

## DECRETO 85/1992, DE 28 DE MAYO, POR EL QUE SE APRUEBA EL PLAN SECTORIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

Artículo 1.º Se aprueba el Plan Sectorial de Prevención y Control del Tabaquismo, cuyos objetivos, criterios y directrices se insertan en el Anexo I del presente Decreto.

Art. 2.º Este Plan Sectorial tiene como finalidad la planificación, coordinación, promoción, desarrollo y evaluación de las actuaciones relacionadas con la prevención y control del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Art. 3.º La Consejería de Sanidad y Bienestar Social fijará cada dos años, a partir de los objetivos señalados en el Plan Sectorial de Prevención y Control del Tabaquismo, las prioridades de actuación en este campo.

Art. 4.º Los objetivos y contenido del Plan Sectorial deberán ser actualizados, con la modificación o ampliación que en su caso proceda, de acuerdo con los resultados obtenidos en su evaluación.

### Disposición adicional.

Se autoriza a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en el presente Decreto.

### Disposición final.

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

## ANEXO I

### PLAN SECTORIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

#### CAPITULO I.-Introducción.

El consumo de tabaco fue introducido en Europa hace casi quinientos años por los marineros de Cristóbal Colón a su vuelta del Nuevo Mundo. Habían aprendido su uso de los nativos americanos que utilizaban la planta del tabaco por motivos religiosos y por las propiedades medicinales que le atribuían. Desde España y Portugal, el consumo de tabaco se extendió por toda Europa a partir del siglo XVI, fumado en pipa o en forma de puro, masticado o aspirado como rapé, con una expansión lenta hasta finales del siglo XIX.

Con el desarrollo industrial, llegó la fabricación fácil de grandes cantidades de cigarrillos, que se convirtió en un próspero negocio, y con ello el hábito de fumar se extendió rápidamente, con características de epidemia, en el período entre las dos guerras mundiales.

Desde entonces, el consumo de tabaco por persona y año ha ido creciendo en



todo el mundo hasta nuestros días, y sólo en los países que han emprendido serias medidas antitabáquicas se está detectando en los últimos años una detención o incluso descenso de esta tendencia. Sin embargo el uso de tabaco, tradicionalmente reservado a los hombres adultos, está modificando sus costumbres y cada vez son más las mujeres y los adolescentes que fuman.

La generalización del consumo de tabaco en la primera mitad de este siglo hizo surgir y crecer la sospecha de que pudiese ser la causa de diversas enfermedades, fundamentalmente pulmonares. En 1950 Doll y Hill publicaron un trabajo, que se ha convertido en un clásico de obligado estudio y conocimiento en epidemiología, en el que se mostraba con datos contundentes el exceso de mortalidad por cáncer de pulmón asociado al consumo de tabaco. Posteriormente, son muchos los estudios, realizados con métodos científicos rigurosos, que demuestran la implicación del tabaco y en particular del alquitrán que contiene, en el origen de multitud de enfermedades graves, hasta el extremo de que hoy se considera al tabaco como la causa más importante de morbilidad evitable y de mortalidad prematura en los países desarrollados.

La intervención en el campo del tabaco se incluye dentro de la estrategia regional Europea de la OMS «Salud para Todos», de crear modos de vida saludables y más específicamente en relación al objetivo 16, de promoción de la conducta orientada hacia la salud positiva: «Incrementar los hábitos favorables a la salud», que incluyen mantener una alimentación equilibrada, no consumir tabaco, realizar actividades físicas adecuadas y un buen tratamiento del estrés.

Más específicamente, dentro de los problemas identificados en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y presentados en el informe «La Salud en Castilla y León», uno de los 61 problemas de salud detectados lo constituye la «alta prevalencia de fumadores habituales de tabaco».

Los daños en la salud ocasionados por el tabaco son bien conocidos y de una enorme magnitud. Si algo caracteriza al tabaco y a la lucha contra él, es que el hábito tabáquico es la causa más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible. Además, se reconoce que la lucha contra el tabaco es la medida preventiva que más puede ayudar a mejorar la salud y prolongar la vida. La lucha contra el hábito tabáquico no sólo permitirá incrementar los hábitos favorables a la salud, sino que su actuación está en relación con otros objetivos de la estrategia de Salud para Todos, como la disminución de la mortalidad por cáncer y la debida a enfermedades del aparato circulatorio.

El tabaquismo, considerando como fumador habitual o persona que posee el hábito tabáquico al que «fuma a diario», es un problema de salud pública de enorme magnitud, que afecta no sólo a la salud de los que fuman, sino que, además, ocasiona molestias y puede ser peligroso para la salud de los no fumadores. En el caso de las mujeres gestantes fumadoras, éstas ponen en peligro no sólo su salud sino también la de sus hijos.

Aparte de los daños en la salud individual, el tabaco ocasiona enormes costes a la sociedad, derivados tanto de los gastos asistenciales de estas personas, como de su falta de productividad, así como de una mayor siniestralidad asociada al hábito de fumar.

Es por todo ello que, desde hace ya bastantes años, la gran mayoría de los países occidentales han desarrollado estrategias normativas a fin de intentar limi-



tar el tabaquismo en los distintos países. La experiencia internacional demuestra que es posible combatir el tabaco, y que, si se actúa de una manera multidisciplinar, se puede reducir su penetración en la sociedad. La Organización Mundial de la Salud, en una serie de informes técnicos, ha dado recomendaciones a los gobiernos de los distintos países para que pongan en marcha planes de lucha antitabáquica.

## CAPITULO II.-El consumo de tabaco en Castilla y León.

1. El hábito tabáquico en la población general. En España, los datos obtenidos a partir de la mortalidad por sexo y causas de muerte según el Movimiento Natural de la Población Española del año 1983, indican que el 13% de todas las muertes producidas ese año son atribuibles al consumo de tabaco (20,3%) en el caso de los varones y el 5,4% en el caso de las mujeres. El 27,2% de las muertes atribuibles al tabaco se deben a cardiopatía isquémica, el 20,9% a cáncer broncopulmonar, 18,8% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 16,7% a accidente vascular cerebral agudo.

En Castilla y León, empleando un método similar al anterior y con los registros de mortalidad del año 1985, se estima que 2.354 muertes pueden considerarse atribuibles al tabaco, lo que supone un 10,3% del total de defunciones ocurridas durante ese año. Estas cifras desglosadas por sexos reflejan que el tabaco causó la muerte de 1.679 hombres (13,7% del total de fallecimientos) y 675 mujeres (6,34%).

Está demostrado que el tabaco es un factor de riesgo importante en la génesis de numerosas patologías: enfermedades cardiovasculares, cáncer, procesos respiratorios, etc. Hay que señalar que las mujeres fumadoras presentan unos riesgos especiales añadidos cuando además toman anticonceptivos hormonales, y para sus hijos cuando fuman durante el embarazo.

Los datos referentes a la prevalencia del hábito tabáquico en la Comunidad Autónoma de Castilla y León (14-70 años), a partir de una encuesta realizada en 1989, indican que en ese año el 48,5% de la población era fumador habitual.

Si se comparan estas cifras con las obtenidas en el último estudio sobre consumo de tabaco en el conjunto de la población española mayor de 16 años, realizado en 1989 por el Ministerio de Sanidad y Consumo la prevalencia de fumadores resulta ser bastante más alta en nuestra comunidad (48,5%) que entre toda la población española (35,9%). Del 64,1% de españoles no fumadores, el 51,5% nunca ha fumado mientras que 12,6% son exfumadores.

Estudios recientes realizados en otras Comunidades Autónomas encuentran cifras de prevalencia del tabaquismo un poco más bajas, como son la de Andalucía en 1987 (44,1%), Cataluña en 1986 (40,4%), la Comunidad Autónoma Vasca en 1986 (31,9%) o la población española en 1984 (41,4%). No obstante, la confirmación de estos datos de mayor prevalencia en Castilla y León requiere la realización de estudios epidemiológicos más actuales y detallados, que empleen métodos comparables.

Sin embargo, resulta difícil comparar datos crudos procedentes de encuestas realizadas con métodos y criterios de selección diferentes, de ahí la disparidad de cifras que se encuentra entre los diferentes estudios. Así, en la Encuesta



Nacional de Salud de 1987 se encontró una prevalencia de fumadores en España del 38,1% de la población mayor de 16 años, con un 49,1% de no fumadores y un 12% de exfumadores. En cuanto a la distribución del porcentaje de fumadores por Comunidades Autónomas, este estudio arroja una prevalencia del 36,9% en Castilla y León, lo que sitúa a nuestra Comunidad entre las que cuentan con una menor prevalencia de fumadores.

Las cifras de la Encuesta Nacional de Salud oscilan entre un 41,3% y 40,6% de fumadores en Cantabria y País Vasco, respectivamente, a 34,8% y 33,8% en Galicia y Castilla-La Mancha. Por sexos, en Castilla y León estima que fuma el 53,3% de los varones y el 21,1% de las mujeres, mientras que en España estas proporciones resultan de 54,7% y 22,9% respectivamente.

Para toda España se constata una tendencia ligeramente descendente en el consumo de tabaco de la población general a lo largo de la década de los ochenta. Sin embargo, esta discreta disminución se debe fundamentalmente a la reducción del hábito de fumar entre los hombres, ya que las mujeres, y especialmente las más jóvenes, registran un aumento progresivo del tabaquismo, no sólo en España sino en todos los países occidentales, de manera que las diferencias de prevalencia entre sexos tienden a suavizarse. Esta evolución conducirá en un futuro próximo, si no se modifican los hábitos y tendencias, a una epidemia de cánceres broncopulmonares y enfermedades cardiovasculares en las mujeres.

En Castilla y León hay que destacar que la prevalencia del hábito tabáquico es mayor entre los varones (55%) que entre las mujeres (41%). Esta diferencia para uno y otro sexo es sensiblemente menor que la observada en estudios realizados hace ya varios años. Así, en el estudio del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de 1978 fumaban a diario el 53,9% de los varones y sólo el 16,3% de las mujeres y en el estudio de 1989 las cifras de fumadores en España resultan de un 51,5% de los hombres frente al 21,4% de mujeres. En 1984 estos porcentajes eran ya del 59,6% y del 24,3%. Ello indica un sensible incremento en el hábito tabáquico entre las mujeres, como ya se ha reseñado. Estudios anteriores entre estudiantes universitarios y entre la población juvenil de nuestra Comunidad Autónoma (varones 53,8%, mujeres 53,1%), ya habían evidenciado este hecho.

La diferencia entre sexos en la Comunidad de Castilla y León es también manifiesta entre aquellos que no fuman (varones 28,9%, mujeres 45,2%). Asimismo, cabe destacar la mayor frecuencia del abandono del hábito tabáquico entre los varones (10,3%) que entre las mujeres (5,9%).

Dato que contrasta con los resultados obtenidos para toda España en un estudio en el que, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud, hallaron unas proporciones de abandono estandarizadas por edad de 23,1% para los varones y 29,9% para las mujeres.

La prevalencia del hábito tabáquico va incrementándose desde los 14-17 años hasta los 25-29 años, donde se observa la mayor frecuencia de fumadores habituales (62,2%), para ir descendiendo progresivamente a partir de esta edad hasta los 60-70 años. Los datos existentes indican que, aproximadamente, unas 900.000 personas en nuestra Comunidad Autónoma son fumadores habituales.



Por término medio, los fumadores habituales consumen una media de 15,6 cigarrillos por día. Esta cifra es ligeramente superior a la observada entre la población juvenil de Castilla y León en 1987 (13,7).

La edad de inicio al consumo de tabaco entre los fumadores habituales es de 15,9 años, prácticamente la misma edad que se observó hace dos años en la población juvenil (15,5 años). Hay que señalar que los hombres comienzan a fumar antes que las mujeres (15,8 años frente a 16,1 años). Los distintos estudios realizados en nuestra región, indican que ha ido reduciéndose la edad de inicio del consumo, comenzándose el hábito tabáquico cada vez a edades más tempranas.

En la encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1989, la mayor tasa de prevalencia de fumadores aparece también entre los 21 y 35 años. El consumo aumenta desde el grupo de 16-19 años (37%) y alcanza su acmé en el de 20-24 años (61,8%), a partir de donde comienza a disminuir hasta una prevalencia de 13,4% en el grupo de 65 años en adelante. Estos datos son coincidentes con los hallados en Castilla y León.

De acuerdo con la edad y el sexo, las cifras de consumo de tabaco de los españoles son más parecidas en el grupo de 20 a 24 años, con una prevalencia de fumadores del 62,9% entre los hombres y 60,5% de las mujeres. A partir de esa edad las tasas van divergiendo progresivamente, con una mayor proporción entre los varones.

2. El hábito tabáquico en los estudiantes. Estudios realizados entre los estudiantes de la Universidad de Valladolid en el curso académico 1983-1984, revelaron una alta prevalencia del hábito tabáquico (51,6%), destacando la gran frecuencia de fumadores habituales entre las mujeres (50,7% varones, 52,3% mujeres) y entre los estudiantes de medicina (50,4%). Estos hallazgos fueron confirmados de nuevo en un estudio realizado entre los estudiantes universitarios de Valladolid, Burgos y Palencia en 1985, encontrándose que el 52,5% eran fumadores habituales (52,1% varones, 53,0% mujeres). En 1990 se ha realizado un nuevo estudio entre los estudiantes universitarios de Valladolid. Los resultados indican que el 34,2% de los encuestados eran fumadores habituales, observándose de nuevo una mayor prevalencia del hábito tabáquico entre las mujeres (36,8%) que entre los varones (31,4%). Hay que destacar el gran descenso en la prevalencia del hábito tabáquico entre los estudiantes universitarios observado en dicho estudio, en comparación con los realizados hace 5 ó 6 años.

En un estudio realizado entre los estudiantes de COU y BUP en 1987 en la Ciudad de Ponferrada, el 20% era ya fumador habitual, y el 50% de los encuestados había ya entrado en contacto con el tabaco.

Fuera de nuestra Comunidad, en una encuesta realizada en Barcelona durante el curso 1986-1987, a una muestra de escolares de 5.º y 8.º curso de E.G.B. (10-11 y 13-14 años) se encontró que mientras en quinto curso el 80,3% de los niños y 89,9% de las niñas nunca habían fumado, en octavo estos porcentajes se habían reducido a 11,1% y 15,2% respectivamente. Destaca asimismo que entre los escolares de 8.º curso hay un 14,6% de niños y 15,4% de niñas que manifiestan haber fumado durante la última semana. Los resultados de este trabajo sugieren que los factores más importantes que influyen en el comportamiento de los escolares respecto al tabaco son los de orden socioeconómico.



mico (nivel bajo, por una parte, y mayor disponibilidad de dinero personal, por otra), la presencia de tabaco en el entorno, una buena opinión o actitud frente al consumo de tabaco y los relacionados con otros hábitos de salud.

3. El hábito tabáquico y el personal sanitario. Entre los médicos rurales de la provincia de Valladolid, según datos de 1983, el 50,6% de los encuestados indicó ser fumador habitual, siendo mayor la prevalencia del hábito tabáquico entre las mujeres (60%) que entre los varones (47,1%). La mayoría de los médicos encuestados consumía menos de 20 cigarrillos al día. De entre los fumadores «excesivos» (más de 29 cigarrillos/día), hay que señalar que el porcentaje era mayor entre las mujeres (19,3%) que entre los varones (8,3%). El 90,4% de los médicos consideraron que no se debe fumar dentro del recinto hospitalario, criterio secundado por un mayor porcentaje de varones (95,1%) que de mujeres (80%).

Una encuesta sobre consumo de tabaco entre los médicos españoles llevada a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas en 1985 arrojaba un 54% de médicos fumadores, ya sea de forma habitual u ocasional. Sin embargo, en este estudio, el porcentaje de fumadores es más elevado entre los hombres (46%) que entre las mujeres (42%). Así, las mujeres mostraban una prevalencia de fumadoras mucho más elevada que en la población general (21%), sin que se apreciaran diferencias entre los varones (42% de fumadores en la población general). La prevalencia del tabaquismo entre los médicos se mostraba inversamente relacionada con la edad, de manera que un 53% de los menores de 30 años se declaraban fumadores, frente al 30% de los mayores de 60 años.

La edad es probablemente el factor que más influye para explicar las diferencias encontradas entre este estudio y el de médicos rurales de Valladolid y en la proporción de fumadores en cada serie respecto a la de la población juvenil, ya que en el colectivo de médicas hay un mayor porcentaje de mujeres jóvenes que entre sus colegas de sexo masculino.

Asimismo, en un estudio llevado a cabo en 1988 en un hospital general de Cataluña se constató una prevalencia de consumo de tabaco entre todo el personal del 55,4% que era más elevado en el personal sanitario y específicamente entre los médicos se registraba el máximo porcentaje de fumadores (59,4%). Además, de los médicos fumadores el 90,6% manifestaba fumar en el hospital y sólo el 9,4% no hacerlo. Un 63% de los fumadores había intentado en alguna ocasión dejar de fumar aunque sólo consiguió abandonarlo el 32%.

### CAPITULO III.-Objetivos.

I. Objetivo General. En 2000, al menos el 70% de la población será no fumadora y se reducirá el consumo de tabaco al menos en un 30%.

II. Objetivos del Proceso.

1. De disminución de riesgo:

1.1. En 2000, el consumo medio de tabaco en la población mayor de 16 años deberá ser menor de 8 cigarrillos/día.

1.2. En 2000, la edad media de comienzo del consumo de tabaco en la población deberá superar los 16 años de edad.

2. De educación para la Salud:



## III. Normas Autonómicas

2.1. En 1995, el 90% de los educadores y maestros de colegios será capaz de explicar y responder a las cuestiones que sean planteadas por sus alumnos sobre el riesgo que representa el fumar para la salud del fumador, de la gestante y del fumador pasivo.

2.2. En 1995, al menos el 75% de la población mayor de 16 años deberá haber recibido información suficiente acerca de la mayor morbilidad y mortalidad que presentan los fumadores en relación con los no fumadores y de la importancia del tabaco como factor de riesgo principal en el desarrollo del cáncer y de las patologías cardiovascular y respiratoria.

2.3. En 1995, al menos el 75% de la población mayor de 16 años deberá haber recibido información suficiente sobre los riesgos para la salud de los fumadores pasivos.

2.4. En 1995, al menos el 90% de las mujeres mayores de 16 años deberá haber recibido información suficiente sobre los riesgos especiales del tabaco en relación con el embarazo o con la utilización de anticonceptivos hormonales.

2.5. En 2000, los aspectos básicos del tabaco en relación con la salud deberán estar incluidos en los programas de enseñanza obligatoria.

3. De mejora de servicios:

3.1. En 1992, deberán cumplirse las normas vigentes sobre publicidad, venta de tabaco, y limitación de su uso en las zonas reservadas al efecto, en especial en el caso de los centros docentes y asistenciales.

3.2. En 1993, el personal sanitario contará con material de apoyo para facilitar el cese del hábito tabáquico en sus pacientes.

3.3. En 1992, se apoyará el desarrollo e implantación de técnicas de intervención, tanto preventivas como terapéuticas, en relación con el hábito tabáquico.

3.4. En 2000, al menos el 75% de los usuarios de los servicios sanitarios deberá recibir de manera sistemática consejo adecuado sobre el tabaco.

3.5. En 1995, las empresas de más de 200 empleados deberán establecer áreas de fumadores separadas del medio ambiente de trabajo habitual, y favorecer en la medida de lo posible el que sus empleados se incorporen a programas de apoyo para dejar de fumar.

4. De vigilancia epidemiológica e investigación:

4.1. En 1992, se iniciarán estudios epidemiológicos dirigidos a conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre la población general, personal sanitario, personal docente, población estudiantil y gestantes.

4.2. En 1992, se impulsará la realización de estudios que permitan evaluar los fenómenos sociológicos, conocimientos, actitudes y opinión que acompaña a la lucha contra el tabaco.

4.3. En 1993, todo el personal sanitario recibirá información sobre los datos epidemiológicos referentes a la prevalencia del hábito, morbilidad y mortalidad relacionados con el tabaco, al menos en su ámbito de actuación.

4.4. En 1995, se promocionará el desarrollo de estudios encaminados a eva-



lular la eficacia de los programas de intervención en relación con el tabaquismo.

### **CAPITULO IV.-Criterios básicos de actuación.**

La disminución de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud de la población permite dos posibles aproximaciones de intervención:

- Prevenir que los jóvenes comiencen a fumar.
- Conseguir que los fumadores abandonen el hábito.

Los mejores resultados a largo plazo se alcanzarán si se consigue evitar al máximo posible que los adolescentes comiencen a fumar y que el tabaco deje de ser algo apetecible para los jóvenes. De esta manera, se trata de reducir al máximo el número de jóvenes que empiezan a fumar y retrasar la edad de inicio en los que, a pesar de todo, comiencen a fumar.

Sin embargo, aun siendo lo fundamental, un programa de prevención y control del tabaquismo no puede limitarse a los niños y jóvenes, sino que ha de prestar atención a otros grupos de población y mediante diversas medidas de actuación, de modo que se consiga reducir de forma global el número de fumadores, prestando consejo y ayuda cuando sea preciso. Asimismo, será necesario tratar de reducir la cantidad de sustancias nocivas que inhalan aquellos fumadores que no pueden dejar el hábito, proteger la salud de los no fumadores de los efectos nocivos del tabaco y, en definitiva, crear un ambiente social favorable para respetar y mantener una sociedad sin humo.

Para alcanzar estos objetivos, es posible desarrollar tres tipos de actuaciones, que resultan complementarias:

- Información y educación sanitaria: trata de sensibilizar y concienciar a la población ante el problema que supone el tabaquismo y sus posibles soluciones. Mediante la educación, además, se pretende modificar los comportamientos y actitudes ante el uso de tabaco.
- Legislación: pretende restringir normativamente la promoción, publicidad, venta y uso del tabaco, así como limitar el contenido de sustancias nocivas permisibles en el tabaco.
- Asistencia terapéutica: consiste en facilitar tratamiento y apoyo terapéutico a personas en situación de alto riesgo o que no son capaces de dejar de fumar por sí mismas. Su necesidad y uso son muy limitados en el caso del tabaquismo.

La educación sanitaria y la legislación son los dos instrumentos fundamentales de actuación de que dispone la Administración Sanitaria para controlar el tabaquismo. Ambas medidas han de aplicarse de forma conjunta y coordinada para que sean efectivas, con actuaciones encaminadas en una misma dirección.

1. Información y educación sanitaria. Constituyen las medidas principales para alcanzar los objetivos de prevención y control del hábito tabáquico. La diferenciación entre programas informativos y educativos no es precisa ni bien definida, tal distinción no es unánimemente aceptada por todos los autores, y es inevitable un cierto grado de solapamiento entre unos y otros. No obstante,



el Comité de Expertos de la OMS en lucha antitabáquica hace tal distinción entre ambos tipos de programas.

De acuerdo con el criterio de este Comité, los programas de información están destinados, principalmente, a despertar la atención de la población y favorecer la comprensión de la naturaleza y la magnitud del problema del tabaquismo por parte del público y de las personas relevantes de la sociedad, en definitiva se trata de crear un ambiente social en el que puedan prosperar los programas de educación sanitaria. Estos últimos, por su parte, tratan de adecuar los comportamientos de la población a las necesidades de salud, es decir, modificar comportamientos y actitudes de manera que los individuos elijan las opciones más favorables para su salud y la de la comunidad.

Los objetivos que se persiguen con la información y educación para la salud, según la Unión Internacional contra el Cáncer y el Comité de Expertos de la OMS en lucha antitabáquica pueden concretarse en los siguientes:

- Conseguir que el público esté informado de las consecuencias del consumo de tabaco para la salud y comprenda el problema y su magnitud.

- Lograr que las personas que pueden tomar decisiones (políticos y dirigentes) adquieran conciencia de la necesidad de controlar el tabaquismo y de las posibilidades de actuación.

- Procurar que las personas cuyo ejemplo y acciones son fundamentales en la lucha antitabáquica tomen conciencia de la importancia de su papel y actúen en consecuencia.

- Contrarrestar los efectos de la información inexacta, en especial la difundida por los fabricantes de cigarrillos.

- Ayudar a proteger los derechos de los no fumadores.

- Crear una atmósfera social en la cual la abstinencia de fumar sea considerada conducta normal y socialmente aceptable.

La información puede dirigirse a la población general, mediante métodos indirectos de comunicación -carteles, folletos, prensa, radio, etc.- o bien a grupos específicos de población de interés o características especiales. Los medios de comunicación de masas resultan particularmente útiles al comienzo de un programa antitabáquico por su gran cobertura y penetración en un público heterogéneo, lo que permite que la gente conozca el problema, se interese por él y se cree una cierta sensibilización colectiva.

Los programas y actividades de educación tienen como objeto primordial modificar comportamientos y actitudes. Los dirigidos a niños y jóvenes centran su atención en prevenir que se inicien en el hábito de fumar, tienen como ámbito de actuación la escuela y centros de formación y cuentan con maestros y educadores como agentes fundamentales para su ejecución. Comparando los resultados de diversos programas desarrollados en diversos países en el medio escolar encaminados a prevención del uso de tabaco y otras drogas, los programas que refuerzan las habilidades para resistir la presión social que incita al consumo de sustancias adictivas son los que muestran mejores efectos.

En cambio en los adultos el objetivo es que dejen de fumar, por eso la educación ha de ser persuasiva, es decir informativa y motivadora. Los servicios de salud, los centros de trabajo y los medios de comunicación son los lugares



idóneos de actuación en este grupo de población y los agentes principales el personal sanitario y los profesionales de los medios de comunicación. El personal sanitario desempeña un papel muy importante en la prevención y control del tabaquismo. Aunque pueda parecer ineficaz, el consejo médico de dejar de fumar tiene un éxito considerable especialmente si se acompaña de material impreso de apoyo. Por todo ello es aconsejable que el médico y en general el personal sanitario intente disuadir a sus pacientes de fumar, especialmente a los que padecen patología asociada al tabaquismo.

2. Legislación antitabáquica. Las medidas legislativas son un elemento fundamental que ayudará al buen desarrollo y éxito de los programas de educación en la prevención y control del tabaquismo.

Dentro del primer plan de acción del programa «Europa contra el Cáncer», la Comisión de la Comunidad Europea estableció en 1990 una serie de acciones para reducir los efectos del tabaco sobre la salud. En su mayoría se trata de medidas legislativas tendentes a la armonización de las disposiciones de los estados miembros de cara a incrementar los impuestos que gravan el tabaco, restringir su publicidad, reducir el contenido del alquitrán de los cigarrillos y limitar el uso del tabaco en los lugares públicos.

Las catorce acciones de lucha contra el tabaquismo comprendidas en el programa de prevención del cáncer de la CEE son las siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Aumento de la fiscalidad sobre las manufacturas de tabaco en la Comunidad Europea.
- 2.<sup>a</sup> Financiación de las acciones nacionales de prevención mediante la elevación de los impuestos que gravan los productos del tabaco.
- 3.<sup>a</sup> Publicación de los índices de precios del tabaco por la Oficina de Estadística de la Comunidad.
- 4.<sup>a</sup> Armonización del etiquetado de los cigarrillos en la Comunidad Europea.
- 5.<sup>a</sup> Prohibición de los cigarrillos con fuerte contenido en alquitrán.
- 6.<sup>a</sup> Armonización de las normas de medida de los componentes del tabaco.
- 7.<sup>a</sup> Prohibición de la venta de tabaco libre de impuestos en la Comunidad.
- 8.<sup>a</sup> Protección de los niños frente a la venta de tabaco.
- 9.<sup>a</sup> Reducción de la producción de tabaco, reorientación hacia variedades menos nocivas y análisis de las posibilidades de reconversión del sector.
- 10.<sup>a</sup> Campaña de información y sensibilización del público ante la lucha contra el tabaquismo.
- 11.<sup>a</sup> Estudio de las disposiciones nacionales y elaboración de propuestas que regulen el consumo de tabaco en los lugares públicos.
- 12.<sup>a</sup> Estudio de las disposiciones nacionales y elaboración de propuestas de reglamentación europea sobre la limitación de la publicidad en favor del tabaco.
- 13.<sup>a</sup> Evaluación comparativa de las campañas de ayuda a la desintoxicación de los fumadores.
- 14.<sup>a</sup> Intercambio de información sobre la lucha contra el tabaquismo.



## III. Normas Autonómicas

Hasta el momento la comisión ha elaborado cinco propuestas de directivas encaminadas a armonizar la legislación de los países miembros en los siguientes aspectos:

- Impuestos indirectos sobre los productos del tabaco.
- Etiquetado que incluya mensajes advirtiendo de los efectos perniciosos del tabaco sobre la salud en los embalajes de los productos del tabaco.
- Limitación del contenido máximo de alquitrán de los cigarrillos, que será reducido a 15 mg al final de 1992 y a 12 mg a fines de 1997.
- Limitación de la publicidad en favor de los productos del tabaco, con prohibición total de la publicidad indirecta.
- Refuerzo de las campañas informativas sobre efectos del tabaco.

Estas medidas tienden a proteger tanto la salud de los fumadores, como la de los no fumadores que se ven sometidos a los efectos del tabaco, otorgando prioridad siempre al derecho a la salud de los no fumadores.

Sin embargo la implantación y armonización de medidas legislativas está resultando un camino lento y laborioso, en España especialmente en lo que afecta a la limitación de la publicidad, por la resistencia y oposición que ejercen los productores y fabricantes de tabaco y las empresas publicitarias.

3. Asistencia terapéutica. Más del 90% de los fumadores desearían dejar de serlo y la mayoría lo han intentado al menos una o más veces. La mayor parte, de los que abandonan definitivamente el tabaco lo consiguen sin la ayuda de programas específicos ni intervenciones clínicas.

Las razones más comunes que aportan los exfumadores para haber conseguido dejar el tabaco son la aparición de problemas de salud, como enfisema o infarto de miocardio; una fuerte presión por parte de la familia; la influencia de los amigos y compañeros de trabajo; el elevado coste de los cigarrillos, especialmente en personas de baja extracción socioeconómica; temor a la aparición de efectos adversos en su propia salud o en la de sus hijos o bien a la posibilidad de que los hijos se hagan fumadores, y finalmente la preocupación por los efectos negativos sobre el medio ambiente y la falta de aceptación social.

Sin embargo, hay personas en situación de especial riesgo por sus condiciones de salud, fundamentalmente con patología respiratoria y cardiovascular, para las que el tabaco supone un factor agravante considerable o bien fumadores actualmente sanos que desearían abandonar el tabaco, pero que son incapaces de hacerlo por sí mismos. En estos casos es cuando se hace necesaria la ayuda terapéutica, para lo que existen tres posibles aproximaciones: clases para dejar de fumar, intervención clínica y programas especiales de intervención comunitaria.

-Clases para dejar de fumar: Cada vez son más numerosos y variados los programas de este tipo. La mayoría consisten en grupos de 8 a 15 personas dirigidos por un líder, que habitualmente es un psicólogo o educador sanitario. Generalmente estos programas se basan en técnicas de comportamiento que aumentan la capacidad de los participantes para resistir la urgente necesidad de fumar.

-Intervenciones clínicas: El consejo para dejar de fumar ofrecido por el personal sanitario de forma regular a todos los pacientes fumadores, junto con la



abstinencia de usar tabaco de los profesionales, tienen un considerable impacto en lograr el abandono del hábito.

-Programas especiales de intervención comunitaria: Se trata de programas dirigidos a un amplio número de participantes encaminados a reducir el tabaquismo y generalmente otros factores de riesgo cardiovascular. Estas experiencias se han desarrollado fundamentalmente en Estados Unidos y no están muy extendidas ni bien evaluada su eficacia.

## CAPITULO V.-Programas y actividades para el bienio 1992-1993.

### PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO EN EL PERSONAL SANITARIO.

#### 1. Objetivos generales.

1.1. En 1993, todo el personal sanitario recibirá información sobre los datos epidemiológicos referentes a la prevalencia del hábito, morbilidad y mortalidad relacionados con el tabaco, al menos en su ámbito de actuación.

1.2. En 1993 el personal sanitario contará con material de apoyo para facilitar el cese del hábito tabáquico en sus pacientes.

1.3. En 1992, se apoyará el desarrollo e implantación de técnicas de intervención, tanto preventivas como terapéuticas, en relación con el hábito tabáquico.

1.4. En 2000, al menos el 75% de los usuarios de los servicios sanitarios deberá recibir de manera sistemática consejo adecuado sobre el tabaco.

1.5. En 1992, deberán cumplirse las normas vigentes sobre publicidad, venta de tabaco y limitación de su uso en las zonas reservadas al efecto en los centros de asistencia sanitaria.

1.6. En 1995, al menos el 90% de las mujeres mayores de 16 años deberá haber recibido información suficiente sobre los riesgos especiales del tabaco en relación con el embarazo o con la utilización de anticonceptivos hormonales.

1.7. En 1992, se iniciarán estudios epidemiológicos dirigidos a conocer la prevalencia del hábito tabáquico en el personal sanitario y en las gestantes.

1.8. En 1992, se impulsará la realización de estudios que permitan evaluar el fenómeno sociológico, conocimientos, actitudes y opinión, que acompaña a la lucha contra el tabaco.

#### 2. Objetivos específicos y actividades.

2.1. En 1992 se constituirá, bajo dependencia de la Dirección General de Salud Pública y Asistencia, un grupo de trabajo sobre tabaco, común para todos los programas encuadrados dentro del Plan Sectorial de Prevención y Control del Tabaquismo.

Actividades:

2.1.1. Designación de un responsable del programa y responsables provinciales.

2.1.2. Designación de los miembros del grupo de trabajo y asignación de fun-



ciones.

2.1.3. Planificación y desarrollo de actividades.

2.1.4. Coordinación de las actividades de los diferentes Programas del Plan Sectorial.

2.2. A partir de 1993 todos los médicos y personal de enfermería recibirán anualmente información epidemiológica sobre la prevalencia del hábito tabáquico, morbilidad y mortalidad relacionada con el consumo de tabaco, referida al menos a la Comunidad de Castilla y León.

Actividades:

2.2.1. A partir de 1993, la Dirección General de Salud Pública y Asistencia elaborará con periodicidad bianual un informe sobre prevalencia del hábito tabáquico en la Comunidad de Castilla y León.

2.2.2. El grupo de trabajo de tabaco elaborará informes anuales sobre mortalidad ligada al tabaco en Castilla y León.

2.2.3. Obtención de datos de morbilidad relacionada con el tabaco.

2.2.4. Elaborar informes sobre incidencia y prevalencia de patología relacionada con el tabaco.

2.2.5. Difusión de la información.

2.3. A partir de 1992, se facilitará al personal de atención primaria bibliografía, así como los estudios e informes más relevantes, nacionales e internacionales, sobre los efectos del consumo de tabaco y los beneficios de su abandono.

Actividades:

2.3.1. Seguimiento de la literatura nacional e internacional sobre tabaquismo.

2.3.2. Análisis y selección de la bibliografía relevante sobre efectos del consumo de tabaco, experiencias en materia de prevención e intervención, resultados de programas y actividades emprendidas en diferentes ámbitos de actuación, etc.

2.3.4. Distribución de la información.

2.3.5. Atender, en el ámbito provincial siempre que sea posible, la demanda de información y las consultas que planteen los sanitarios sobre problemas relacionados con el tabaco.

2.4. En 1993 todos los médicos dispondrán de un manual con la información básica sobre los efectos del tabaco en la salud, los beneficios del cese del hábito y las técnicas de intervención para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

Actividades:

2.4.1. Elaboración del contenido del manual.

2.4.2. Impresión y distribución del material.

2.5. En 1993 todo el personal sanitario de atención primaria dispondrá de material impreso destinado a los pacientes con información sobre los efectos del tabaquismo, beneficios del cese del hábito y orientaciones para su abandono.



## III. Normas Autonómicas

Actividades:

2.5.1. Elaboración del contenido de un folleto divulgativo.

2.5.2. Impresión y distribución del material.

2.6. En 1993 todos los equipos de Atención Primaria dispondrán de material audiovisual sobre el tabaco y sus efectos en la salud destinado a actividades de educación para la salud.

Actividades:

2.6.1. Elaboración y estructuración del contenido.

2.6.2. Elaboración de material audiovisual: diapositivas y/o vídeo.

2.6.3. Edición y distribución del material.

2.7. Los cursos de formación continuada para personal de atención primaria que programe la Dirección General de Salud Pública y Asistencia durante 1992 y 1993, incluirán contenidos sobre tabaco.

Actividades:

2.7.1. Propuesta y programación de los cursos que se desarrollarán anualmente en coordinación con el Servicio responsable de formación continuada.

2.7.2. Selección del profesorado y elaboración de contenidos.

2.8. Todas las actividades de formación que patrocine la Dirección General de Salud Pública y Asistencia durante 1992 y 1993 sobre problemas que puedan estar relacionados con el tabaco incluirán contenidos sobre sus efectos, beneficios de cese del hábito y técnicas de intervención.

Actividades:

2.8.1. Organización de la infraestructura, calendario y desarrollo de los cursos y actividades de formación en coordinación con la unidad responsable de formación continuada.

2.8.2. Adecuar el contenido de los temas sobre tabaco a las distintas actividades.

2.9. En 1992 se iniciará con carácter piloto un programa de tratamiento especializado antitabáquico para pacientes en situación de riesgo elevado y se pondrá en marcha una unidad de ámbito regional que preste apoyo a los programas de prevención o deshabituación tabáquica desarrollados desde la atención primaria de salud.

Actividades:

2.9.1. Organización y puesta en marcha de una unidad de tratamiento antitabáquico especializado.

2.9.2. Diseño y desarrollo de un circuito de captación de pacientes.

2.9.3. Elaboración y ejecución de los protocolos de tratamiento.

2.9.4. Establecer relación con equipos de atención primaria para promocionar y prestar apoyo al desarrollo de programas de prevención y control del tabaquismo.

2.9.5. Elaborar una guía que proporcione recomendaciones y apoyo a las personas que quieran dejar de fumar.



## III. Normas Autonómicas

2.10. En 1993, se incrementará en un 25% el porcentaje de fumadores que reciba consejo antitabáquico en los servicios de atención primaria.

Actividades:

2.10.1. Informar a los coordinadores de equipos de atención primaria y a todos los médicos de atención primaria de los centros de salud sobre la importancia del consejo médico.

2.10.2. Establecer provincialmente una reunión con los coordinadores de equipos.

2.10.3. Distribución de folletos y otro material de divulgación.

2.10.4. Organización y desarrollo por parte del personal del equipo de atención primaria de charlas y actividades de educación para la salud relacionadas con el tabaco en los centros de salud.

2.11. En 1993, al menos el 90% de los pacientes fumadores de atención primaria con patología cardiovascular y respiratoria crónica recibirá consejo por parte del personal sanitario sobre los efectos perjudiciales del tabaco y los beneficios de su abandono.

Actividades:

2.11.1. Proporcionar información, mediante cartadirigida a los profesionales de atención primaria de la importancia y las técnicas del consejo terapéutico en relación con el hábito tabáquico dirigida a grupos de enfermos de mayor riesgo.

2.12. En 1992, todos los centros sanitarios articularán las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las normas sobre limitaciones de uso de tabaco en sus instalaciones.

Actividades:

2.12.1. Difundir la normativa vigente, sobre limitaciones al uso del tabaco en centros sanitarios a todos los coordinadores de equipos de atención primaria, y responsables de organismos e instituciones titulares de centros sanitarios encomiando su cumplimiento.

2.12.2. Elaborar carteles y señalizaciones.

2.12.3. Impresión y distribución del material.

2.13. En 1993, al menos el 75% de los centros sanitarios tendrá material impreso dirigido a disuadir del hábito de fumar y/o señalar los riesgos del tabaco para la salud.

Actividades:

2.13.1. Informar a los responsables y al personal de los centros de salud sobre la utilidad de las actividades de divulgación y proporcionar el material necesario para que sea utilizado en los centros.

2.13.2. Elaboración y distribución material.

2.14. En 1993, todos los ginecólogos y matronas tendrán información clínica y epidemiológica sobre los efectos del tabaco en la mujer, en la embarazada y en el feto.

Actividades:



## III. Normas Autonómicas

2.14.1. Obtener listados de ginecólogos y matronas.

2.14.2. Poner al corriente a los profesionales sobre el programa y su papel en el mismo.

2.14.3. Revisión de la bibliografía sobre epidemiología, patología asociada al tabaco en la mujer y en el feto y prevención.

2.14.4. Distribución de la información a los profesionales.

2.15. En 1993 todo el personal de atención primaria tendrá información clínica y epidemiológica sobre los riesgos del tabaco para las embarazadas y mujeres que utilicen anticonceptivos orales.

Actividades:

2.15.1. Poner al corriente a los profesionales sobre el programa y su papel en el mismo.

2.15.2. Selección de bibliografía sobre epidemiología, patología asociada y prevención.

2.15.3. Distribución de la información a los profesionales de atención primaria.

2.16. En 1993, el 90% de las embarazadas fumadoras recibirá consejo antitabáquico en el primer trimestre de embarazo.

Actividades:

2.16.1. Elaboración de un folleto divulgativo destinado a mujeres en edad de procrear.

2.16.2. Distribución del folleto.

2.16.3. Elaboración y distribución de material audiovisual de divulgación para ser utilizado en actividades de educación para la salud.

2.16.4. Elaboración y distribución de carteles sobre embarazo y tabaco y sobre anticonceptivos orales y tabaco.

2.17. En 1993, el 90% de las fumadoras que acuda a centros de planificación familiar o consulta ginecológica recibirá consejo antitabáquico.

Actividades:

2.17.1. Distribución de folletos en consultas de planificación familiar, ginecología y obstetricia.

2.17.2. Elaboración de material audiovisual de divulgación.

2.17.3. Elaboración y distribución de carteles sobre embarazo y tabaco y sobre anticonceptivos orales.

2.18. En 1992 se iniciará la realización de una encuesta sobre prevalencia del hábito tabáquico, así como sobre conocimientos y actitudes frente al tabaquismo entre el personal sanitario de atención primaria y las embarazadas.

Actividades:

2.18.1. Diseño del cuestionario.

2.18.2. Selección de la muestra.

2.18.3. Realización del trabajo de campo.



2.18.4. Codificación y análisis de los datos.

2.18.5. Elaboración del informe.

2.18.6. Difusión de los resultados.

### PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA COMUNIDAD ESCOLAR

1. Objetivos generales.

1.1. En 1995, el 90% de los educadores y maestros de colegios será capaz de explicar y responder a las cuestiones que sean planteadas por sus alumnos sobre el riesgo que representa el fumar para la salud del fumador, de la gestante y del fumador pasivo.

1.2. En 2000, los aspectos básicos del tabaco en relación con la salud deberán estar incluidos en los programas de enseñanza obligatoria.

1.3. En 1992, deberán cumplirse las normas vigentes sobre publicidad, venta y uso de tabaco en los centros docentes.

1.4. En 1993 se apoyará el desarrollo e implantación de técnicas de intervención preventivas en relación con el hábito de fumar, dirigidas a la población escolar.

1.5. En 1995, se promocionará el desarrollo de estudios encaminados a evaluar la eficacia de los programas de intervención, dentro de la comunidad escolar, en relación con el tabaquismo.

1.6. En 2000, la edad media del consumo de tabaco en la población se retrasará al menos en 2 años.

1.7. En 1992, se iniciarán estudios epidemiológicos dirigidos a conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre la población estudiantil y el personal docente.

1.8. En 1992, se impulsará la realización de estudios que permitan evaluar el fenómeno sociológico, conocimientos, actitudes y opinión, que acompaña a la lucha contra el tabaco.

2. Objetivos específicos y actividades.-

2.1. En 1993, los profesionales de enseñanza primaria y secundaria de los centros escolares en los que existan programas de educación para la salud recibirán información sobre la patología asociada al hábito de fumar, el riesgo que soporta para su salud el fumador pasivo y los beneficios de dejar de fumar.

Actividades:

2.1.1. Designación de un responsable del programa y responsables provinciales.

2.1.2. Asignación de funciones en el grupo de trabajo sobre tabaco.

2.1.3. Elaboración de un informe sobre consecuencias del tabaco en la salud y beneficios del cese, así como posibilidad de actuación preventiva en el medio escolar.

2.1.4. Obtener listados de centros de enseñanza y profesores adscritos a ellos.

2.1.5. Impresión y distribución de la publicación.



## III. Normas Autonómicas

2.2. A partir de 1992, el profesorado de enseñanza primaria y secundaria y las Asociaciones de Padres de Alumnos (APAS) de los centros escolares en los que existan programas de educación para la salud recibirá, de manera continuada formación sobre la repercusión del tabaco en la salud y las posibilidades de desarrollo de una educación antitabáquica.

Actividades:

2.2.1. Establecer y desarrollar acuerdos de cooperación de ámbito provincial entre las Administraciones Públicas y Organizaciones no Gubernamentales para el desarrollo de actividades en relación con la prevención y control del tabaquismo que requieran una actuación conjunta.

2.2.2. La Consejería de Sanidad y Bienestar Social, dentro de su programa anual de formación continuada, ofertará cursos dirigidos a profesorado y APAS sobre efectos del tabaco y prevención del tabaquismo.

2.2.3. Elaboración de directrices sobre áreas temáticas en relación con la prevención y control del consumo de tabaco destinadas a:

-Cursos de formación continuada o de capacitación de profesorado.

-Currículum de las Escuelas de Formación de Profesorado.

2.3. A partir de 1993, los centros públicos y privados de enseñanza primaria y secundaria recibirán medios de apoyo para realizar una educación antitabáquica por parte del profesorado.

Actividades:

2.3.1. El grupo de trabajo definirá los contenidos y tipo de material más adecuado para la consecución de los fines.

2.3.2. Elaboración de material, fundamentalmente audiovisual relacionado con el efecto del tabaco sobre la salud de los fumadores, las gestantes y los fumadores pasivos dirigido a escolares en las diferentes etapas de la educación.

2.3.3. Edición y distribución del material.

2.4. En 1992, todos los centros de enseñanza primaria y secundaria dispondrán las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las normas vigentes sobre limitaciones del uso de tabaco en centros docentes.

Actividades:

2.4.1. Recopilación de la legislación vigente y normas de actuación para garantizar su cumplimiento en los centros de enseñanza.

2.4.2. Elaboración de señalizaciones restrictivas del uso del tabaco.

2.4.3. Impresión y distribución de documentación y material a los centros de enseñanza primaria y secundaria de Castilla y León.

2.5. A partir de 1993, se facilitarán ayudas a la investigación para el desarrollo de programas de intervención preventiva en el ámbito escolar.

Actividades:

2.5.1. Definir las líneas de investigación, cuantía y características de la convocatoria, dentro del programa de ayudas a la investigación de la Junta de Castilla y León.



2.5.2. Estudio e información para la resolución de las propuestas presentadas.

2.5.3. Seguimiento de los programas.

2.6. A partir de 1993 los Programas de Educación para la Salud desarrollados en el ámbito escolar deberán incluir un módulo de educación sobre prevención del tabaquismo.

Actividades:

2.6.1. La Consejería de Sanidad y Bienestar Social recopilará y elaborará un catálogo de documentación, materiales y experiencias de prevención del tabaquismo en el ámbito escolar.

2.6.2. Elaboración de contenidos temáticos.

2.6.3. Diseño de actividades escolares y extraescolares encaminadas a la prevención del hábito tabáquico.

2.6.4. Difusión de la iniciativa a los centros con programas de Educación para la Salud.

2.7. En 1992, se iniciará la realización de una encuesta sobre prevalencia del hábito tabáquico así como sobre conocimientos, actitudes y opinión entre personal docente y los escolares de 10-16 años de los centros de enseñanza primaria y secundaria respecto al tabaco.

Actividades:

2.7.1. Diseño de cuestionario.

2.7.2. Selección de la muestra.

2.7.3. Realización del trabajo de campo.

2.7.4. Codificación y análisis de los datos.

2.7.5. Elaboración del informe.

2.7.6. Difusión de los resultados.

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACION GENERAL**

1. Objetivos generales.

1.1. En 2000 el consumo medio de tabaco en la población mayor de 16 años deberá ser menor de 8 cigarrillos/día.

1.2. En 1995, al menos el 75% de la población mayor de 16 años deberá haber recibido información suficiente acerca de la mayor morbilidad y mortalidad que presentan los fumadores en relación con los no fumadores y de la importancia del tabaco como factor de riesgo principal en el desarrollo del cáncer y de las patologías cardiovascular y respiratoria.

1.3. En 1995, al menos el 75% de la población mayor de 16 años deberá haber recibido información suficiente en el sentido de que los fumadores pasivos soportan riesgos para su salud similares a los de los fumadores, aunque en menor magnitud.

1.4. En 1992, deberán cumplirse las normas vigentes sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco.



1.5. En 1995, las empresas con más de 200 empleados deberán establecer áreas de fumadores separadas del medio ambiente de trabajo habitual, y favorecer en la medida de lo posible el que sus empleados se incorporen a programas de apoyo para dejar de fumar.

1.6. En 1992, se iniciarán estudios epidemiológicos dirigidos a conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre la población general.

1.7. En 1992, se impulsará la realización de estudios que permitan evaluar el fenómeno sociológico, conocimientos, actitudes y opinión que acompaña a la lucha contra el tabaco.

2. Objetivos específicos.

2.1. En 1993, los colectivos con mayor representatividad social en Castilla y León recibirán información sobre los riesgos que comporta el tabaco para la salud, los beneficios de su abandono y la importancia de que en su actuación pública promocionen la prevención y abstención del consumo de tabaco.

Actividades:

2.1.1. Designación de un responsable del programa y responsables provinciales.

2.1.2. Asignación de funciones en el grupo de trabajo sobre tabaco del Plan Sectorial.

2.1.3. Determinación de los colectivos de interés.

2.1.4. Elaboración de un documento informativo sobre:

-El Plan de Salud de Castilla y León.

-Prevalencia, morbilidad y mortalidad asociada al tabaco.

-Legislación vigente sobre venta y uso del tabaco y necesidad del cumplimiento de esta legislación en las dependencias bajo su competencia.

-Importancia de que en su actividad pública promocionen la prevención y abstención del consumo de tabaco.

2.1.5. Obtener listados de destinatarios.

2.1.6. Impresión y distribución del informe.

2.2. En 1993, el personal de los medios de comunicación de Castilla y León recibirá información sobre los riesgos que para la salud entraña el tabaco y los beneficios de su cese, de manera que en su actividad profesional contribuyan a potenciar estilos de vida saludables, que eviten el uso del tabaco.

Actividades:

2.2.1. Obtener la relación de profesionales de los medios de comunicación: prensa escrita, radio y televisión.

2.2.2. Elaboración de un documento informativo sobre:

-El Plan de Salud de Castilla y León.

-Tabaco y salud: prevalencia, morbilidad y mortalidad asociados al tabaco y beneficios del abandono.

-Legislación vigente.

-Importancia que tienen los medios de comunicación en la promoción y



## III. Normas Autonómicas

refuerzo de un estilo de vida sin tabaco mediante actitudes sistemáticas de no fumar delante de las cámaras, no emitir ni publicar imágenes de personas fumando y evitar asociar el hábito tabáquico a personas y comportamientos deseables o imitables.

2.2.3. Presentación de la estrategia a los medios de comunicación.

2.2.4. Difusión del documento.

2.3. En 1993, los líderes sociales y de opinión pública estarán suficientemente informados sobre los riesgos que comporta el tabaco para la salud, los beneficios de su abandono y la importancia de que su actitud ante este hábito, en la vida pública, no sea favorecedora, sino, en la medida de lo posible, preventiva.

Actividades:

2.3.1. Determinación por parte del grupo de trabajo de los colectivos y personas que puedan considerarse líderes sociales y de opinión (deportistas, grupos de música, artistas, etc.).

2.3.2. Elaboración de un documento informativo en que se destaque el hecho de que su conducta actúa como modelo imitable para muchas personas, especialmente los más jóvenes, y la importancia de que ésta tienda a la prevención del hábito tabáquico (no fumar en actos públicos ni ante los medios de comunicación, no hacer apología del tabaco, etc.).

2.3.3. Obtener colaboración de algunas de estas personas para que en su actividad pública difundan mensajes sobre la conveniencia de no consumir tabaco.

2.3.4. Obtener listados de la población diaria.

2.3.5. Difusión del informe.

2.4. En 1993, el 50% de la población mayor de 30 años habrá recibido información sobre la mayor morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco y los riesgos de fumar durante el embarazo.

Actividades:

2.4.1. Preparar el diseño y organización de una campaña institucional de información.

2.4.2. A lo largo de los años 1992 y 1993 se elaborarán informes de tipo divulgativo para su difusión en los medios de comunicación.

2.4.3. Propiciar la aparición en los medios de comunicación de personalidades que difundan mensajes sobre los riesgos del uso del tabaco y los beneficios del cese.

2.4.4. Captar colaboradores entre personas de reconocido prestigio social en la comunidad para la difusión de estos mensajes.

2.4.5. Contratar la realización de una campaña publicitaria en prensa, radio y televisión.

2.4.6. Edición de folletos y carteles sobre efectos del tabaco.

2.4.7. Distribución del material a asociaciones ciudadanas, culturales, de consumidores, deportivas, etc., y en certámenes y reuniones populares.



## III. Normas Autonómicas

2.5. En 1993, el 50% de los jóvenes entre 16 a 30 años habrá recibido información sobre los efectos del tabaco en la salud y los especiales riesgos que comporta para las mujeres jóvenes.

Actividades:

2.5.1. Elaborar el contenido de material, especialmente dirigido a los jóvenes sobre prevención del tabaquismo, riesgos que conlleva para la salud y consejos para dejar de fumar.

2.5.2. Edición de material impreso y audiovisual.

2.5.3. Distribución del material en centros y asociaciones juveniles, deportivas, facultades y escuelas universitarias, centros de formación profesional, etc.,

2.5.4. Captar colaboradores entre personas con quienes se identifiquen los jóvenes que contribuyan a la difusión de una imagen «no fumadora».

2.6. En 1993, existirán programas de prevención del tabaquismo en el ámbito juvenil, canalizados preferentemente a través del movimiento asociativo juvenil.

2.6.1. Organización y desarrollo de cursos y actividades de formación dirigidas a mediadores juveniles para su capacitación como agentes preventivos, que incluyan aspectos sobre la prevención y abandono del consumo de tabaco.

2.6.2. Puesta en marcha de los Programas de Prevención en todas las provincias de la Comunidad.

2.6.3. Seguimiento y evaluación del grado de implantación y consecución de objetivos.

2.7. En 1992, todos los organismos públicos de la Comunidad de Castilla y León, dependientes y no dependientes de la Junta de Castilla y León, dispondrán de áreas de fumadores y no fumadores bien señalizadas, no se permitirá fumar en las zonas destinadas a la atención directa al público y la venta de tabaco en éstos se atenderá a la legislación vigente

Actividades:

2.7.1. Elaboración y distribución a los altos cargos de la Junta de Castilla y León y a los cargos responsables de organismos públicos en la Comunidad Autónoma, de información sobre el tabaco, que insista en la legislación sobre zonas de no fumadores y venta de tabaco y en la conveniencia de que se exija su cumplimiento en los centros públicos.

2.7.2. Facilitar señalizaciones.

2.7.3. Solicitar la colaboración de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo para el cumplimiento de la legislación antitabaco.

2.8. En 1993, al menos el 80% de los centros dependientes de la Junta de Castilla y León dispondrán, en las zonas de atención al público y salas de espera, de carteles dirigidos a disuadir del hábito de fumar y señalar los riesgos del tabaco para la salud.

Actividades:

2.8.1. Determinación del número de zonas de interés.



2.8.2. Impresión y distribución de carteles.

2.9. En 1993, todos los trabajadores de centros dependientes de la Junta de Castilla y León conocerán y estarán en condiciones de hacer que prevalezca el derecho a la salud de los no fumadores sobre el de consumir tabaco de los fumadores.

Actividades:

2.9.1. Obtener relación de personal de servicios centrales y periféricos de la Junta de Castilla y León.

2.9.2. Elaborar información que contenga la legislación antitabaco, derechos de los no fumadores e indicaciones para que se respeten estos derechos en las zonas de trabajo.

2.9.3. Impresión y distribución de la información.

2.10. En 1992, se enviará un proyecto de ley en materia de drogas a las Cortes de Castilla y León, que incluya aspectos relacionados con el tabaco.

Actividades:

2.10.1. El proyecto de Ley en materia de drogas que la Junta de Castilla y León presente a las Cortes, sentará las bases para el desarrollo de medidas de control de la promoción, publicidad, venta y consumo de tabaco.

2.10.2. Estudio y elaboración de la normativa de desarrollo de la Ley que sea necesaria.

2.11. En 1993, las empresas con más de 200 empleados conocerán y cumplirán la legislación vigente sobre uso del tabaco en las áreas laborales.

Actividades:

2.11.1. Obtener la relación de empresas de estas características en Castilla y León.

2.11.2. Identificar los centros de trabajo donde se utilicen productos que puedan agravar los riesgos del tabaco.

2.11.3. Elaborar un informe que recopile los efectos del tabaco, beneficios del cese del hábito y legislación vigente en especial en el medio laboral: prohibición de fumar en las zonas donde se utilicen contaminantes industriales y en las áreas donde trabajan mujeres embarazadas.

2.11.4. Edición y distribución del informe a directivos y sindicatos de las empresas.

2.11.5. Solicitar la colaboración de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo o Comités de Empresa y Servicios Médicos de Empresa.

2.12. En 1993, al menos el 75% de los trabajadores de las empresas con más de 200 empleados conocerán y estarán en condiciones de hacer que prevalezca el derecho a la salud de los no fumadores sobre el de los fumadores a consumir tabaco.

Actividades:

2.12.1. Elaborar y distribuir a los trabajadores a través de sindicatos y Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo, información sobre los riesgos que soportan los fumadores y fumadores pasivos para su salud, en especial en el lugar



de trabajo, y el derecho que ampara a los no fumadores a la protección de su salud.

2.13. En 1995, el 50% de las empresas con más de 200 trabajadores contarán con un programa de intervención para abandonar el tabaco dirigido a los fumadores o bien de carácter preventivo.

Actividades:

2.13.1. El grupo de trabajo que se constituya, de acuerdo con las directrices del II Plan Sectorial sobre Drogas, entre representantes de los sindicatos mayoritarios en Castilla y León, representantes de las empresas, servicios médicos de empresa y Administración, estudiará las posibilidades y líneas de actuación para el desarrollo de un programa de intervención en el medio laboral que motive y apoye a los fumadores para abandonar el tabaco.

2.13.2. Elaboración y desarrollo de programas piloto.

2.13.3. Seguimiento y evaluación de las experiencias.

2.14. En 1992, se iniciará la realización de una encuesta epidemiológica de evaluación de actitudes y consumo de drogas dirigida a la población general de Castilla y León, que se repetirá con periodicidad bianual, y que incluirá el estudio de la prevalencia del hábito tabáquico, así como de los conocimientos, actitudes y opinión respecto al tabaco.

Actividades:

2.14.1. Diseño del cuestionario.

2.14.2. Selección de la muestra.

2.14.3. Realización del trabajo de campo.

2.14.4. Codificación y análisis de los datos.

2.14.5. Elaboración del informe.

2.14.6. Difusión de los resultados.

## CAPITULO VI.-Evaluación.

Una de las etapas relevantes dentro del proceso general de la planificación es la evaluación. La evaluación forma parte de cada una de las diferentes etapas de la planificación ya que permite un replanteamiento de cada una de éstas, así como un análisis del lugar que ocupa todo el proceso en relación con los problemas que intenta resolver.

La evaluación es un medio de aprender empíricamente y de utilizar lo aprendido para mejorar las actividades en curso. Ha de ser, así pues, un proceso continuo tendente a aumentar la pertinencia, la eficacia y la eficiencia de las actividades encaminadas a la promoción de salud. En definitiva la evaluación, que se plantea como una visión crítica de los diferentes componentes de la planificación y de la programación, tiene una meta, en la que parecen estar de acuerdo todas las definiciones que se han intentado de la misma y que no es otra que la de realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado.

Según nos fijemos a la hora de la evaluación en los diferentes elementos de un programa, esto es en los objetivos que se hayan establecido en el mismo, o en



## III. Normas Autonómicas

las actividades desarrolladas o en los recursos necesarios para llevarlos adelante, nos encontraremos ante la evaluación de los efectos, del proceso o de la estructura, respectivamente.

Estos tipos de evaluación están claramente relacionados, porque si bien es cierto que cada objetivo, actividad o recurso es objeto de una pregunta de evaluación, los recursos se evaluarán en función de su contribución a la realización de actividades, y éstas a su vez en relación a los objetivos que pretendiéramos alcanzar.

A la hora de plantear aquí, dentro del Plan Sectorial de Prevención y Control del Tabaquismo, su evaluación nos referiremos a la evaluación de cada uno de los diferentes componentes que integran los tres programas propuestos. Quiere esto decir que no abordaremos ahora la adecuación de los objetivos generales y de proceso, que figuran en el Plan de Salud de Castilla y León, con los problemas que intentan resolver.

Esto es, la evaluación que se podría denominar estratégica no está aquí contemplada ya que forma parte del proceso general de evaluación del Plan de Salud de Castilla y León.

Así pues, para realizar la evaluación del plan sectorial de tabaco nos debemos de hacer una serie de preguntas que se corresponderán con cada uno de los componentes de un programa de salud: objetivos, actividades y recursos.

Evaluación de resultados:

1. ¿Conocen los profesores de enseñanza primaria y secundaria la patología asociada al hábito de fumar?
2. ¿El personal sanitario dispone de suficientes conocimientos y apoyo técnico como para facilitar el cese del hábito tabáquico en sus pacientes?
3. ¿Ha disminuido el consumo de tabaco en la población mayor de 16 años?

Evaluación de actividades:

1. ¿El material impreso contiene mensajes suficientemente claros como para incitar al cese del hábito tabáquico?
2. ¿Son adecuadas las normas establecidas para conseguir la disminución del hábito tabáquico?
3. ¿El número y las características personales de los colectivos representativos socialmente seleccionados para difundir mensajes a favor del cese del hábito tabáquico era el más adecuado?
4. ¿El contenido de las informaciones facilitadas a los profesionales de la enseñanza es el más adecuado?
5. ¿La información recogida a través de las encuestas previstas es lo suficientemente fiable y válida como para proporcionarnos los conocimientos necesarios para poder seguir el desarrollo del plan sectorial y poder evaluarlo?

Evaluación de recursos:

1. ¿Es suficiente el personal sanitario que se encarga de llevar a cabo las actividades contempladas en el Plan Sectorial de Prevención y Control del Tabaquismo?
2. ¿Es su cualificación profesional la más adecuada para llevar este plan ade-



lante?

3. ¿La cantidad del presupuesto global de la Dirección General de Salud Pública y Asistencia destinada a este plan sectorial logra cubrir todas sus necesidades?

4. ¿El coste en términos económicos de las diferentes alternativas de acción excede a los resultados obtenidos?

5. ¿Existen elementos que aseguren la continuidad a lo largo del tiempo de los programas planteados en el seno del Plan Sectorial de Prevención y Control del Tabaquismo?

Para poder responder a todas estas preguntas es necesario contar con un sistema de información suficiente como para poder elaborar los indicadores que darán respuesta a todas estas preguntas

Es por ello imprescindible disponer de un flujo continuo de información que nos permita, por un lado, realizar el seguimiento continuo de todos los programas que integran el plan sectorial para poder modificar y mejorar la gestión de los mismos según se van desarrollando, pero que sirva además para alcanzar el objetivo global de evaluación del Plan Sectorial de Prevención y Control del Tabaquismo, es decir el de comparar los datos obtenidos con unas normas preestablecida

