

PLAN SOBRE EL TABAQUISMO

EN LAS ILLES BALEARS

2003-2007



GOVERN DE LES ILLES BALEARS

Consejería de Salud y Consumo
Dirección General de Salud Pública y Participación

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA SOCIAL	4
Repercusión sanitaria del tabaquismo	4
Repercusión sociocultural del tabaquismo.....	6
Repercusiones económicas del hábito del tabaco.....	8
CONDICIONADORES QUE PERPETÚAN EL HÁBITO TABÁQUICO	10
Dependencia socioeconómica	10
Dependencia farmacológica (física)	12
Dependencia psicológica i comportamental.....	12
ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO	14
Líneas de actuación	14
Componentes per a una estrategia integral.....	18
Estrategias realizadas en España en el decenio 1987-1997.....	22
TABAQUISMO EN LAS ILLES BALEARS	26
EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABACO.....	26
1. Mortalidad.....	26
2. Morbilidad.....	28
HÁBITO TABÁQUICO EN LAS ILLES BALEARS	29
1. Población general.....	29
2. Población juvenil.....	31
3. Profesionales de la salud	32
RECURSOS DE NUESTRA COMUNIDAD	34
1. Recursos sanitarios	34
2. Recursos sociales	38
3. Recursos mediáticos	39
4. Recursos docentes.....	40
5. Recursos legislativos.....	41
6. Recursos informativos: bases de datos	46
7. Coordinación y GESTIÓN	47
8. Gestión i regulación.....	47
ESTRATEGIAS LLEVADAS A CABO	49
1. Planes globales	49
2. Intervenciones legislativas	54
3. Intervenciones comunitarias.....	55
4. Intervenciones sanitarias.....	57
5. Estudios poblacionales.....	57
6. Otros estudios	58
PLAN DE ACTUACIÓN CONTRA EL TABAQUISMO 2003-2007.....	60
JUSTIFICACIÓN DEL PLAN	60

OBJECTIVOS DEL PLAN	62
Objetivos generales del Plan:.....	62
Objetivos específicos:	63
ACTUACIONES ESPECÍFICAS DEL PLAN	67
Programa para la deshabituación de sanitarios.....	69
Programa para la captación i deshabituación de fumadores para la población general	71
Programa para alejar el hábito tabáquico de los jóvenes	73
Programa de espacios sin humo.....	75
ESTRATEGIAS	77
1. Organización	77
2. Seguimiento.....	80
3. Desarrollo normativo	81
4. Potenciar hábitos saludables	83
CRONOGRAMA.....	89
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>90</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>94</i>

INTRODUCCIÓN

1. EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA SOCIAL

El tabaco es una sustancia que se comporta en nuestra sociedad de manera contradictoria. Aunque la experiencia diaria, desde hace muchos años, que asegura su capacidad patógena para las personas y ser considerada científicamente una droga con capacidad adictiva (reconocida por la OMS en 1974), continúa siendo una sustancia de consumo habitual, que se sigue promocionando en su consumo y ha sido una fuente de ingresos no menospreciable para muchos gobiernos. En los últimos años parece que internacionalmente se está haciendo un esfuerzo para combatir lo que ya es una pandemia por las repercusiones médicas, sociales y económicas que conlleva su consumo en el conjunto de la población mundial.

La epidemia del tabaquismo tiene una incidencia y una prevalencia variable en cada país, con patrones de consumo que varía también según los países, y a medida que pasa el tiempo en cada uno de estos. Según estimaciones de la OMS, hay aproximadamente 1.15 billones de fumadores en el mundo, actualmente, con un consumo de una media de 14 cigarrillos/día cada uno. De estos fumadores, el 82% viven en países con rentas medias y bajas, con menor control gubernamental sobre el tabaco.

1.1. REPERCUSIÓN SANITARIA DEL TABAQUISMO

El tabaco fumado, produce unas sustancias que, ya sea por ser inhaladas por parte del consumidor o al ser emitidas en el ambiente por los efectos de su combustión, tienen repercusiones diversas en el organismo de su consumidor y en el de los que habitan el entorno inmediato de éste:

- **Nicotina:** sustancia con capacidad adictiva, responsable de crear parte de la dependencia en el hábito tabáquico y de patología por sus acciones a nivel cardiovascular, trombogénica y arritmogénica.
- **Alquitrán:** Es un conjunto de hidrocarburos aromáticos policíclicos con capacidad carcinogénica, cocarcinogénica e irritante para el organismo.
- **Monóxido de carbono:** actúa interfiriendo el transporte i la utilización del oxígeno a nivel sanguíneo.
- **Otras sustancias:** que actúan como irritantes respiratorios y ciliotoxinas.

REPERCUSIÓN EN FUMADORES

En los países desarrollados, la patología cardiovascular, en concreto la cardiopatía

isquémica, es la primera causa de muerte relacionada con el tabaco. En países donde el hábito del tabaco está presente desde hace décadas, el 90% de cánceres de pulmón, el 15-20% de otros cánceres (laringe, boca, esófago, vejiga orina, riñón, páncreas y asociado al cáncer de estómago y de cuello uterino), el 75% de bronquitis crónicas y enfisema y el 25% de las muertes por enfermedad cardiovascular en edades entre los 35-69 años son atribuibles al tabaco. En mujeres gestantes el tabaco se relaciona con el incremento del número de abortos espontáneos y muerte fetal, con el retraso de crecimiento uterino, neonatos de bajo peso y muerte espontánea del recién nacido, como también con trastornos de crecimiento y desarrollo intelectual del neonato. También se ha relacionado con mayor probabilidad de úlcera gástrica y duodenal. El tabaco, como inductor de enzimas microsomales hepáticos, altera el metabolismo de muchos fármacos y tiene capacidad de alterar la absorción de la insulina administrada subcutáneamente. Mayor riesgo de accidentes laborales y de tráfico en grandes fumadores.

REPERCUSIÓN EN NO FUMADORES

Además de afectar a los propios consumidores, el tabaco también afecta a aquellos que les rodean (fumadores pasivos). Se ha encontrado una clara relación entre la exposición al humo del tabaco y el incremento de cáncer de pulmón, la muerte súbita del lactante, la mayor probabilidad de padecer problemas respiratorios en niños y adultos, de conjuntivitis irritativa y de otitis medias.

REPERCUSIÓN EN EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN

Según datos de la ENS de 1997, el 64% de la población española no fuma habitualmente, y se considera tanto a los que no han fumado nunca (49%) como a los que lo han dejado (15%). Los fumadores (35'7%) fuman a diario (33,1%) o esporádicamente (2,6%). El inicio del consumo del tabaco se produce a una media de edad de 17 años. En cuanto al tabaco consumido por el total de la población fumadora, es de casi un paquete diario, con una media de 16,8 cigarrillos/día.

La mortalidad debida al tabaco sigue actualmente una tendencia creciente; si en el año 1.998 murieron en todo el mundo unos 4 millones de personas por problemas debidos al tabaco, se estima que con la tendencia actual estas pueden llegar a los 10 millones en el 2.030. De esta manera, el tabaco habrá causado 150 millones de muertes durante el primer cuarto del siglo XXI y unos 300 millones en la primera mitad. La mitad de estas muertes suceden en el grupo de la edad entre los 35-69 años, muchos de ellos en edad productiva, con una pérdida de una media de 20-25 años de vida.

1.2. REPERCUSIÓN SOCIOCULTURAL DEL TABAQUISMO

Históricamente, el aumento de la renta en la población, ha supuesto también el incremento del hábito del tabaco. En las últimas décadas, en los países con rentas más altas, se encontraban más fumadores entre los riesgos, pero en las últimas 3-4 décadas, este patrón parece haberse invertido entre los hombres. Así, es fácil encontrar diferencias

importantes de prevalencia tabáquica en relación al nivel socioeconómico en estos países. Esta relación inversa también se observa en relación al nivel de estudios: cuantos más estudios, menor es la prevalencia tabáquica. En países subdesarrollados se ha observado también que fuman menos los de mayor estatus socioeconómico y los de mayor instrucción. Entre analfabetos la prevalencia del tabaquismo puede llegar al 64% y entre los más instruidos solo el 21% (más de 12 años de estudios).

En nuestro entorno más próximo el comportamiento es discretamente diferente. Actualmente, en la población general de Cataluña mayor de 14 años, fuma más la clase social media-media (III) (35,9%). Hay fumadores en los niveles socioeconómicos más favorecidos (clases sociales I i II) (34,0%), en comparación con los más desfavorecidos (IV i V) (28,2%). De 1.990 a 1.998, se ha producido un inicio de cambio de patrón y, si ocho años antes, las clases sociales que más fumaban eran la I i la II, ahora, en 1.998, en la clase social III es donde encontramos una proporción mayor de fumadores.

Para una sociedad, los efectos del tabaco suponen haber tenido una infraestructura y unos recursos mínimos para poder atender a todas las demandas sociales que este hábito reporta. Estas cargas sociales se encontrarían a nivel de:

SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

Servicios médicos, medicación, rehabilitación, residencias asistidas. Por detección precoz de fumadores y estimular y ayudar a la deshabituación, para asistir a las enfermedades derivadas de su consumo y de sus efectos, para mejorar la calidad de vida de los enfermos y familiares con secuelas derivadas directa o indirectamente del consumo de tabaco.

SECTOR PRODUCTOR

Pérdidas en la producción por enfermedad y pérdida de trabajadores por muerte. El trabajador puede tener que ser reemplazado por otro que tiene que ser instruido por esta nueva tarea para dejar lo que hacía. Pérdidas en el conjunto de los trabajadores. Ocupación en el sector productor tabaquero a expensas de dejar de producir en otros sectores socialmente más interesados.

PROVISIÓN DE BIENESTAR

En caso de enfermos, dar bienestar supone más esfuerzo social. En caso de muertes, dar bienestar a los familiares también conlleva un esfuerzo social suplementario para compensar la desestructuración que aquella ha supuesto.

SERVICIOS SOCIALES DE ASISTÈNCIA

Bomberos (incendios, accidentes), policía (accidentes), ambulancias (accidentes, traslados).

PRESERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

El tabaco produce polución y desechos. La contaminación atmosférica de los espacios cerrados y los restos de cajas, envoltorios y colillas de cigarrillos que incrementan los

desechos a eliminar de los contenedores, del suelo de las habitáculos, de los espacios públicos, de los bosques, de las playas, etc.

BUSQUEDA Y EDUCACIÓN

Supone un incremento de recursos humanos y materiales para la investigación de como paliar los efectos del tabaco (a nivel individual y a nivel social).

La educación de la población supone el uso de los recursos para hacer cambiar el estilo de vida de las personas y convencerlas de los efectos nocivos del tabaquismo (también a nivel individual y de la sociedad).

EFFECTOS EN LAS PERSONAS

- **Pérdida de vidas** en población joven, lo que supone repercusiones familiares y sociales, en gente que tiene proyectos de vida empezados y que súbitamente deja la actividad por muerte o enfermedad.
- **Dolor y sufrimiento** por las familias, la sociedad y el propio enfermo.

1.3. REPERCUSIONES ECONÓMICAS DEL HÁBITO TABÁQUICO

SOBRE LOS GASTOS

En Cataluña, en el año 1.995, los costes directos estimados, causados por enfermedades atribuibles al hábito tabáquico en los servicios sanitarios (atención primaria, atención hospitalaria y productos farmacéuticos) fue de 28.474 millones de pesetas; en el casos de las mujeres correspondió a 9.687 millones y en el de los hombres a 18.787 millones de pesetas. El mismo año, la estimación de los costes indirectos atribuibles al tabaquismo en Cataluña (basados únicamente en la productividad perdida per mortalidad atribuible al tabaquismo, no contando la productividad perdida por la morbilidad), representó 2.867 millones de pesetas en las mujeres y 63.584 millones en el caso de los hombres. Así, los costes que el tabaco representó para la comunidad en el año 1.995 fue, como mínimo, de unos 76.138 millones de pesetas. En el caso de las mujeres, el tabaquismo representó un coste de 12.554 millones (16,5%) mientras que en el caso de los hombres el coste fue de 63.584 millones de pesetas (83,5%). Aunque el coste atribuible al tabaquismo en el caso de las mujeres representa una sexta parte del coste atribuible al tabaquismo total, es razonable pensar que, siguiendo las tendencias de incremento de prevalencia del hábito del tabaquismo en el sexo femenino registradas hasta ahora en Cataluña, estas cifras puedan aumentar en un futuro no muy lejano.

Para ser estrictos, se deberían considerar otros costes como los intangibles (el dolor y las repercusiones psíquicas que supone la enfermedad o los efectos del tabaco para el propio enfermo y para sus familiares); otros costes tangibles: costes materiales debidos a efectos directos e indirectos de fumar como los incendios (forestales,

domiciliarios, de material y de vestuario), de limpieza de ropa impregnada de olor de humo de tabaco y de limpieza o pintura de viviendas y espacios cerrados también echados a perder por culpa del humo...; costes de oportunidad a nivel gubernamental, lo que se ha dejado de gastar en otras partidas, y a nivel individual, lo que deja de comprar un fumador para gastárselo en tabaco o productos relacionados, o lo que se gasta en productos sanitarios para mejorar la salud perdida por el hecho de fumar, y que hubiera podido gastar en otros productos, si no hubiese enfermado por fumar...

SOBRE LOS BENEFICIOS

El tabaco, evidentemente da beneficios económicos a los productores, y el hecho de que los usuarios paguen, de buena gana, estos productos, facilita todavía más este incremento de beneficios. En España, según la memoria anual del CSCCE, la industria de tabaco y derivados ha sufrido un incremento global en la producción de 0,9% entre los años 1.990-1.999, aunque durante el año 1.999 esta producción haya bajado un 6.1%, las previsiones para el próximo año es de un incremento del 1.3%; en cuanto a la creación de puestos de trabajo, aunque en este mismo periodo han disminuido un 0,4%, en 1.999 han incrementado un 4,4% y la previsión es de incremento del 1,5% en un año. Por todo esto, la exportación ha incrementado en estos años un 17,3% y sólo en 1.999 un 50,8% y las importaciones un 13,8% y un 14.4% respectivamente, con previsiones para el próximo año de crecer (exportaciones 7.4% e importaciones 11%).

2. CONDICIONADORES QUE PERPETÚAN EL HÁBITO TABÁQUICO

El tabaquismo, a pesar de ser un problema sociosanitario reconocido des de las diferentes instancias, a diferencia de otras drogodependencias, sigue siendo aceptado por la población, proporciona puestos de trabajo y va teniendo nuevos adeptos cada día. Este fenómeno sólo se puede mantener por un entramado de factores interrelacionados que crea en la sociedad y en el individuo fumador, y que podríamos resumir en:

2.1 DEPENDENCIA SOCIOECONÓMICA

DESINFORMACIÓN SOCIAL SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL TABAQUISMO

La información que ha llegado a la población sobre los efectos y los riesgos del tabaco ha sido confusa, contradictoria y, a veces, desvirtuada por intereses de la industria del tabaco:

- Los estudios suficientemente evidentes que hay de los efectos del tabaco han sido reservados a personal especializado, no se ha sabido trasladar esta evidencia de

manera clara y contundente a la población en general. No se han explicitado adecuadamente a la población general todas las repercusiones sociales y económicas que, además de los efectos estrictamente sanitarios, conlleva para la sociedad el consumo del tabaco.

- La industria productora de tabaco ha invertido mucho dinero en ocultar e intentar desmentir las evidencias de los efectos nocivos del tabaco, en enviar mensajes para confundir a la población general y en proporcionar estilos de vida relacionados con el consumo. Se han buscado aliados potentes e influyentes en la vida política y social de muchos países, es más, durante mucho tiempo ha estado, en algunos casos, bajo la protección directa del Gobierno, como en el caso de España.
- El colectivo que debería transmitir la información a la población general ha sido el colectivo más afectado por la epidemia, el colectivo sanitario (médicos, enfermeras y farmacéuticos) y el colectivo de enseñanza, por lo que el mensaje ha sido poco eficaz (por el poco convencimiento del emisor y por la poca credibilidad en el receptor).

TABACO COMO SÍMBOLO DE IDENTIDAD

La carga simbólica del tabaco, la imagen de fumador “bien vista” en ciertos ambientes, donde fumar está aceptado y pretende reafirmar ciertos valores del individuo como por ejemplo el éxito, la personalidad, la posición social, el carácter... El tabaco se ha asociado a una manera de vivir, a una serie de actividades, a la libertad, al progreso, a la “democracia” y se ha convertido en un objeto de relación. Entre las mujeres, como símbolo de igualdad de sexos. En países subdesarrollados como imagen de progresismo y de “occidentalización”.

TABACO Y JUVENTUD

Inicio precoz del contacto con el tabaco, durante la adolescencia. Según datos del EDPE, en una muestra de 19.198 estudiantes españoles, de 14 a 18 años, de enseñanza primaria y secundaria y de formación profesional, la edad media de inicio en España del contacto con el tabaco fue de 13.8 i 13.3, años (1.994 y 1.996 respectivamente). Los grandes fumadores han empezado a fumar durante esta época.

El hábito del tabaco se instaura en un 90% cuando el inicio del tabaquismo es antes de los 25 años y más tarde con menos desarrollo económico (dificultad de acceso):

- Curiosidad ante el tóxico: la adolescencia es un momento de la vida de máxima susceptibilidad y de búsqueda de experiencias nuevas, con tendencia a la imitación de conductas del adulto, a menudo se une el hábito tabáquico a otras toxicomanías, legales o ilegales.
- Difusión frecuente del tabaco en medios de comunicación, con mensajes dirigidos especialmente a jóvenes, forjando actitudes heroicas e imagen de emancipación por el hecho de fumar.
- Consumo difuso por grupos de amigos, con identificación tribal.
- Poca o nula represión paterna acompañada o no de hábito tabáquico familiar. En

un ambiente familiar con padres no fumadores la proporción de que los hijos fumen es menor al 10%, pero si los dos padres fuman, el hábito en los hijos varones puede llegar al 67% y al 78% en las hijas, si solamente es un progenitor es del 50% en los hijos y del 62% en las hijas.

- Nula relación inicial tabaco-enfermedad. El hecho de que los efectos para la salud del tabaco sean a largo plazo, dan una percepción de riesgo muy baja. Según datos del EDPE en general, los estudiantes piensan que consumir drogas de comercio legal (alcohol, tabaco y tranquilizantes) causa menos problemas que consumir drogas de comercio ilegal.

EL TABACO COMO BIEN ECONÓMICO

La industria tabaquera es una fuente de riqueza en países productores y exportadores. El tabaco es uno de los diez productos mundialmente más consumidos y manufacturados y del que depende un mayor número de trabajadores, en lugares directos e indirectos.

2.2. DEPENDENCIA FARMACOLÓGICA (FÍSICA)

Es una sustancia compleja que posee en su composición una sustancia química, la nicotina, un alcaloide similar al neurotransmisor acetilcolina, con capacidad de crear dependencia física, con unos efectos para el organismo cuando esté presente y otros efectos para la privación, por lo que se considera una droga.

Los efectos de la nicotina son: midriasis, sialorrea, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, vasoconstricción generalizada, hipoinsulinemia, pérdida de la sensación de hambre, secreción de adrenalina y efecto antidiurético.

Capacidad de crear síndrome de abstinencia ante su deprivación. Sus síntomas son: ansiedad, irritabilidad, aumento de peso, cambio de carácter, déficit intelectual y trastorno del sueño.

2.3. DEPENDENCIA PSICOLÓGICA Y COMPORTAMENTAL

- El consumo fumado del tabaco produce un placer inmediato (refuerzo positivo) y evita el desconfort de la abstinencia (refuerzo negativo).
- El tabaquismo es una drogodependencia que se incorpora en la conducta del individuo a lo largo de los años. A pesar de que inicialmente los componentes de dependencia física es baja, con una mayor influencia de la dependencia psíquica (curiosidad, imitación, factores culturales y sociales y otros factores psicológicos), a lo largo de los años, en el arraigo del hábito va tomando más fuerza el componente físico y menos el psíquico.
- El deseo del tabaco en grandes fumadores aparece al bajar los niveles de nicotina en la sangre, produce una necesidad imperiosa de volver a consumir, que puede desembocar en un comportamiento compulsivo de consumo de tabaco para satisfacer

esta necesidad

3. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO

Al dejar el hábito tabáquico se reducen los riesgos de enfermedades relacionadas, después de 10 a 15 años de dejar de fumar, la tasa de mortalidad de los que fumaban 20 o más cigarrillos/día, es similar a la de los no fumadores, pero entre los grandes fumadores, aunque baja el riesgo, este no será nunca como el de los no fumadores.

En los EEUU, más del 80% de fumadores querrían dejar de fumar. Según la ENS 1997, las razones esgrimidas por el 15% de la población española para dejar el hábito tabáquico fue: el 55% por decisión voluntaria, el 21% por sentir molestias a causa del tabaco, y un 21% por consejo médico. Un 13% declara haber dejado de fumar por haber aumentado su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco y un 7% porque sentía disminuir su rendimiento psíquico y/o físico. Así pues, en España, de los que han dejado de fumar, 1 de cada 2 lo ha hecho de manera espontanea, por voluntad propia.

El tabaco, aunque es la principal causa previsible de muerte y de enfermedad de nuestra sociedad, fue considerado como un problema de salud a partir de 1964. El abordaje del control del tabaquismo no es sencillo, la diversidad de factores que intervienen en este problema, la mayoría de ellos de control difícil desde el punto de vista estrictamente sanitario, implica que se necesita la colaboración de otros colectivos profesionales y sociales, por tanto una clara concienciación de la sociedad en general y de los gobiernos en concreto para poder abordar el problema de manera multidisciplinar, desde diferentes instancias sanitarias nacionales e internacionales, se han invertido desde hace años, esfuerzos para combatir esta epidemia y luchar contra todos los condicionantes que faciliten su perpetuación.

3.1. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Diferentes iniciativas han surgido de diferentes instituciones públicas sanitarias o económicas de ámbito internacional (OMS, CDC, BM, CE) y nacional (MSC, INSALUD, consejerías de comunidades autónomas) y todas ellas proponen que un control global de la epidemia se puede conseguir si se consiguen cuatro objetivos básicos:

- Prever la iniciación del hábito entre jóvenes.
- Promover unos nuevos hábitos en la población, saludables sin tabaco ni tóxicos.
- Preservar los espacios libres de humo.
- Promover la deshabitación de fumadores.

Estos objetivos se pueden conseguir siempre y cuando se cuenten con dos vertientes, que combinadas condicionen estrategias específicas: tipo de abordaje y población diana (Anexo 1).

TIPO DE ABORDAJE

1) *Intervencionista:*

Intervenciones estatales y comunitarias sobre la población general y sobre grupos específicos de riesgo o de adictos: la finalidad es reducir el hábito para reducir el riesgo de enfermedad o muerte.

2) *Educativo:*

Promoción de la imagen saludable de vida y relación, a partir de la incorporación de hábitos libres de tabaco y de la información sobre los efectos nocivos del tabaquismo, contrarrestando en la población general, y sobre todo en la juventud, todas las actitudes, las conductas y las actuaciones que inducen al consumo.

3) *Normativo:*

Política y legislación adecuadas.

- Preservar los derechos de los no fumadores, regulación para asegurar espacios comunitarios y de relación libres de humo (lugares de trabajo, espacios públicos, espacios docentes, espacios sanitarios, restaurantes y espacios de venta y manipulación de alimentos, medios de transporte, espacios de ocio...).
- Limitación del consumo y del acceso al tabaco: Limitar la venta de tabaco a jóvenes y en los lugares donde no se permite fumar por ley.
- Regulación de la publicidad y promoción de productos del tabaco.
- Política de comunicación e imagen. Promoción de aspectos e imágenes saludables desde todos los ámbitos comunicacionales.
- Regulación en la manufacturación, distribución y venta de tabaco, limitación de las subvenciones a la producción tabaquera.
- Política fiscal de precios: Actuación a nivel de impuestos sobre los productos del tabaco.
- Regulación del producto: Control sobre la composición i componentes del cigarrillo.
- Prestaciones sanitarias.

4) *Control:*

Importante para poder conocer la evolución de los diferentes programas ya empezados con la monitorización de las labores realizadas para un correcto seguimiento y para conocer en cada momento donde incidir, y donde y cuando plantear nuevas estrategias.

- Seguimiento de los indicadores de los programas o actividades en funcionamiento.
- Detección de desviaciones de los estándares establecidos en cada indicador.
- Evaluación y análisis del origen de la desviación.
- Instauración de mecanismos para reconducir desviaciones detectadas en los parámetros de control de los programas.
 - Positivos: incentivación, promoción, redefinición de parámetros...
 - Negativos: sanción, enjuiciamiento, anulación del programa/actividad
- Replanteo del efecto de los mecanismos correctores después de un nuevo periodo de monitorización.

POBLACIONES DIANA

Identificación de grupos específicos que pueden implicar algún tipo de actuación diferencial:

1) *Población consumidora o potencialmente consumidora*

a) Población general:

- Población a la que se puede acceder únicamente desde los medios de comunicación y las campañas publicitarias, o la normativa genérica. Incluye de forma genérica a todos los grupos de población. Susceptible a **prevención primaria**: promoción (educación sanitaria) y protección de la salud.
- Los fumadores de población son de difícil acceso, no es usuaria habitual de los servicios sanitarios ni accesible a los enseñantes, susceptibles solo a programas de detección y sensibilización predominantemente a nivel laboral o desde la atención primaria de salud (el 70% de la población visita alguna vez a su médico en un año y el 95% lo hace en 5 años), y en programas individualizados de deshabituación. Puede requerir estrategias muy específicas, cuando no muy oportunistas, para acceder. Susceptibles a la **prevención secundaria**: detección de fumadores e intervención por deshabituación.

b) Jóvenes-adolescentes:

- Es una población de unas características especiales, muy susceptible para aprender, pero que requiere unos medios de actuación y un lenguaje muy propio, además es objetivo prioritario de la industria tabaquera, sobre todo el sexo femenino. Existen, por suerte un espacio y unos profesionales cualificados, muy específicos, desde donde poder llegar: los centros docentes (escuelas de primaria, secundaria y universidad) y el personal docente.
- Susceptibles a la **prevención primaria**: promoción (educación sanitaria) y a la protección de la salud, y **prevención secundaria**: detección de fumadores y intervención por deshabituación.

c) Fumadores accesibles:

- Son los fumadores con patología derivada del tabaco o mujeres gestantes y parejas de gestantes fumadoras. Son la población adulta más accesible, acude a centros o controles sanitarios desde donde se puede incidir más fácilmente, tienen bastante motivación para atender mejor los consejos y entrar en programas individuales de deshabituación.
- Susceptibles a la **prevención secundaria**: detección de fumadores y intervención por deshabituación y **prevención terciaria**: control y mejora de los efectos del tabaco en el organismo, mejora de calidad de vida.

d) Colectivos de referencia:

- Sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos) i profesionales de la enseñanza (escuelas primaria, secundaria y universitarios). Colectivos muy importantes por su rol social i de referencia para la población general y para los que accedan al sistema sanitario, los primeros, y por su repercusión en la formación de personas, los segundos.
- Susceptibles a la **prevención primaria**: promoción (educación sanitaria) y a la protección de la salud i a la **prevención secundaria**: detección de fumadores e intervención per deshabituación.

2) Población productora y expendedora de tabaco

Globalmente la industria tabaquera, a menudo multinacionales, es de difícil acceso por su gran fuerza. Accesible sólo desde políticas claras de promoción de la salud internacionales y nacionales con presiones legislativas y económicas que limiten la producción y el mercado de ésta.

- Reconversión de cultivos: políticas de incentivación y subvención.
- Reconversión de industrias: políticas de incentivación y subvención.
- Reconversión de comercios: políticas de incentivación y subvención.

3.2. COMPONENTE PARA UNA ESTRATEGIA INTEGRAL

Para la lucha contra el tabaquismo debemos diseñar una estrategia **integrada** (global), **continuada** en el tiempo y **responsable** social y económicamente. Requiere la coordinación entre los diferentes actores que intervienen: gobiernos, instituciones públicas y privadas, entidades sociales y entidades, organismos e instituciones profesionales, así como la propia población.

El coste de un programa completo depende de factores demográficos, culturales, de la prevalencia del tabaquismo, de la infraestructura y organización de la sociedad y de otros factores como la presión de la industria tabaquera.

Podríamos agrupar en nueve factores los requerimientos de un programa completo (en el Anexo 3 hay aproximación presupuestaria de cada uno de los apartados descritos y de un eventual coste total del programa completo):

3.2.1. PROGRAMAS COMUNITARIOS PARA REDUCIR EL USO DEL TABACO

Se deberían impulsar programas comunitarios de ámbito local (barrios, municipios...) con gran variedad de actividades de prevención en las que colaboren jóvenes en su diseño, desarrollo, implementación y control. Desde todas las administraciones se deberían promover las asociaciones y organizaciones sociales, locales o regionales, reforzar las ya existentes con programas de educación conductual para jóvenes, padres, profesionales de la enseñanza, educadores, personal sanitario, trabajadores de entes públicos, líderes comunitarios y empresariales...

3.2.2. PROGRAMAS PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEBIDAS AL USO DEL TABACO

Promoción de iniciativas relacionadas con la prevención y control de enfermedades relacionadas con el tabaco y de mejora de la calidad de vida de los afectados. Programas integrales que logran todos los aspectos que la enfermedad puede suponer en requerimientos sanitarios y sociales.

3.2.3. PROGRAMAS ESCOLARES

Programas dirigidos específicamente a los centros docentes, tanto para alumnos como para los que enseñan. Poder incluir en el currículum escolar la educación para la salud y aprendizaje de hábitos de vida saludables. Promoción de la interacción escuela-sociedad con campañas coordinadas entre las escuelas y otras organizaciones o entidades sociales. Implicación o sensibilización de asociaciones de madres y padres de alumnos.

3.2.4. VIGILANCIA Y CUMPLIMIENTO

Capacidad de hacer cumplir la normativa y las políticas antitabaco implementadas y que para incrementar su eficacia global debe tener capacidad sancionadora. Debe hacerse saber a los líderes de la comunidad la importancia que esta política supone para la comunidad e intentar poder coordinar al máximo esta política con la de otros organismos e instituciones supracomunitarios.

3.2.5. PROGRAMAS AMPLIOS

Para mejorar la capacidad y la eficacia de los programas locales se deben complementar con ayuda técnica para la asistencia y la evaluación de los mismos, con apoyo legal, sobre todo cuando se implementen políticas libres de humo y reducción del acceso de los menores al tabaco. Cuantos más estamentos profesionales y sociales se impliquen mejor para poder llegar al máximo de población y a la mayor diversidad de grupos y subgrupos, evitando exclusiones por razones sociales, económicas o de cualquier tipo.

3.2.6. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN

Campañas poblacionales de promoción de hábitos saludables, de información de les repercusiones del tabaco para la salud, de los derechos de los no fumadores, de promoción del cese del hábito. Actos multitudinarios de concienciación con el uso de medios de propaganda y de comunicación de masas. Campañas complementarias de promoción, especialmente dirigidas a grupos de riesgo.

3.2.7. PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN

Con estrategias específicas y orientadas a promover, facilitar y ayudar en la deshabituación tabáquica. Accesibles, poniendo los medios adecuados que no suponga ningún esfuerzo ni haya ninguna barrera para entrar en un programa y que los posibles gastos no sean vistos como una dificultad sino como una inversión para la salud. Evaluar posibilidades de ajustes en caso de población con problemas económicos que puedan dificultar un correcto seguimiento del tratamiento. Asegurar un correcto seguimiento de los que entren en el programa.

Se tienen que contemplar las diferentes intervenciones, que dependerán del paciente y de su grado de dependencia de la nicotina. Tienen eficacia demostrada:

- **La intervención mínima:** consiste en que en una consulta de rutina, el profesional sanitario puede proporcionar consejos breves para que el paciente abandone el hábito tabáquico. Esta simple intervención ha demostrado un alto grado de evidencia (grado de evidencia A), y un gran número de fumadores deja, como mínimo, 6 meses el hábito.
- **Intervenciones de autoayuda** (material impreso, escrito, con recomendaciones de como abandonar el hábito), suministrar sin ayuda personal, ha demostrado poco efecto sobre las tasas de abandono del hábito. El impacto es menor y menos seguro que las intervenciones cara a cara (grado de evidencia B).
- **Intervenciones de comportamiento:** con múltiples sesiones de orientación, a nivel individual o en grupo. Adiestramiento en técnicas, solución de problemas, ayuda social dentro del tratamiento (grado de evidencia A). Hay una relación entre cantidad de contactos terapeuta/cliente y el éxito del abandono del hábito (grado de evidencia A). Las llamadas telefónicas de parte de un consultor pueden ser más efectivas que solamente los materiales de autoayuda (grado de evidencia B). Otras alternativas: Programas para dejar de fumar por correo, en algunos grupos con una efectividad del 23% de abstinencia a los 12 meses, y en relación directa al número de sesiones de autoevaluación contestadas.
- **Tractamiento sustitutivo con derivados nicotínicos:** son efectivos con grado de evidencia A para parches, chicles, espray nasal e inhaladores y grado de evidencia B para comprimidos sublinguales.
- **Otros tratamientos farmacológicos:** Bupropión (grado A de evidencia), Nortriptilina (grado de evidencia B).

- **Programas de estimulación a la deshabituación:** tipo “Deixa-ho i guanya” (donde se sortea un premio entre los que han dejado de fumar y entre los testigos) o tipo “Si no hi tornes, te’l tornem” (donde se devuelven los costes del tratamiento si se consigue dejar el hábito).

3.2.8. MONITORITZACIÓ Y EVALUACIÓ

Importante el seguimiento cuidadoso y continuo de todos los procesos y actividades iniciados, con controles estrictos de todos los recursos utilizados y de los objetivos marcados. Deben diseñarse sistemas de monitorización que detecten desviaciones de los criterios marcados en los diferentes aspectos: desde los cambios en la prevalencia del hábito del tabaco, los de cobertura o cumplimiento de los programas, los de seguimiento de normativa, los de cumplimiento de las sanciones impuestas

3.2.9. COORDINACIÓ Y ADMINISTRACIÓ

Un programa de estas dimensiones, que quiere ser completo y multidisciplinar, requiere de un órgano de coordinación y administración de los recursos, con capacidad de gestión de éstos para poder actuar en consecuencia y de manera ágil ante cualquier variación imprevista.

3.3. ESTRATEGIAS REALIZADAS EN ESPAÑA EN EL DECENIO 1.987-1.997

Durante este periodo se han estado aplicando diferentes estrategias en nuestro país para combatir el tabaquismo (Anexo 2). Las iniciativas han sido de tipo normativo, educativo, intervencionista y de control, con campañas dirigidas a la población general, a la juventud y a grupos específicos de población en algunos casos. Los aspectos normativos se han basado, la mayoría de casos, en acuerdos o recomendaciones internacionales que se han hecho extensivas y se han aplicado en nuestro país. Parece, pero, que en nuestro país hay verdaderos problemas a la hora de hacer cumplir la normativa.

La evolución de la prevalencia de fumadores, en el global de la población española, de mayores de 15 años, parece que se ha mantenido globalmente aparentemente estable en la última década, sólo ha bajado un 2%, según los datos obtenidos de las diferentes ENS —años 1.987, 1.993, 1.995 i 1.997 con prevalencias de 38%, 36%, 37% i 36% respectivamente—. Pero lo que ha cambiado han sido las características de los fumadores. Comparando los patrones de consumidores de los años 1.987 i 1.997, se observa la disminución del tabaquismo en todos los grupos de edad, excepto en el de 25-44 que se incrementó un 4% durante el periodo mencionado. Evaluando el sexo, también el patrón ha evolucionado en estos 10 años, mientras que globalmente la prevalencia en hombres ha ido disminuyendo hasta un 10.2%, en las mujeres el fenómeno es inverso, con un incremento global de fumadores de 4.2%.

Este patrón de cambio, globalmente parece ser generalizado en todo el Estado Español.

En Cataluña, la comunidad autónoma de la que tenemos más datos, en 1.982 en la población de edades entre 15-64 años fumaban el 58.3% de hombres y el 20% de mujeres, y en el 1.998 el 44.4% de hombres y el 30.7% de mujeres (marcado descenso en hombres del 13.9% e incremento del 10.7% en mujeres). En cuanto a los grupos de edad, entre los hombres se ha producido una reducción del hábito tabáquico en todos ellos, siendo siempre el grupo de 25-44 años el más fumador; pero en mujeres el incremento ha sido general en todos los grupos de edad (excepto en el de 15-24 años, que ha disminuido un 2.9%), siendo las más fumadoras en toda la serie las de edades entre 15-44 años, aunque el incremento de fumadoras más importantes se ha producido en el grupo de 35-44 años con un 28%. Si evaluamos la prevalencia del tabaquismo ajustando por edad, observamos una bajada de la prevalencia de 3.7% puntos en el periodo 1.982-1.998, en población de 15-65 años como el fenómeno ya descrito de bajada del 15.3% en los hombres, pero un incremento del 7.8% en las mujeres.

De un análisis detallado de la evolución del consumo en Cataluña, en relación a las intervenciones hechas, observamos que la mayor bajada de la prevalencia se presenta al comparar los datos del año 1.990 respecto a los de 1.986, en el que se produce una disminución del consumo global hasta un **3.7%** a expensas del **7.9%** producido en hombres y a pesar de que en mujeres hay un incremento de **2.3%**. Pero si tomamos los grupos de edad 15-24 años, observamos que se llega a producir una disminución del **14.2%** (**15.3%** en hombres y **13%** en mujeres). Durante este periodo en Cataluña se realizaron campañas específicas a colectivos muy concretos: gestantes, profesionales sanitarios en general (especialmente los que controlan a gestantes: ginecólogos, pediatras y comadronas, con implicación de instituciones profesionales, con cursos de técnicas de cesación tabáquica, y dentro del ámbito laboral. A nivel estatal (promovida por el MSC), sólo en el 1.988 hubo una campaña de prevención del consumo de tabaco, dirigida a la población general de sensibilización y de apoyo para dejar de fumar, también el Ayuntamiento de Barcelona, el mismo año, lanzó un programa de prevención del tabaquismo dirigido a la población general, a las escuelas y a los centros deportivos. El comportamiento, en el colectivo al que mayoritariamente iba dirigida la campaña (sanitarios catalanes, enseñantes y jóvenes), durante el periodo 1.986-1.990 fue similar a la población general catalana, disminución de la prevalencia del **13.9%** en médicos (**12.7%** en hombres i **17.4%** en mujeres), del **2%** en personal de enfermería (**6.7%** en hombres y 0.3% en mujeres), del 10.2% en enseñantes (**5.6%** en hombres y **12.3%** en mujeres) y del **14%** en el grupo de edad de 15-24 años (**15.3%** en hombres y **13%** en mujeres), único grupo de edad en mujeres que disminuye el hábito tabáquico y el que comparativamente disminuyó más si lo comparamos con el resto de grupos de edad en hombres.

Durante el periodo 1.990-1.994, la disminución de fumadores fue menor de un **1.4%**, en este caso en ambos sexos (hombres **3.4%** y mujeres **0.1%**) y a expensas de los grupos de edad, en hombres mayores de 45 años, y en mujeres en el grupo de 15-24 años (**3.7%**) y de 55-64 años (**2.1%**). Durante este periodo las campañas se dirigieron a los colegios, espacios de ocio y deportes con promoción de estilos de vida saludables y nuevamente a colectivos sanitarios. La respuesta de algunos colectivos profesionales es mejor que en la población en general, (a pesar de que los datos son del periodo 1.990-1.996), más discreta que en el periodo anterior, 6,3% en médicos (hombres **7.3%** y

mujeres **6.7%**), enseñantes **6.7%** (hombres **14.4%** y mujeres **1.2%**) y mucho menos enfermería con un decremento de **0.1%** (hombres incrementan un **5.8%** y las mujeres bajan un **0.9%**). Los jóvenes (15-24 años) también disminuyen el hábito un **2.2%** (hombres **0.6%** y mujeres **3.7%**).

Del resto de periodos, podemos destacar el nuevo incremento del hábito en el grupo de 15-24 años hasta un **8.15%** en ambos sexos (**4.9%** en hombres y **11.4%** en mujeres) en los años 1.994-1.998. Analizando las actividades, no había ninguna campaña dirigida a este colectivo, y se iniciaron campañas para grupos muy específicos del ámbito sanitario, y las campañas: “Deixa-ho i guanya” i “Dia sense tabac”.

A nivel de territorio INSALUD, un estudio del MSC, de 1.998, muestra que el colectivo de profesionales de la salud, que no había sido objetivo de ninguna campaña específica, tenía una prevalencia global de tabaquismo del **38.9%**, que desagregada por estamentos resulta que los médicos tienen un **34.7%** (hombres **34.5%** y mujeres **36.2%**) y el colectivo de enfermería un **43.2%** (hombres **34%** y mujeres **45.2%**).

Los médicos del INSALUD fuman discretamente más que los médicos de Cataluña, pero se debe remarcar que no han sido objeto de ninguna campaña específica, y los médicos catalanes han conseguido una prevalencia del **31.3%** (1.996), después de 16 años de campañas específicas y partiendo de un tabaquismo muy importante del **52.8%** (1.982). Con enfermería, el colectivo más refractario, la prevalencia global es como la de Cataluña antes de alguna intervención específica, pero con un patrón por sexos diametralmente opuesto. Los enfermeros hombres catalanes fuman el **53.1%** (1.996) y los del INSALUD el **34%** (1.998) y las enfermeras catalanas un **38.1%** frente al **45.2%** de las enfermeras del INSALUD. Sería muy interesante poder estudiar el origen de estas diferencias.

Parece que por ser efectivas, las campañas tienen que estar dirigidas a colectivos muy específicos y continuados en el tiempo. A pesar de todo, debe tenerse en cuenta que inicialmente habrá una tasa de respuesta más alta en conseguir deshabituarse a los fumadores menos dependientes, con el paso del tiempo, la tasa de respuesta será menor al quedar los fumadores más refractarios y con más dependencia, lo que puede plantear otro tipo de intervenciones más agresivas y en otro nivel de tratamientos, como plantear tratamientos multidisciplinarios en gabinetes específicos para adictos a la nicotina.

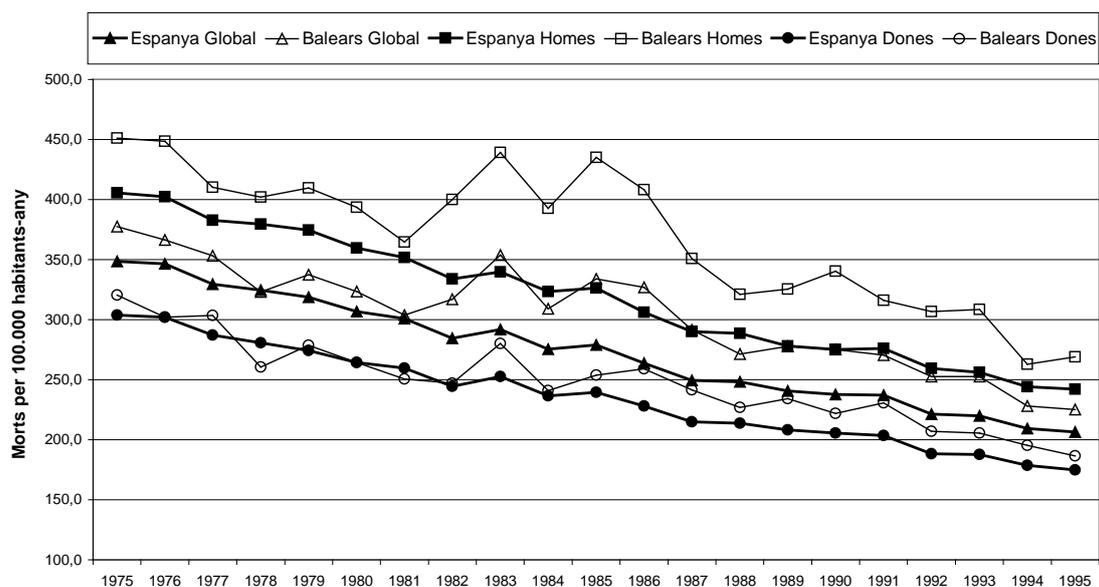
TABAQUISMO EN LAS ILLES BALEARES

1. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABACO

1.1. MORTALIDAD

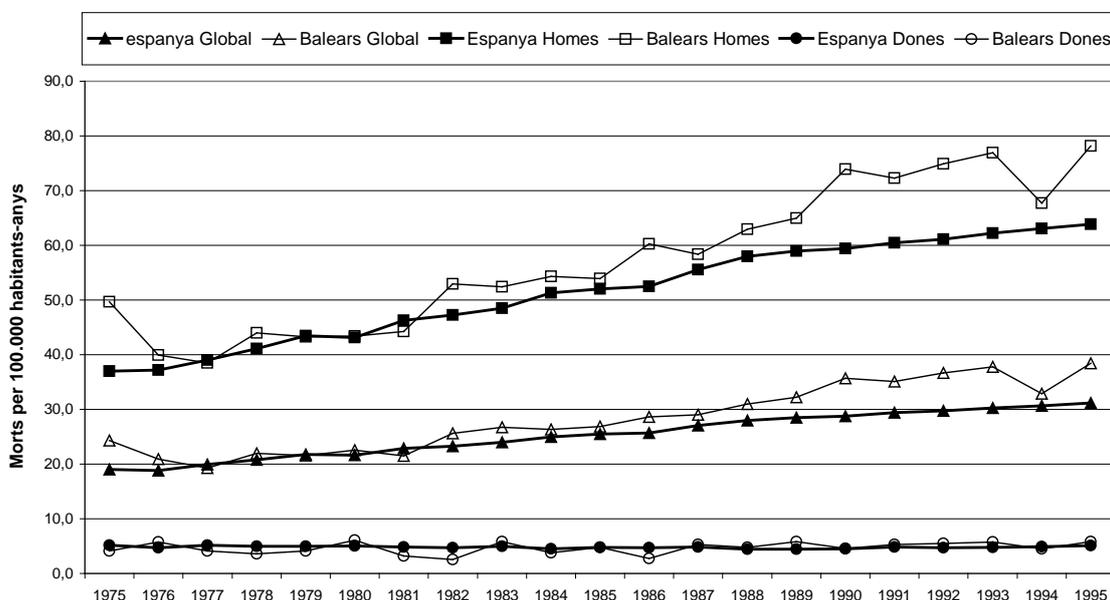
En nuestra comunidad, el grupo de enfermedades cardiovasculares es, como en el resto del Estado Español, la primera causa de mortalidad, con una tasa de **371/10⁵** habitantes/año (1.995), de **351/10⁵** habitantes/año en hombres y **390/10⁵** habitantes/año en mujeres, que una vez ajustadas las tasas (gráfico 1), resulten superiores a la media nacional. Afecta a un **24.8%** de hombres y a un **12.6%** de mujeres, y de esto resulta la comunidad autónoma con mayor tasa de mortalidad en hombres (1.992). Analizando las causas específicas (1.995), la cardiopatía isquémica se presenta en **11.9/10⁵** habitantes/año hombres y en **75.1/10⁵** habitantes/año mujeres, en tendencia creciente, con **1515 APVP¹** que representan el **6.22%** del total de APVP, en mujeres **300 APVP**, un **3.37%** del total.

Gráfico 1. Tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Comparativo entre las medianas de España y de las Illes Balears, global y por sexos. Periodo 1975-1995 (Fuente: INE).



En cuanto a los tumores de origen traqueobroncopulmonar, representan la primera causa de mortalidad por tumores en hombres, en las Illes Balears, con una tasa bruta global de **50.2/10⁵** habitantes/año (**92.4/10⁵** habitantes/año en hombres y **8.1/10⁵** habitantes/año en mujeres, el 1.995), que ajustando las tasas (gráfico 2) quedan en 38.4, 78.2 i 5.8 respectivamente, por encima de la media nacional (la de los hombres). Se observa que la tasa es ascendente en todo el periodo 1.975-1.995, a expensas de los hombres. Representan unos 1.820 APVP, un 7.48% del total en hombres.

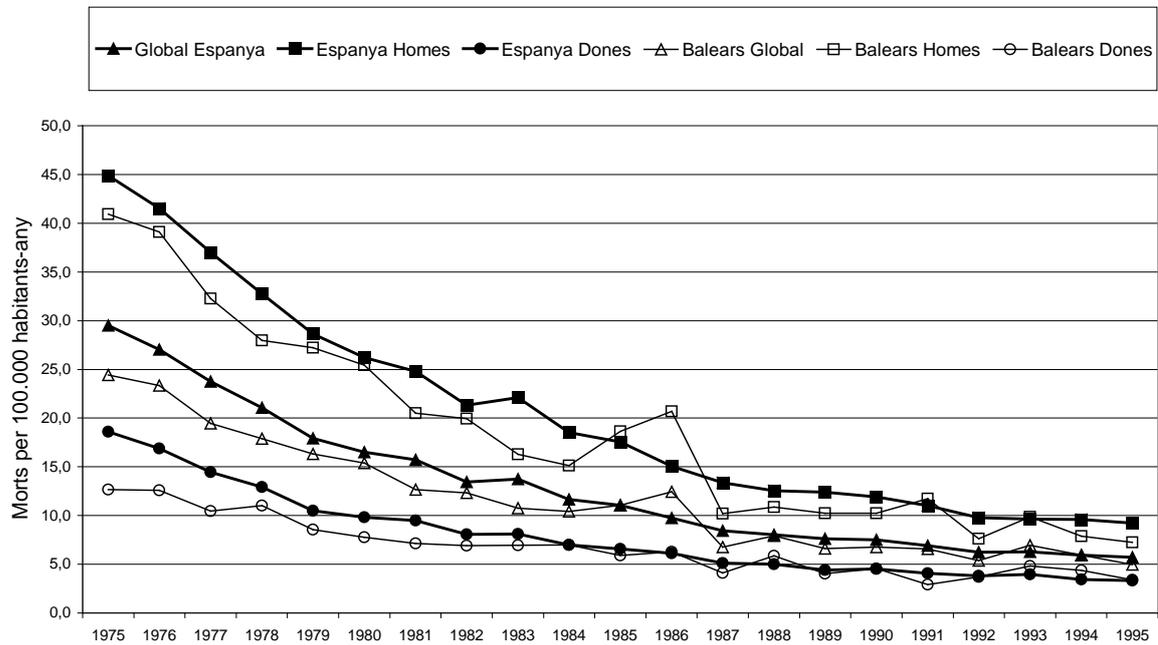
Gráfico 2: Tasas de mortalidad ajustada de cáncer de traqueo-broncopulmonar. Comparativo de las medianas de España y de las Illes Balears, global y por sexos. Periodo 1.975-1.995 (Fuente: INE).



La Obstrucción Crónica en el Flujo Aéreo (OCFA), representa la tercera causa de muerte específica en hombres, con una tasa de **64.8/10⁵** habitantes/año en hombres y de **19.8/10⁵** habitantes/año en mujeres (1995). Durante el periodo 1.975-1.995 la tendencia es descendente, (ver el gráfico 3), paralela a la que se observa en el conjunto de España, se atenúa el descenso en los últimos años. Las Illes Balears en todos los casos está por encima de la media nacional.

¹ APVP: Anys Potencials de Vida Perduts

Gráfico 3. Tasas ajustadas de mortalidad por bronquitis crónica, enfisema y asma. Comparativo entre España y las Illes Balears, global y por sexo. Periodo 1.975-1.995 (Fuente: INE).



1.2. MORBIDIDAD

Las enfermedades del aparato circulatorio representa en nuestra comunidad un **10.26%** de las causas de ingreso hospitalario, las del aparato respiratorio un **9.63%** y el conjunto de tumores **6.4%** (1.994).

2. HÁBITO TABÁQUICO EN LAS ILLES BALEARS

2.1. POBLACIÓN GENERAL

Según datos de la Encuestas de Salud de las Illes Balears (ESIB), (realizada entre los años 2.000 y 2.001, en una muestra de la población balear residente, estratificada por islas, de 1.845 personas), fuman diaria y ocasionalmente, el **32.9%** de la población de más de 14 años, (un **37.3%** de hombres y un **28.7%** de mujeres).

La franja de edad que más fuma es la de 15-44 años con el **42.9%**, tanto en hombres (**42.6%**) como en mujeres (**43.2%**), (ver la tabla 1).

Se observa que las clases sociales I y III son las que menos fuman (27.9% y 30.7% respectivamente), en contraste con las más fumadoras, la II y la IVb (37.8% y 37%).

En la isla de Menorca es donde más se fuma (un 34% de la población), frente del 33.3% de Mallorca y el 29.6% de Eivissa-Formentera. Evaluando el patrón de consumo, hay más fumadores diarios en Mallorca (30%), y más fumadores ocasionales en Menorca (5.9%) y en Eivissa-Formentera (5%), (ver tabla 2).

Tabla 1. Hábito tabáquico en las Balears, según sexo y grupo de edad.

Grupos de edad	HOMBRES				MUJERES			
	Fuma	Ex fumador	No fuma	No conocido	Fuma	Ex fumadora	No fuma	No conocido
15-44	42.6%	7.4%	49%	1%	43.2%	9.1%	46.8%	0.9%
45-64	36.9%	24.1%	38.6%	0.4%	17.8%	9.9%	71.4%	0.9%
> 64	17.8%	41.5%	40.7%		2.7%	3.5%	93.9%	
Total %	37.3%	17.1%	44.9%	0.7%	28.7%	8.2%	62.4%	0.7%

Fuente: Encuesta Salud Illes Balears, 2000

Tabla 2. Hábito tabáquico en las Balears según aérea sanitaria.

Isla	Fumadores	Fumadores ocasionales	Ex fumadores	No fumadores	No conocido
Mallorca	30%	3.3%	12.3%	53.9%	0.5%
Menorca	28.1%	5.9%	12.7%	51.4%	1.8%
Eivissa-Formentera	24.6%	5%	14.2%	55.2%	1%
Total %	29.2%	3.7%	12.5%	53.9%	0.7%

Fuente: Encuesta Salud Illes Balears, 2.000

Según datos del PSCAIB, el consumo medio diario ha sido: de **18.6** cigarrillos, de **5** entre fumadores de pipa y de **4.65** entre fumadores de cigarros, y con datos del ESIB la media de consumo ha sido de **17.3** cigarrillos/día y la mediana **20**. En relación con los últimos dos años, el **28%** de los fumadores admite haber fumado en mayor cantidad, el **23%** menos y el **47%** en igual intensidad (PSCAIB).

El estudio CORSAIB, años 1.999-2.000, con población adulta, de edades entre 35 y 74 años, muestra una prevalencia de fumadores del **36.3%** en hombres y de **18.3%** en mujeres. El grupo de edad que más fuma es el de 35-44 años (49.3% en hombres y 36.8 en mujeres), y aumenta el número de exfumadores a medida que se incrementa la edad en hombres, hasta llegar al 59.5% en el grupo de edad de 65 a 74 años, (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia del hábito tabáquico, por grupo de edad y sexo, en la comunidad autónoma de las Illes Balears.

Grupos de edad	HOMBRES				MUJERES			
	Fuma	Ex fumador	No fuma	Total	Fuma	Ex fumadora	No fuma	Total
35-44	49.3%	29.6%	21.1%	213	36.8%	26.4%	36.8%	231
45-54	40.6%	38.1%	21.3%	202	22.3%	12.6%	65.1%	238
55-64	33.2%	42.3%	24.5%	208	6.9%	3.7%	89.4%	217
65-74	20.5%	59.5%	20.0%	190	3.3%	6.6%	90.1%	182

Fuente: Estudio CORSAIB, 1.999-2.000

Comparando estos datos con los obtenidos en 1.989 por la UERCM, en la que se estimó una prevalencia de fumadores de un **34%** (IC95%: 28.6%-39.4%) en Mallorca, parece que la prevalencia se ha mantenido, y estos datos coinciden con el **34%** que el ENS 1.987 estimó para nuestra comunidad autónoma dos años antes y con los que la misma ENS 1.993 nos atribuyó posteriormente. Analizando por sexos, por la UERCM, los hombres fumaron un **41.6%** (34.6%-48.6%) y las mujeres el **24.8%** (17.9%-31.7%), intervalo que incluye las prevalencias estimadas actualmente, indicando que el tabaquismo se ha mantenido globalmente estable durante estos años.

En hombres la prevalencia de exfumadores se ha incrementado con la edad, en mujeres este fenómeno es inverso actualmente. La prevalencia máxima, que se encontraba en 1.989 en edades medias en los hombres (los grupos de edad de 31-40 años y de 51-60 años tenían prevalencias de aproximadamente el **50%**), actualmente se ha trasladado al grupo de más jóvenes (15-44) con prevalencias del 43%. Las mujeres de 15 a 40 años, en el año 1.989, presentaban prevalencias de tabaquismo de cerca del **60%**, actualmente es del **43.2%**. (Las diferencias observadas pueden ser debidas a la diferente tamaño de la población de estudio, en el 1.989 la muestra fue de 417 hombres y 646 mujeres).

El ESIB recoge que el **30.6%** de los exfumadores dejaron de fumar por propia voluntad y el **19.8%** por consejo médico.

También cabe destacar la diferencia, que en 1.989, la UERCM, encontró en la

prevalencia de fumadores entre la población urbana (**42%**), y la población rural (**25%**).

2.2. POBLACIÓN JUVENIL

La media de edad de inicio del consumo ha sido de **17.9** años (PSCAIB) y de **17.3** años (**16.7** en hombres y **17.9** en mujeres) con 16 años de mediana (ESIB).

Estudiantes de 14 a 18 años manifiestan que el **24.8%** había fumado en los últimos 12 meses, el **19.1%** en los últimos 30 días y el **57.8%** haberlo hecho alguna vez (PSCAIB). Entre los estudiantes de enseñanza media y formación profesional de Mallorca (edades entre 14 y 18 años) en una encuesta realizada por Amengual M, et als. el 1.981, 1.988 y 1.992, destaca que la evolución del consumo entre los jóvenes en estos 12 años triplicó a los que no habían fumado nunca: **10.8%** el 1.981, **26.6%** de 1.988 i **36.5%** (hombres **41.3%** y mujeres **32.5%**) el 1.992. Un **26%** fumaba menos de 5 cig/día (1.981) y el **13.9%** el 1.992 y la edad de inicio del hábito fue a los 12 años en 1.981 y 1.988 y de 13.7 años en 1.992. Pero se observó que en hombres, la proporción de fumadores aumentaba con la edad (de **10.3%** a los 14 años, a **37.1%** a los 17 años) manteniéndose estable posteriormente la proporción. En mujeres esta tendencia de incremento del consumo con la edad no es tan marcada, pero el inicio del consumo es más decidido (proporción de fumadores del **61%** frente al **39%** de los fumadores), con consumos superiores.

Según el ESIB, entre el conjunto de los fumadores de todas las edades, el **90%** habían iniciado el hábito antes de los **20** años de edad y el **95%** antes de los **25**.

2.3. PROFESIONALES DE LA SALUD

En cuanto al tabaquismo entre sanitarios en nuestras islas, hasta la actualidad, siguió la tendencia global del resto de España, fumando más que la población general, como mostraban los datos de Basagarra M, et als de 1.989, en que se estimaba una prevalencia del hábito tabáquico del 58.9% por todos los médicos (hombres 65.4% y mujeres 47.8%), mientras que en 1.991, en un estudio de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAPM) mostró que entre el personal de atención primaria, fumaban el 41.2% de los médicos, el 47% del personal de enfermería y el 43.1% del resto de personal de los centros de salud. Pero actualmente los datos de la encuesta de Iglesias E. et als del año 2.000 a sanitarios de atención primaria de Mallorca son menos alarmantes y se invierte la tendencia del resto de España, muestran que son fumadores sólo el **26.7%** de los médicos (26% hombres y 27.8% mujeres) y el **30.9%** del colectivo de enfermería (mujeres 33.3% y hombres 16.7%), y por lo tanto fuman menos que la media de la comunidad balear el colectivo médico y los enfermeros hombres, y prácticamente igual las mujeres enfermeras. Sí que, en general, se observa la tendencia de la población general, la tendencia a fumar más las mujeres que los hombres de ambos colectivos profesionales, pero con una media de 15 cigarrillos/día los hombres, i 12 cigarrillos/día las mujeres. Tienden a fumar más cantidad el estamento de enfermería, con 20 cigarrillos/día, que el colectivo médico, con 15 cigarrillos/día.

La actitud de los profesionales fumadores respecto al tabaquismo es positiva. Un 70% del

personal médico y de enfermería fumadores había intentado, al menos una vez, dejar de fumar, y el 25% tres o más intentos. También cabe destacar que a pesar de que el personal no sanitario de los centros de salud fumaban en un 32% delante de los pacientes, aunque el personal sanitario, en su mayoría, no lo hacían, y además reconocían la influencia en los pacientes de su hábito, el 90% eran favorables a limitar el uso del tabaco en los centros y el 80% estaban dispuestos a colaborar con protocolos de intervención sobre el tabaquismo.

Según los datos de Iglesias E. et als de 2.000, sobre la capacidad sentida de los profesionales sanitarios de atención primaria para ayudar a los fumadores, el 96.7% del personal médico y el 79.8% del de enfermería se consideran capaces para informar sobre el tabaco, y se consideran formados el 69.7% y el 44.2% respectivamente y consideran que debe requerirse mayor formación específica el 77.6% y el 84.8% respectivamente.

3. RECURSOS DE NUESTRA COMUNIDAD

El estudio realizado en el año 2.000 por el Grupo de trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión del Consejo Interterritorial del MSC, en el que se analizaron las actividades que se realizan a nivel de todo el Estado español para combatir el tabaquismo, indica que en las Illes Balears, en comparación con el resto de comunidades autónomas, no hay actualmente muchos recursos específicos en activo para el control de este problema.

Haciendo un estudio detallado de todos ellos, podríamos decir que hay recursos suficientes, pero falta potenciarlos y coordinarlos entre ellos. Algunos ya trabajan, aunque sea de una manera tímida, por la lucha contra el tabaco, pero otras constituyen un potencial importante:

3.1. RECURSOS SANITARIOS

Desde donde debe de efectuarse la detección de fumadores, las inducciones a la deshabituación, el control de la misma y desde donde se controlen los efectos producidos por el tabaco en las personas.

3.1.1. PROFESIONALES

El número de profesionales sanitarios que contabiliza el IBAE: médicos, enfermería, farmacéuticos, odontólogos, psicólogos, etc.

3.1.2. ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS

3.1.2.1. **Atención Primaria:** Se encuentra en posición privilegiada por su accesibilidad a la población, en ella se hacen desde registros de hábitos tóxicos a las historias clínicas hasta consejo antitabáquico. La forman:

- 45 equipos de atención primaria (45), formados por enfermeras, médicos de familia, pediatras y administrativos.
- Unidades de apoyo: Centres de orientación familiar y unidades de

salud mental

- Dentro de la cartera de servicios propuesta por la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD y que la GAP (Gerencia de Atención Primaria) pacta anualmente con los centros de salud de las áreas de salud de la comunidad balear, encontramos:

Programa de atención a las mujeres

- **1. Mujer gestante:** Incluir en la primera visita de una mujer gestante los hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y drogas, y el perceptivo consejo antitabáquico y de evitar el consumo de tóxicos. En las visitas sucesivas de seguimiento de la gestante, incluir en cada visita consejo antitabáquico.
- **2. Mujer que solicita anticonceptivos hormonales:** debe incluirse en el registro de la anamnesis el hábito tabáquico y el uso de tóxicos y dar consejo/información antitabáquica.
- **3. Mujer que usa anticonceptivos orales:** Debe darse consejo/información antitabáquica al menos cada dos años.

Programa de atención al adulto (mayores de 14 años) y a la gente mayor

- **1.** En toda historia clínica ha de registrarse el hábito tabáquico, con mínimo cada dos años, con un registro cuantificado del consumo.
 - **2.** En caso de tener otros factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, Hiperlipemia), además del registro del hábito tabáquico, debe constar haber recibido, al menos una vez al año, consejo/información antitabáquica.
 - **3.** En caso de padecer patología respiratoria (MPOC), además de contar el hábito tabáquico, debe constar también consejo/información antitabáquica, al menos dos veces al año.
- Hay 10 centros de salud de la comunidad autónoma de las Illes Balears, adscritos al PAPPS, actividad preventiva promovida desde 1.989 por la semFYC, a la que están adheridos unos 600 centros de salud de todo el Estado.
 - El grupo PAPPS genera periódicamente recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria en España, sobre: enfermedades cardiovasculares, enfermedades transmisibles, prevención en la infancia y la adolescencia, cáncer, salud mental y educación sanitaria y promoción de la salud. Estas recomendaciones incluyen actividades para la población general y para la de alto riesgo, y evalúa periódicamente la aplicación de las mismas en los centros de salud.
 - Se estructura en tres subprogramas: subprograma infantil (actividades a aplicar hasta los 14 años de edad), subprograma del adulto (actividades a desarrollar en la población mayor de 15 años, tanto sana asintomática, como de alto riesgo) y subprograma de salud mental.
 - Los equipos de atención primaria pueden participar en diferentes actividades preventivas recomendadas por el PAPPS, pero, como mínimo,

deben realizar uno de los paquetes mínimos: del adulto o el infantil.

Subprograma mínimo infantil: Incluye, entre otros, la prevención del tabaquismo pasivo y activo. La actividad consiste en detectar el tabaquismo de los padres, o del joven, y dar consejo antitabáquico.

Subprograma mínimo del adulto: incluye, entre otros, la prevención del tabaquismo. La actividad consiste en detectar el tabaquismo y dar consejo antitabáquico.

3.1.2.2. **Oficinas de farmacia:** lugar muy próximo también a la población, donde, además, puede intervenir a menudo en algún sector de la población que no acude a los centros de atención primaria.

3.1.2.3. **Atención especializada:** Formada por diferentes estructuras organizativas, de ámbito público y privado:

- **Unidades de deshabituación**, dependientes de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears, de los consejos insulares y de los ayuntamientos, con equipos multidisciplinares, más dedicados a la desintoxicación de alcohol y de otras drogas, no al tabaco. Puede ser un personal de apoyo muy capacitado por su experiencia en el tratamiento de adicciones. Dentro de los centros cabe mencionar, por su importancia, la Unidad del Hospital Son Dureta.
- **Servicios hospitalarios** que actúan en pacientes con patología avanzada derivada del tabaco y que colaboran de manera espontánea con la lucha contra el tabaco, sobre todo a paliar sus efectos.
 - Servicios/Sección de Medicina Interna del Hospital Son Dureta (HSD), del Hospital Monte de Toro (HMT), del Hospital Can Misses (HCM), del Hospital General (HG), Hospital Joan March (HJM), de la Fundación Hospital de Manacor (FHM), de la Policlínica Miramar (PM), Policlínica Verge de Gràcia (PVG), de la Clínica Juaneda (CJ), de la Clínica Femenia (CF), de la Clínica Rotger (CR), de la Clínica Planas (CP), Mútua Balear (MB), del Hospital de Alcúdia (HA), del Hospital Port de Alcúdia (HPA), de la Clínica Nuestra Señora del Rosario (CNSR), Hospital de Muro (HM).
 - Servicios/secciones de Neumología de los hospitales y clínicas de la comunidad autónoma (HSD, HMT, HCM, HG, HJM, FHM, PM, CR, CF).
 - Servicios/secciones de Cardiología (HSD, HMT, HCM, HG, HJM, FHM, PM, CR, CF) Cirugía Cardíaca (PM, CR) de la comunidad autónoma.
 - Servicios de Oncología de los hospitales/clínicas de la CA (HSD, HMT, MCM, HG, FHM, PM, CJ).
 - Servicios de Otorrinolaringología de los hospitales/clínicas de la CA (HSD).
- **Servicios de Ginecología y Pediatría:** controlan a mujeres gestantes y niños respectivamente, tienen unas condiciones muy favorables para intervenir contra el tabaquismo. (HSD, HMT, HCM, FHM, PM, CR, CJ)
- **Servicios de Fisioterapia y Rehabilitación:** presentes en los propios de los

servicios hospitalarios además de otros hospitales de crónicos y residencias de asistidos: Hospital de Sant Joan de Déu, Residencia de la Bonanova. Necesarios para casos de prevención terciaria en pacientes muy afectados.

- **En general el resto de instituciones y organizaciones** sanitarias que pueden tener un papel más o menos relevante en la lucha contra el tabaco:
 - **Colegios profesionales:** Colegio de Médicos, Colegio de Enfermería, Colegio de Farmacéuticos.
 - **Organizaciones no gubernamentales sanitarias:** Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares (ACMCB), Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFyC), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Asociación Balear de Enfermería Comunitaria (ABIC), Real Academia de Medicina y Cirugía, AIRE, Médicos del Mundo...

3.1.2.4. Mutuas laborales: desde donde se puede llegar a los trabajadores más fácilmente y contando con la nueva normativa sobre riesgos laborales y contando con el Plan de Salud Laboral y el Plan de Prevención de Riesgos Laborales.

3.2. RECURSOS SOCIALES

3.2.1. GUBERNAMENTALES

Ministerio del Interior (PND), Delegación del Gobierno, Consejería de Bienestar Social (D.G. de Juventud, D.G. Servicios Sociales, D.G. de Deportes), Consejería de Educación y Cultura, Consejería de Trabajo y Formación, consejos insulares de Mallorca, Menorca y Eivissa-Fomentera, ayuntamientos.

3.2.2. COLEGIOS PROFESIONALES

Colegio Oficial de Psicólogos, Colegio de Profesores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Colegio de Profesores y Licenciados en Educación Física, y otros colegios que afecten a la docencia.

3.2.3. ASOCIACIONES SINDICALES

Comisiones Obreras, Unión General de Trabajadores, Unión Sindical Obrera, Sindicatos Médicos, SATSE...

3.2.4. ORGANIZACIONES PROFESIONALES

Asociación Española contra el Cáncer, Cruz Roja Española, Socidrogalcohol, Sociedad Española de Toxicomanías (SET)

3.2.5. ORGANIZACIONES DE USUARIOS

Federación de Usuarios y Consumidores, Fundación Prevención Educativa contra la Droga (PED), Confederación de Asociaciones de Padres de Alumnos.

3.3. RECURSOS MEDIÁTICOS

Desde donde se pueden lanzar campañas de información y divulgación de mensajes a favor de hábitos saludables y de la normativa y legislación adecuada a respetar los ambientes libres de humo.

Es importante asegurar que los mensajes y las informaciones que se emitan desde estos medios, sean lo más objetivos posible (la objetividad es elocuente por si misma):

3.3.1. PRENSA ESCRITA EN BALEARS

Diari de Balears, Diario de Mallorca, Última Hora, Dia de Mallorca, Daily Bulletin, Diario de Ibiza...

3.3.2. REVISTAS

- Específicas sanitarias: Salut i força, Ciència i Futur, Medicina Balear, Annals, Revistas de los colegios profesionales.
- No específicas de los diferentes pueblos (Associació de Premsa Forana de Mallorca).

3.3.3. TELEVISIÓN

- De ámbito balear a tiempo completo: Telenova y Canal 4
 - Programas de difusión sanitaria: Salut i Força (Canal 4) y Per a Viure Millor (Telenova)
 - Noticiarios
- De ámbito balear a tiempo parcial: Televisión Española y Antena 3
- De ámbito local: las diferentes televisiones locales (Federación de televisiones locales de las Illes Balears)

3.3.4. EMISORAS DE RADIO

- De ámbito balear.
- De ámbito balear en las desconexiones de emisoras nacionales.
- De ámbito local.

3.3.5. EMPRESAS DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN

3.3.6. INTERNET

- Páginas Web: técnicas, de entidades públicas y de sociedades científicas y técnicas, con contenidos restringidos a profesionales.
- Páginas Web: de difusión y participación popular, de entidades públicas y privadas.

3.4. RECURSOS DOCENTES

Desde donde se puede hacer educación para la salud y promoción de hábitos saludables, con intervenciones específicas. Según datos de la Consejería de Educación y Cultura (2.001) en las Illes Balears contamos con:

- 421 centros docentes (públicos, concertados y privados).
- 10.226 profesionales de la enseñanza
- 5 centros de profesorado

Tipo de centros	Nº.
Escuelas públicas de Educación Infantil y/o Primaria y/o Secundaria obligatoria	230
Institutos de Educación Secundaria (públicos)	54
Centros privados concertados de Educación Infantil, Primaria y/o Secundaria obligatoria	98
Centros privados concertados con Bachillerato, ciclos formativos y/o programas de garantía social	9
Centros privados	5
Centros de Educación especial	8
Centros públicos que imparten educación para personas adultas	17
Total	421

Profesorado	Nº.
Educación infantil y primaria en centros públicos	3.663
Educación infantil y primaria en centros privados concertados	1.507
Educación infantil y primaria en centros privados	105
Educación secundaria en centros públicos	3.842
Educación secundaria en centros privados concertados	978
Educación secundaria en centros privados	131
Total	10.226

Otros	Nº
Centros de profesorado (centros de formación permanente del profesorado)	5
Profesorado universitario	825

3.5. RECURSOS LEGISLATIVOS

Desde la comunidad autónoma de las Illes Balears, debe reforzarse la legislación estatal existente, que tiende progresivamente a las recomendaciones europeas (*Thirth action plan for a Tobacco-free Europe 1997-2001*). A pesar de alguna intervención, se escapan de las competencias del Gobierno de las Illes Balears (impuestos, regulación de composición del producto y, en general, todo lo referente a regulación directa sobre los productores) la mayoría de ellas, las referidas a potenciar espacios libres de humos, control de las vendas y sobre todo la promoción de hábitos saludables a nivel de la población, si estas son de plena competencia, y realmente pueden complementar a las de otros ámbitos.

3.5.1. CAPACIDAD NORMATIVA SOBRE EL USO DEL TABACO

3.1.2.4. Sobre la preservación de espacios libres de humo

El Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, y el RD 1293/1999, de 23 de julio, regulan los lugares públicos donde se prohíbe el consumo de tabaco (se indica con un * donde se deben diferenciar las áreas, señalizadas, para fumadores):

- Donde haya mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar el tabaco con otros contaminantes.

- Cualquier área laboral donde trabajan mujeres embarazadas.
- Centros sanitarios (*), docentes (*), y centros de atención social destinados a menores de dieciséis años.
- Todos los vehículos o medios de transporte urbano e interurbano. Los transportes ferroviarios y marítimos, aunque se podrán reservar vagones o cabinas completas o departamentos para fumadores en una cantidad igual o inferior al 36% del total. Las aeronaves en vuelos comerciales con origen y destino dentro del territorio nacional.
- Zonas de oficinas en las administraciones públicas destinadas a la atención directa al público.
- Salas de uso público general, lectura, exposición y espectáculos (*).
- Ascensores y elevadores.
- Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas (*).

También deberían añadir o modificar los siguientes aspectos:

- En centros docentes, se debería especificar: centros docentes de educación infantil, primaria, secundaria y la Universidad.
- En los lugares de trabajo que, para evitar conflictos, se podrían destinar espacios específicos para fumadores.
- Todos los espacios donde se fabriquen, manipulen, vendan o ingieran alimentos (fábricas, granjas, pastelerías, hornos de pan, carnicerías, pescaderías, restaurantes...).
- También en los espacios de ocio: teatros, cines, salas de fiestas, espacios destinados al deporte.
- Algunos establecimientos comerciales donde la mercancía puede ser susceptible de echarse a perder o deteriorarse por el contacto con el tabaco o con el humo del tabaco, en galerías comerciales y en grandes superficies.
- En tema de transportes, todos los edificios de tráfico de pasajeros, estaciones de autobús, estaciones de ferrocarril, aeropuertos y estaciones marítimas.
- Estudios de radio y televisión destinados al público.

3.1.2.5. Sobre la limitación de los lugares de venta.

- La imposición de restricciones a la venta y al consumo de cigarrillos se refleja en el RD 192/1988, de 4 de marzo, y RD 1239/1999, de 23 de julio, que lo modifica. No se puede vender tabaco en los lugares donde no se permite fumar.
- Venta únicamente en estancos y en lugares autorizados que no transgredan la recomendación anterior con la correspondiente abolición de los expendedores automáticos de tabaco.

3.1.2.6. Sobre el control de la distribución de muestras de los productos del tabaco, sean o no gratuitas.

3.1.2.7. Sobre la limitación de la edad de venta.

- Actualmente se acepta la prohibición de venta de tabaco y productos de tabaco a menores de 16 años.
- Se debería elevar la edad a 18 años como se recomienda a nivel europeo y ya es vigente en algunas comunidades autónomas.

3.1.2.8. Sobre la limitación de la publicidad del tabaco y sus productos.

- La Ley 34/1988, de 11 de noviembre, en el artículo 8.5 prohíbe la publicidad de tabacos en la televisión y en los lugares donde se prohíbe su venta..
- La Ley 25/1994, de 12 de julio, que incorpora la Directiva 89/552/CEE, en el artículo 10, prohíbe la publicidad en televisión de cualquier forma directa o indirecta, de cigarrillos y otros productos de tabaco.
- Se debería ampliar la restricción a revistas de ámbito infantil y juvenil, en cines y espacios de ocio y deportes, en espacios públicos y con especial contundencia cerca de las zonas de concurrencia o paso de niños y jóvenes (cerca de colegios, institutos, recintos universitarios, espacios de ocio).
- Restricción del patrocinio, por parte de empresas tabaqueras, de actividades deportivas, sociosanitarias, culturales u otras donde se prevea la participación o concurrencia de niños y jóvenes.

3.5.2. CAPACIDAD DE ACTUACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN MATERIA DE SUSTANCIAS QUE PUEDEN GENERAR DEPENDENCIA Y DAÑOS PARA LA SALUD.

- Dar ayuda a todas las iniciativas, locales, nacionales e internacionales que luchen contra el tabaquismo.
- Ayudar en el control del mercado legal e ilegal de tabaco dentro de nuestro ámbito.
- Promover industrias o comercios alternativos a los relacionados con el tabaco.
- Regular, con análisis periódicos, la composición de los productos de tabaco que se venden en las Illes Balears (cantidad de nicotina y la capacidad de formación de alquitranes que contienen y del monóxido de carbono que generan), con la difusión pública de los resultados.
 - El RD 510/1992, de 14 de mayo, por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco. Se obliga a mencionar la cantidad de alquitrán y nicotina, además de regular el contenido máximo de nicotina que algunos países europeos no han regulado.
- Asegurar información fiable de las consecuencias del tabaquismo en los fumadores, en las zonas de venta y en los productos con tabaco:
 - El RD 1185/1994, de 3 de junio, mediante el cual se indican los mensajes sanitarios que deben aparecer en los paquetes de cigarrillos para alertar a los

consumidores de los peligros que tiene para la salud el hábito de fumar.

- Que en los lugares de venta de tabaco permitidos conste claramente, y de forma bien visible, un texto con la advertencia de las consecuencias de fumar y el riesgo para la salud que supone hacerlo.
- Asegurar la asistencia de las personas que presentan afectación psicoorgánica por dependencia del tabaco y la asistencia de los afectados por los efectos del tabaco.
- Facilitar la búsqueda y todas las actividades que velen por la prevención y el tratamiento del tabaquismo y sus efectos para la salud.

3.5.3. CAPACIDAD DE PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

- La LOGSE (1991) incorpora los temas transversales, incluida la educación para la salud, como temas de obligado tratamiento en los centros escolares.
- El Decreto 125/2000, de 8 de septiembre, por el que se establece la ordenación general de los enseñantes de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria en las Illes Balears, en el artículo 5.2 del primer capítulo ya contempla que los diferentes contenidos transversales deben estar presentes en las diferentes áreas de educación infantil y de educación básica obligatoria.
- Promover cursos de formación a educadores de tiempo libre, para la adquisición de habilidades en la promoción de vida saludable y para la capacitación en la transmisión y enseñanza a los jóvenes, de cómo reconocer productos perjudiciales para la salud y evitar su contacto.
- Promover actividades que fomenten estilos de vida saludables, potenciar las iniciativas sociales que se muevan en esta filosofía.

3.5.4. CAPACIDAD PARA HACER PREVALECER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS.

- Promover los derechos de los no fumadores en temas de normativa antitabáquica.
- Facilitar la intercesión legítima de los no fumadores ante conflictos normativos relacionados con el uso del tabaco o de sus productos.
- Promover que el entorno habitual de convivencia entre las personas no esté contaminado. Que en los máximos ámbitos se establezca progresivamente que la norma sea vivir sin contaminación y conseguir una sociedad sin humo. La población debe adquirir unos nuevos hábitos de comportamiento donde lo normal sea no fumar, y a pesar de que se respetarán los derechos de los fumadores con la habilitación de espacios específicos, éstos no se impondrán por encima de los derechos de los no fumadores.
- Fomentar, con ayuda de sindicatos, el entorno laboral no contaminado.

3.5.5. CAPACIDAD SANCIONADORA.

- Hacer cumplir la normativa, ya que a pesar de que en España la normativa vigente es excesivamente permisiva, habitualmente no se cumple.

- Perseguir y actuar con contundencia ante el incumplimiento de la normativa referida a temas de tabaco.
- Actuar como transmisor a las autoridades responsables de las infracciones detectadas respecto de la normativa que se escape de las competencias de la comunidad autónoma, como son el tráfico ilegal de tabaco y la composición inadecuada.

3.5.6. CAPACIDAD DE ENJUICIAMIENTO.

- Posibilidad de reclamación de indemnización por los costes ineludibles que la administración sanitaria pública ha tenido que soportar al tratar a terceras personas que han enfermado como consecuencia del consumo de productos nocivos comercializados por la industria tabaquera.
- Facilitar y dar apoyo legal a personas o colectivos de afectados de procesos relacionados con los efectos del tabaco.

3.6. RECURSOS INFORMATIVOS: BASES DE DATOS

Es importante intentar aprovechar las bases de datos existentes y potenciarlas, sólo se crearan nuevas bases de datos cuando la información sea imprescindible y no esté ya generada o no se pueda obtener directa o indirectamente de ninguna fuente primaria o secundaria en activo.

3.6.1. DATOS DEMOGRÁFICOS:

IBAE, INE.

3.6.2. DATOS SANITARIOS:

Encuestas de salud (MSC, Consejería de Salud y Consumo), datos de mobimortalidad (IBAE, UERCM, INE con: el EMH, el EDDM, Indicadores de Salud), estudios de búsqueda e investigación (hecha por profesionales), datos de actividades preventivas (auditorías de atención primaria, resultados PAPPs).

3.6.3. DATOS DE HÁBITOS, ACTITUDES Y ESTILOS DE VIDA:

Encuesta de salud (MSC, Consejería de Salud y Consumo), encuestas y memorias (Consejería de Bienestar Social, Consejería de Educación, PND, Observatorio Europeo y Español), estudios de búsqueda e investigación de profesionales, y otros: (EDDRA, IDEA, IEA).

3.6.4. DATOS ECONÓMICOS:

Consumo tabaquismo (Cámara de Comercio de Balears, industria tabaquera), gastos sanitarios (Consejería de Salud y Consumo, Consejería de Economía)

3.7. COORDINACIÓN Y GESTIÓN

Desde la Dirección General de Salud Pública y Participación:

- Una persona específica dedicada al Plan como coordinadora i responsable
- Un Equipo Ejecutor o consejo ejecutivo del Plan como gestor

3.8. GESTIÓN Y REGULACIÓN

Debido al carácter multidisciplinar del Plan, es importante la intervención y colaboración técnica, política, legislativa y presupuestaria de diversos sectores de la sociedad.

- Consejería de Salud y Consumo
 - D.G. de Salud Pública y Participación: Plan de Salud de las Illes Balears
- Consejería de Educación y Cultura
 - D.G. de Formación Profesional y de Inspección Educativa
 - D.G. de Universidad
 - D.G. de Ordenación e Innovación
- Consejería de Trabajo y Formación
 - D.G. de Salud Laboral: Plan de Salud Laboral
- Consejería de Bienestar Social
 - D.G. de Juventud: Plan Joven
 - D.G. de Deportes
 - D.G. de Planificación y Ordenación Social
- Consejería de Economía, Comercio e Industria
 - D.G. de Comercio
- Consejería de Presidencia
 - D.G. de Comunicación

4. ESTRATÈGIAS LLEVADAS A CABO

Analizando todas las estrategias que directa o indirectamente han podido o pueden repercutir en el control del tabaquismo en nuestra comunidad autónoma, encontramos:

4.1. PLANES GLOBALES

4.1.1. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008

Desde el Ministerio del Interior se elaboró este Plan de consenso en el marco del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). El Plan, iniciado en 1985, en un principio fue muy heroínocéntrico, pero posteriormente, y a partir de las recomendaciones de la OMS en la Carta de 1988 de la *Madrid European Conference on Tobacco Policy*, formó un abanico más amplio, con unas orientaciones y ámbitos de actuación concretos, de los que destacamos los objetivos que deben alcanzarse en el periodo 2.000-2.008 relacionados específicamente con el tabaco.

Orientación:

- Prevención del inicio de la drogadicción
- Reducción de daños
- Atención al drogodependiente
- Asistencia e integración social
- Formación e investigación

Ámbitos de actuación:

- 1) **Escolar:** Dirigido a la comunidad escolar en todo su conjunto: profesores, alumnos y familias. Las actividades que se desarrollen con los alumnos estarán dirigidas por su profesorado e integradas en las actividades escolares y extraescolares del centro educativo, formando parte del proyecto educativo del centro, continuadas en el tiempo y no esporádicas.
- 2) **Familiar:** Las actuaciones sobre familias tendrá como objetivo prever la aparición de los problemas derivados del consumo de drogas. Las intervenciones con las familias tendrían que fomentar habilidades educativas y de comunicación en su seno, incrementar el sentido de competencia de los padres y de su capacidad en la resolución de problemas y concienciarlos de su importancia como agentes de salud, así como fomentar la utilización de lenguaje no sexista. Es preciso disponer de un abanico de programas de prevención familiar adaptados a las diferentes necesidades y características de los participantes, que deben estar suficientemente evaluados y coordinados con los servicios sociales, departamentos de menores y las ONG, y otros.
- 3) **Laboral:** Se consideran necesarias las intervenciones y los programas preventivos en el medio laboral dirigidos prioritariamente a la prevención de las sustancias institucionales, en las que participen patronales, representantes

sindicales y servicios de prevención. Estos programas deben estar incluidos en los programas de seguridad e higiene de las empresas.

- 4) **Comunitario:** La prevención en el ámbito comunitario debe perseguir reforzar los mensajes y las normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y a favor de la salud. Las intervenciones comunitarias estarán destinadas a propiciar la movilización, la implicación y la participación de instituciones y organizaciones de la propia comunidad en la definición de sus necesidades y la elaboración de sus respuestas.
- 5) **Comunicación social:** Con un valor estratégico de accesibilidad en el resto de ámbitos de intervención con una dimensión transversal. Con campañas de información y sensibilización social y de relaciones y acción con los medios de comunicación social.
- 6) **Sanitario:** La prevención en el ámbito sanitario estará enfocada a la educación para la salud, a través del personal sanitario y a la detección precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Actuaciones que se llevarán a cabo fundamentalmente desde los equipos de atención primaria, a través de programas y protocolos específicos.
- 7) **Otros ámbitos:** En poblaciones con características propias, como centros que reúnen a la población joven durante un tiempo más o menos prolongado (residencias juveniles, servicios militar, etc.), centros penitenciarios donde se pueden hacer intervenciones integrales de promoción de la salud o centros de protección y reforma de menores.

Objetivos 2.000-2.008:

1. Ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias capaces de generar dependencia o que su uso conlleve riesgos para la población que las consume.

En el 2.003, la totalidad de los PA, y las intervenciones propias de la DGPN, habrán incluido medidas informativas sobre el tabaco y el alcohol, adaptándolas a los nuevos consumos emergentes.

2. Conseguir que la mayoría de escolares, al acabar la enseñanza secundaria obligatoria, tengan suficiente información objetiva y formación adecuada sobre las consecuencias de uso y abuso de las drogas y haber adquirido destreza, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente la relación con las drogas.

El objetivo concreto es conseguir que en el año 2.003 la edad media de inicio del consumo de tabaco y alcohol se haya retrasado en 6 meses y en el 2.008 un año.

3. Poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y la promoción de bebidas alcohólicas y tabaco que protejan a los menores de edad.

En el 2.003, todos los PA dispondrán de medidas normativas que limiten la publicidad de tabaco y alcohol, con medidas como el control del patrocinio de actividades deportivas y culturales, la exposición pública de la normativa legal de prohibición de

consumo o venta de estas sustancias, el control de horarios o el uso de los modelos juveniles para la exhibición de la publicidad.

4. Establecer, desde la DGPN, en colaboración con los PA, un Plan de acercamiento hacia los profesionales de los medios de comunicación para potenciar acciones de sensibilización y formación en el ámbito de las drogodependencias y la comunicación social.

En el 2.003, el 100% de los principales medios de comunicación social de ámbito nacional habrán recibido información básica sobre prevención de drogodependencias.

En el 2.003, se habrán desarrollado acciones de formación en drogodependencias para el 50% de los profesionales de los principales medios de comunicación social de ámbito nacional que cubren la información sobre drogodependencias. Cuando la formación afecte a los medios de comunicación de ámbito autonómico se realizará conjuntamente con las comunidades autónomas.

5. Desarrollar programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo del tabaco, alcohol y drogas ilegales en los equipos de Atención Primaria de Salud.

En el 2.003, todos los PA, en coordinación con el Sistema Público de Salud, habrán desarrollado protocolos de diagnóstico precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas.

En el 2.003, al menos el 25% de los Equipos de Atención Primaria ofrecerán, entre sus servicios, programas de detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas.

6. Implantar programas de educación sanitaria para la reducción de daños por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población general.

En el 2.003, la totalidad de los PA sobre drogas y la DGPN, llevarán a cabo acciones de educación sanitaria para la reducción de los daños causados por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dirigidas a la población general.

7. Incorporar estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol y tabaco, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo.

En el 2.003, el Sistema Nacional de Salud deberá incorporar estrategias terapéuticas para el abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, el tabaco, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo.

8. Impulsar la redacción y promulgación de normas estatales y autonómicas sobre drogas y drogodependencias destinadas a la organización, coordinación y mejora de las medidas de carácter preventivo y asistencial.

En el 2.003 todas las comunidades autónomas deberán tener una norma que ordene el conjunto de actuaciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias, y la asistencia e integración social de los drogodependientes: Ordenación de las limitaciones en la publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas y tabaco (normativa autonómica que deberá partir de una norma básica de carácter estatal) y la ordenación de las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

9. Regular y fomentar la participación de los ayuntamientos y otros entes locales en la respuesta institucional frente a las drogodependencias.

En el 2.003 el 100% de los municipios de mas de 20.000 habitantes contaran con ordenanzas municipales sobre venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, en el contexto de la Legislación autonómica y estatal.

4.1.2. PLAN DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS (1.999-2.004)

Estudio de los hábitos de vida de la población balear. Entre las líneas de actuación sobre los factores de riesgo de mayor impacto sobre la morbimortalidad de los problemas de salud más prevalidos hay referencias claras a la necesidad de promover hábitos saludables como la prevención del tabaquismo y de actuaciones específicas como la reducción del tabaquismo, marcándose unas líneas de actuación:

1. Intensificación de actividades de información y educación a la población en materia de consumo de tabaco, con especial incidencia en el medio escolar.
2. Mantenimiento y ampliación de la práctica del consejo sistemático sobre el consumo de tabaco en las consultas de atención primaria, con especial insistencia en mujeres embarazadas y personas con patología relacionada con el consumo de tabaco.
3. Formación de los profesionales sanitarios en educación tabáquica y técnicas de abandono.
4. Intensificación de las actividades intersectoriales, tendiendo a conseguir el cumplimiento de la normativa sobre publicidad, venta y consumo de tabaco.

4.2. INTERVENCIONES LEGISLATIVAS

A nivel nacional está en vigor una serie de normativa, relativa al tabaco, que nos afecta. No hay normativa elaborada específicamente desde la comunidad autónoma de las Illes Balears.

Regulación de la venta del tabaco:

- RD 1259/1974, RD 709/1982, RD 192/1988, OM 7/11/1989

Regulación del consumo:

- RD 1293/1999, 192/1988

Identificación de la composición:

- RD 192/1988, RD 510/1992, 1185/1994

Control de la publicidad:

- Ley 34/1988, Ley 25/1994, Ley 22/1999, RD 709/1982

Reconocimiento del derecho de los no fumadores:

- RD 192/1988

Régimen de infracciones y sanciones:

- RD 192/1988, RD 510/1992, RD 1185/1994

4.3. INTERVENCIONES COMUNITARIAS

4.3.1. CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO

Promovidas desde la Dirección General de Salud Pública del MSC, en diversas ediciones (1.977-78, 1.980, 1.982, 1.988, 1.991, 1.993 i 1.998), alguna con el MEC (1.993):

Objetivos:

- Disminuir la incidencia y prevalencia de la población fumadora.
- Informar a la población de los efectos nocivos del consumo de tabaco, especialmente en gestantes y jóvenes (1.977-78), población general (1.980, 1.988, 1.991, 1.993, 1.998) y personal sanitario (1.998).
- Informar sobre la toma de decisiones en relación con los hábitos de vida (1.980), fomentar hábitos saludables y fomentar los hábitos saludables a la población general (1.988, 1.998), a los escolares i su entorno familiar (1.993) y a los sanitarios como colectivo ejemplar (1.998).
- Difundir la legislación vigente (1.988, 1.991, 1.993).
- Fomentar la creación de ambientes favorables para dejar de fumar (1.982, 1.998).
- Reforzar actitudes positivas hacia las personas no consumidoras de tabaco (1.982), y defender los derechos de los no fumadores (1.991).
- Estimular a los padres y a las madres a ser modelos de personas no fumadoras (1.982).
- Apoyar el cese del hábito tabaquico (1.988, 1.998) y promoverlo (1.991, 1.998).
- Retrasar la edad de inicio del hábito (.1993)

Intervenciones:

- Campañas informativas *Mass Media* (TV, radio, prensa) (1.977-78, 1.982, 1.993)
- Difusión de información gráfica a la población general (folletos, carteles,

adhesivos y material diverso) (1.977-78, 1.980, 1.988, 1.991), a educadores (1.982, 1.993), y a personal sanitario (1.998)

- Material educativo (1.982, 1.993, 1.998)

4.3.2. CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO

Promovida desde la Consejería de Sanidad y Consumo desde 1.990:

Objetivos:

- Sensibilizar a la población sobre los efectos nocivos del tabaco.
- Difundir la legislación vigente.
- Prever el inicio del consumo
- Fomentar el abandono del hábito tabáquico
- Proteger la salud de la gestante

Actividades:

- Elaboración de carteles, folletos, adhesivos y circulares de normativa
- Encuestas y actos públicos
- Campañas *Mass Media* (TV, radio y prensa)

4.3.3. CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Promovida por la Delegación del Gobierno por el Plan Nacional sobre Drogas con la colaboración de: consejos insulares, D.G. Juventud, Consejería de Trabajo y Formación, y Consejería de Bienestar Social, ayuntamientos y ONG.

Áreas de actuación:

- Programas de prevención del consumo de drogas: ámbito comunitario, escolar (profesores y alumnos), familiar, laboral y penitenciario.
- Programas de intervención asistencial:
 - Programas libres de drogas
 - Programas de reducción de daños.
 - Programas de reinserción social
- Formación de profesionales y mediadores
- Estudios e investigación
- Publicaciones

4.4. INTERVENCIONES SANITARIAS

4.4.1. ATENCIÓN PRIMARIA

Desde la cartera de servicios INSALUD y PAPPS. Médicos y enfermeras.

- Detección de fumadores, consejo antitabaco y deshabituación de fumadores
- Detección, tratamiento y control de pacientes con enfermedades debidas al tabaco y de sus complicaciones.

4.4.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

- Detección de fumadores, consejo antitabáquico y deshabituación tabáquica en pacientes refractarios.
- Tratamiento y control de pacientes con enfermedades debidas al tabaco y de sus complicaciones.

4.4.3. SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- SBMFyC: Cursos de abordaje del tabaquismo

4.5. ESTUDIOS POBLACIONALES

4.5.1. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOLA (ENS)

Estudios, realizados en diversas ocasiones (1.987, 1.993, 1.995, 1.997), de múltiples aspectos relacionados con la salud, más o menos relacionados con el tabaquismo, son lo que siguen:

- Estudio de la morbilidad diagnosticada y percibida por la población
- Invalidez y limitación de la actividad y conocimientos y actitudes respecto a la salud, estilos de vida y factores de riesgo.
- Utilización de servicios sociosanitarios y gastos en salud.

4.5.2. ESTUDIO CORSAIB

Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las Illes Balears, año 1.999-2.000. Sus objetivos son:

- Disponer de información de la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular de la población de les Illes Balears de entre 35 y 74 años, de su nivel de detección y de la prevalencia diagnosticada de enfermedad cardiovascular.
- Estimar la prevalencia poblacional en la comunidad autónoma de las Illes Balears, en personas de 35 a 74 años, de factores de riesgo cardiovascular como: Diabetes Mellitus, HTA, hiperlipidemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de procesos cardiovasculares, hiperfibrinogenemia.

4.5.3. ENCUESTA DE SALUD DE LAS ILLES BALEARS

Promovida por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de las Illes Balears, realizada durante el año 2.000.

4.6. OTROS ESTUDIOS

4.6.1. SOBRE POBLACIÓN GENERAL

El tabaquismo en las Illes Balears. Situación y propuestas para su abordaje

Análisis de la realidad del tabaquismo en nuestras islas en 1.993, con algunas propuestas para su abordaje:

Objetivos:

- Prevención primaria: Disminuir el número de personas que empiezan a fumar.
- Prevención secundaria: aumentar el número de fumadores que dejan el hábito antes de presentar síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.
- Prevención terciaria: ayudar a dejar el hábito a las personas que han desarrollado enfermedades relacionadas con el tabaco.

Actividades:

- Promover el desarrollo, aplicación y cumplimiento de la legislación reguladora del hábito de fumar en lugares públicos.
- Información, sensibilización y concienciación de la población sobre los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco. En los profesionales sanitarios como colectivo ejemplar de conducta frente al hábito tabáquico y al colectivo de enseñantes sobre su papel educativo y ejemplar en relación al consumo de tabaco.
- Educación antitabáquica en el currículum de Educación para la Salud en las escuelas.
- Formación de los profesionales sanitarios en técnicas de educación contra el tabaquismo y en el tratamiento y ayuda para dejar el hábito tabáquico.
- Implantación del consejo antitabáquico en Atención Primaria para mujeres gestantes a todos los niveles y en el medio laboral.

4.6.2. SOBRE GRUPOS DE POBLACIÓN ESPECÍFICOS

- Medio escolar. Estudio sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas en la población escolar de Mallorca. Recogida de datos en los años 1.981, 1.988 i 1.992.
- Tabaquismo. Estudio de la prevalencia y actitudes sobre hábitos tabáquicos de médicos de las Illes Balears (1.989).
- Estudio de prevalencia y actitud frente al tabaco y la capacitación de actuación sobre los fumadores del personal sanitario de Atención Primaria. Realizado por médicos de la gerencia de Atención Primaria de Mallorca en el año 2.000.
- Estudio epidemiológico y descriptivo dirigido a conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre los profesionales sanitarios del INSALUD (1.998).

PLAN DE ACTUACIÓN CONTRA EL TABAQUISMO 2.003-2.008

1. JUSTIFICACIÓN DEL PLAN

El tabaquismo, al ser la primera causa de muerte evitable en nuestra sociedad ya es motivo suficiente para poner todos los medios para su lucha. Además de las repercusiones estrictamente médicas, muchas repercusiones sociales y económicas derivan de éste. La actuación contra este problema de salud debe hacerse entre todos y desde todos los ámbitos sociales y desde todas las instancias, internacionales, nacionales, comunitarias y locales de todo el territorio. Para ser más eficaces, debemos tener unas estrategias comunes, y un mensaje único, comprensible, objetivo, creíble y contundente, por lo que siguiendo las directrices señaladas por los organismos supranacionales y nacionales, queremos incidir sobre los puntos básicos dentro de nuestra comunidad autónoma, cerca de la población. Hay algunas intervenciones que se escapan de la posibilidad de incidir desde nuestra comunidad, pero hay muchas otras que se pueden hacer a partir de las competencias y responsabilidades de nuestra comunidad en temas de salud pública, de enseñanza y de regulación de las actividades diarias de los ciudadanos y de los espacios en que se mueven.

Se propone un Plan que intente incluir todas las estructuras gubernamentales, sociales, públicas o privadas y técnicas que pueden directa o indirectamente colaborar en esta lucha.

Se han detectado unos grupos de población determinados en los que el tabaquismo es más importante o tiene una relevancia especial y, por tanto, en los que se tiene que incidir más especialmente:

- **Jóvenes:** Son el objetivo prioritario de la industria tabaquera y en los que el incremento del tabaquismo ha sido más importante en los últimos años, sobre todo en mujeres.
- **Mujeres:** Grupo de población que se ha ido incorporando al hábito tabáquico, especialmente las más jóvenes, todo lo contrario que en el grupo de hombres que globalmente ha disminuido el hábito.
- **Sanitarios:** Colectivo que por sus características debe disminuir su hábito tabáquico, básicamente por su situación de agentes de salud. Cabe hacer especial mención al colectivo de enfermeras (mujeres) donde la prevalencia es de las más altas de entre todos los colectivos sanitarios, además hay indicios de cierta refractariedad en las intervenciones.
- **Enseñantes:** Colectivo que por sus características modélicas básicamente sobre el colectivo joven, debe disminuir su hábito..

Enmarcados en los objetivos propuestos por la Región Europea de la OMS de conseguir para el año 2.015 una prevalencia de no fumadores del 80%, se proponen objetivos,

como etapas intermedias para conseguir este hito en nuestra comunidad.

2. OBJETIVOS DEL PLAN

OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN:

1. Disminuir la prevalencia del tabaquismo, entre la población balear de mayores de 14 años, del 33% a la del 30%, evitando el inicio del consumo y promoviendo activamente la deshabituación tabáquica.
2. Garantizar que todas las instituciones públicas de la comunidad autónoma de las Illes Balears reconozcan formalmente su compromiso de ayuda en firme para vencer el hábito tabáquico, para prevenir su inicio y para promover hábitos de vida saludables, así como dar ayuda a todas las iniciativas y actividades que para esta finalidad surjan de cualquiera de las instituciones y asociaciones de los diferentes ámbitos que forman nuestra comunidad.
3. Asegurar el funcionamiento de una estructura organizativa para la prevención y el apoyo al hábito tabáquico, con sus órganos de gestión y coordinación, de participación técnica y social, con los adecuados mecanismos de monitorización y evaluación de las actividades puestas en marcha en el seno de la comunidad autónoma de las Illes Balears, todo en acción coordinada con las diferentes iniciativas nacionales e internacionales que se hagan para este fin.
4. Garantizar la atención sanitaria y social de todos los fumadores que sean sometidos al tratamiento y seguimiento más adecuados a su grado de adicción y a las consecuencias de ésta.
5. Reforzar, consolidar y estimular todas las iniciativas sociales y profesionales que, de forma directa o indirecta, promuevan y trabajen, ya sea para deshabituación tabáquica o para la promoción y concienciación social de estilos de vida sin tabaco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. POBLACIÓN GENERAL

- 1.1. Impulsar la redacción y promulgación de normas autonómicas sobre tabaquismo, destinadas a la organización, coordinación y mejora de las medidas de carácter preventivo, así como la instauración de los mecanismos adecuados para asegurar su cumplimiento.

1.1.1. De aquí al 2.003 se deberá establecer una normativa genérica que ordene el conjunto de actuaciones dirigidas a la prevención del tabaquismo, en aspectos como la limitación de la publicidad,

promoción, ventas y consumo de tabaco.

- a) *En el año 2.002 estará aprobada un ley sobre drogodependencias que incluirá una normativa específica sobre publicidad, promoción, venta y consumo de tabaco.*
- b) *En el año 2.003 los reglamentos que regulen la aplicación de la normativa sobre tabaco, prevista en la Ley sobre drogodependencias, serán vigentes.*

1.1.2. Desde ahora hasta el 2.004, el 100% de los municipios de más de 10.000 habitantes, contarán con ordenanzas municipales sobre venta y consumo de tabaco en el contexto de la legislación nacional y autonómica.

- a) *En el año 2.003 el 50% de los municipios de las Illes Balears de más de 10.000 habitantes contarán con un Plan municipal sobre drogas, elaborado de manera coordinada con el Plan sobre drogas de las Illes Balears, que incluirá medidas específicas de prevención del tabaquismo.*
- b) *En el año 2.004, la totalidad de los municipios de más de 10.000 habitantes, y los más pequeños de manera mancomunada, contarán con el correspondiente Plan municipal sobre drogas en los términos previstos en la normativa estatal y autonómica.*
- c) *En el año 2.004 la totalidad de los municipios de más de 10.000 habitantes tendrán ordenanzas municipales sobre venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.*

1.1.3. Desde aquí hasta el 2.006 se habrán implementado todos los mecanismos adecuados para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente en todos los temas referidos a la venta y consumo de tabaco, así como respecto a los derechos de los no fumadores y de los fumadores.

1.2. Ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos que el tabaco comporta, tanto en los propios consumidores como en los que conviven con ellos, se ofrecerán a la población mensajes de estilos de vida sin tabaco.

1.2.1. De aquí al 2.006, se deberán realizar campañas informativas sobre el tabaco y sus riesgos, dirigidas a la población general y a los diferentes grupos de riesgo por su hábito de consumo.

- a) *La Consejería de Salud y Consumo llevará a cabo una campaña anual de acuerdo con los objetivos señalados por la OMS en el marco del Día Mundial sin Tabaco.*
- b) *La Consejería de Salud y Consumo organizará un grupo de trabajo para analizar diferentes grupos y situaciones de riesgo, para poder diseñar y llevar a cabo, como mínimo, una campaña anual específica.*

1.2.2. De aquí al 2.006, se tendrá que implicar a los medios de comunicación de nuestra comunidad en la promoción y difusión de iniciativas sociales, profesionales o institucionales que promuevan

las ventajas de la deshabituación tabáquica y eviten promover productos de consumo y estilos de vida relacionados con el tabaco.

1.3. Desarrollar programas y protocolos de diagnóstico precoz y tratamiento de problemas relacionados con el consumo de tabaco en los centros sanitarios:

1.3.1. ***Desde aquí hasta el 2.006, estarán implementados protocolos de diagnóstico precoz en el consumo de tabaco entre los usuarios de la sanidad.***

1.3.2. ***Desde aquí hasta el 2.006, un mínimo del 75% de los centros de Atención Primaria ofrecerán entre sus servicios, programas de detección precoz y actuación coordinada con otros niveles asistenciales frente a los problemas relacionados con el consumo de tabaco.***

a) *El año 2.003 estará elaborado y se experimentará un protocolo de diagnóstico y tratamiento coordinado desde Atención Primaria de los problemas relacionados con el consumo de tabaco, incluyendo los programas de deshabituación.*

b) *En coordinación con el Ib-salut se establecerá un calendario para extender los programas de atención al tabaquismo a los centros de salud.*

c) *A partir del año 2.004, un mínimo del 25% de los centros de Atención Primaria incorporarán cada año a sus servicios la atención de los problemas derivados del tabaquismo, incluyendo los programas de deshabituación.*

d) *El año 2.003 deberán poner en funcionamiento un mínimo de dos unidades especializadas en tabaquismo de referencia en el área de Mallorca, una en Menorca y una en Eivissa.*

1.3.3. ***Desde aquí hasta el 2.006, la población general conocerá suficientemente qué hacer, a quien acudir y como poderse integrar en un programa de deshabituación tabáquica.***

a) *En el año 2.004, coincidiendo con el inicio de la incorporación de los programas de atención al tabaquismo en los centros de Atención Primaria, se dará información a la población general sobre los programas de deshabituación.*

b) *A medida que los centros de Atención Primaria se incorporen al programa, se enviará información específica a todos los domicilios de su zona de influencia.*

c) *Durante el primer año de implantación del programa en cada centro de Atención Primaria, todos los usuarios atendidos recibirán información oral y escrita sobre su funcionamiento.*

2. POBLACIÓN JOVEN

2.1. Conseguir que la mayoría de escolares, al terminar la enseñanza secundaria obligatoria, tengan suficiente información objetiva y formación adecuada sobre las consecuencias del consumo de tabaco y haber adquirido las habilidades,

competencias y destreza suficientes para la práctica de estilos de vida saludables.

2.1.1. Desde aquí hasta el 2.006, el personal docente de Educación Primaria y Secundaria tendrá la formación necesaria para la prevención del tabaquismo en el marco de la prevención de las drogodependencias y de la Educación para la Salud.

- a) *En el año 2.003, el Plan de estudios de maestro habrá incluido la educación para la salud en su currículum formativo.*
- b) *En el año 2.003 se habrá ofrecido formación sobre la prevención del tabaquismo, en el marco de la educación para la salud, al 50% del profesorado activo. Esta formación deberá llegar a la totalidad del profesorado en el año 2.006.*

2.1.2. Desde aquí hasta el 2.006, los profesionales de la enseñanza primaria y secundaria habrán incorporado en su tarea docente, actividades que trabajen la promoción de hábitos de vida saludables.

- a) *En el año 2.004, el 60% de los centros educativos habrán incorporado al Proyecto Educativo de Centro los principios educativos de la educación para la salud.*
- b) *En el año 2.004, el 60% de los centros de educación secundaria habrán incorporado al Proyecto Educativo de Centro la prevención del hábito de fumar en el marco de la prevención de las drogodependencias y de la educación para la salud. Este porcentaje tendrá que llegar al 100% en el año 2.006.*

2.1.3. Desde aquí hasta el 2.006, el currículum escolar incorporará los contenidos relacionados con la promoción y la capacitación para la adquisición de hábitos de vida saludables, temas que se trabajarán de forma transversal desde las diferentes áreas curriculares.

2.1.4. Desde aquí hasta el 2.006, las instituciones sociales darán prioridad a sus actividades lúdico-culturales juveniles que fomenten estilos de vida saludables.

- a) *De acuerdo con las previsiones del Plan joven y del Plan sobre drogas de las Illes Balears, las instituciones responsables de la política de juventud ofrecerán cada año acciones de formación y capacitación en habilidades, destrezas y competencias en promoción de la salud dirigidas a animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales.*
- b) *En el año 2.004, las escuelas de formación de educadores de tiempo libre habrán incluido la educación para la salud en su currículum formativo.*
- c) *En el año 2.006, todas las actividades realizadas con niños y jóvenes por parte de mediadores sociales y las escuelas de animación incluirán contenidos de educación para la salud y de promoción de hábitos de vida saludables.*

2.2. Velar para que el entorno inmediato de los jóvenes se vea influido lo menos posible por las campañas de promoción del tabaquismo.

2.2.1. *Desde aquí hasta el 2.006, el espacio escolar y universitario, el entorno escolar y universitario inmediato (entorno físico, visual y auditivo), los espacios deportivos, las zonas de recreo y reunión o espacios de ocio frecuentados por jóvenes, estarán libres de referencias promocionales de productos o estilos de vida relacionados con el tabaco, ya sean en forma de publicidad estática (vallas publicitarias, panfletos, pósters, estantes...) o dinámica (autobuses, películas...).*

2.2.2. *Desde aquí hasta el 2.006, se deberá regular lo que hace referencia a la promoción de acontecimientos deportivos por empresas patrocinadoras, con limitación de acceso como promotoras, empresas relacionadas con el tabaco y sus productos.*

2.3. Dificultar el acceso de los jóvenes al tabaco.

2.3.1. *En el año 2.003 estará prohibida la venta de tabaco a menores de 18 años.*

2.3.2. *Desde aquí al 2.006, en todos los recintos docentes (escolares y universitarios) y en su entorno inmediato no estará permitida la venta de tabaco y productos relacionados.*

2.3.3. *Desde aquí hasta el 2.006, se deberán endurecer las responsabilidades de los vendedores de productos relacionados con el tabaco a menores.*

2.4. Quitar el máximo de referentes nocivos para la adquisición de hábitos saludables en el entorno más inmediato de los jóvenes.

2.4.1. *Desde ahora hasta el 2.006, en el 100% de los centros escolares y en la universidad, los profesores se abstendrán de fumar en lugares no específicos y estos estarán siempre lejos de los espacios de concurrencia habitual de los alumnos.*

2.4.2. *Desde ahora hasta el 2.006, se deberán iniciar programas específicos de deshabituación tabáquica para profesionales de la enseñanza, en todos los niveles, así como facilitar las herramientas y los recursos para conseguirlo.*

3. PROFESIONALES SANITARIOS

3.1. Conseguir que los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, psicólogos y farmacéuticos) tengan la suficiente formación específica para el abordaje del tabaquismo como problema de salud.

3.1.1. *Desde aquí hasta el 2.006, los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos y farmacéuticos) deberán incorporar, en su actividad diaria, actitudes y aptitudes para una actuación firme y activa para la ayuda a los afectados del tabaquismo y para la erradicación del hábito tabáquico.*

a) *Para poder hacer efectivo el objetivo 1.3.2., la gerencia de Atención*

Primaria garantizará la formación de los profesionales de los centros de Atención Primaria para una aplicación eficiente del protocolo de diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo del tabaco, incluyendo los programas de deshabituación.

- b) Durante el proceso de implantación de los programas de diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de tabaco en cada centro de Atención Primaria, se llevarán a cabo acciones informativas y formativas con los profesionales de la salud de la zona, para poder conseguir una acción conjunta.*

3.1.2. Desde ahora hasta el 2.006, todos los itinerarios de formación universitaria de los profesionales de la salud, Psicología, Pedagogía y Servicios Sociales incluirán módulos específicos de prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el abuso de sustancias, incluyendo el tabaco.

3.1.3. Desde aquí hasta el 2.006, se habrá incorporado de forma sistemática, dentro de los mecanismos de formación continuada de los profesionales de la salud, Psicología, Pedagogía y Servicios Sociales, un apartado específico de abordaje del tabaquismo.

- a) La Consejería de Salud y Consumo promoverá acuerdos con los colegios y asociaciones profesionales con el compromiso de realizar un curso anual a partir del año 2.003.*
- b) Los programas de formación continuada de la Administración sanitaria, incluirán un curso anual sobre el abordaje del tabaquismo.*

3.2. Hacer de los profesionales sanitarios un colectivo ejemplar en el consumo del tabaco, promoviendo activa e intensamente la deshabituación tabáquica en estos colectivos y hacer que los espacios sanitarios estén exentos de tabaco.

3.2.1. Desde aquí hasta el 2.003, se deberán adecuar las normativas y realizar campañas de información y promoción de espacios sin humo para usuarios y trabajadores de los espacios sanitarios.

3.2.2. Durante el 2.003, los responsables de los centros sanitarios pondrán en marcha los mecanismos adecuados para que estos centros sean espacios sin humo y delimitarán, si es preciso, espacios para fumadores.

3.2.3. Al acabar 2.003 todos los centros sanitarios deberán ser, de forma efectiva, espacios sin humo, tanto para los trabajadores como para los usuarios.

3.2.4. Desde ahora hasta el 2.006, se deberán poner en funcionamiento programas específicos de deshabituación tabáquica para los profesionales sanitarios, así como se deberán facilitar herramientas y recursos para conseguirlo.

3. ACTUACIONES ESPECÍFICAS DEL PLAN

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Visto que hay actividades para la lucha contra el tabaquismo que ya están en funcionamiento, realizadas desde diferentes ámbitos, gubernamentales y no gubernamentales, puede ser más coste-eficiente aprovechar los recursos existentes, potenciarlos, y darles más apoyo institucional, más recursos y lo que es más importante, una cohesión y un apoyo organizativo y logístico para hacerlos más efectivos. Duplicar actividades es diluir esfuerzos y recursos y puede ser contraproducente.

Se puede realizar, así, esta lucha contra el tabaquismo, en dos fases:

- 1) En un primer momento se podría considerar para optimizar recursos, aprovechar los programas que ya están en funcionamiento, ampliar su radio de acción y estabilizarlos.
- 2) En una segunda fase, una vez consolidados los que ya funcionan, y sin dejarlos, hacer de estos unos nuevos dirigidos a colectivos que no se han cubierto en la primera fase.

Interesa en una primera instancia, incidir desde diferentes frentes, y se proponen 4 grandes programas genéricos que pueden a la vez contener subprogramas:

1. PROGRAMA PARA LA DESHABITUACIÓN DE SANITARIOS
2. PROGRAMA PARA LA CAPTACIÓN Y DESHABITUACIÓN DE FUMADORES PARA LA POBLACIÓN GENERAL
3. PROGRAMA PARA ALEJAR EL HÁBITO TABÁQUICO DE LOS JÓVENES
4. PROGRAMA DE ESPACIOS SIN HUMO

Los 4 programas específicos se describen estructurados en diferentes apartados:

- ◆ **Características generales del programa:** donde se describen mínimamente los elementos que identifican o dan una particularidad al programa de donde parte su filosofía.
- ◆ **Población diana:** a quien va dirigido el programa.
- ◆ **Objetivos:** objetivos específicos del programa con la fuente de datos para su monitorización.
- ◆ **Actividades:** se apuntan algunas de las intervenciones posibles
- ◆ **Recursos:** se apuntan algunos de los recursos que se han de utilizar
- ◆ **Responsable:** quien debería asumir las actividades y los resultados.

3.1. PROGRAMA PARA LA DESHABITUACIÓN DE SANITARIOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Ampliar y reforzar el programa “corta por lo sano” diseñado por el MSC para todos los profesionales sanitarios del INSALUD de la comunidad autónoma de las Illes Balears, pero que, además de poder ampliar la cobertura al resto de profesionales de la comunidad, se puede amplificar y sobre todo dar más apoyo y facilidades para deshabituarse a los que se consiguen motivar.

Importante por diversos motivos:

- Para reducir el hábito tabáquico en profesionales sanitarios.
- Para incidir en la mejora de los resultados en el programa de captación de fumadores, por la nueva conciencia sobre el tabaco adquirida.
- Para mejorar la imagen médica de los profesionales en el hábito pernicioso para la salud.

Puede estar formado por subprogramas dirigidos a colectivos concretos: médicos, enfermeras y farmacéuticos.

POBLACIÓN DIANA

Dirigido específicamente al colectivo de médicos i enfermeras de toda la comunidad, pero se podría ampliar además a farmacéuticos y psicólogos y trabajadores sociales.

OBJETIVOS

1. Reducir en 10 puntos porcentuales la prevalencia del hábito tabáquico en profesionales durante el periodo 2.001-2.006. (Fuente de datos no establecida).
2. Reducir en 10 puntos porcentuales la prevalencia del hábito tabáquico en profesionales de enfermería durante el periodo 2.001-2.006. (Fuente de datos no establecida).
3. Reducir en 10 puntos porcentuales la prevalencia del hábito tabáquico en farmacéuticos durante el periodo 2.001-2.006. (Fuente de datos no establecida).
4. Reducir en 10 puntos porcentuales la prevalencia del hábito tabáquico en psicólogos durante el periodo 2.001-2.006. (Fuente de datos no establecida).
5. Reducir hasta el 5% los profesionales sanitarios que fuman ante sus pacientes durante el periodo 2.001-2.006. (Fuente de datos no establecida).
6. Reducir hasta el 5% los farmacéuticos que fuman ante los usuarios de la farmacia durante el periodo (2.001-2.006).

ACTIVIDADES

- Acciones directas de concienciación, con material dirigido personalmente a los

profesionales, en el propio lugar de trabajo y en el domicilio.

- Facilitar medios, (espacios, tiempos, recursos) en forma de cursos, especialmente dirigidos a profesionales sanitarios, para la deshabituación.
- Incentivos para profesionales (cursos de deshabituación en horario laboral)

RECURSOS

Equipos de profesionales con dedicación específica, en los lugares de trabajo y en los colegios profesionales.

RESPONSABLES

Consejería de Salud y Consumo e instituciones sanitarias en colaboración especial con los colegios profesionales y sociedades científicas.

3.2. PROGRAMA PARA LA CAPTACIÓN Y DESHABITUACIÓN DE FUMADORES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Captación de fumadores: Potenciar la actividad de Atención Primaria y servicios de Obstetricia o Psicoprofilaxis obstétrica, como detectores e interventores sobre los fumadores y fumadoras, a través del pacto en la cartera de servicios de atención primaria, que podría ampliarse, por más completa, con las actividades propuestas por los PAPPS.

En una segunda fase se puede seguir potenciando la detección de fumadores desde atención primaria, ampliándose a todo el resto de servicios sanitarios (urgencias, atención especializada, laboralistas).

Puede estar formado por subprogramas: un para atención primaria y otro para servicios de atención a las gestantes.

Promoción de deshabituación: Campañas divulgativas en diferentes ámbitos y espacios, ofreciendo herramientas y medios para la deshabituación.

POBLACIÓN DIANA

Captación: población general que acude a las consultas de Atención Primaria y a los servicios de controles de gestación.

Promoción deshabituación: población general

OBJETIVOS

1. Promover hábitos saludables e información de lo nocivo que es el hábito tabáquico para los fumadores y los no fumadores.
2. Aumentar en un 90% el porcentaje de historias clínicas de los profesionales de atención primaria y en la libreta de la gestante y del niño sano, que tengan registrado el hábito tabáquico, y el consejo antitabáquico, durante el periodo 2.001-2.006 (Fuente de datos: Auditoría de historias clínicas de atención primaria y registro PAPPS).
3. Que un 50% de fumadores hayan recibido consejo antitabáquico, por parte del personal sanitario, durante el periodo 2.003-2.007. (Fuente de datos: Auditoría de historias clínicas de atención primaria y registro PAPPS).
4. Que la demanda de deshabituación tabáquica aumente un 5% en las consultas de atención primaria.

ACTIVIDADES

- Ponderación al alza de la puntuación asignada para la detección del hábito

tabáquico en la evaluación del contrato programa de centros de salud-gerencia de atención primaria.

- Campañas realizadas desde los servicios de Psicoprofilaxis obstétrica y en todas las consultas de comadronas y de pediatras de información de los efectos nocivos del tabaco para los fumadores y para los no fumadores, y de promoción de un entorno de la gestante, del neonato y del niño sin humo.
- Cursos de formación y habilidades en la detección y clasificación del fumador, así como en el uso del consejo antitabáquico y los diferentes recursos terapéuticos en la consulta diaria de los profesionales sanitarios.
- Habilitar unos circuitos de referencia claros y accesibles para las personas que quieren dejar de fumar, con los recursos adecuados y suficientes.
- Campañas divulgativas (*Mass media*) y promocionales de estilos de vida sin tabaco y de información de los efectos nocivos del tabaco para la salud

RECURSOS

- Profesionales sanitarios de atención primaria, de las unidades de atención obstétrica y pediátrica y eventuales unidades de tabaquismo.
- Material de apoyo (folletos, documentos, circulares...),
- Medios de comunicación de masas.

RESPONSABLES

Consejería de Salud y Consumo, Gerencia de Atención Primaria, Atención Especializada, colegios profesionales y sociedades científicas.

3.1. PROGRAMA PARA ALEJAR EL HÁBITO TABÁQUICO DE LOS JÓVENES

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Pretende reforzar, potenciar y dar más apoyo logístico a los programas del Plan Nacional de Drogas: “Tu decides” y “Construyendo salud”

Puede plantearse en diversos subprogramas: uno para los docentes específicamente, uno para los educadores del tiempo libre, uno para los jóvenes en la escuela y uno para los jóvenes fuera de la escuela.

POBLACIÓN DIANA

Jóvenes escolares de 12 a 18 años, y que se puede ampliar a la población universitaria.

OBJETIVOS

1. Reducir en 10 puntos porcentuales la prevalencia del consumo de tabaco entre la población estudiante de enseñanza secundaria y universitaria durante el periodo 2.003-2.007. (Fuente de datos: Encuesta sobre drogas de la población escolar del PND)
2. Retrasar a los 17 años la edad mediana de contacto con el tabaco en el periodo 2.003-2.007. (Fuente de datos: Encuesta sobre drogas de la población escolar del PND)
3. Reducir de un 10% el hábito tabáquico entre los docentes durante el periodo 2.003-2.007. (Fuente de datos no establecida)

ACTIVIDADES

- Promoción de vida sin drogas en las diferentes actividades escolares y extraescolares, con ayuda de material de apoyo (folletos, guías, videos).
- Formación a los docentes y educadores de tiempo libre en temas de hábitos de vida saludables.
- Promoción de la deshabituación, con campañas dirigidas específicamente a docentes. Con material adecuado de apoyo (folletos, guías...).
- Declaración de espacios sin humo a todos los centros docentes no universitarios.
- Dificultar el acceso al tabaco y su publicidad dentro de la escuela/universidad y en su entorno físico inmediato.
- No permitir la promoción de actividades lúdicas y deportivas a empresas directa o indirectamente relacionadas con el tabaco.
- Incentivar la inclusión de programas y/o actividades de educación para la salud, y en concreto de educación antitabáquica integrados en los diversos documentos de centro.

- Incentivar escuelas o espacios de recreo para jóvenes que hagan actividades de promoción de vida sin tabaco.

RECURSOS

- Centros y profesorado de enseñanza primaria, secundaria y universitaria.
- Centros y espacios con educadores de ocio juvenil.
- Centros y espacios de actividades deportivas.
- Red de servicios de información joven, y las escuelas de educadores de tiempo libre.

RESPONSABLE

Consejería de Salud y Consumo, Consejería de Educación y Cultura, Dirección General de Juventud, Dirección General de Deportes. Colaboración de colegios profesionales sanitarios y de enseñantes, ONG, sindicatos...

3.4. PROGRAMA DE ESPACIOS SIN HUMO

CARACTERÍSTICAS GENERALES

El programa pretende incidir de forma transversal en el resto de programas, potenciando sus efectos, con la finalidad de concienciar el mantenimiento de respeto a los no fumadores y de los espacios donde se potencia vivir sin contaminación.

Puede suponer subprogramas, según donde se quiera incidir: escuelas, lugares de trabajo, instituciones públicas, empresas...

POBLACIÓN DIANA

Población general y en concreto los usuarios y trabajadores de instituciones públicas y privadas, de espacios docentes, de espacios de ocio y sociales y de instalaciones deportivas.

OBJETIVOS

1. Que un 60% de la población conozca la existencia de la normativa que promueve y reconoce los espacios donde no es posible fumar, durante el periodo 2.003-2.007. (Fuente de datos: no existente específicamente, encuesta de salud)
2. Que en un 95% esté correctamente indicado en los espacios donde no está permitido fumar, según la normativa vigente, durante el periodo 2.003-2.007. (Fuente de datos: Registro de actividades de los cuerpos de inspección empresarial).
3. Incrementar hasta un 30% las empresas de más de 100 trabajadores que creen espacios reservados para fumadores, respetando los espacios sin humo, siguiendo la legislación vigente, durante el periodo 2.003-2.007. (Fuente de datos no establecida).

ACTIVIDADES:

- Declaración y compromiso institucional de potenciación y promoción específica de espacios libres de humo desde y en las instituciones públicas de la comunidad autónoma de las Illes Balears, de los espacios comunitarios de reuniones y trabajo de los cargos públicos de la Administración.
- Promoción de la conciencia de espacios libres de humo en general y dirigidas a empresas públicas y privadas, entidades docentes, entidades sanitarias, espacios de recreo y de deportes en concreto:
 - Campañas *Mass Media* a través de medios audiovisuales disponibles y de mayor impacto (TV, carteles en vallas, radio...).
 - Incentivación a las empresas, instituciones y colectivos afectados, que respeten la normativa y la hagan respetar (premios, exenciones fiscales...).
 - Crear redes de empresas, restaurantes, hoteles... con la distinción especial de

ser lugares sin humo, distinciones que puedan suponer actos públicos de reconocimiento. Y conseguir que las propias empresas lleguen a ser las promotoras y las que subvencionen campañas de adhesión a esta “marca” de prestigio “SIN HUMO”.

- Vigilancia del cumplimiento de la normativa, con sanciones para los que la incumplan.

RECURSOS

- Instituciones con capacidad legislativa, cuerpos de vigilancia e inspección pública y privada.
- Empresas públicas y privadas de comunicación.
- Asociaciones de empresarios, deportivas, de profesionales y gremiales.
- Sindicatos y representantes sociales.

RESPONSABLES

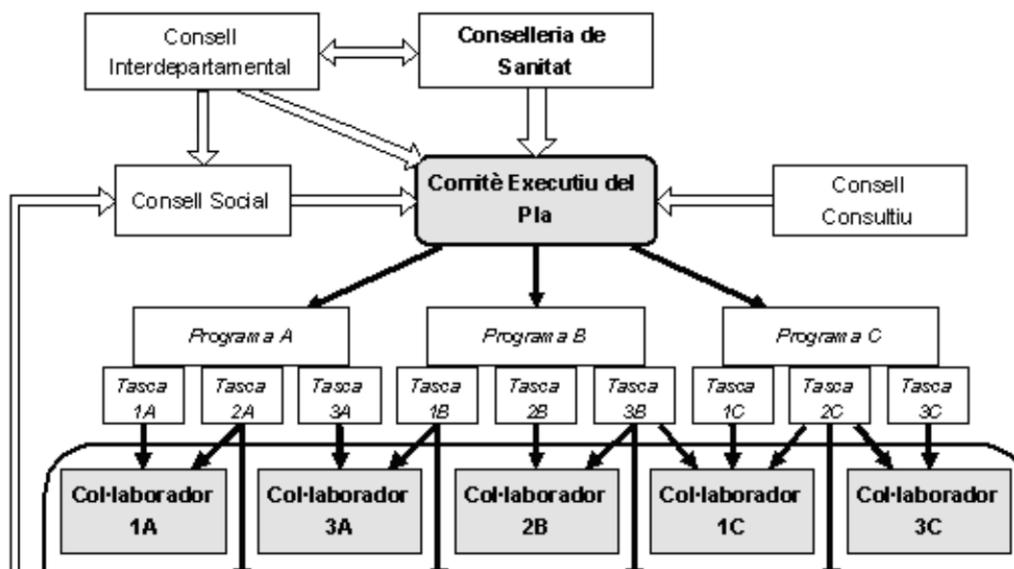
Consejería de Salud y Consumo, Consejería de Presidencia, Consejería de Interior, Consejería de Educación y Cultura, con la colaboración de empresarios, representantes sociales.

4. ESTRATEGIAS

4.1. ORGANIZACIÓN

Está claro que para conseguir la mayor efectividad posible de un Plan tan complejo es necesario un equipo y una mínima infraestructura que se dedique a ello. La propuesta se resume en la figura 1, que exponemos a continuación:

Figura 1. Esquema organizativo



Constitución de un equipo responsable de la implementación, coordinación y seguimiento del Plan y de los diferentes programas que lo componen, que de prioridad y asigne tareas a los potenciales colaboradores, según las necesidades de cada momento en las diferentes etapas del Plan. Estará formado por:

1. **Director o responsable del Plan:** Responsable máximo del Plan, adscrito a la Consejería de Salud y Consumo.

Funciones:

- Representante del Comité Ejecutivo del Plan de tabaquismo de las Illes Balears, ante la Administración y la población.

- Presidirá y tendrá voz y voto de cualidad en el Comité Ejecutivo del Plan.
- Capacidad de convocar al Comité Ejecutivo del Plan las veces que crea oportunas para el mejor desarrollo del Plan.
- Capacidad de convocar a los comités consultivos, mínimo dos veces al año, y al Comité Interdepartamental, mínimo una vez al año, o cuando lo crea necesario o sea requerido por otras instancias.
- Capacidad de convocar al Comité Social, cuando lo considere oportuno.
- Presentará una memoria anual de los resultados del Plan.

2. Comité Ejecutivo del Plan: Equipo responsable de ejecutar el Plan.

Composición:

- Director o responsable del Plan.
- Responsables de cada uno de los programas gestantes.

Función:

- Organizar, coordinar, dinamizar e implementar el Plan.
- Asignar tareas y responsabilidades a los equipos de la red de colaboradores.
- Solicitar asesoramiento técnico al Comité Asesor.
- Contactar con el Consejo Social del Plan.
- Asistir a todas las reuniones convocadas de los consejos: Consultor y interdepartamental y social del Plan.
- Contratar los servicios y tareas específicas que ofrezcan los diferentes elementos de la red de colaboradores-ejecutores, con plena capacidad de suscribir y rescindir un contrato-programa con éstos, revisable periódicamente (periodo según tarea y colaborador), para los trabajos asignados a cada uno de ellos.
- Responsable de la monitorización, evaluación y seguimiento del Plan en general i de los programas en particular, con capacidad de modificar o adaptar los mismos, según los resultados obtenidos en relación a las previsiones.
- Presentar resultados a la Consejería de Salud y Consum.

3. Consejo Consultivo del Plan: Equipo de consultoría técnica.

Composición: formado para profesionales sanitarios, de la enseñanza, técnicos de la Administración sanitaria, juristas, economistas, trabajadores sociales... Adaptable y modificable su composición según las necesidades específicas del equipo ejecutor. Presidido por el responsable del Plan.

Función:

- Órgano de apoyo técnico para el equipo ejecutor.
- Elaboración de informes y recomendaciones técnicas y de consultoría solicitadas por el equipo ejecutor.

4. Consejo Interdepartamental del Plan: Equipo coordinador entre las instituciones participantes y el Comité Ejecutivo del Plan.

Composició: formado por el Comité Ejecutivo, por un responsable de cada una de las direcciones generales de las consejerías del Gobierno de las Illes Balears implicadas, por representantes de las ONG sanitarias y representantes de las ONG sociales también implicadas.

Función:

- Órgano de consenso y de enlace entre el equipo ejecutor y los responsables técnicos y políticos.
- Responsable de recoger y/o transmitir las propuestas de los diferentes responsables políticos o técnicos de las diferentes consejerías y de los colectivos implicados.

5. Consejo Social del Plan: Órgano de participación ciudadana.

Composició: Presidido por el Consejo Ejecutivo del Plan y formado por los representantes de las diferentes entidades ciudadanas que de alguna manera participan en el Plan.

Función:

- Órgano de comunicación formal entre los que realizan el trabajo de campo y el Consejo Ejecutivo del Plan.
- Es donde se comunican las decisiones tomadas por el Comité Ejecutivo y que pueden afectar a la red de colaboradores.
- Es donde los trabajadores de campo rinden cuentas de la evolución de las tareas asignadas y donde se analizan alternativas si se da el caso.

6. Red de colaboradores-ejecutores: Construcción de una red de colaboradores, con un reparto de tareas según las posibilidades de cada una de ellas, y la consecuente asignación de responsabilidades y compensaciones.

Composició: formada por todas las entidades públicas y privadas de nuestra comunidad que participan de alguna manera en los programas ya iniciados.

Función:

- Realización del trabajo de campo, en contacto con la población diana.
- Ejecución última de tareas específicas de los programas, de las responsabilidades adquiridas y pactadas con el equipo ejecutor. (A partir de un acuerdo tácito mutuo con el equipo ejecutor, se condicionará la pertenencia a esta red, con la ayuda y el apoyo correspondiente a la obtención de unos resultados mínimos pactados).

4.2. SEGUIMIENTO

Para el seguimiento del Plan hará falta:

1. Instaurar un sistema de indicadores que permita la monitorización y evaluación continua de los diferentes programas iniciados. Es importante la planificación exhaustiva de la evaluación de los programas, por lo que se requieren:
 - Indicadores para cada objetivo de los programas y por las actividades que estos

generan.

- Unos criterios y unos estándares para cada indicador.
- Unos mecanismos previstos de corrección para las desviaciones de los estándares.

2. Formalizar bases de datos de referencia:

- Para una correcta monitorización de los programas se precisan datos fiables y pertinentes que sopesen los efectos esperados de las actuaciones de los diferentes programas y que deben servir para saber el nivel de alcance de los objetivos marcados.
- Para poder aprovechar los recursos al máximo, sería conveniente hacer una recogida de todas las bases de datos, primarias o secundarias, que existen en la comunidad o fuera de ésta, y que pueden servir para la obtención de los correspondientes indicadores, útiles para la evaluación de los diferentes objetivos del Plan en general y/o, más en concreto, de los objetivos de los programas iniciados.
 - Datos poblacionales (Instituto Balear de Estadística - IBAE, INE)
 - Datos de morbimortalidad obtenidos (Instituto Balear de Estadística, INE, Registro de Cáncer de Mallorca, Encuesta de Morbilidad hospitalaria, ESIB...).
 - Encuestas poblacionales o entre grupos específicos para evaluar actitudes y conocimientos aprendidos. (ENS, ESIB, Encuestas del CIS)
 - Auditorías de parámetros evaluables entre los equipos de profesionales.
 - Seguimiento de las memorias obtenidas de los equipos colaboradores en las diferentes actividades.
 - Datos de otras fuentes (PAPPS, estudios de profesionales).
- En caso de objetivos que requieran medidas de evaluación de las que no se dispongan bases de datos, se debería analizar la pertinencia de su creación.

4.3. DESARROLLO NORMATIVO

Hay diferentes fases: en primer lugar difusión de la normativa vigente y control estricto de su cumplimiento, y en segundo lugar hacer algunas ampliaciones a la normativa existente:

Responsable: Consejería de Salud y Consumo, Consejería de Trabajo y Formación, Consejería de Bienestar Social, Consejería de Educación y Cultura, consejos insulares y ayuntamientos.

4.3.1. Espacios protegidos, según la normativa (RD 192/1988 y RD 1293/1999)

- 1) Proteger todos los recintos educativos y docentes públicos y privados, de enseñanza preescolar, primaria, secundaria y el resto de recintos de

enseñanza universitaria y no universitaria.

- 2) Centros de atención social, sobre todo donde haya menores de 18 años y enfermos.
- 3) Todos los espacios donde se fabriquen, manipulen y vendan alimentos y los espacios comunitarios donde éstos se consuman (comedores comunitarios, restaurantes...).
- 4) Todos los espacios cerrados de uso público.
- 5) Espacios laborales compartidos.
- 6) Espacios cerrados de ocio y deporte.

4.3.2. Limitar la publicidad y promoción de tabaco y sus productos

- 1) Limitar la publicidad a vallas publicitarias, marquesinas, paradas de autobuses y autobuses, cabinas telefónicas (muy especialmente en zonas cercanas tanto física como visualmente de las escuelas, institutos, academias, recintos universitarios y lugares de concurrencia de jóvenes).
- 2) Limitar la publicidad en medios audiovisuales.
- 3) Limitar la publicidad en revistas de jóvenes.

4.3.3. Elevar la edad de acceso al tabaco a 18 años, como en otras comunidades autónomas, y según tienen previsto el Ministerio de Sanidad, recogiendo las recomendaciones europeas.

4.3.4. Hacer cumplir la normativa. Recoger la tipificación de faltas y régimen sancionador del RD 192/1988

4.4. POTENCIAR HÁBITOS SALUDABLES

4.4.1. Para la población general

1. Campañas *Mass-Media* reiteradas (anuales) por medios audiovisuales y vallas publicitarias para promocionar hábitos de vida saludables.
 - **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo
 - **Colaboración:** D.G. de Comunicación (Consejería de Presidencia), consejos insulares, ayuntamientos, colegios y asociaciones profesionales de sanitarios y de medios de comunicación.
2. Adhesión, promoción, colaboración activa y difusión de las diferentes iniciativas encaminadas a informar de los efectos del tabaco y a promocionar hábitos de vida sin tabaco:

- **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo.
 - **Colaboradores:** Consejería de Educación y Cultura, Consejería de Bienestar Social, Consejería de Trabajo y Formación, consejos insulares y ayuntamientos, colegios profesionales y asociaciones de periodistas, médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos y enseñantes, y agentes sociales.
 - **Tareas:** dar apoyo logístico y promocional de:
 - a) Todos los programas o campañas promovidos desde instituciones públicas, locales, de la comunidad autónoma, nacionales, europeas o mundiales...
 - Día mundial sin tabaco (31 de mayo), promovido desde la OMS.
 - “Corta por lo sano”, promovido por el MSC.
 - “Construyendo salud”, promovido por el PND.
 - b) Todos los programas o campañas promovidos desde instituciones no públicas, locales, de la comunidad autónoma, nacionales, europeas o mundiales:
 - Semana Europea Contra el Cáncer (2ª semana de octubre): adhesión, promoción i colaboración en campañas contra el cáncer organizadas desde la comunidad europea y promovida, en nuestro país, por la Asociación contra el Cáncer. El tabaco es un factor de riesgo trabajado reiteradamente en estas campañas y una de las recomendaciones de la Carta europea contra el cáncer (1.983). Actúan en poblaciones generales y en diferentes poblaciones diana.
 - PAPPS: programa continuado de prevención y promoción de la salud desde atención primaria con evaluación anual.
 - “Semana sin humo”, promovida en España, desde hace 2 años, por la semFYC y sus sociedades federadas.
3. Promoción, difusión y apoyo de actividades científicas que luchan contra el tabaquismo, o que mejoran la detección y el tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaco.
- **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo
 - **Colaboradores:** Entidades asistenciales sanitarias, públicas o privadas, asociaciones profesionales y sociales, asociaciones de empresarios...
4. Creación o promoción de un gabinete de prensa para crear opinión a la población y para difundir a la población en general, a través de los medios de comunicación, los avances y las noticias relacionadas con el tema del hábito tabáquico, la prevención y el tratamiento y de las enfermedades producidas por sus efectos y los tratamientos correspondientes.
- **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo.
 - **Colaboración:** Colegios profesionales y asociaciones de periodistas, médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos y enseñantes.

4.4.2. Para los jóvenes

1. Educación de la salud en las escuelas, institutos, universidad y centros docentes.

- **Responsables:** Consejería de Educación y Cultura.
 - **Colaboradores:** D.G. de Salud Pública y Participación, colegios profesionales y asociaciones de maestros, educadores y psicólogos, colegios profesionales y asociaciones de médicos, enfermeras y farmacéuticos, asociaciones de padres y madres de alumnos.
 - **Tareas:**
 - Asegurar la integración de la educación para la salud en los proyectos educativos y curriculares de los centros, y facilitar su incorporación en las programaciones anuales.
 - Implicación de profesores en programas de sensibilización, específicos para ellos, hacerlos actuar como agentes de salud y modelos sociales, y concienciarlos de lo que supone el simple respeto a la normativa básica sobre el tema en los centros docentes.
 - Implicación de los directores de los centros docentes para hacer respetar la normativa básica sobre el uso del tabaco en las escuelas y centros docentes, evitando los docentes su consumo delante de los alumnos.
 - Sensibilización de padres a partir de las asociaciones AMPA/APA de los centros escolares.
2. Formación de agentes de salud entre jóvenes, aprovechando líderes naturales y educadores de tiempo libre. Actividades a partir de ONG o grupos sociales liderados o dirigidos a jóvenes.
- **Responsable:** D.G. Juventud.
 - **Colaboradores:** D.G. de Salud Pública y Participación, ONG sociales, ONG sanitarias, Consejo de la Juventud de las Illes Balears y la red de servicios de información joven.

4.4.3. Grupos de referencia

1. Sanitarios (colectivo médico, enfermería, psicólogos y de farmacia):
- **Responsables:** Consejería de Salud y Consumo.
 - **Colaboradores:** Colegios y asociaciones profesionales de médicos, enfermería y farmacéuticos.
 - **Tareas:**
 - Intervenciones específicas y reiteradas para estos colectivos, con implicación de todas las instituciones y organismos colegiados.
 - Colectivo que debe creerse que es el modelo para la sociedad, que para hacer creíble su mensaje debe ser consecuente con su actuación.
 - Espacios sanitarios libres de humo (centros de salud, centros hospitalarios, clínicas, ambulatorios, centros odontológicos, consultas médicas, de comadronas y de fisioterapeutas, centros radiológicos, o de análisis clínicos, centros de manipulación de muestras biológicas, oficinas de farmacia, servicios médicos de empresa...).
2. Educadores y enseñantes en general.

- **Responsables:** Consejería de Educación y Cultura.
- **Colaboradores:** Consejería de Salud y Consumo, colegios y asociaciones de profesionales de la enseñanza, psicólogos y sanitarios.
- **Tareas:**
 - Colectivo que debe creerse que es modelo para la sociedad, y en concreto para sus alumnos, también en temas de salud y hábitos.
 - Ha de ser concienciado del problema del tabaquismo y que para hacer creíble su mensaje como agentes en temas de hábitos saludables, ha de ser muy cuidadoso en sus actuaciones y actitudes ante los alumnos.
 - Conseguir espacios docentes libres de humo.

4.5. PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN

1. Específicos para grupos de referencia (jóvenes, sanitarios y enseñantes).
 - **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo.
 - **Colaboradores:** Consejería de Educación y Cultura, Consejería de Bienestar Social, consejos insulares, ayuntamientos, colegios y asociaciones profesionales de enseñantes, psicólogos, médicos, enfermeras y farmacéuticos.
 - **Tareas:**
 - Programa específico para cada colectivo de sanitarios, especial mención y relevante, un programa muy concreto para el personal de enfermería.
 - Programa específico para enseñantes.
 - Programa, de características diferenciales, dirigido a jóvenes, ya que el inicio del consumo en este colectivo parece que es más por aspectos comportamentales que por un verdadero hábito.
2. Captación oportunista de fumadores:
 - **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo.
 - **Colaboradores:** Consejería de Trabajo y Formación, colegios y asociaciones de profesionales médicos, de enfermería y farmacéuticos.
 - **Tareas:**
 - Captación y detección de fumadores en todo contacto dentro del sistema sanitario (atención primaria, atención especializada, atención urgente, servicios médicos de empresa, oficinas de farmacia...).
 - Crear conciencia y deber de intervención a todos los profesionales de la red sanitaria de la comunidad para que, como mínimo, al detectar a un fumador, se haga sistemáticamente una intervención mínima.
3. Facilitar el acceso a servicios de ayuda a la deshabituación a toda la población fumadora:
 - **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo.
 - **Colaboradores:** Consejería de Trabajo y Formación, colegios y asociaciones de

profesionales médicos, de enfermería y farmacéuticos.

- **Tareas:**

- Potenciar las habilidades de los profesionales de atención primaria y de salud laboral en la intervención mínima.
- Potenciar las habilidades de los profesionales de atención primaria en el tratamiento de fumadores.
- Creación de unidades de tabaquismo para casos refractarios (comorbilidad con patología psiquiátrica, poliadicción, patología derivada del tabaco...).
- Crear un teléfono de referencia para atender a todos los interesados para informar, asesorar y derivar para la deshabituación.

4. Estimulación a la deshabituación:

- **Responsable:** Consejería de Salud y Consumo.

- **Colaboradores:** Consejería de Trabajo y Formación, colegios y asociaciones de profesionales médicos, de enfermería, farmacéuticos, psicólogos y sindicatos. Se puede potenciar la participación de empresas de diferentes ámbitos que puedan llegar a ser promotores de las campañas.

- **Tareas:**

- A nivel de población general:
 - “Quit & Win” (adhesión de la comunidad autónoma a esta campaña europea).
 - Subvención del tratamiento de deshabituación, si se consigue dejar de fumar.
- A nivel laboral:
 - Promocionar ciertas tareas sólo a no fumadores

BIBLIOGRAFÍA

- Amengual, M.; Calafat, A.; Palmer, A. Alcohol, Tabaco y Drogas en enseñanza media. 1981-1988-1992. *Adicciones* 1993; 5(2): 141-161.
- *Avance 1999-2000. Datos básicos e indicadores a nivel de Comunidad Autónoma.* Estadísticas de la Educación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. <http://www.mec.es/estadistica/Avance/> (29/03/01).
- Basagaña Saña M., Puigmartí Valls A., Rosés Carbonell V. Tabaquismo. Estudio de prevalencia y actitudes sobre hábitos tabáquicos en los médicos de Baleares. Curso de Diplomados en Sanidad. 1987.
- Benito E., Font C., Gogorcena MA., Pons O., Rosés V. *El Tabaquismo en Baleares. Situación y propuestas para su abordaje.* Gerència d'Atenció Primària-Insalud Balears, Associació Espanyola contra el Càncer- Junta Balears. Palma. 1993.
- Calafat, A.; Amengual, M.; Farrés, C.; Monserrat, M. Consumo de alcohol y tabaco, y otras drogas entre estudiantes de enseñanza media y formación profesional de Mallorca. *Drogalcohol* 1982; Vol. VII(3): 117-127.
- Calafat, A.; Amengual, M.; Mejías, G.; Borrás, M. Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. *Rev Esp de Drogodependencias* 1989; 14(1): 9-28.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs-August 1999.* Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, August 1999.
- Chollat-Traquet C. Evaluating Tobacco Control Activities. Experiences and guiding principles. WHO. Geneva, 1996.
- Comité de Expertos para la elaboración del Plan Foral de Tabaco. *Plan Foral de Acción sobre el tabaco.* Departamento de Sanidad del Gobierno de Navarra. Pamplona 2000.
- Consejo Superior de Cámaras. *Resultados 1999 y perspectivas a corto plazo (2000-2001).* Cámaras de Comercio, Industria y Navegación. Madrid 2000.
- Cunningham R. *La guerre du tabac. L'expérience canadienne.* Centre de recherches pour le développement international. Ottawa, 1997.
- Direcció General de Salut Pública. *Epidemiologia del tabaquisme femení a Catalunya.* Barcelona: Octubre 2000.
- Dirección General de Salud Pública. *Programa Gallego de promoción de la vida sin tabaco.* Documentos Técnicos de Salud Pública; Serie A núm. 3. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia. 1993.
- Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo.

1997.

- Grup d'experts, Consejería de Sanidad y Consumo. *Pla de Salut de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (1999-2004)*. Consejería de Sanidad y Consumo. Govern Balear. 1999.
- Grupo Cartera de Servicios. Cartera de Servicios de Atención Primaria. *Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas*. Subdirección general de Coordinación Administrativa. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1999.
- Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud. *Informe sobre el tabaco: situación actual de las políticas e intervenciones de las Administraciones Sanitarias. Recomendaciones*. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial. Ministerio de Sanidad y Consumo. Setembre 2000.
- Iglesias Bedrina E., Peiró Morant, JF., Llagostera Pagès, M., Hermoso Villar, P., Llobera Cànaves, J. Thomàs Mulet, V. *Los médicos y enfermeras de primaria ¿nos consideramos formados para ayudar al paciente a abandonar el hábito tabáquico?*. Gerència d'Atenció Primària. Comunicación al XX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Gijón 2000.
- Insalud Balears. Gerencia de Atención Primaria. Comisión Programa de Factores de Riesgo Cardiovascular. *Estudio del consumo de tabaco en Centros de Salud*. Palma de Mallorca, maig 1991.
- Jha, Prabhat; Chaloupka Frank J. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. The International Bank for Reconstruction and Development (The World Bank). Washington: 1999.
- Joossens, Luk. *La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la unión europea*. Informe europeo. Red Europea de Prevención del Tabaquismo. Bruselas, 1999.
- Llei 22/1999, de 7 de juny. De radiodifusió televisiva. Boletín Oficial del Estado núm. 136 de 8 juny de 1999.
- Llei 34/1988, d'11 de novembre, general de publicidad. Boletín Oficial del Estado núm. 274 de 15 de novembre de 1988. Jefatura del Estado.
- Martínez Higuera IM, Nieto González MA, del Pueyo B. *Actuar es posible. Medios de comunicación y drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid 2000.
- Martínez Llamas A. *Patología del consumo de tabaco*. Ed. Glosa. Barcelona 1989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Sub.Gral. Epidemiología Promoción y Educación para la Salud. España Abril 1999.
- Ministerio del Interior. *Estrategia sobre drogas para el periodo 2000-2008*. Real Decreto 1911/1999, de 17 diciembre.
- Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, Farkas AJ, Zhu SH, Choi WS, Berry CC, Distefan JM, White MM, Soroko S, Navarro A. *Tobacco Control in California: Who's Winning the*

War? An Evaluation of the tobacco Control Program. 1989-1996. La Jolla, CA: University of California. San Diego; 1998.

- *Plan Nacional de Drogas. Memoria 1999.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Secretaria General Técnica. Ministerio del Interior. Madrid 1999.
- *Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders.* Office of Health and Environmental Assessment Office of Research and Development U.S. Environmental Protection Agency. EPA/600/6-90/006F. Washington, December 1992.
- Rigo Carratalà, F., et als. *Estudi CORSAIB. Prevalença dels factors de risc cardiovascular a les Illes Balears.* Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària, Societat Espanyola de Medicina General, Conselleria de Sanitat i Consum de les Illes Balears, INSALUD-Balears. 1991-2000 (comunicació personal).
- Salleras Sanmartí, Lluís., Departament de Sanitat i Seguretat Social, Fundació Catalana de Pneumologia. *16 anys de lluita contra el tabac a Catalunya (1982-1998).* Edita: Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat Seguretat Social. 1ª edició: Barcelona 1999.
- Shalala DE. *Targeting Tobacco Use: The Nation's Leading Cause Of Death. At-A-Glance. 2000. Percent Smokers.* U.S. Department Of Health And Human Services. Centers For Disease Control And Prevention. 2000.
- Simpson, D. *Los médicos y el tabaco. El Gran Reto de la Medicina.* Tobacco Control Resource Centre. Comisión Europea 2000.
- Subías Lorén PJ, et als. Estudio de efectividad PAPPS (1998) y resultados preliminares de la evaluación del PAPPS (1999). *Atención primaria 1999: Vol. 24 (Supl); 11-73.*
- The World Health Report 1999 - *Combating the Tobacco Epidemic.* Geneva, World Health Organization, 1997.
- *Third action plan for a Tobacco-free europe 1997-2001.* World Health Organization Regional Office For Europe. EUR/ICP/LVNG 01 04 01.
- Vilas Herranz, F. *Campañas de Prevención del Tabaquismo en España, 1997.* Subdirección de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
- Villalbí JR., Ariza C. *El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención.* Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria - Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona 2000.

ANEXOS

ANEXO 1 EJES DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO Y PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS

	Población general	Jóvenes-adolescentes	Fumadores sanos	Fumadores accesibles (enfermos y gestantes)	Colectivos referentes (sanitarios y enseñantes)
Normativo	<ul style="list-style-type: none"> Preservar espacios libres de humo: <ul style="list-style-type: none"> - Lugares de trabajo- Espacios públicos- Espacios docentes- Espacios sanitarios – Restaurantes y espacios de venta y manipulación de alimentos- Medios de transporte – Espacios cerrados de concurrencia masiva de población (cine, grandes superficies) - Aumento de impuestos por el tabaco y productos relacionados. 	<ul style="list-style-type: none"> Limitar la venta de tabaco a mayores de 18 años. Limitar el uso del tabaco en los espacios docentes. Eliminar la venta de tabaco en los espacios docentes. Eliminar los expendedores automáticos de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> Limitar lugares específicos para fumadores. Limitar lugares de venta de tabaco. Eliminar los expendedores automáticos de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> Limitar lugares específicos para fumadores. Limitar lugares de venta de tabaco en recintos sanitarios. Eliminar los expendedores automáticos de tabaco Limitar el uso del tabaco en espacios sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Limitar el uso del tabaco en lugares de trabajo para todo el personal (sanitarios y no sanitarios /enseñantes y administrativos)- Evitar fumar en lugares públicos delante de los pacientes / alumnos
Educacional	<ul style="list-style-type: none"> Campañas divulgativas de hábitos saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Campañas divulgativas de hábitos saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Campañas divulgativas de hábitos saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Campañas divulgativas de hábitos saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Promocionar la imagen de los profesionales como referentes para la población.

Intervencionista			<ul style="list-style-type: none"> · Campañas de captación · Consejo. Programas de desintoxicación · Campañas deja y gana 	<ul style="list-style-type: none"> · Consejo mínimo · Programas de deshabitación · Campañas deja y gana 	<ul style="list-style-type: none"> · Programas de deshabitación. · Habilidades en intervención
Control	<ul style="list-style-type: none"> · Encuesta de salud 	<ul style="list-style-type: none"> · Encuesta de salud. · Encuesta PND 	<ul style="list-style-type: none"> · Encuesta de salud. · Auditoria historias clínicas. PAPPS 	<ul style="list-style-type: none"> · Auditoría Historias clínicas · Estadísticas de morbilidad. Encuesta morbilidad hospitalaria. · Registro de Cáncer de Mallorca 	<ul style="list-style-type: none"> · Encuestas a profesionales · Encuestas a usuarios

ANEXO 2 EVOLUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS ANTITABÁQUICAS EN ESPAÑA

Año	Promotor	Población diana	P §	Objetivo	Estrategia
1.977/78	MSC- DGSP	Población general			Campaña "Mass-media" (TV, radio) con personajes famosos.
		Jóvenes embarazadas		Informar sobre efectos nocivos del tabaco, en jóvenes y gestantes	Campaña "Mass-media" (TV, radio) con personajes famosos. Carteles, adhesivos. Material educativo
1.980	MSC-DGSP	Población general		Informar de los riesgos del tabaquismo. Informar sobre la decisión sobre hábitos de vida	Carteles y adhesivos
1.981	C.A. Cataluña CS-SS	Población general		Investigar las características del hábito tabáquico en Cataluña. Informar, sensibilizar y educar la población. Formar el personal de los medios de comunicación sobre los principios y las técnicas de la lucha antitabáquica	Creación del Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias. Acciones legislativas
		Sanitarios		Formar al personal sanitario sobre los principios y las técnicas de la lucha antitabáquica	
		Enseñantes		Formar al personal de la enseñanza sobre los principios y las técnicas de la lucha antitabáquica	
		Jóvenes		Implementar medidas educativas para la población infantil y juvenil	
1.982	MSC-DGSP	Población general		Fomentar ambientes para dejar de fumar. Reforzar actitud positiva para los no fumadores. Estimular padres	Campaña "Mass-Media", (cabinas, metro, tren, vallas)

				para ser modelos de no fumadores	
		Educadores			Material educativo (carteles, camisetas...)
	C.A. Cataluña CS-SS	Población general	37.9%	Informar y sensibilizar sobre los riesgos del tabaquismo para la salud, donde se da énfasis a los beneficios de la cesación tabáquica.	Encuesta sobre el consumo de drogas en Cataluña. Campaña "Mass Media" (TV, radio prensa, vallas, metro, cabinas). Folletos, carteles... Guías para dejar de fumar . Creación de la Unidad de Tabaquismo
		Sanitarios	M 52.8%	Promover la adopción de un rol positivo	Material de apoyo. Conferencias científicas. Actividades en colegios profesionales. Curso sobre prevención del tabaquismo.
		Enseñantes	45.7%	Promover la adopción de un rol positivo	Material pedagógico. Curso sobre prevención del tabaquismo
		Jóvenes	53.5%	Informar de las consecuencias del tabaquismo	Material pedagógico, cuentos
1.983	C.A. Cataluña CS-SS i CE	Jóvenes		Educar para la salud en la escuela	Edición de libros informativos. Diseño curricular con introducción de temas de drogas
		Enseñantes		Educar para la salud en la escuela	Edición de documentos. Diseño curricular con introducción de temas de drogas
1.984	C.A. Cataluña CS-SS	Sanitarios		Estudiar estrategias de lucha contra el tabaco	Reuniones de expertos
1.985	C.A. Cataluña CS-SS	Población general		Limitar la venta, publicidad y consumo de tabaco. Prever las drogodependencias	Legislación órgano técnico de drogodependencias
1.986	C.A. Cataluña CS-SS	Población general	40.4%		Encuesta sobre consumo de drogas. Señalización de espacios
		Gestantes		Informar de las consecuencias del tabaquismo en la gestación	Campaña "Mass Media" (TV, radio, vallas). Folletos y guías.
		Sanitarios	M 51.9% I 42.4%	Sensibilizar al personal sanitario	Documentación específica. Carteles y material. Colaboraciones con colegios profesionales.

>1.986	C.A. Extremadura CBS	Población general	39% _(1.987) 37% _(1.993)	Disminución fumadores y daños a causa del tabaco. Proteger a los no fumadores. Promover ambiente sin humo. Promover hábitos favorables	Campaña "Mass Media" (radio) folletos y carteles. Guías para dejar de fumar
		Jóvenes		Disminuir el inicio del hábito	Cómicos y material docente
		Sanitarios		Fomentar participación sanitarios	
		Enseñantes		Fomentar participación enseñantes	Material docente
1.987	C.A. Cataluña CS-SS	Sanitarios		Sensibilizar y reducir el hábito tabáquico	Colaboración con colegios profesionales. Curso sobre cesación tabáquica para sanitarios
1.988	MSC-DGSP	Población general	38%	Fomentar hábitos saludables. Informar de riesgos. Difundir la legislación vigente	Carteles, pegatinas y folletos. Legislación Día Mundial Sin humo. Guías para dejar de fumar
		Sanitarios	M 49.2%	Dar apoyo a la cesación de hábitos	Guías para ayudar a dejar de fumar
	C.A. Cataluña CS-SS	Trabajadores		Reducir hábito tabáquico	Estudio piloto con chicles de nicotina
>1.988	C.A. Asturias CS-SS	Población general	37% _(1.998) 35% _(1.993)	Sensibilizar de los riesgos del tabaco. Fomentar estilos de vida saludables. Ofrecer información para dejar de fumar.	Material didáctico, libros, folletos, carteles, guías... Día Mundial Sin Tabaco
		Jóvenes		Educar sobre el tabaco. Retrasar el inicio del hábito.	Encuestas de evaluación entre profesores y alumnos. Actividades educativas
		Enseñantes		Promover la participación de enseñantes	Encuestas de evaluación entre profesores y alumnos
	C.A. Madrid CS-SS	Población general	40% _(1.987) 37% _(1.993)	Sensibilizar de los riesgos de fumar. Analizar motivos y proceso de abandono. Reforzar el abandono de fumar. Informar riesgo de tabaquismo pasivo. Respetar derechos de no	Material divulgativo Campaña "Mass Media" (Radio, prensa, TV y vallas)

			fumadores. Informar de la legislación vigente. Disminuir la prevalencia del tabaquismo.	
	Jóvenes		Prever el consumo	Encuestas de consumo
C.A. Murciana CS-PS	Población general	40% ^(1.987) 40% ^(1.993)	Disminuir prevalencia. Informar. Facilitar material para actividades. Difundir la legislación vigente. Promover dejar de fumar	
	Jóvenes		Prever el consumo	Carteles y folletos. Material docente
	Enseñantes		Asesorar profesionales. Facilitar material	Carteles, folletos. Material docente
	Sanitarios		Asesorar profesionales	
C.A. País Vasco CSC			Sensibilizar de los riesgos de fumar. Facilitar y dar apoyo al cese del hábito. Fomentar el respeto en los espacios sin humo. Disminuir el tabaquismo pasivo. Difundir la legislación vigente.	Carteles, folletos y material divulgativo. Guías didácticas para dejar de fumar. Día mundial sin tabaco. Campaña <i>Mass Media</i> (TV, prensa y radio)
	Jóvenes		Prever el consumo juvenil	Material didáctico y material enseñanza
C.A. Valenciana CSC	Población general	38% ^(1.987) 35% ^(1.993)	Disminuir la prevalencia del tabaquismo. Facilitar el abandono tabáquico. Difundir, controlar y cumplimentar la normativa vigente. Potenciar respeto a la población no fumadora. Promover una sociedad sin tabaco.	Carteles, folletos, adhesivos. Anuncios y entrevistas en prensa. Campaña " <i>Mass Media</i> " (Radio, TV y prensa) Día Mundial sin tabaco
	Jóvenes		Retrasar la edad de inicio de consumo	Concurso de carteles en centros docentes

1.988/89	C.A. La Rioja CSCBS	Población general	38% _(1.987) 35% _(1.993)	Difundir la legislación vigente. Sensibilizar a la población del tabaquismo. Identificar factores favorecedores del hábito.	Campaña “ <i>Mass Media</i> ” (Radio, prensa, vallas, cabinas). Carteles
		Jóvenes		Informar de las consecuencias del tabaquismo. Promover actitudes responsables y de respeto para los no fumadores.	Material docente. Circulares
1.989-1.994	C.A. Andalucía CS	Población general	39% _(1.987) 36% _(1.993)	Informar de los riesgos del tabaquismo. Informar para dejar de fumar	Campaña “ <i>Mass Media</i> ” (TV, radio, prensa). Guías para dejar de fumar. Día Mundial del Sin Tabaco
		Jóvenes enseñantes		Promover ventajas de no fumar y estilos de vida más saludables	Concurso carteles. Material educativo. Debate en aulas
		Sanitarios			
1.990	C.A. Cataluña CS-SS	Población general (con >65 años)	36.7%	Conocer la prevalencia del tabaquismo. Informar y sensibilizar a la población sobre el tabaquismo pasivo. Asesorar y luchar contra el tabaquismo.	Encuesta sobre el consumo de drogas. Día mundial sin tabaco. Juegos Olímpicos sin tabaco. Campaña <i>Mass Media</i> (radio, TV, vallas, carteles, prensa) Folletos, material difusión. Creación del Consejo Asesor contra el tabaquismo.
		Jóvenes	38.3%	Informar y sensibilizar a la población sobre el tabaquismo pasivo	Encuesta sobre el consumo de drogas. Seminario: Jóvenes y tabaco. Material educativo.
		Sanitarios	M 38% F 32.3% I 40.4%	Informar y sensibilizar a la población sobre el tabaquismo pasivo	Encuesta sobre el consumo de drogas. Seminarios científicos. Día sin tabaco a Bellvitge
		Enseñantes	36.8%	Informar y sensibilizar a la población sobre el tabaquismo pasivo	Encuesta sobre el consumo de drogas. Material educativo
>1.990	C.A. Aragón CS, CT, CBS	Población general	40% _(1.987) 34% _(1.993)	Informar y sensibilizar para dejar el hábito	Guía para dejar de fumar

		Sanitarios		Proporcionar material de ayuda	Material didáctico y de ayuda
	C.A. Canarias CS-AS	Población general	38% ^(1.987) 36% ^(1.993)	Informar sobre los efectos del tabaco Difundir la legislación vigente	Material informativo. Guías para dejar de fumar Campaña "Mass Media" (Prensa y radio). Día Mundial sin TABACO
		Enseñantes		Fomentar participación de enseñantes para el control de tabaquismo en el colectivo.	
		Sanitarios		Facilitar material de apoyo a profesionales sanitarios	
	C.A Balear CS	Población general	34% ^(1.987) 34% ^(1.993)	Sensibilizar sobre efectos nocivos del tabaco. Difundir la legislación vigente. Prever el inicio y fomentar el abandono del hábito. Proteger la salud de la gestante.	Material informativo. Encuestas y actos públicos. Campañas "Mass Media" (TV, radio, prensa)
	C.A. Navarra DS	Población general	39% ^(1.987) 38% ^(1.993)	Disminuir la prevalencia. Facilitar el abandono del hábito. Promover espacios sin humo. Informar sobre riesgos del tabaquismo. Respetar y sensibilizar sobre derechos de los no fumadores. Difundir la legislación vigente.	Carteles y folletos. Material divulgativo y guías didácticas
1.991	MSC-DGSP	Población general		Defender derechos de no fumadores. Informar de los riesgos del tabaquismo. Difundir la legislación vigente	Carteles, adhesivos y folletos. Día Mundial sin tabaco
	C.A. Cataluña CS-SS	Población general		Sensibilizar sobre los peligros del tabaco. Promover estilos de vida saludables y lucha contra el consumo de tabaco.	Normativa. Campaña <i>Mass Media</i> (TV, radio, vallas, prensa) con personajes famosos. Material escrito y carteles

		Sanitarios		Informar y sensibilizar a sanitarios como población con rol ejemplar y educativo para los pacientes.	Seminario científico. Material educativo. Programa "tabaco y médicos" Carta Europea contra el tabaco. Programa de deshabituación de nicotina para médicos y farmacéuticos.
1.992	C.A. Cataluña CS-SS	Población general		Promover el deporte como estilo de vida positivo. Promover la prevención en la práctica asistencial.	Juegos Olímpicos sin humo. Carteles, folletos. Consejo antitabáquico: Formación de formadores. Día Mundial sin Tabaco
		Sanitarios		Promover la cesación del hábito entre médicos y farmacéuticos.	Programa "Tabaco y médicos". Libro blanco para la integración de la prevención en la práctica asistencial
>1.992	C.A. Galicia CSSS	Población general	35% _(1.987) 35% _(1.993)	Informar permanentemente sobre una vida sin tabaco. Promover abandono tabaco.	Campañas "Mass Media" (Radio y prensa). Carteles, folletos. Días mundiales sin tabaco. Creación de red de centros promotores de Vida sin Tabaco. Material de apoyo (guías para dejar de fumar). Legislación. Monitorización y evaluación (Encuestas anuales). Consejo médico.
		Jóvenes			Material didáctico
	C.A. Castilla-León CS-BS	Población general	37% _(1.987) 35% _(1.993)	Informar y sensibilizar. Promover el abandono del tabaquismo. Difundir la legislación vigente.	Campaña "Mass Media" (TV, radio, prensa) Carteles, notas, folletos y señalizaciones... Guías para dejar de fumar.
		Jóvenes		Prever el consumo de tabaco en población juvenil.	
1.993	MSC-DGSP	Población general	36%	Informar de los efectos nocivos del alcohol y el tabaco. Motivar cambios de actitudes y creencias erróneas. Difundir la legislación vigente.	Día Mundial sin tabaco. Campaña "Mass Media" (TV y radio)
		Enseñantes		Fomentar hábitos saludables a escolares.	Guías y material didáctico.
		Jóvenes		Retrasar la edad de inicio de consumo	Concursos carteles.

	C.A. Cataluña CS	Población general		Sensibilizar y promover una vida sin tabaco.	Día Mundial sin tabaco. Declaración institucional entre todos los colegios de profesionales sanitarios y Consejería de Salud
	CS-CE	Jóvenes		Promover contra las drogodependencias.	Programa de educación para la salud escolar.
>1.993	C.A. Castilla-La Mancha CS	Jóvenes		Prever el consumo de drogas en el medio escolar. Analizar factores favorecedores del consumo. Facilitar habilidades para decir no al consumo. Fomentar la participación activa de jóvenes y sus líderes.	Material didáctico.
		Enseñantes		Promover participación del profesorado.	Material didáctico.
1.994	C.A. Cataluña CS	Población general	35.3%	Promover la deshabituación.	Día Mundial sin tabaco. Campaña "Deixa-ho i guanya". Encuesta sobre tabaquismo. Encuesta de Salud de Cataluña.
		Sanitarios		Promover la deshabituación.	Programa tabaco y enfermeras, con el Colegio de enfermería
1.995	C.A. Cataluña CS	Población general		Promover la deshabituación.	Campaña "Deixa-ho i guanya"
		Sanitarios		Promover espacios sin humo. Promover la deshabituación.	Jornada Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Formación de enfermería en intervención mínima
1.996	C.A. Cataluña CS	Población general		Sensibilizar sobre los efectos del tabaco. Sensibilizar sobre el tabaquismo pasivo. Estudiar los efectos de la publicidad de las compañías tabaqueras.	Día Mundial sin tabaco. Campaña "Deixa-ho i guanya" La Declaración catalana en salud cardiovascular.
		Jóvenes		Formar en tabaco a las facultades de medicina. Promover de la	Programa "Tabaco y estudiantes de medicina"

				deshabitación.	
		Sanitarios	M 31.3% I 40.5% F 30.6%	Conocer la prevalencia del tabaquismo entre sanitarios.	Encuesta sobre el hábito tabáquico en profesionales ejemplares.
		Enseñantes	30.1%	Conocer la prevalencia del tabaquismo en enseñantes.	Encuesta sobre el hábito tabáquico en profesionales ejemplares
1.997	C.A. Cataluña CS	Población general		Promover la deshabituación tabáquica. Promover espacios sin humo. Prever el hábito tabáquico en mujeres.	Día Mundial sin tabaco. Campaña “Deixa-ho i guanya”. Seminarios científicos sobre el hábito tabáquico en mujeres.
		Sanitarios		Formar a los farmacéuticos en la deshabituación tabáquica.	Libro blanco para la integración de las actividades preventivas en la oficina de farmacia. Curso de formación de formadores.
1.998	C.A. Cataluña CS	Población general	37.5%	Conocer la prevalencia del hábito tabáquico. Promover los derechos de los no fumadores. Promover espacios sin humo.	Encuesta sobre el consumo de tabaco. Campaña “Deixa-ho i guanya”. Día Mundial sin tabaco. Campaña “Pau a taula”, con material didáctico y promocional y guías de restaurantes con espacios para no fumadores.
<p>§ Prevalencia de tabaquismo MSC-DGSP Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública C.A. Comunidad Autónoma CS Consejería/Conselleria CS-BS Consejería de Sanidad y Bienestar Social CS-SS Consejería de Sanidad y Seguridad Social /Conselleria de Sanitat i Seguretat Social CS-AS Consejería de Sanidad y Asistencia Social CSCBS Consejería Sanidad, Consumo y Bienestar Social</p> <p>CT Consejería de Trabajo CE Conselleria d'Ensenyament CBS Consejería de Bienestar Social CS-PS Consejería de Sanidad y Política Social DS Departamento de Salud M Médicos y enfermeras F Farmacéuticos</p>					

ANEXO 3 COSTES ESTIMADOS DE LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS

Estrategias *	Coste aproximado	Gasto mínimo	Gasto máximo
Programas comunitarios para reducir el uso del tabaco - Infraestructura y recursos	0.70 a 2.00 €/ppa 850.000 a 1.200.000 €/año	850.000 525.000	1.200.000 1.500.000
Programas para el control de enfermedades crónicas debidas al uso del tabaco	2.8 millones a 4.1 millones €/año	2.000.000	4.100.000
Programas escolares - Infraestructura y material de ayuda	4 a 6 €/estudiante/año 500.000 a 750.000 €/año	613.588 500.000	920.382 750.000
Vigilancia y cumplimiento coordinación institucional	0.43 a 0.8 €/ppa 150.000 a 300.000 €/año	322.500 150.000	600.000 300.000
Programas amplios	0.4 a 1 €/ppa	300.000	750.000
Programas de promoción	1 a 3 €/ppa	750.000	2.250.000
Programas de deshabituación: - Detección de un fumador y consejo mínimo – Intervención mínima en un fumador - Tratamiento farmacológico y seguimiento	1 €/ppa 2 €/ppa 275 €/ppa	24.300 48.600 6.682.500	24.300 48.600 6.682.500
Monitorización y evaluación	10% del coste total	1.276.649	1.912.578
Coordinación y administración	5% del coste total	638.324	956.289
	Total	14.681.461	21.994.649