos 25 y 26, establece las limitaciones a la venta y consumo de tabaco, especificando en los lugares donde se prohíbe fumar.

Se han hecho modificaciones en esta ley que entran en vigor en Enero de 2005; esencialmente se refieren a la prohibición de la venta a menores de dieciocho años y a la prohibición de fumar en todas las administraciones públicas de Cantabria, sin ser obligatorio el habilitar un espacio para fumadores.

El **Plan de Prevención y Control del Tabaquismo en Cantabria 2004-2007**, desarrollará la planificación del abordaje integral del tabaquismo en Cantabria en este período.

Objetivos y Líneas de Actuación del Plan



6. Objetivos y Líneas Prioritarias de Actuación

6.1. OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir la prevalencia de tabaquismo en la Comunidad de Cantabria.
- Proteger a la población del aire contaminado con el humo de tabaco.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer líneas prioritarias de actuación con respecto a las actuaciones que se lleven a cabo en el ámbito del tabaquismo en Cantabria.
2. Disminuir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras.
3. Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco.
4. Facilitar ayuda a los fumadores/as para abandonar la dependencia tabáquica.
5. Fomentar la implicación de la población general, de los diversos profesionales relacionados con el tabaquismo y de las sociedades científicas, en las diversas actuaciones para llevar a cabo este Plan.
6. Potenciar la coordinación y participación institucional e intersectorial.

6.3. LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

Una vez analizada la magnitud del problema del tabaquismo en Cantabria y las medidas de prevención y control que han demostrado ser más coste efectivas para reducir la prevalencia de fumadores, reducir la mortalidad debida al tabaquismo y proteger la salud de los no fumadores, se han elegido las siguientes líneas prioritarias de actuación:

1. Elaborar una Ley de Prevención y Control del Tabaquismo en Cantabria y garantizar su cumplimiento.
2. Fomentar la creación de espacios libres de humo.
3. Sensibilizar y formar sobre tabaquismo activo y pasivo a colectivos modélicos.
4. Ofrecer deshabituación tabáquica a las personas fumadoras de los colectivos modélicos que lo necesiten.
5. Potenciar la prevención del consumo de tabaco y la atención al fumador desde Atención Primaria.
6. Potenciar la prevención del consumo de tabaco en la escuela y en el entorno familiar.
7. Desarrollar Unidades de Deshabituación Tabáquica.
8. Informar y sensibilizar a la población de los riesgos del tabaquismo activo y pasivo.
9. Potenciar la investigación en áreas relacionadas con el consumo de tabaco.

1. ELABORAR UNA LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO EN CANTABRIA Y GARANTIZAR SU CUMPLIMIENTO

Objetivo General

- Desarrollar una Ley de prevención y control del tabaquismo en Cantabria dirigida a instaurar un marco legislativo para la regulación de 1) las limitaciones a la distribución, venta y consumo de labores de tabaco; 2) la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de las mismas; y 3) el régimen de las infracciones y sanciones correspondientes.

Objetivos específicos

- Limitación de la distribución de labores de tabaco únicamente a la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre o a través de máquinas expendedoras que cuenten con la autorización administrativa correspondiente.
- Prohibición de suministro y venta de labores de tabaco en dependencias de organismos públicos.
- Prohibición de venta de labores de tabaco y productos que inciten a su consumo, a menores de 18 años.
- Prohibición de la distribución gratuita o promocional de cualquier tipo de actuación cuyo objetivo o efecto (directo o indirecto) sea la promoción de una labor de tabaco.
- Prohibición de fumar en lugares de trabajo.
- Dotar a la Ley de un régimen de sanciones, y un procedimiento sancionador.

Actividades

- Llevar a cabo reuniones con los diferentes colectivos implicados por la Ley para definir estrategias de cumplimiento de la normativa de tabaquismo.
- Articular vías de reclamación ágiles, potenciando las actividades de control, inspección y cumplimiento de la normativa.

Evaluación

- Fuente de datos:
 - Registro de reclamaciones de incumplimiento de la Ley.

2. FOMENTAR LA CREACIÓN DE ESPACIOS LIBRES DE HUMO

Objetivo General

- Proteger la salud de la población limitando al máximo la existencia de lugares donde se puedan consumir labores de tabaco, constituyendo espacios libres de humo, fomentando así la norma social de no fumar.

Objetivos específicos

- Declarar Espacio Libre de Humo la Consejería de Sanidad sita en Federico Vial 13, el día 31 de mayo de 2004, Día Mundial Sin Tabaco.
- Conseguir que el 100% de los centros sanitarios de Cantabria sean Espacios Libres de Humo en 2005.
- Conseguir que el 100% de las administraciones públicas sean Espacios Libres de Humo en el año 2005.
- Alcanzar el 50% de centros docentes libres de humo en el año 2005 y un 100% en el año 2007.
- Conseguir que un 25% de las empresas estén libres de humo en el año 2005, un 50% en el 2006 y un 100% en el 2007.

Actividades

- Todos los actos organizados por el Gobierno de Cantabria serán declarados como libres de humo.
- Realizar cartelería específica de Espacios Libres de Humo, así como de la prohibición de fumar según la normativa actualizada.
- Proporcionar asesoramiento a todos los responsables de las zonas donde esté prohibido fumar, facilitando la puesta en marcha de los espacios sin humo, suministrando cartelería de señalización y cartelería específica de los espacios sin humo.
- Proporcionar información a sindicatos, organizaciones empresariales, responsables de prevención de riesgos laborales y Federación Cántabra de Municipios sobre legislación y espacios sin humo.

Evaluación

- Estudio de seguimiento del cumplimiento de los espacios sin humo.

3. SENSIBILIZAR Y FORMAR SOBRE TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO A COLECTIVOS MODÉLICOS

Objetivo General

- Reforzar el papel modélico, educador y social de estos colectivos, proporcionando herramientas que les permitan desarrollar habilidades en la prevención del tabaquismo.

Objetivos específicos

- El 60% del colectivo sanitario del SCS habrá recibido formación en el 2007.
- El 60% del colectivo docente habrá recibido formación en el 2007.
- El 50% del colectivo sanitario de los Servicios de Prevención habrán recibido formación en el 2007.
- El 60% de los monitores de tiempo libre, mediadores sociales y educadores de calle habrán recibido formación en el 2007.
- El 50% de los trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria habrán recibido formación en el 2007.
- El 60% de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAs) habrán recibido formación en el 2007.

Actividades

- Cursos de formación realizados en horario laboral, para sanitarios de Atención Primaria dirigidos a la formación de este colectivo en tabaquismo, ya que será el primer nivel en la atención del fumador.
- Cursos de formación para sanitarios de otros centros sanitarios realizados en horario laboral y en su centro de trabajo dirigidos a que todos los sanitarios proporcionen el consejo mínimo a los pacientes, y a formación en tabaquismo pasivo.
- Cursos para trabajadores no sanitarios de los centros sanitarios realizados en horario laboral y en su centro de trabajo dirigidos a que todos los no sanitarios tengan formación en tabaquismo activo y pasivo.
- Cursos de formación de formadores en tabaquismo dirigido a personal de los distintos niveles asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada, Prevención de Riesgos Laborales y Medicina Preventiva.

- Cursos de formación de formadores en tabaquismo dirigido a personal de los centros docentes no universitarios.
- Cursos dirigidos a trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria en horario laboral y en su centro de trabajo dirigidos a que tengan formación en tabaquismo activo y pasivo.
- Seminarios de formación en tabaquismo activo y pasivo para personal docente no universitario.
- Cursos para monitores de tiempo libre, mediadores sociales y educadores de calle dirigidos a que tengan formación en tabaquismo activo y pasivo.
- Cursos para las AMPAs, dirigidos a que adquieran formación sobre tabaquismo activo y pasivo.
- Cursos para sanitarios de salud laboral dirigido a formación en tabaquismo, legislación de espacios sin humo y tabaquismo pasivo.

Evaluación

- Fuente de datos:
 - Registro de trabajadores del SCS.
 - Registro de trabajadores de educación no universitaria.
 - Registros de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria.
 - Registro de AMPAs de Cantabria.
 - Registro de sanitarios de salud laboral.
 - Registro de educadores de calle, monitores de tiempo libre y mediadores sociales.
 - Cuestionario sobre opinión de los alumnos sobre el aprovechamiento de los diversos cursos de formación.
 - Registro de la Dirección General de Salud Pública de las personas que han realizado los cursos de formación en tabaquismo.
- Indicadores de evaluación:
 - N° de sanitarios del SCS que hayan realizado cursos de formación / N° de trabajadores sanitarios del SCS x100.
 - N° de sanitarios de salud laboral que hayan realizado cursos de formación / N° de sanitarios de salud laboral x100.

- N° de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria que hayan realizado cursos de formación / N° de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria x100.
- N° de AMPAs de Cantabria que hayan realizado cursos de formación / N° de AMPAs de Cantabria x100.
- N° de trabajadores de educación no universitaria que hayan realizado cursos de formación / N° de trabajadores de educación no universitaria x100.
- N° de educadores de calle, monitores de tiempo libre y mediadores sociales que hayan recibido cursos de formación / N° de educadores de calle, monitores de tiempo libre y mediadores sociales x100.
- Grado de satisfacción de los alumnos con los diversos cursos de formación realizados de acuerdo a una escala de 0 a 10.

4. OFRECER DESHABITUACIÓN TABÁQUICA A LAS PERSONAS FUMADORAS DE LOS COLECTIVOS MODÉLICOS QUE LO NECESITEN.

Objetivo General

- Desarrollar programas específicos de deshabituación tabáquica especializada dirigidos a colectivos modélicos para ayudarles a dejar de fumar y motivarlos para intervenir en sus respectivos ámbitos.

Objetivos específicos

- Conseguir que al menos un 20% de las personas fumadoras del SCS se inscriban en un programa de deshabituación tabáquica hasta el año 2007.
- Conseguir que al menos un 20% de las personas fumadoras de las Consejerías del Gobierno de Cantabria se inscriban en un programa de deshabituación tabáquica hasta el año 2007.
- Conseguir que al menos un 20% de las personas fumadoras de la enseñanza no universitaria se inscriban en un programa de deshabituación tabáquica hasta el año 2007.
- Conseguir que al menos un 30% de las personas fumadoras que realicen los programas de deshabituación tabáquica se mantengan abstinentes al año.
- Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en el colectivo médico del SCS 3 puntos porcentuales para el 2007.
- Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en el colectivo de enfermería 4 puntos porcentuales para el 2007.
- Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en docentes 4 puntos porcentuales para el 2007.
- Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria en 4 puntos porcentuales para el 2007.

Actividades

- Programas de deshabituación tabáquica para personal fumador de centros sanitarios realizados en horario laboral y en sus centros de trabajo.
- Programas de deshabituación tabáquica para personal fumador de centros de enseñanza no universitaria en horario laboral y en sus centros de trabajo.

- Programas de deshabituación tabáquica para personal fumador de las Consejerías del Gobierno de Cantabria en horario laboral y en sus centros de trabajo.

Evaluación

- Fuentes de datos:
 - Registro de trabajadores del SCS.
 - Registro de trabajadores de educación no universitaria.
 - Registros de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria.
 - Registro de la Dirección General de Salud Pública del personal que ha realizado cursos de deshabituación y que se mantienen abstinentes al año.
 - Estudio de consumo de tabaco en sanitarios del SCS.
 - Estudio de consumo de tabaco en docentes de enseñanza no universitaria de Cantabria.
 - Estimación de la prevalencia de consumo de tabaco basada en los resultados de las intervenciones.
 - Prevalencia estimada de consumo de tabaco en trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria.
- Indicadores de evaluación:
 - N° de trabajadores del SCS que se inscriban en deshabituación / N° de trabajadores del SCS x100.
 - N° de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria que se inscriban en deshabituación / N° de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria x100.
 - N° de trabajadores de educación no universitaria que se inscriban en deshabituación / N° de trabajadores de educación no universitaria x100.
 - N° de abstinentes al año / N° de personas que han finalizado el tratamiento x100.
 - N° de personas que hayan abandonado el tratamiento / N° de personas que hayan iniciado el tratamiento x100.
 - N° de médicos/as fumadores/as del SCS en 2004 - N° de médicos/as fumadores/as del SCS que dejen de fumar en el periodo 2004 – 2007.
 - N° de enfermeros/as fumadores/as del SCS en 2004 - N° de enfermeros/as fumadores/as del SCS que dejen de fumar en el periodo 2004 – 2007.

- Nº de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria fumadores en 2004 (prevalencia de la Encuesta Domiciliaria) – Nº de trabajadores de las Consejerías del Gobierno de Cantabria que dejen de fumar en el periodo 2004 – 2007.
- Nº de docentes de enseñanza no universitaria fumadores en 2004 – Nº de docentes de enseñanza no universitaria que dejen de fumar en el periodo 2004 – 2007.

5. POTENCIAR LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y LA ATENCIÓN AL FUMADOR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo General

- Potenciar la intervención de los profesionales sanitarios de Atención Primaria como primer nivel en la atención al fumador, reforzando el comportamiento de no fumar en sus pacientes, proporcionando consejo mínimo a todos los fumadores y ayudando a dejar de fumar al que lo necesite.

Objetivos específicos

- Conseguir en 2005 que, al menos, el 50% de los usuarios mayores de 14 años tengan registrado el consumo de tabaco en la historia clínica, y el 65% en 2007.
- Conseguir en 2005 que, al menos, el 50% de los fumadores mayores de 14 años tengan registrado el consejo mínimo de abandono del tabaco, y el 65% en 2007.
- Conseguir en 2005 que, al menos, se hayan tratado a 300 fumadores, y a 900 en 2007.

Actividades

- Edición de un protocolo de ayuda al fumador para sanitarios de Atención Primaria.
- Edición de una guía de bolsillo de ayuda al fumador para sanitarios.
- Edición de material de autoayuda para sanitarios especialmente dirigido a jóvenes, mujeres, embarazadas y tabaquismo pasivo, además de una guía para dejar de fumar y un folleto de beneficios de dejar de fumar.
- Cursos de formación y sensibilización dirigidos a sanitarios, sobre la necesidad de proporcionar consejo mínimo a los pacientes fumadores.
- Programas de deshabituación tabáquica al personal de los centros sanitarios para facilitar el abandono de su dependencia, reforzando así su papel modélico para la población general.

Evaluación

- Fuente de datos:
 - Auditoría de la cartera de servicios de Atención Primaria.

6. POTENCIAR LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA ESCUELA Y EN EL ENTORNO FAMILIAR

Objetivos Generales

- Potenciar la formación de los docentes sobre problemas relacionados con el consumo de tabaco, proporcionándoles programas preventivos eficaces y prácticos, adaptados a la etapa evolutiva del alumnado para facilitar su tarea educativa.
- Formar al personal docente, monitores de tiempo libre y líderes juveniles sobre 1) las ventajas y los beneficios de no fumar, 2) la publicidad y 3) las técnicas de resistencia a la presión.
- Facilitar la integración de la Educación para la Salud en la escuela.
- Concienciar a madres y padres y líderes sociales del papel modélico que representan, fomentando su implicación activa.

Objetivos específicos

- Retrasar la edad media de inicio en el consumo de tabaco en la población de 14 a 18 años a los 13,5 años para el año 2007.
- Retrasar la edad media de comienzo de consumo diario en la población de 14 a 18 años a 15 años en el año 2007.
- Disminuir el porcentaje de fumadores diarios en la población de 14 a 18 años al 28% en el año 2007.

Actividades

- Organizar cursos dirigidos a AMPAs para reforzar sus conocimientos sobre tabaquismo, incidiendo especialmente en los beneficios de retrasar la edad de inicio y de la experimentación en el consumo de tabaco, y en la importancia de las actitudes familiares al respecto
- Organizar anualmente concursos reconocidos a nivel nacional e internacional (*“Clases sin humo”, “Sinesio”, etc*), que permitan el intercambio de conocimientos y estrategias de prevención y que tengan como objetivo general retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco en la escuela.
- Implantar e implementar programas de prevención del consumo de tabaco y otras drogas basados en la evidencia científica, (*Órdago”, “Y tú qué piensas”, “De marcha”, “El cine en la enseñanza”, “Prevenir para vivir”, etc*), dirigidos al alumnado para que disponga de la información, las actitudes, los valores y las habilidades necesarias para decidir de manera razo-

nada, crítica y autónoma ante la oferta del tabaco y otras drogas.

- Desarrollar en el ámbito familiar cursos de formación en prevención del consumo de tabaco y otras drogas (*“Programa de Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar”* etc), con el objetivo de aumentar los conocimientos y habilidades de los padres y madres para actuar preventivamente.

Evaluación

- Fuente de datos:
 - Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar.

7. DESARROLLAR UNIDADES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Objetivos Generales

- Dotar al SCS de un recurso para ayudar a personas fumadoras que no hayan podido ser deshabitadas desde Atención Primaria.
- Promover desde la Unidad la realización de programas de tratamiento de la dependencia tabáquica dirigidos a colectivos modélicos (sanitarios, docentes, etc).
- Promover desde la Unidad la realización de programas de formación dirigidos a colectivos modélicos.

Objetivos específicos

- Conseguir en 2007 que, al menos, el 30% de los pacientes que hayan sido tratados en la Unidad, se mantengan abstinentes al año.
- Conseguir en 2007 que, al menos, el 20% de los pacientes procedentes de colectivos específicos (pacientes con patología psiquiátrica asociada, recidivantes), o de alto riesgo (embarazadas o pacientes infartados), que hayan recibido tratamiento en la Unidad, se mantengan abstinentes al año.

Actividades

- Elaborar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento homogéneos que permitan monitorizar y evaluar el desarrollo de esta actividad.
- Desarrollar un protocolo de derivación.
- Desarrollar desde la Unidad un programa de formación continuada en tabaquismo del personal sanitario.
- Realizar cursos para la formación de formadores.
- Elaborar programas adaptados a las necesidades de los colectivos específicos.

Evaluación

- Fuente de datos:
 - Registro de pacientes de la Unidad.
 - Registro de trabajadores sanitarios del SCS.
 - Registro de docentes no universitarios.

- Indicadores de evaluación:
 - N° de pacientes que permanezcan abstinentes al año / N° pacientes que hayan recibido tratamiento en la Unidad x100.
 - N° de pacientes procedentes de colectivos específicos que permanezcan abstinentes al año / N° de pacientes procedentes de colectivos específicos que hayan recibido tratamiento en la Unidad x100.
 - N° de sanitarios del SCS que hayan realizado cursos de formación / N° de trabajadores sanitarios del SCS x100.
 - N° de docentes no universitarios que hayan realizado cursos de formación / N° de docentes no universitarios x100.

8. INFORMAR Y SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN DE LOS RIESGOS DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO

Objetivos Generales

- Mantener informada a la población de las ventajas de no fumar, de los perjuicios que ocasiona el tabaco, y de su derecho a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco.
- Fomentar la norma social de no fumar.
- Diseñar mensajes específicos dirigidos a la población fumadora, mostrando el riesgo que corren al fumar y el riesgo que representa para los demás la exposición al ACHT.

Objetivos específicos

- Disminuir la prevalencia de fumadores en población de 15 a 64 años, al menos, 1,5 puntos en 2005, y en 3 puntos en 2007, situando así la prevalencia de consumo diario por debajo del 34,5% en 2005, y por debajo del 33% en 2007.
- Aumentar el porcentaje de exfumadores (más de un año sin fumar), en la población de 15 a 64 años, al menos, a un 20,1% en el año 2005, y hasta un 21,6% en el año 2007.
- Conseguir en 2007 que, al menos, el 75% de la población general considere que el tabaco es menos aceptado en su entorno social.

Actividades

- Obtener el compromiso de las autoridades, personalidades y otros líderes sociales, de no fumar en actos públicos.
- Informar y sensibilizar periódicamente a la población general mediante campañas informativas, a través de los distintos medios de comunicación, sobre los beneficios de dejar de fumar y sobre los programas que se estén poniendo en marcha en nuestra comunidad.
- Informar y sensibilizar sobre las ventajas y beneficios de dejar de fumar, a poblaciones específicas con elevada prevalencia de consumo de tabaco, por ejemplo, jóvenes y mujeres.
- Fomentar los hogares y espacios de ocio sin tabaco.
- Informar a la población general sobre tabaquismo pasivo, difundiendo 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.

- Desarrollar el concurso “*Déjalo y Gana*” cada 2 años (2004 y 2006), y evaluar el porcentaje de concursantes que permanezcan abstinentes en 2005 y 2007.
- Desarrollar anualmente diferentes actividades con motivo de la conmemoración del Día Mundial Sin Tabaco (31 de Mayo).
- Elaborar materiales de apoyo con mensajes adaptados a las características de edad, género y rol, asegurando su distribución periódica y accesibilidad: centros sanitarios, centros docentes, de ocio, etc.
- Desarrollar una página web para proporcionar 1) información sobre tabaquismo activo y pasivo, 2) información de los diferentes recursos sobre tabaquismo existentes en Cantabria, 3) apoyo a quienes quieran dejar de fumar y 4) información actualizada sobre legislación.
- Ofertar un servicio gratuito de información telefónica sobre prevención del tabaquismo.
- Procurar el apoyo de los medios de comunicación social para realizar campañas coordinadas y periódicas.
- Realizar campañas publicitarias en los medios de comunicación social dirigidos a grupos específicos, como mujeres, jóvenes, embarazadas y colectivos modélicos.

Evaluación

- Fuentes de datos:
 - Encuesta Domiciliaria sobre la Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria.
 - Resultados del concurso “*Déjalo y gana*”.
 - Estadísticas de visitas a la página web y llamadas recibidas en el servicio gratuito de información telefónica.

9. POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN EN ÁREAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO

Objetivos generales

- Obtener información objetiva sobre el consumo de tabaco en Cantabria, con el fin de planificar y evaluar las estrategias a llevar a cabo en nuestra Comunidad para reducir su incidencia de consumo.
- Establecer un sistema de información que permita evaluar el impacto que hayan tenido sobre la población las diversas acciones que se vayan desarrollando.

Objetivos específicos

- Promover la investigación y estudios epidemiológicos acerca de tabaquismo activo y pasivo.
- Realizar estudios que permitan conocer los factores que influyen tanto en el inicio, como en el abandono de esta adicción, según edad y género.
- Realizar estudios que permitan identificar las características y necesidades de colectivos específicos, como adolescentes, mujeres, embarazadas o colectivos modélicos.

Actividades

- Realizar estudios de prevalencia de consumo de tabaco en los diferentes colectivos modélicos de Cantabria: sanitarios, docentes, etc.
- Crear el Observatorio Regional sobre Drogas, incluido tabaco.
- Realizar periódicamente las diferentes encuestas sobre drogas: Encuesta Escolar sobre consumo de Drogas en adolescentes de 14 a 18 años de Cantabria, y Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en población de 15 a 64 años de Cantabria.

Evaluación

Análisis de los diversos estudios realizados en el periodo de vigencia de este Plan de Prevención y Control del Tabaquismo en Cantabria 2004-07.

Evaluación y Financiación del Plan



7. Evaluación y Financiación del Plan

7.1. EVALUACIÓN DEL PLAN

Este plan será evaluado anualmente. Esta evaluación será recogida en una memoria donde se detallarán las actuaciones realizadas, así como, en las que sea posible, la evaluación prevista en el plan de las mismas.

La evaluación se realizará mediante el análisis de los indicadores correspondientes a los distintos objetivos de cada línea prioritaria, determinando si se ha alcanzado el objetivo y valorando su idoneidad.

7.2. FINANCIACIÓN DEL PLAN

La financiación se realizará mediante:

- Financiación específica recogida en el Plan de Gobernanza del Gobierno de Cantabria 2004-2007, con cargo a la Dirección General de Salud Pública.
- Financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Fondo de Cohesión Sanitaria.
- Recursos humanos y materiales existentes en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en el Servicio Cántabro de Salud y en la Consejería de Educación.

Comisión Técnica



8. Comisión Técnica

Esta Comisión es un órgano técnico que se constituye con la finalidad de contar con un equipo de profesionales que colabore con la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales en la elaboración y desarrollo de este Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria.

8.1. COMPOSICIÓN:

El Pleno de la comisión estará formado por:

- El/la Jefe del Servicio de Drogodependencias, o persona en quien delegue, que realizará las funciones de coordinador/a general del Plan.
- Dos técnicos del Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública.
- Un/a técnico representante del Servicio Cántabro de Salud.
- Un/a sanitario/a representante de la Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo.
- Un/a sanitario/a representante de la Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinosa.
- Dos sanitarios representantes de Atención Especializada Hospitalaria.
- Dos técnicos representantes de la Consejería de Educación.
- Un/a técnico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Dirección General de Función Pública.
- Un/a técnico de Salud Laboral del Centro de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General de Trabajo.
- Un/a experto/a en Salud Pública.
- Un/a experto/a en tabaquismo.

Esta comisión está abierta a la incorporación de nuevos profesionales y al cese de otros si es considerado oportuno por el Pleno.

8.2. FUNCIONES

La Comisión ejercerá sus funciones en Pleno y en Grupos de Trabajo que constituya la misma. Estas funciones son:

- Favorecer la coordinación y colaboración entre los distintos sectores implicados en la prevención y control del tabaquismo en Cantabria.
- Diseñar y proponer actuaciones específicas en relación con las líneas prioritarias de actuación del Plan.
- Estudiar y emitir sus opiniones sobre los programas que se pretenden llevar a cabo en el marco del Plan.
- Evaluar anualmente el desarrollo de las actuaciones realizadas.

Bibliografía



9. Bibliografía

- Abrams DB et al.** *The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practice.* Guildford Press, 2003.
- Alegría E.** *Tabaquismo y enfermedad,* Everest, 2002.
- Alonso Viteri A.** *Enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco en la mujer,* Prev Tab 2001; 3: 161-164.
- American Academy of Pediatrics.** NEAHIN, CDC, SAMHSA. *Media Sharp: Analyzing Tobacco & Alcohol Messages.* Office On Smoking & Health: CDC 2000.
- Amos A, Bostock C, Bostock Y.** *Women's magazines and tobacco in Europe.* Lancet 1998; 352: 786-787.
- Ayesta FJ.** *Tabaquismo: una adicción que nos concierne.* Trast Adic 2004;4:1-10.
- Ayesta FJ, Fuentes-Pila JM, de la Rosa L.** *El tabaquismo como problema de salud pública.* Cardiovasc Risk Factors 2003; 4: 211-221.
- Ayesta FJ, Otero M.** *El tabaquismo como una enfermedad crónica.* En Manual de tabaquismo, Jiménez- Ruiz CA, Fagerström KO (eds), Aula Médica 2003; 107-117.
- Balfour DJ, Fagerström KO.** *Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders.* Pharmacol Ther 1996; 72: 51-81.
- Banco Mundial, informe.** *La epidemia del tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco.* Organización Panamericana de la Salud. 2000.
- Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González-Enriquez G, Graciano A, Villar F.** *Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998,* Med Clin 2001; 1117: 692-694.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M.** *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo,* ERGON 2003.
- Becoña E, Vázquez FL.** *Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género.* Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 13-23.
- Becoña E, Vázquez FL.** *Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment and 3-year follow-up.* Psychol Rep 1998; 82: 999-1005.

- Becoña E, Vazquez FL.** *Tratamiento del tabaquismo*, Dykinson SL, 1998.
- Becoña E.** *Bases de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior, 2002.
- Bedialauneta A, de la Rosa L, Ayesta FJ.** *Control del tabaquismo; perspectivas futuras*. *Trast Adic* 2004; 4: 85-102.
- Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y.** *Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3128-34.
- Borrelli B, Bock B, King T, Pinto B, Marcus BH.** *The impact of depression on smoking cessation in women*. *Am J Prev Med* 1996;12: 378-387.
- Center for Disease Control and Prevention, MMWR:** *tobacco topics 1990-1999*, US Department of Health and Human Services, 2000.
- Chollat-Traquet CM.** *Porqué las mujeres empiezan a fumar y siguen haciéndolo*. En *Mujer y tabaco*. WHO, Geneva 1992, pp 57-73.
- Covey LS.** *Nicotine dependence and its associations with psychiatric disorders: research evidence and treatment implications*. En Seidman DF & Covey LS (eds), *helping the hard-core smoker: a clinician guide*. LEA Publ. London 1999, pp 23-50.
- Crisp A, Sedgwick P, Halek C, Joughin N, Humphrey H.** *Why may teenage girls persist in smoking?* *J Adolesc* 1999; 22: 657-672.
- De la Rosa L, Otero M.** *Mujer y tabaco*. *Cardiovasc Risk Factors* 2003; 4: 245-255.
- Department of Health and Human Services.** *Women and smoking: a report of the Surgeon General*, US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service 2001.
- Di Clemente CC.** *Addiction and Change: how addictions develop and addicted people recover*. Guilford Press, 2003.
- Durcan MJ, Deener G, White J, Johnston JA, Gonzales D, Niaura R, Rigotti N, Sachs DP.** *The effect of bupropion sustained-release on cigarette craving after smoking cessation*. *Clin Ther* 2002; 24: 540-51.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al.** *Tratting tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2000.
- Fletcher R, Fletcher S, Wagner E.** *Epidemiología clínica*. Masson. 1998.
- Frishman WH, Ky T, Ismail A.** *Tobacco smoking, nicotine, and nicotine and non-nicotine replacement therapies*. *Heart Dis* 2001; 3: 365-77.

- Glover ED, Glover PN, Franzon M, Sullivan CR, Cerullo CC, Howell RM, Keyes GG, Nilson F, Hobbs GR.** *A comparison of a nicotine sublingual tablet and placebo for smoking cessation.* *Nicotine Tob Res* 2002; 4: 441-50.
- Goldberg M.** *La epidemiología sin esfuerzo.* Diaz de Santos. 1994.
- Haustein K. O.** *Tobacco or Health,* Springer 2003.
- Hughes J, et al.** *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina de la Asociación Psiquiátrica Americana,* Ars Médica, 2001.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T.** *Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review).* In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2003.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Jané M, Pardell E, Saltó E, Salleras I.** *Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento.* *Prev Tab* 2001; 3: 147-154.
- Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A.** *Effectiveness of interventions to help people to stop smoking: findings from Cochrane's Library.* *BMJ.* 2000; 321:355-8.
- Mackay J, Eriksen M.** *The Tobacco Atlas.* WHO. 2002.
- Morton RF, Hebel JR.** *Bioestadística y Epidemiología.* Interamericana. 1995.
- National Cancer Institute Manual.** *How to help your patients stop using tobacco.* NIH Publication, 1998.
- Otero M, Ayesta FJ.** *El tabaquismo como trastorno adictivo.* *Trast Adic* 2004; 4: 11-30.
- Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ.** *El tabaquismo como adicción.* *Cardiovasc Risk Factors* 2003; 4: 222-234.
- Pardell H, Saltó E, Salleras LI.** *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo.* Ed. Panamericana, 1996.
- Perkins KA.** *Chronic tolerance to nicotine in humans and its relationship to tobacco dependence.* *Nicotine Tob Res* 2002; 4: 405-422.
- Peto R, et al.** *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000,* Oxford University Press, 1994.
- Plan de actuación sobre el tabaquismo 2003-2007.** Dirección General de Salud Pública y Participación de la Junta de Andalucía. 2002.
- Plan foral de acción sobre el tabaco 2001-2005.** Instituto de Salud Pública de Navarra. 2001.
- Plan Nacional de Control y Prevención del Tabaquismo 2003-2007.** Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.

- Plan Nacional sobre Drogas.** *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuesta de actuación.* Ministerio del Interior.1997.
- Plan Regional sobre drogas. Opinión de los cántabros ante las drogas 1997.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 1999.
- Plan Regional sobre drogas. Opinión de los cántabros ante las drogas 1999.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 1999.
- Plan Regional sobre drogas. Opinión de los cántabros ante las drogas 2001.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2001.
- Plan Regional sobre drogas. Incidencia del consumo en Cantabria 2003.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2004.
- Plan Regional sobre drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar 1998-1999.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 1999.
- Plan Regional sobre drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar 2000.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2000.
- Plan Regional sobre drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar 2002.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2003.
- Plan Regional sobre drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar 2004.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2004.
- Plan Regional sobre drogas. Incidencia del consumo de drogas en Cantabria 2003.** Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2004.
- Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ.** Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. *Nicotine Tob Res* 2001; 3: 51-60.
- Pomerleau OF & Pomerleau CS.** *Research on stress and smoking: progress and problems.* Br J Addiction 1991; 86: 599-603.
- Samet J, Yoon SY (eds).** *Women and the tobacco epidemic,* The World Health Organization 2001.
- Shafey O, Dolwick S, Guindon GE.** *Tobacco control country profiles.* American Cancer Society. 2003.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G.** *Nicotine replacement therapy for smoking cessation* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Stockley. D, EDEX.** *Drogas.* Vermilion.1999.

Surgeon General Report. *Reducing tobacco use*, US Department of Health and Human Services, 2000.

Tercer plan de actuación para una Europa sin tabaco 1997-2001. OMS-Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.

Veiga S, Martín F, Corral LP. *Abordaje del tabaquismo: intervención mínima; herramientas psicológicas.* *Tras Adic* 2004; 4: 43-56.

Watson R.R (ed), *Environmental tobacco smoke*, CRC Press, 2001.

West R, Mc Nelly and Raw M. *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update.* *Thorax* 2000; 55: 987-999.

World Health Organization, *Tobacco or Health: a global status report*, Organization World Publications, 1997.