

***PLAN DE PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO
EN
CASTILLA- LA MANCHA
2003-2010***

PRESENTACIÓN

El Estado del Bienestar ha sido uno de los principales logros que ha caracterizado al siglo XX.

Los derechos de seguridad social, es decir, las pensiones, la sanidad, el seguro de desempleo, junto a los servicios sociales, el derecho a la educación, la cultura y otros servicios públicos garantizados al conjunto de los ciudadanos definen la política de bienestar social como sello de identidad de las democracias europeas más avanzadas.

La preocupación por la salud, el dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos y el procurar a la ciudadanía espacios y hábitos saludables han de constituir una prioridad en la acción de gobierno de los distintos territorios.

Desde esta perspectiva, hemos de abordar el problema del tabaquismo. En Europa más del 30% de los adultos fuman regularmente a diario, en España la cifra se eleva hasta el 37% y en Castilla-La Mancha el 33,7% de la población mayor de 18 años fuma diariamente y se estima que más de 100.000 personas padecen trastornos derivados del consumo de tabaco, y que más de 2.500 personas fallecen prematuramente cada año como consecuencia del hábito de fumar. El tabaquismo, la dependencia del consumo de tabaco, es un problema de salud importante: aumenta la incidencia de cáncer de pulmón y de enfermedades cardiovasculares.

*Así pues, teniendo en cuenta estos datos, las políticas de salud deben abordar y plantear respuestas a sus problemas. Por ello y para ello se ha elaborado **el Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Castilla-La Mancha.***

Este Plan nace con la finalidad de disminuir el consumo activo y pasivo del tabaco.

Se trata de un documento en cuya elaboración han participado profesionales de la medicina, enfermería, psicología y farmacia, lo que ha permitido que el Plan responda a las necesidades detectadas por éstos: o bien por su carrera profesional o en el desarrollo de su quehacer cotidiano.

El Plan constituye un compendio de medidas y acciones a llevar a cabo en dos grandes líneas: la prevención y el tratamiento. Con dos objetivos a cumplir, por un lado la disminución de la prevalencia tabáquica, previniendo nuevas incorporaciones, retrasando la edad de iniciación y, por otra parte, facilitando el abandono del hábito.

*Respecto a la **Prevención**, la necesidad de establecer medidas para que los jóvenes no se inicien en el hábito; en ese sentido, la Ley sobre Drogodependencias, recientemente aprobada en las Cortes de Castilla-La Mancha, hace especial hincapié en la información y la educación para la salud de la población, regula la publicidad del tabaco y establece la prohibición de la venta de tabaco a menores.*

En referencia al consumo de tabaco, se potencia la creación de espacios sin humo y se establecen los lugares en los que queda prohibido fumar.

*Respecto al **Tratamiento**, lo más importante es construir una auténtica red de ayuda a los fumadores que quieran dejar de serlo, con la **creación de Unidades de Tabaquismo** específicas, coordinadas en diferentes estadios: primaria, especializada, unidades móviles, en definitiva, una amplia red de dispositivos sanitarios que permitan dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas de Castilla-La Mancha*

En esa labor de facilitar la deshabituación del tabaco es necesario contar con otras vías a las que el fumador pueda acudir, en ese sentido, las organizaciones sociales no gubernamentales, las oficinas de farmacia y la incorporación de nuevas tecnologías, constituyen otras fórmulas que el Plan ha previsto.

Este Plan es una herramienta más al servicio de los ciudadanos de Castilla-La Mancha; si a través de él se logra reducir los índices de consumo de tabaco y de rebajar la edad de su inicio habremos logrado el objetivo primordial.

*Fernando Lamata Cotanda.
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha*

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I- INTRODUCCIÓN | 4 |
| II- EFECTOS PERJUDICIALES DEL TABACO | 5 |
| III- EFECTOS BENEFICIOSOS DE LA CESACIÓN DEL TABACO | 8 |
| IV- SITUACIÓN DEL TABAQUISMO | 11 |
| V- OBJETIVOS | 28 |
| VI- ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN | 30 |
| VII- NECESIDADES DE FINANCIACIÓN DEL PLAN | 52 |
| VIII- CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN | 64 |
| IX- BIBLIOGRAFÍA | 76 |
| X- PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN | 78 |

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el tabaquismo se considera como la principal causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados. De acuerdo con el último informe de la OMS, esta drogodependencia ha causado más de 4 millones de muertos en el mundo durante el año 2000 y previsiblemente causará más de 10 millones de muertos en 2020. Este hecho hace que las autoridades sanitarias contemplen el tabaquismo como una prioridad de salud pública, obligando a establecer y a asignar recursos para prevenirlo y tratarlo.

Por otro lado, los recientes informes científicos consideran que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, que se inicia antes de los 18 años de edad en más del 80% de los casos y que es capaz de causar la muerte prematura en más de la mitad de aquellos que la padecen.

La condición de enfermedad adictiva crónica es la principal causa de desarrollo de intervenciones sobre los sujetos fumadores, para ayudarles a que abandonen de manera definitiva el consumo del tabaco.

La creciente preocupación de los profesionales sanitarios respecto al tabaquismo y su capacidad para intervenir sobre el mismo, a pesar de la escasez de recursos, así como su capacidad para transmitir a la sociedad, a través de los medios de comunicación social, el problema de salud pública que aquél representa, ha servido de estímulo para que las autoridades político-sanitarias de los distintos países comiencen a desarrollar planes integrales de prevención y tratamiento de esta drogodependencia. En España varias Comunidades Autónomas han comenzado a elaborar planes de control del tabaquismo. Casi todos llevan implícita la creación, dentro del sistema sanitario público, de un programa de asistencia integral a los sujetos fumadores.

Todos los profesionales sanitarios deben intervenir sobre el tabaquismo de manera adecuada según la situación del paciente y en función de los recursos de que se disponga en el ámbito asistencial en el que se realice la intervención. En cualquier lugar del sistema asistencial se puede y debe intervenir sobre el tabaquismo, aunque esto no quiere decir que todas las intervenciones deban ser iguales. La intervención, independientemente del lugar del sistema donde se realice, debe ajustarse a la fase de abandono del consumo del tabaco en la que se encuentre el paciente; con ello se aumenta su eficiencia, aspecto que es de primordial importancia para la administración sanitaria cuando se trata de asignar recursos a un área asistencial.

II. EFECTOS PERJUDICIALES DEL TABACO

Hasta ahora, el uso del tabaco se ha asociado a más de veinticinco enfermedades, representando uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población. En España, al igual que en el resto de los países desarrollados, el consumo de tabaco resulta ser la principal causa aislada de mortalidad prematura y evitable. Más de 70.000 estudios evidencian los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y establecen la asociación entre su consumo y la elevada morbi-mortalidad de la población.

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

También las enfermedades respiratorias, tales como bronquitis crónica, enfisema y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Además, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a la aparición de enfermedades cardiovasculares, y el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca isquémica es aproximadamente dos veces mayor entre las personas fumadoras que entre las no fumadoras. El tabaquismo pasivo se considera, así mismo, un factor de riesgo para una serie de enfermedades, en especial el cáncer de pulmón.

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras se enfrentan a riesgos adicionales para la salud específicos de su sexo, ya que el consumo de tabaco puede influir en su equilibrio hormonal. En concreto, el tabaquismo puede contribuir a una reducción de la fertilidad y a incrementar el riesgo de menopausia precoz. También, es un factor que contribuye a la pérdida de calcio y, por tanto, a la osteoporosis en las mujeres en fase post-menopáusica. El consumo de tabaco, cuando se

combina con el uso de anticonceptivos orales, puede incrementar sensiblemente el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Se ha asociado este consumo durante el embarazo con un mayor riesgo de aborto espontáneo, aumento de complicaciones, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato. Así mismo aumenta el riesgo de muerte súbita del niño y se asocia con una serie de consecuencias a largo plazo en la salud del niño (por ejemplo, capacidad pulmonar reducida y mayores tasas de infección).

Numerosos organismos internacionales alertan de la importancia del problema de salud que plantea el consumo de tabaco. El programa “Europa Contra el Cáncer” de la Comisión Europea en su “Código Europeo Contra el Cáncer” sitúa el abandono del tabaco en el primer lugar de las medidas para la prevención de los cánceres. El Comité de expertos oncólogos del citado programa recomienda unánimemente a la Unión Europea que las medidas para reducir el consumo de tabaco sean su mayor prioridad sanitaria para el quinquenio 1997-2001.

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

Con respecto a nuestra Comunidad Autónoma, según datos de un estudio realizado durante 1997-1998 por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad, a lo largo del año 1998 se produjeron en Castilla-La Mancha (CM) un total de 17.141 defunciones, de las cuales 8.815 correspondieron a varones (51,4%) y 8.326 a mujeres (48,6%).

Del total de defunciones, 9.117 (53,2%) se produjeron por causas directa o indirectamente relacionadas con el hábito de fumar. De ellas, 4.808 corresponden a varones (52,7%) y 4.309 a mujeres (47,3%).

De esas 9.117 defunciones, son 2.454 las atribuibles al hábito de fumar, lo que supone un 14,3% del total de defunciones ocurridas en CM durante 1998.

De las 2.454 defunciones atribuibles al hábito de fumar, 2.274 corresponden a varones (92,7%) y 180 a mujeres (7,3%). Esto supone el 25,8% del total de defunciones en varones y el 2,2% del total de defunciones en mujeres.

NÚMERO DE MUERTES OBSERVADAS Y ATRIBUIBLES SEGÚN CAUSA DE MUERTE Y SEXO EN CASTILLA-LA MANCHA 1998

| CAUSAS ATRIBUIBLES | MUERTES OBSERVADAS | | | MUERTES ATRIBUIBLES | | |
|---|--------------------|--------------|---------------|---------------------|------------|--------------|
| | VARON | MUJER | TOTAL | VARON | MUJER | TOTAL |
| TUMORES MALIGNOS | 993 | 211 | 1204 | 774 | 38 | 812 |
| Cáncer de Labio, boca Faringe (140-149) | 49 | 21 | 70 | 45 | 5 | 50 |
| Cáncer de Esófago (150) | 34 | 3 | 37 | 27 | 1 | 28 |
| Cáncer de Páncreas (157) | 80 | 66 | 146 | 23 | 4 | 27 |
| Cáncer de Laringe (161) | 57 | 3 | 60 | 47 | 2 | 49 |
| Cáncer de Tráquea, Bronquios y Pulmón (162) | 613 | 59 | 672 | 555 | 22 | 578 |
| Cáncer de Cuello de Útero (180) | - | 16 | 16 | - | 2 | 2 |
| Cáncer de Vejiga (188) | 114 | 23 | 137 | 54 | 2 | 55 |
| Cáncer de Riñón (189) | 46 | 20 | 66 | 23 | 0 | 23 |
| ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | 2.915 | 3.666 | 6.581 | 844 | 79 | 923 |
| Cardiopatía Isquémica (410-414) | 982 | 731 | 1.713 | 260 | 19 | 279 |
| Otras Cardíacas (390-398, 401-405, 415-417,420-429) | 858 | 1.484 | 2.342 | 226 | 28 | 254 |
| Cerebrovascular (430-438) | 888 | 1.263 | 2.151 | 249 | 24 | 273 |
| Otras Circulatorias (440-448) | 187 | 188 | 375 | 108 | 9 | 117 |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS | 900 | 432 | 1.332 | 657 | 63 | 720 |
| EPOC (490-492, 496) | 686 | 226 | 912 | 585 | 57 | 642 |
| Otras Respiratorias (10-12, 480-487, 493) | 214 | 206 | 420 | 72 | 7 | 78 |
| TOTAL CAUSAS ATRIBUIBLES | 4.808 | 4.309 | 9.117 | 2.274 | 180 | 2.454 |
| CAUSAS NO ATRIBUIBLES | 4.007 | 4.017 | 8.024 | | | |
| TOTAL DE CAUSAS | 8.815 | 8.326 | 17.141 | | | |

Fuente: Servicio de Epidemiología. Consejería Sanidad JCCM

III. EFECTOS BENEFICIOSOS DE LA CESACIÓN DEL TABACO

Actualmente no hay ninguna duda de que fumar perjudica la salud y, además durante los últimos años, se han acumulado evidencias científicas sobre los beneficios que supone el abandono del tabaco para mejorar la calidad de vida. No obstante, las referencias sobre las ventajas de la cesación tabáquica son menos frecuentes que los efectos perjudiciales que conlleva el hecho de fumar. Es por esto, que hoy en día se está promoviendo entre los sanitarios el resaltar más las motivaciones positivas para dejar de fumar (incidiendo especialmente en las ventajas o efectos beneficiosos sentidos por el propio fumador) que los mensajes negativos y alarmistas.

Dentro del amplio abanico de beneficios que se pueden citar, los más importantes son:

- Reducción del riesgo de muerte prematura.
- Disminución del riesgo de cáncer (de pulmón, laringe, boca,...).
- Disminución del riesgo de lesiones precancerosas orales. Leucoplasias.
- Descenso de riesgos cardiovasculares (infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, etc.).
- En embarazadas, reducción del riesgo de: hemorragias durante el parto, enfermedades de los recién nacidos, niños con bajo peso, etc.

Además, son notados por el propio fumador beneficios como los que se enumeran a continuación:

- Disminución de la tos, mejora de la respiración, aumento de la capacidad pulmonar, disminución de enfermedades broncopulmonares.
- Mejora de la salud física general, menor fatiga y mayor rendimiento en el ejercicio. Al disminuir el número de latidos cardiacos por minuto el corazón trabaja menos, por lo

que durará más. Se estima un ahorro de entre 4.200.000 y 5.300.000 latidos al año en la mayoría de los exfumadores.

- Disminución de la prevalencia y agresividad de la enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis). Los adolescentes fumadores tienen un riesgo tres veces superior de desarrollar una enfermedad periodontal al alcanzar la edad adulta.
- Mejor pronóstico y evolución de algunos tratamientos odontológicos quirúrgicos, periodontales, implantes osteo-integrados.
- Desaparición de algunas lesiones precancerosas orales. Suprimiendo el tabaco durante un año pueden llegar a desaparecer hasta el 60 % de las leucoplasias de los fumadores.
- Menor formación de sarro. Dientes, restauraciones y prótesis sin manchas
- Reducción del envejecimiento prematuro de la piel (arrugas) causado por el tabaco.
- Recuperación del gusto y el olfato, desaparición del mal aliento y de los malos olores que adquiere la ropa.
- Un importante ahorro de dinero: entre 600 y 1.800 euros al año e incluso más.
- No depender del tabaco y, por tanto, no necesitar salir a cualquier hora del día a comprar cigarrillos cuando se acaban.
- Respetar el derecho de los no fumadores a respirar un ambiente sin humo, siendo ejemplo para hijos y compañeros.
- Comprobar mediante medición del CO en aire espirado, cómo éste disminuye y cómo desaparece prácticamente la carboxihemoglobina al abandonar el tabaco.
- Otras: dientes y dedos sin manchas, menos dolores de cabeza, mejoría rápida de ardores de estómago, gastritis y úlceras de estómago y duodeno.

Hay que resaltar que el tabaco se considera un riesgo laboral para el fumador pasivo o involuntario y para todo el que trabaja con tóxicos que penetran por vía inhalatoria, por lo que los beneficios para empresas y trabajadores de la cesación tabáquica y de la ampliación de espacios sin humo son considerables:

- Se estima entre 1.500 a 1.900 euros el coste del tabaquismo por trabajador fumador y año. Luego, por cada 10 trabajadores que dejaran de fumar, la empresa se ahorraría unos 18.000 euros al año.

- Disminución del absentismo laboral por enfermedad. Aumento de la productividad diaria (los fumadores en general realizan más interrupciones en el trabajo que los no fumadores).
- Los costes de limpieza y mantenimiento bajan considerablemente al desaparecer el humo, colillas y disminuir el deterioro en pinturas de paredes, suelo y en el mobiliario.
- Proporcionar a los empleados un ambiente laboral más saludable y seguro (disminuye el riesgo de incendios).
- Mejora de la imagen de la empresa entre sus trabajadores y en la comunidad.

Para concluir, decir que los beneficios de la cesación tabáquica son incuestionables tanto para el fumador, como para los que le rodean y para la empresa. Los no fumadores y los exfumadores viven más años y disfrutan de una mejor calidad de vida que aquellas personas que siguen fumando.

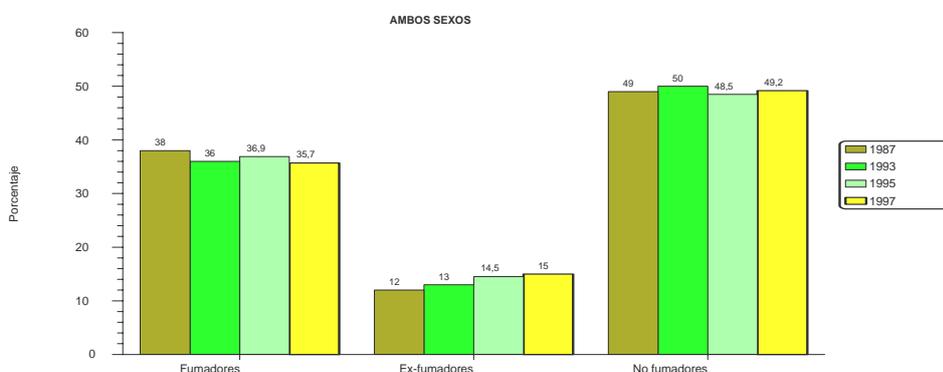
IV. SITUACIÓN del TABAQUISMO

IV.1. SITUACION EN ESPAÑA

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

En España, según los datos obtenidos a partir de la última Encuesta Nacional de Salud de 1997, la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 16 y más años es del 35,7%, lo que representa un ligero descenso respecto a la prevalencia de 1987 que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de ese año, fue del 38,1%.

FIGURA 1. España. PORCENTAJE DE FUMADORES, EXFUMADORES Y NO FUMADORES

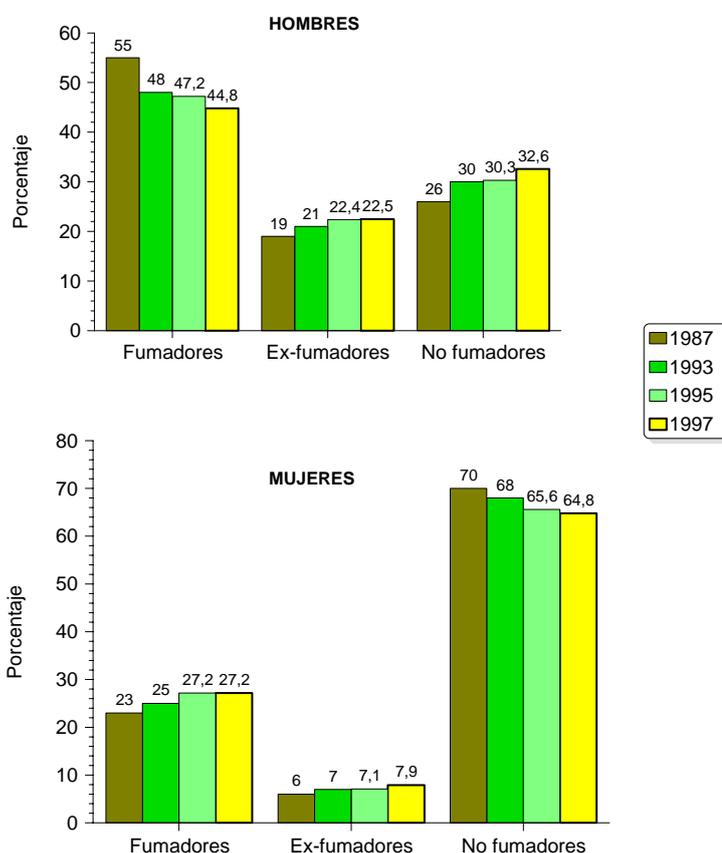


Fuente Encuestas Nacionales de Salud 1987,1993, 1995 y 1997

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el sexo y la edad. Así, según esta última encuesta, en los hombres el porcentaje de fumadores es del 44,8% y en las mujeres fue del 27,2%.

Al analizar la evolución del tabaquismo en España desde 1987 a 1997, podemos observar que el consumo del tabaco ha descendido sensiblemente en los hombres pasando del 55% al 44,8%, en oposición a este dato vemos que en las mujeres se ha producido un aumento del consumo, pasando del 23% al 27,2%. Este aumento se debe a la incorporación de mujeres jóvenes y previsiblemente tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

FIGURAS 2 y 3: España. PORCENTAJE DE FUMADORES, EXFUMADORES Y NO FUMADORES POR SEXO



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

Por grupos de edad, el porcentaje más alto de fumadores se observa en el grupo de 25 a 44 años con un 52,3%, seguido del grupo de 16 a 24 años con un 39,7%. En este último grupo es donde más ha descendido el consumo de tabaco desde 1987.

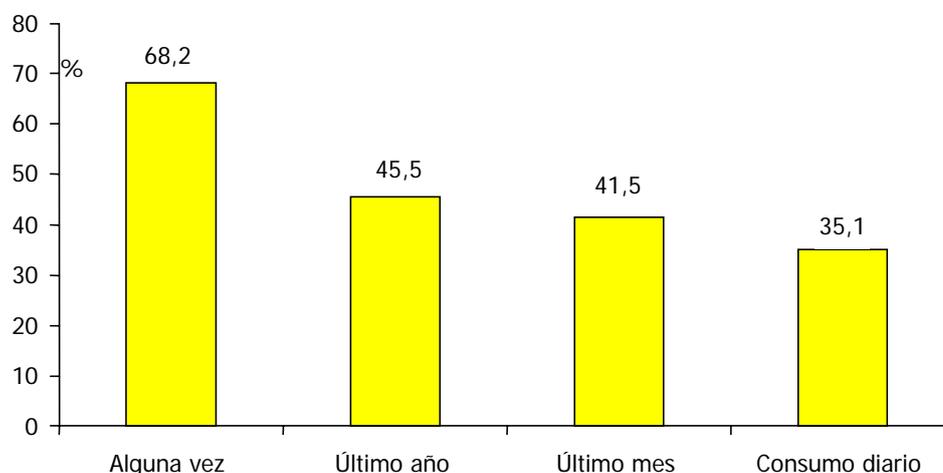
TABLA 1
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO POR 100 HABITANTES, SEGÚN SEXO Y EDAD. POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS. ESPAÑA 1987 Y 1997

| EDAD | AMBOS SEXOS | | HOMBRES | | MUJERES | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 |
| 16-24 | 51,8 | 39,6 | 54,5 | 39,4 | 49,0 | 39,8 |
| 25-44 | 48,9 | 52,5 | 64,2 | 57,9 | 33,6 | 47,1 |
| 45-64 | 28,0 | 27,4 | 54,0 | 43,7 | 5,1 | 12,5 |
| 65 y más | 15,3 | 10,3 | 33,8 | 22,5 | 1,8 | 1,4 |
| TOTAL | 38,4 | 35,8 | 55,1 | 44,9 | 22,9 | 27,2 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1997

Según datos de la **Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España del año 2001**, ha aumentado el consumo de tabaco con respecto a las Encuestas realizadas en los años 1997 y 1999. La proporción de españoles de 15 a 64 años que había fumado alguna vez era del 68,2%, en el último año era del 45,5%, en el último mes del 41,5% y diariamente de un 35,1%. (figura 4)

FIGURA 4. PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE TABACO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 15-64 AÑOS. España 2001



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 2001

IV.2. SITUACIÓN EN CASTILLA-LA MANCHA

En Castilla-La Mancha las cifras de incidencia y prevalencia son algo inferiores a la media nacional, si bien se observan las mismas tendencias, con inicios de consumo en los jóvenes a edades más tempranas así como un incremento de mujeres fumadoras, sobre todo en las más jóvenes.

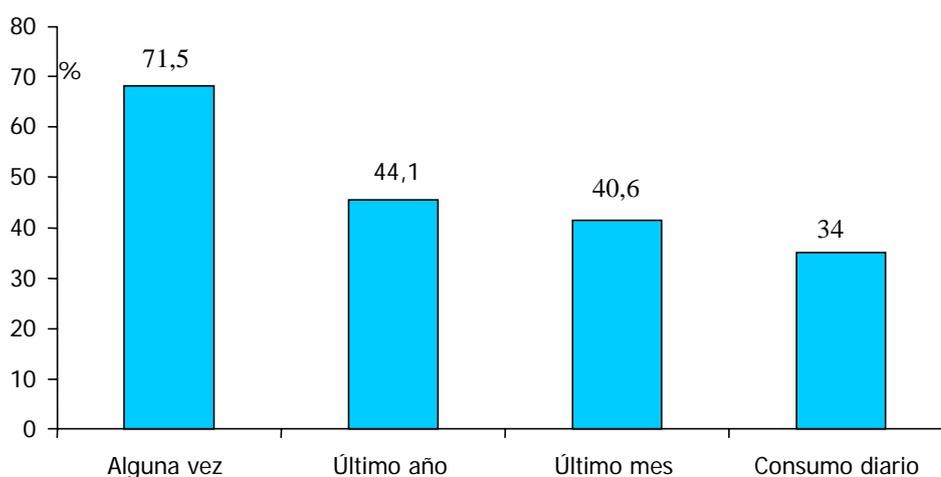
IV.2.1. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL

Según la **Encuesta Nacional de Salud** de los años 1987 y 1993, se produjo en Castilla- La Mancha un descenso en el porcentaje de fumadores, pasando del 34% al 32%, y un incremento de no fumadores, pasando del 50,8% al 55%, situándose la prevalencia de tabaquismo en Castilla-La Mancha por debajo de la media nacional (un 32% de población de 16 y más años fumadora frente a un 36% en España).

Referido a sexos, el porcentaje de hombres fumadores es más alto que el de mujeres (47,2% y 18,2%) aunque esta diferencia disminuye con la edad (23,4% y 0,9% en el grupo de 65 y más años; 41,7% y 4,4% en el grupo de 45-64 años; 67,0% y 32,7% en el grupo de 25-44 años; 42,1% y 41,2% en el grupo de 15-24 años) siendo mínima en el grupo de 15-24 años (1,1%).

Según datos de la **Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España del año 2001**, la proporción de castellano- manchegos de 15 a 64 años que había fumado alguna vez era del 71,1%, en el último año era del 44,1%, en el último mes del 40,6% y diariamente de un 34% (figura 5). Se comprueba que el porcentaje de fumadores en el último año, mes y a diarios es inferior en Castilla- La Mancha que la media nacional.

FIGURA 5. PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE CASTILLA-LA MANCHA DE 15-64 AÑOS. 2001



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 2001

Datos de la Encuesta Domiciliaria de 2001 indican que los Castellano Manchegos se han iniciado en consumo de tabaco más tarde que el ocurrido en otras regiones. Tal como se puede ver en la tabla siguiente, se aprecia que la media de inicio de consumo en la población general es a los 16 años en varones y de 17 años en mujeres.

TABLA 2
EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE TABACO EN CASTILLA-LA MANCHA

| | | SEXO | |
|-------------------|-------|--------|-------|
| | | HOMBRE | MUJER |
| Media | 16,88 | 16 | 17 |
| Desviación Típica | 4,52 | 4,06 | 4,99 |

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en España 2001

En cuanto a los datos referidos a la edad que se tenía cuando se comenzó a fumar todos los días, la encuesta domiciliaria de Castilla-La Mancha arroja los siguiente resultados:

TABLA 3
EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE TABACO DE FORMA HABITUAL

| Media | SEXO | | TRAMOS DE EDAD | | | | | |
|-------|--------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | HOMBRE | MUJER | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-64 |
| 17,73 | 17,50 | 18,11 | 14,75 | 16,97 | 17,16 | 18,03 | 17,23 | 18,78 |

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en España 2001

Siendo la edad media de consumo la de 17,7 años en varones y levemente más tarde en las mujeres, que se inician a los 18 años.

En cuanto al inicio por tramos de edad, llama la atención que un porcentaje importante (18,50) inicia el consumo con más de 40 años. Por otra parte, en los distintos tramos de edad no hay diferencias significativas, tal como se puede apreciar en la tabla siguiente:

TABLA 4
EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE TABACO, EN PORCENTAJE. AMBOS SEXOS

| Edad | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-60 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Media | 14,13 | 15,92 | 16,46 | 16,60 | 15,60 | 18,50 |
| DT | 2,23 | 2,35 | 2,90 | 3,07 | 2,98 | 5,88 |

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en España 2001

Referido al consumo de labores de tabaco en nuestra región, la encuesta de la población arroja los datos siguientes:

TABLA 5
CONSUMO DE LABORES DE TABACO POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD

| | Total | SEXO | | TRAMOS DE EDAD | | | | | |
|-----------------|-------|--------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | HOMBRE | MUJER | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-64 |
| CIGARROS | 15,75 | 16,78 | 14,15 | 10,83 | 12,60 | 15,00 | 17,57 | 19,20 | 16,55 |
| PUROS | 0,22 | 0,31 | 0,8 | 0,0 | 0,07 | 0,05 | 0,0 | 0,16 | 0,53 |
| PIPAS | 0,14 | 0,21 | 0,10 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,56 | 0,17 |

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en España 2001

De acuerdo con estos datos la labor que más se fuma en nuestra región son los cigarrillos, de la misma manera como ocurre en otras regiones del país.

En relación al tiempo que los castellanos manchegos han estado fumando, la encuesta indica los siguientes resultados:

TABLA 6
TIEMPO EN AÑOS QUE HA FUMADO O FUMÓ TODOS LOS DÍAS

| Media | SEXO | | TRAMOS DE EDAD | | | | | |
|-------|--------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | HOMBRE | MUJER | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-64 |
| 16,58 | 17,83 | 14,53 | 3,19 | 5,17 | 8,61 | 12,72 | 16,80 | 25,15 |

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en España 2001

Los datos de la **Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2002** confirman las tendencias apuntadas en las encuestas anteriores a nivel nacional. En el momento actual un 31.6% de la población castellano manchega de 16 o más años sería fumadora diaria y el 2.1% fuma de forma ocasional. El 12.2% son ex fumadores y el 53.7% no fuman ni lo han hecho nunca.

En estos datos se aprecian importantes diferencias por sexo y edad. Teniendo en cuenta ambas variables conjuntamente se comprueba, una vez más, la tendencia a la equiparación por sexos en el hábito de consumo diario, aunque el porcentaje de fumadores diarios sigue siendo superior entre los varones en todos los grupos de edad (Tabla 7).

**TABLA 7
HÁBITO DE FUMAR SEGÚN SEXO Y EDAD**

| | TOTAL | HOMBRE | | | | MUJER | | | |
|-----------------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
| | | 16-24 | 25-44 | 45-64 | 65 Y + | 16-24 | 25-44 | 45-64 | 65 Y + |
| Fuma a diario | 31.6 | 36.4 | 62.0 | 43.0 | 13.5 | 32.0 | 37.0 | 12.4 | 0.3 |
| Fuma ocasional | 2.1 | 2.3 | 4.6 | 0.5 | 2.3 | 1.7 | 2.6 | 1.3 | 0.4 |
| Ex fumador | 12.2 | 1.8 | 7.9 | 22.7 | 43.6 | 8.9 | 9.8 | 6.5 | 0.6 |
| Nunca ha fumado | 53.7 | 59.5 | 25.2 | 33.2 | 40.6 | 55.6 | 50.3 | 79.5 | 98.3 |
| Ns/Nc | 0.4 | -- | 0.4 | 0.6 | -- | 1.9 | 0.3 | 0.4 | 0.4 |

Fuente: Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2002

Según esta misma fuente, un 45.8% del total de fumadores (diarios u ocasionales) se habrían planteado en alguna ocasión dejar de fumar: el 32.6% de hecho lo ha intentado y otro 13.2% no lo ha intentado pero se lo está planteando (Tabla 8).

**TABLA 8
INTENTOS DEJAR DE FUMAR, SEGÚN SEXO Y EDAD**

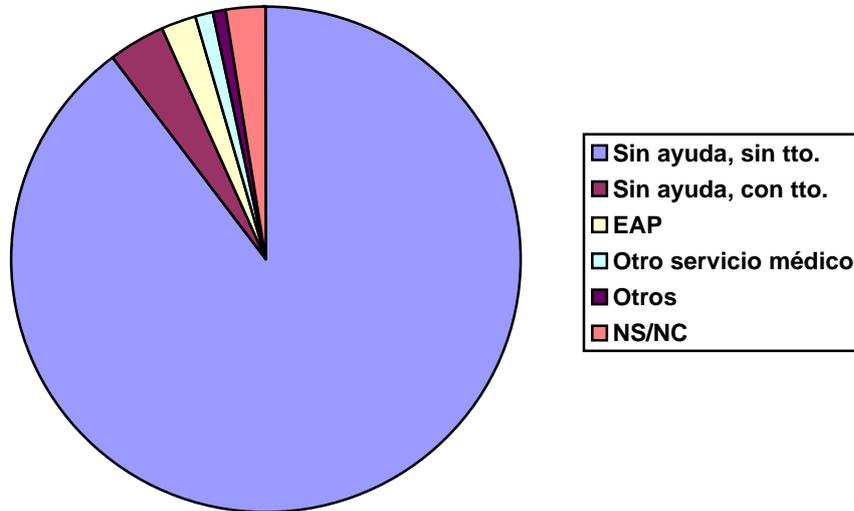
| | TOTAL | HOMBRE | | | | MUJER | | | |
|--------------------------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
| | | 16-24 | 25-44 | 45-64 | 65 Y + | 16-24 | 25-44 | 45-64 | 65 Y + |
| Sí | 32.6 | 24.9 | 35.8 | 33.7 | 45.0 | 12.2 | 35.2 | 30.3 | 15.3 |
| No, está planteando | 13.2 | 7.1 | 15.7 | 18.0 | 12.2 | 11.8 | 9.7 | 8.5 | 25.8 |
| Nunca se lo ha planteado | 48.7 | 60.8 | 45.3 | 44.2 | 37.0 | 67.3 | 48.3 | 47.7 | 58.9 |
| Ns/Nc | 5.5 | 7.3 | 3.1 | 4.1 | 5.8 | 8.7 | 6.8 | 13.5 | -- |

Fuente: Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2002

Base: fumadores (33.7%)

Por su parte, los datos de la Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha también reflejan que del 12.2% de personas que han dejado de fumar, el 89.7% lo han conseguido por sus propios medios, sin contar con apoyo alguno; el 3.5% lo han hecho por su cuenta siguiendo algún tratamiento farmacológico (chicles, parches, etc) y el 3.4% han contado con apoyo profesional (del Centro de Salud, médicos de empresa u otros profesionales). (figura 6)

FIGURA 6. CÓMO DEJÓ DE FUMAR



Fuente: Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2002
Base: Ex fumadores (12.2%)

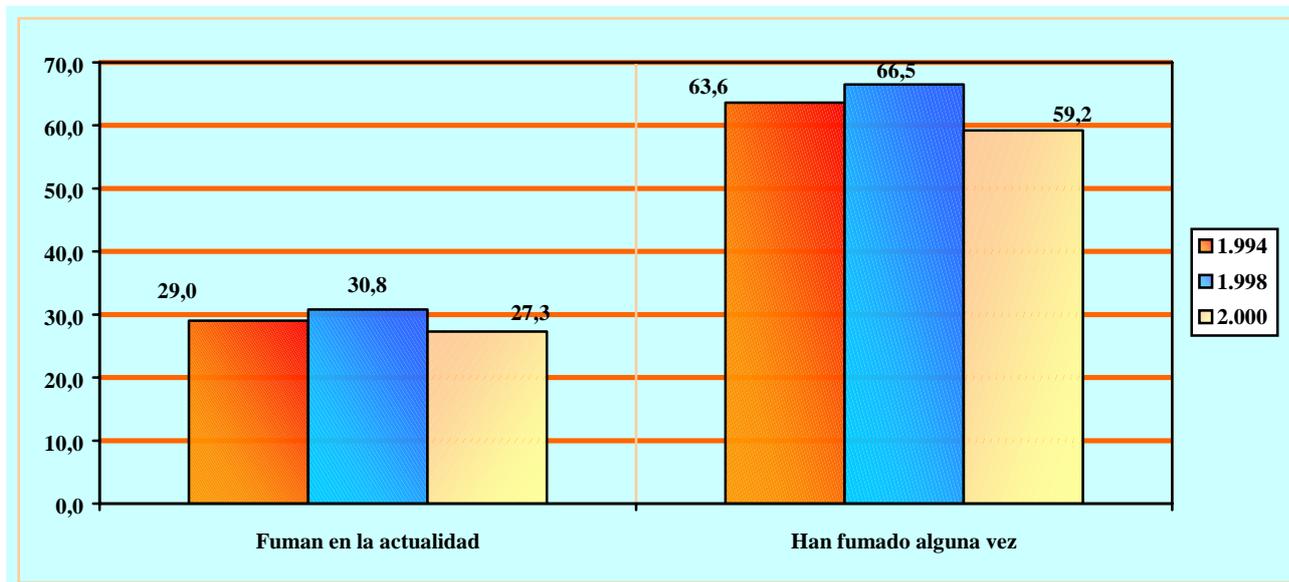
IV.2.2. SITUACIÓN EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

En el estudio de los datos de la **Encuesta Sobre Drogas a Población Escolar** realizada en Castilla-La Mancha, en el año 2000 se ponen de manifiesto las cuestiones que se indican a continuación.

Se ha reducido el porcentaje de jóvenes que fuman en la actualidad, pasando de 31 de cada 100 en 1998 a 27 de cada 100 en el 2000.

Se ha registrado una reducción en los escolares de 14 a 18 años que manifiestan haber fumado alguna vez, pasando de **un 66% a un 59% entre el año 1998 y el 2000.**

FIGURA 7. PORCENTAJE DE JÓVENES Y ESCOLARES QUE FUMAN O HAN FUMADO ALGUNA VEZ



Fuente: Encuesta sobre drogas a Población Escolar. 2000

Con respecto a la evolución del consumo de escolares de 14 a 18 años se obtienen los siguientes datos:

**TABLA 9
PORCENTAJE DE ESCOLARES QUE HAN FUMADO ALGUNA VEZ Y ESCOLARES QUE FUMAN HABITUALMENTE**

| CONSUMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA | | | CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | | |
|-------------------------------|------|------|--------------------------------|------|------|
| 1994 | 1998 | 2000 | 1994 | 1998 | 2000 |
| 63,6 | 66,5 | 59,2 | 29,0 | 30,8 | 27,3 |

Fuente: Encuesta sobre drogas a Población Escolar 2000.

El contacto de los escolares con las diferentes drogas se produce en edades tempranas, siendo el consumo de tabaco el que más tempranamente se da entre los jóvenes (a los 13 años), seguido de las bebidas alcohólicas (13,4 años), los tranquilizantes (14,3) y el cánnabis (14,8).

Las edades medias de inicio al consumo de las tres sustancias con mayores prevalencias, (alcohol, tabaco y cánnabis) han descendido en el período 1998 - 2000.

Tanto en el patrón de consumo experimental como en el habitual, los varones presentan mayores prevalencias de consumo que las mujeres en todas las sustancias excepto en el tabaco y los tranquilizantes sin receta médica.

**TABLA 10
PREVALENCIA DE CONSUMOS HABITUALES DE ALCOHOL, TABACO,
CANNABIS Y TRANQUILIZANTES**

| | ALCOHOL | TABACO | CANNABIS | TRANQUIL |
|--------|---------|--------|----------|----------|
| CHICOS | 64,3 | 28,6 | 21,4 | 2,2 |
| CHICAS | 62 | 34,2 | 13,5 | 2,9 |

Fuente: Encuesta sobre drogas a Población Escolar 2000.

En cuanto a la prevalencia de los consumos de drogas en los escolares de 14 a 18 años los datos se exponen a continuación:

**TABLA 11
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO DE ESCOLARES
DE 14 A 18 AÑOS, SEGÚN SEXO.**

| | Consumos experimentales | | Consumos habituales | |
|---------|-------------------------|--------|---------------------|--------|
| | CHICOS | CHICAS | CHICOS | CHICAS |
| Tabaco | 56,0 | 61,9 | 28,6 | 34,2 |
| Alcohol | 78,3 | 75,8 | 64,3 | 62,0 |

Fuente: Encuesta sobre drogas a Población Escolar 2000.

Consumo experimental = consumo de alguna vez en la vida

Consumo habitual = consumo en los últimos 30 días

En cuanto a las Edades medias de inicio del consumo de tabaco de los escolares de 14 a 18 años, según su edad se aprecia lo siguiente:

**TABLA 12
EDADES MEDIAS DE INICIO AL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN
EDAD DEL ENTREVISTADO. CASTILLA-LA MANCHA**

| Sustancia | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Tabaco | 12,0 | 12,5 | 12,9 | 13,9 | 13,9 |
| Tabaco (consumo diario) | 13,2 | 13,7 | 14,1 | 15,0 | 15,3 |

Fuente: Encuesta sobre drogas a Población Escolar 2000.

Los mayores incrementos en el consumo de tabaco se observa entre los 17 y 18 años, lo que hace de esta una edad crítica en la expansión del mismo.

TABLA 13
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN EDAD

| CONSUMOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Tabaco | 43,8 | 61,0 | 63,4 | 70,8 | 78,4 |

Fuente: Encuesta sobre drogas a Población Escolar 2000

En cuanto al consumo en los últimos 30 días, la encuesta sobre la Población Escolar del año 2000 de Castilla-La Mancha, indica que los escolares consumieron tabaco en todos los grupos de edad que trata la encuesta, siendo mayor el porcentaje en los jóvenes de 18 años (55,7%) frente al porcentaje en el grupo de edad de 14 años (10,7%).

IV.3. SITUACION EN EUROPA

Los productos manufacturados del tabaco proporcionan dosis reguladas de una droga adictiva, la nicotina. Los productos del tabaco son la droga más utilizada en **la Región Europea de la OMS. Más del 30% de los adultos fuman regularmente a diario**. Las tasas de prevalencia de fumadores son considerablemente mayores entre la población masculina de la zona este de la Región que en la zona oeste. En la zona noroeste de la Región, las tasas de prevalencia de fumadores son similares entre hombres y mujeres; mientras que en las zonas Sur y Este de la Región, las tasas de prevalencia de fumadores son considerablemente más bajas en mujeres que en hombres.

El consumo de cigarrillos está aumentando en dos quintos de los países, predominantemente en la parte central y este de la Región y especialmente entre las mujeres; está disminuyendo en otros dos quintos, predominantemente en la parte oeste de la Región, y permanece estable en un quinto. En dos tercios de los países, el consumo de cigarrillos está aumentando entre los jóvenes, quienes, junto con las mujeres, son el blanco de la industria tabaquera. (Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco, 1997-2001).

El patrón de consumo de los fumadores de cigarrillos según edad y sexo, en la Unión Europea, de 1995, se puede ver en la Tabla 14 y 15.

TABLA 14
PATRÓN DE CONSUMO DE HOMBRES FUMADORES EN EUROPA

| HOMBRES | <10 CIGARROS % | 10-24 CIGARROS % | >24 CIGARROS % |
|--------------|----------------|------------------|----------------|
| 15-24 años | 36 | 57 | 7 |
| 25-39 años | 20 | 60 | 20 |
| 40-50 años | 16 | 59 | 25 |
| 55 y + años* | 22 | 59 | 19 |

Fuente: Comisión de las Comunidades Europeas, Eurobarómetro, 43.0, 1995, Ref: Jossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR, 1999.

TABLA 15
PATRÓN DE CONSUMO DE MUJERES FUMADORAS EN EUROPA

| MUJERES | <10 CIGARROS % | 10-24 CIGARROS % | >24 CIGARROS % |
|--------------|----------------|------------------|----------------|
| 15-24 años | 45 | 49 | 6 |
| 25-39 años | 29 | 62 | 29 |
| 40-50 años | 25 | 60 | 15 |
| 55 y + años* | 35 | 55 | 11 |

Fuente: Comisión de las Comunidades Europeas, Eurobarómetro, 43.0, 1995, Ref: Jossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR, 1999.

De la tabla 14 y 15 se deduce que, tanto en hombres como en mujeres y en cualquier grupo de edad, el mayor número de fumadores consume de 10 a 24 cigarrillos.

En la tabla 16 se estudia que producto de tabaco utiliza los fumadores según el sexo, en la Unión Europea.

TABLA 16
EUROPA. TIPO DE CIGARRILLOS FUMADOS SEGÚN SEXO

| TIPO DE CIGARRILLOS FUMADO | % HOMBRES | % MUJERES |
|----------------------------|-----------|-----------|
| Tabaco rubio liado a mano | 7 | 7 |
| Tabaco negro liado a mano | 6 | 1 |
| Rubio sin filtro | 5 | 3 |
| Rubio con filtro | 58 | 74 |
| Negro sin filtro | 7 | 3 |
| Negro con filtro | 14 | 8 |
| Mentolado | 1 | 2 |
| Otros | 1 | 1 |
| No contesta | 1 | 1 |

Fuente: Comisión de las Comunidades Europeas, Eurobarómetro, 43.0, 1995, Ref: Jossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR, 1999.

Como era lógico de prever, el tabaco que más se fuma por hombres y mujeres es, sin lugar a dudas, el rubio con filtro, siendo preferido por las mujeres. Mientras que los hombres fuman más que las mujeres el tabaco negro con filtro.

Un dato muy interesante es el de la proporción de fumadores de cigarrillos LIGHT en la Unión Europea según el país, la edad y el sexo, en 1995.

La industria tabaquera incide en las mujeres para que se incorporen al consumo de tabaco, ofreciendo un tabaco especial para ellas, el tabaco light; el tabaco para las mujeres independientes, con menos nicotina.

La prevalencia de consumo de cigarrillos light es baja en los grupos de edad más jóvenes y aumenta en los de más edad. Esto indica que en el inicio del consumo de tabaco el cigarrillo light es menos importante, pero si es relevante para la persona que quiere dejar de fumar.

En la Unión Europea, el porcentaje de fumadoras de tabaco light en el grupo de edad de 15 a 24 años es del 36%, mientras que en el grupo de edad de 45 a 64 años es del 60%. En cuanto a fumadores de tabaco light, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de edad de más de 65 años, con un 46%.

TABLA 17
PORCENTAJE DE FUMADORES DE TABACO LIGHT POR PAÍS

| PAIS | HOMBRES | MUJERES |
|-----------------|-----------|-----------|
| Suecia | 46 | 74 |
| Austria | 55 | 72 |
| Italia | 49 | 63 |
| Dinamarca | 43 | 64 |
| Irlanda | 39 | 61 |
| Finlandia | 36 | 58 |
| Francia | 34 | 52 |
| Reino Unido | 32 | 48 |
| Bélgica | 34 | 46 |
| Luxemburgo | 42 | 35 |
| Alemania | 24 | 45 |
| Grecia | 32 | 35 |
| Portugal | 28 | 30 |
| Holanda | 14 | 33 |
| España | 12 | 25 |
| TOTAL UE | 31 | 48 |

Fuente: Comisión de las Comunidades Europeas, Eurobarómetro, 43.0, 1995, Ref: Jossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR, 1999.

TABLA 18
PORCENTAJE DE FUMADORES DE TABACO LIGHT POR EDAD Y SEXO

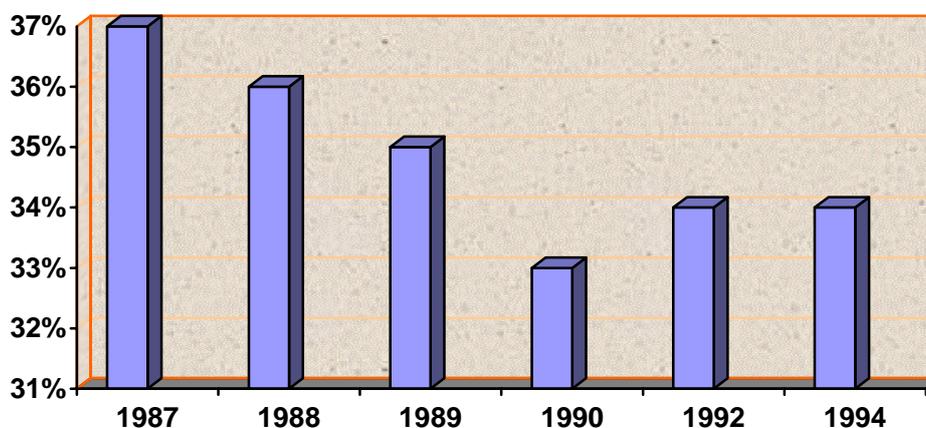
| EDAD | HOMBRES | MUJERES |
|--------------|-----------|-----------|
| 15-24 años | 29 | 36 |
| 25-44 años | 29 | 48 |
| 45-64 años | 33 | 60 |
| 65 y + años | 46 | 57 |
| TOTAL | 31 | 48 |

Fuente: Comisión de las Comunidades Europeas, Eurobarómetro, 43.0, 1995, Ref: Jossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR, 1999.

En los países de la Unión Europea (UE), desde 1987 a 1994 se produce una disminución del consumo de tabaco, ver Figura 8.

De esta forma en 1987 el 37% de la población europea era fumadora, en 1998 lo era el 36%, y en 1994 fumaba el 34% de la población.

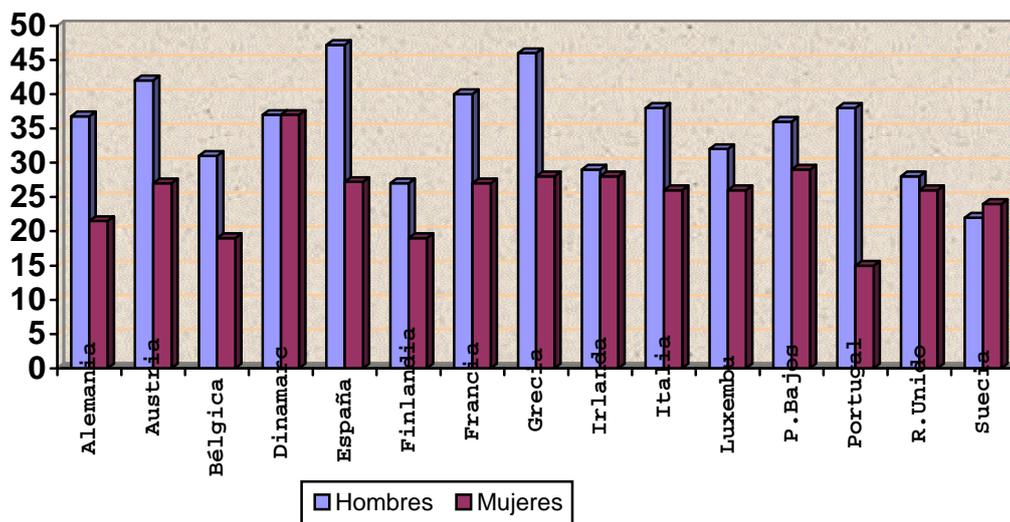
FIGURA 8. PORCENTAJE DE POBLACIÓN FUMADORA EN LA UNIÓN EUROPEA



Fuente: Comisión de las Comunidades Europeas.

Si se analiza la prevalencia de consumo de tabaco en hombres y mujeres de los países de la UE, ver Figura 9, se puede observar que hay países en los que la proporción de personas fumadoras es similar (Reino Unido, Irlanda, Suecia y Dinamarca). España y Grecia tienen la mayor proporción de hombres fumadores. En Dinamarca y Países Bajos se encuentra la mayor proporción de mujeres fumadoras. Por último en Suecia es el país de la UE donde fuman más las mujeres que los hombres, 24% y 22% respectivamente.

FIGURA 9. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES Y MUJERES EN PORCENTAJE. ESTADOS DE LA UE. Población de más de 15 años.



Fuente: Perfiles sobre tabaco en la UE 1996.

IV.4. SITUACION EN EL MUNDO

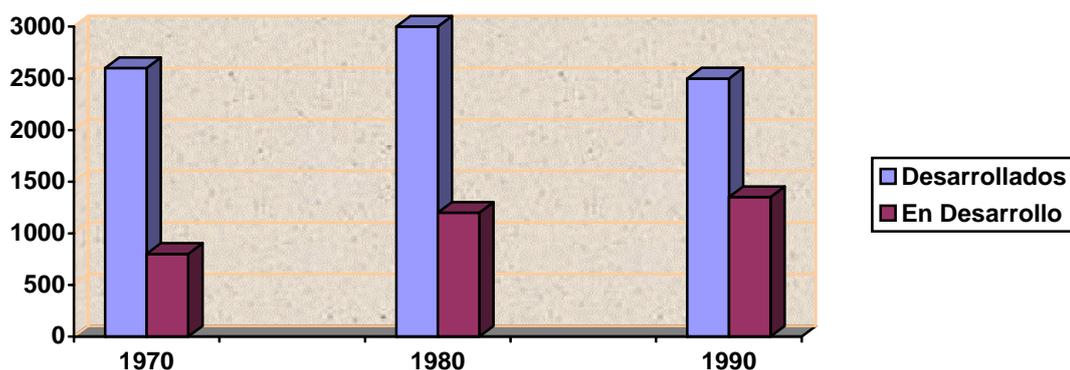
En el mundo uno de cada tres adultos fuma; es decir, 1.100 millones de personas, alrededor del 80% viven en los países de ingreso medio y bajo. Se prevé que por el crecimiento de la población adulta y por el aumento del consumo, la cantidad de fumadores en el año 2025 sea de 1.600 millones.

Un fenómeno nuevo que se está produciendo es el aumento del consumo de tabaco en los países de rentas per cápita baja y media, ver Figura 10.

En estos países, el consumo ha experimentado un crecimiento constante desde 1970 a 1990. En este sentido, hacia la mitad del siglo XX fumaban más del 55% de los hombres estadounidenses y en 1995 fumaban el 28%. En total, el consumo per cápita de la población global de los países de ingreso alto descendió, si bien en los años noventa aumenta el consumo de tabaco en los adolescentes y las mujeres. Resumiendo, la

epidemia del tabaquismo se está extendiendo desde su foco inicial, los hombres de los países de ingreso alto, a las mujeres de esos mismos países y a los hombres de los países con ingresos más bajos.

FIGURA 10. EL HÁBITO DE FUMAR EN PAÍSES DESARROLLADOS Y EN DESARROLLO
Consumo anual de cigarrillos per cápita en adultos



Fuente, OMS. Tabaco o salud, Ginebra, Suiza, 1997

Un asunto interesante es el de la liberalización del comercio de muchos bienes y servicios en el mundo, en este sentido los cigarrillos no fueron una excepción y, con la desaparición de las barreras aduaneras, el consiguiente descenso de los precios y el incremento de la publicidad y promoción, llevó a estimular la demanda. Sirve de ejemplo, el que en cuatro economías de Asia (Corea del Sur, Japón, Tailandia y Taiwán), que abrieron sus mercados en respuesta a las presiones comerciales de los Estados Unidos durante el decenio de 1980, el consumo per cápita de cigarrillos fue casi 10% mayor en 1991 de lo que habría sido si los mercados hubieran permanecido cerrados.

Los datos sobre la cantidad de fumadores de cada región se reunieron por la OMS, a través de más de 80 estudios independientes, creando un informe. Éste sirvió para calcular la prevalencia del hábito tabáquico de fumar en cada uno de los siete grupos de países del Banco Mundial, ver Tabla 19.

Existen grandes variaciones entre las regiones, especialmente en lo que se refiere a la prevalencia del hábito en las mujeres.

En Europa Oriental y Asia Central, el 59% de los hombres y el 26% de las mujeres fumaban en 1995, más que en cualquier otra región. Mientras que en Asia Oriental y en el Pacífico, fumaban el 59% de los hombres y sólo el 4% de las mujeres.

TABLA 19
PREVALENCIA DE FUMADORES, CALCULADA SEGÚN GÉNERO Y NÚMERO EN LA POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS, POR REGIONES DEL BANCO MUNDIAL, 1995.

| REGIÓN DEL BANCO MUNDIAL | PREVALENCIA DE FUMADORES EN % | | | TOTAL DE FUMADORES | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------|-------|--------------------|----|
| | HOMBRES | MUJERES | TOTAL | MILLONES | % |
| Asia Oriental y Pacífico | 39 | 4 | 32 | 401 | 35 |
| Europa Oriental y Asia Central | 59 | 26 | 41 | 148 | 13 |
| América Latina y el Caribe | 40 | 21 | 30 | 95 | 8 |
| Oriente medio y norte de África | 44 | 5 | 25 | 40 | 3 |
| Asia meridional (cigarrillos) | 20 | 1 | 11 | 86 | 8 |
| Asia meridional (bidis) | 20 | 3 | 12 | 96 | 8 |
| Africa del Sur del Sahara | 33 | 10 | 21 | 67 | 6 |

Fuente, Cálculos basados en la OMS, Tabaco o salud, Ginebra, Suiza, 1997

TABLA 20
PREVALENCIA DE FUMADORES SEGÚN GÉNERO Y NÚMERO EN POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS, POR INGRESOS

| REGIÓN DEL BANCO MUNDIAL | PREVALENCIA DE FUMADORES EN % | | | TOTAL DE FUMADORES | |
|--------------------------|-------------------------------|---------|-------|--------------------|-----|
| | HOMBRES | MUJERES | TOTAL | MILLONES | % |
| Ingreso bajo-medios | 49 | 9 | 29 | 933 | 82 |
| Ingreso alto | 39 | 22 | 30 | 209 | 18 |
| Todo el mundo | 47 | 12 | 29 | 1142 | 100 |

Fuente, Cálculos basados en la OMS, Tabaco o salud, Ginebra, Suiza, 1997

V. OBJETIVOS

V.1. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos del Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo de Castilla-La Mancha son:

- Reducir el consumo del tabaco tanto en fumadores activos como pasivos, y consecuentemente mejorar la salud y la calidad de vida de la población castellano manchega.
- Contribuir a la protección de la población no fumadora, reduciendo la contaminación ambiental por humo de tabaco en espacios cerrados y potenciando la creación de espacios sin humo.
- Prevenir el Consumo de Tabaco en toda la población, con especial atención en los jóvenes.

V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover el desarrollo de los programas específicos de Prevención del inicio al consumo de tabaco en el ámbito escolar y en los jóvenes.
- Reducir en un 5% en la prevalencia del consumo diario en jóvenes mayores de 16 años.
- Disminuir el porcentaje de jóvenes que se inician en el consumo de tabaco antes de los 16 años.
- Conseguir una reducción de un 5% en la prevalencia de consumo de tabaco de fumadores habituales.

- Aumentar la proporción de abandono del hábito tabáquico en un 6% entre los fumadores cuyas profesiones puedan ejercer un papel modélico (como son los sanitarios, educadores) y en otros grupos de población de alto riesgo (embarazadas, enfermos cardiovasculares, respiratorios, etc).
- Contribuir a la protección de la salud de los ciudadanos de la región, mediante el control y desarrollo de la normativa sobre el tabaco, sensibilización social ante este problema y desarrollo de programas de prevención y tratamiento del tabaquismo, en coordinación con otras actuaciones institucionales.

VI. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Para conseguir los objetivos del Plan se proponen una serie de líneas de actuación con especial incidencia en la:

VI.1. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA.

VI.1.1. EN LA POBLACIÓN GENERAL

- 1.1.1 Implicar a la sociedad en la promoción de espacios sin humo, dentro de un marco del respeto a los derechos constitucionales de todos los ciudadanos.
- 1.1.2 Fomentar, en un clima social de respeto entre fumadores y no fumadores, los espacios públicos sin humo y de forma especial en el ámbito de la hostelería y restauración, estableciendo sistemas de señalización y acreditación o reconocimiento por parte de la administración, empresas o instituciones públicas, a aquellos centros que vayan creando los espacios sin humo.
- 1.1.3 Realización periódica de las campañas informativas sobre los beneficios de dejar de fumar, especialmente dirigidas a colectivos diana.
- 1.1.4 Promover alianzas con sectores profesionales y ciudadanos de cara a impulsar iniciativas a favor del no consumo de tabaco.

VI.1.2. EN LA POBLACIÓN ESCOLAR Y JUVENIL

A este nivel se deben realizar actuaciones que consigan que nuestros jóvenes tengan mejores alternativas que la de iniciarse en el consumo del tabaco. Para ello, a lo largo de la vigencia del Plan, se realizarán las siguientes actividades:

- 1.2.1 Informar a los jóvenes de los efectos negativos del tabaco y de las ventajas de su abandono (información a través de asociaciones, en centros de ocio...).

- 1.2.2 Realizar campañas en los medios de comunicación específicamente dirigidas a los jóvenes a fin de contrarrestar la publicidad de las tabaqueras en este colectivo.
- 1.2.3 Introducir la prevención del tabaquismo en los programas escolares de Educación para la Salud.
- 1.2.4 Fomentar la oferta de actividades saludables de tiempo libre.

VI.1.3. EN LA EMBARAZADA

- 1.3.1 Introducir en los programas y actuaciones dirigidas a la embarazada la relación específica de las mujeres con el tabaco.
- 1.3.2 Sensibilizar a los profesionales de ginecología y matronas sobre los efectos del tabaco en el embarazo y las ventajas de su abandono.
- 1.3.3 Establecer líneas de colaboración con las Oficinas de Farmacia para proporcionar información a las embarazadas sobre las ventajas de no fumar.

VI.1.4. EN LA POBLACIÓN LABORAL

El Tabaco es causa de gran siniestralidad laboral. Las colillas, la brasa de la punta del cigarro y las cerillas originan una multitud de incendios y las distracciones que genera al encenderlo, al dejarlo, al caerse la brasa... provocan una gran cantidad de accidentes de circulación, domésticos y laborales.

Por otra parte, el tabaco potencia los riesgos que entraña el polvo, el amianto, plomo y otras sustancias tóxicas favoreciendo los efectos nocivos y/o cancerígenos de algunas de ellas.

Asimismo, fumar cuando se está manipulando sustancias como plaguicidas, pesticidas y otros tóxicos favorece la entrada de las mismas al organismo.

Por todo ello, la Consejería de Sanidad en colaboración con la Consejería de Industria y Trabajo pondrá en marcha a lo largo de la vigencia del Plan, una serie de iniciativas conducentes a favorecer la prevención y el abandono del tabaco en el ambiente laboral.

- 1.4.1 Realizar estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia, el consumo pasivo de tabaco en el espacio de trabajo, las características del hábito tabáquico y las actitudes y conocimientos de la población trabajadora.
- 1.4.2 Se harán actuaciones de información, sensibilización y concienciación en población trabajadora para promover la no iniciación, el abandono del hábito tabáquico y la cumplimentación de la legislación mediante: carteles, folletos, pegatinas, pins, etc., relacionados con el tabaco en el mundo laboral.
- 1.4.3 Como medio para evitar las incorporaciones de nuevos fumadores y favorecer el mantenimiento de la abstinencia en el consumo de tabaco, se tenderá a la creación de Ambientes Laborales libres de Humo, potenciando y desarrollando progresivamente la creación de “espacios sin humo”, considerando el ámbito laboral como un espacio sin humo.
- 1.4.4 Se agilizará la atención y se dará una respuesta adecuada a las reclamaciones presentadas en el ámbito laboral.
- 1.4.5 Asimismo, se mantendrá la prohibición de fumar en los lugares donde exista mayor riesgo para la salud de quien trabaja por combinar la nocividad del tabaco con otro contaminante industrial (disolventes, colas, gases de motores, gases en laboratorios, etc.), poniéndose especial hincapié en la prohibición de fumar en cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

- 1.4.6 Se establecerá de manera progresiva la conveniencia de no fumar en las reuniones públicas o de trabajo de los Comités de Seguridad y Salud, Juntas de personal, Consejos de Dirección, etc.
- 1.4.7 Un aspecto, importante es la correcta señalización de los Centros de Trabajo, para ello se irá ampliando progresivamente las zonas de no fumar; realizándose la señalización de prohibido fumar en entradas y en las plantas y áreas de trabajo, también se señalarán las zonas habilitadas para fumadores.
- 1.4.8 Se recabará la colaboración de las Administraciones, Sindicatos, miembros de los Comités de Seguridad y Salud, Comités de Empresa, Asociaciones Empresariales y Empresas para el inicio y desarrollo de programas de prevención de tabaquismo.
- 1.4.9 Se incentivarán a las empresas que incluyan el ambiente sin humo en sus políticas de calidad, con el fin de proteger la salud de los trabajadores. En este sentido puede ser adecuado crear la red de “empresas con espacios sin humo” para reconocer los logros en el terreno de los programas para la salud de los trabajadores y para difundir modelos efectivos.
- 1.4.10 Se potenciará el cumplimiento de la legislación referida al consumo de tabaco en los Centros de Trabajo, para ello se instará a las direcciones institucionales y empresariales para que se cumpla la normativa general y laboral referida al consumo del tabaco.
- 1.4.11 Se recomendará la inclusión del humo del tabaco como contaminante del ámbito laboral, en el grupo de contaminantes industriales junto con el ruido y otros cancerígenos e irritantes.
- 1.4.12 Se potenciará la formación del personal sanitario de los Servicios de Prevención en prevención y tratamiento del tabaquismo, a fin de que realicen una labor efectiva frente al tabaquismo, que contribuya a la realización de una adecuada anamnesis y

registro de datos sobre hábito tabáquico en todas las historias Clínico Laborales, así como el diagnóstico de la etapa en el proceso de dejar de fumar en que se encuentra el trabajador fumador y actuar respecto a ella. Asimismo, deberán adiestrarse para poder aplicar el consejo o la intervención mínima (Consejo, material de auto-ayuda y seguimiento), según corresponda, a todo trabajador fumador que acude a reconocimiento médico laboral, así como prescribir el adecuado tratamiento individual o grupal.

VI.2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA

VI.2.1. REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD

Desde hace varios años las compañías tabaqueras están desarrollando campañas de publicidad fundamentalmente encaminadas a la consecución de nuevos fumadores, orientándose preferentemente al público juvenil.

Asimismo, con excesiva frecuencia eventos deportivos son patrocinados por compañías tabaqueras, cuyo fin es el de aumentar el número de fumadores, sobre todo a expensas de los jóvenes.

Estas circunstancias hacen que la publicidad que incite al consumo de las labores del tabaco deba regularse con criterios restrictivos, pues ello se asocia a una reducción del consumo del tabaco sobre todo en los jóvenes.

2.1.1 En Castilla-La Mancha, la Ley sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos y las normas que la desarrollen establecerán una regulación de la publicidad sobre las labores del tabaco.

VI.2.2. DISMINUIR LA ACCESIBILIDAD DEL TABACO

La Ley antes citada establece la prohibición de venta de tabaco a los menores de 18 años, prohíbe la venta a granel de cigarrillos sueltos y distribuirlos gratuitamente.

2.2.1. Desarrollo y seguimiento de la Ley sobre Drogodependencias.

VI.2.3. IMPLICAR A LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

2.3.1. Las Administraciones Públicas tienen el deber de contribuir a la lucha contra el tabaco, en este sentido se fomentará la prevención del consumo del tabaco, sobre todo en jóvenes, (favoreciendo e impulsando la práctica deportiva y otras alternativas de ocio para los jóvenes y adultos).

2.3.2. Asimismo, se fomentará que no se fume en ninguna de las dependencias administrativas, habilitando espacios para fumadores.

2.3.3. También deberá realizarse una especial vigilancia de las condiciones de venta, para que el tabaco no sea accesible a los jóvenes menores de 18 años.

VI.2.4. SEÑALIZACIÓN DE CENTROS

2.4.1. Una medida eficaz para prevenir el consumo de tabaco, y sobre todo para evitar conflictos entre fumadores y no fumadores, es la señalización de los centros.

A tal efecto, la Consejería de Sanidad editará carteles para favorecer la señalización de los centros.

2.4.2. Los centros a señalar serán todos los centros sanitarios, sociosanitarios y educativos radicados en la Comunidad Autónoma, independientemente de su titularidad; asimismo, se señalarán todas las dependencias administrativas dependientes de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

2.4.3. Se impulsará que los demás centros administrativos dependientes de otras administraciones se vayan señalizando, pudiendo usar al efecto la iconografía que edite la Consejería de Sanidad.

VI.2.5. AGILIZAR Y SIMPLIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS SANCIONADORES SOBRE EL TABACO

2.5.1. En el desarrollo de la Ley sobre Drogodependencias se determinarán los pasos del procedimiento sancionador sobre el tabaco.

Esta nueva norma establece también las sanciones a aplicar, así como la autoridad competente en aplicar la sanción.

VI.3. PROGRAMAS DE FORMACIÓN

Todo lo relacionado con el tabaquismo, su prevención y su tratamiento está escasamente contemplado en el curriculum de las Facultades de la Medicina y Odontología, así como el de las Escuelas Universitarias de Enfermería, Facultad de Farmacia, etc. y, sin embargo, los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en el control de esta drogodependencia.

En consecuencia, debe tenderse a ir introduciendo en estos currículos las actividades docentes que servirán para que los alumnos adquirieran conocimientos, aptitudes y habilidades suficientes para abordar la prevención y el tratamiento del tabaquismo de manera correcta a lo largo de su vida profesional.

Por otra parte, la escuela, los Institutos de Educación Secundaria, la Universidad y, en general, en todos los centros educativos son excelentes lugares para hacer prevención sobre el tabaquismo. Sin embargo, ello no se hace con la fuerza suficiente por varios motivos, entre los que destacan la falta de formación e implicación de profesores, padres y alumnos.

Por ello, la Consejería de Sanidad da a la formación un valor fundamental, que puede contribuir a que cada vez haya menos fumadores y se disfrute de espacios más limpios y saludables.

VI.3.1 FORMACION A PERSONAL SANITARIO Y SOCIOSANITARIO

Cumplir con un papel modélico como no fumadores ante la población general, así como intervenir terapéuticamente sobre el tabaquismo de sus pacientes, tanto de forma breve como intensa, constituyen dos de los principales mecanismos terapéuticos que estos profesionales pueden realizar en pro de la intervención y el tratamiento del tabaquismo.

En la mayoría de los países occidentales, el número de profesionales sanitarios que fuma ha disminuido progresivamente. En nuestro país, los datos de una reciente encuesta señalan por primera vez que el porcentaje de médicos fumadores se encuentra por debajo del porcentaje de fumadores en la población general.

La intervención terapéutica que los profesionales sanitarios realizan sobre el tabaquismo de sus pacientes es un elemento fundamental para el control de esta enfermedad. La situación en nuestro país muestra diferentes facetas. Por un lado, la encuesta realizada por la Dirección General de Salud Pública entre los profesionales sanitarios encuentra que sólo un 67% de médicos aconseja siempre a sus pacientes el abandono del consumo del tabaco. Por otro lado, la realizada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica señala que el 99% de los neumólogos y cirujanos torácicos españoles aconsejan dejar de fumar.

Por lo tanto, es necesario un programa de sensibilización en tabaquismo dirigido al personal sanitario y un programa formativo adecuado; el objetivo fundamental de este último es incrementar los conocimientos y aptitudes que sobre el tabaquismo tienen los profesionales sanitarios, así como mejorar las habilidades prácticas de los mismos en su prevención y tratamiento.

En consecuencia, a lo largo de la vigencia del Plan de Prevención y Tratamiento del tabaquismo, la Consejería de Sanidad realizará la formación en Tabaquismo dirigida a los profesionales sanitarios.

3.1.1. Esta formación será básicamente una formación de tipo práctica, proponiéndose para ellos la realización de cursos de muy corta duración, cuyo objetivo fundamental es adiestrar al médico en el tratamiento del Tabaquismo.

3.1.2. Asimismo, la Consejería de Sanidad realizará también otros cursos con mayor contenido teórico y práctico sobre el Tabaquismo, cuyo objetivo es formar a médicos y otros profesionales sanitarios en Tabaquismo.

VI.3.2 FORMACIÓN A DOCENTES

Los programas realizados en las escuelas deben ofrecer una oportunidad para prevenir la iniciación del tabaco antes que las personas tengan más problemas al intentar dejar de fumar o sean adictos a la nicotina; las personas que comienzan a fumar en edad temprana tienen mayores dificultades cuando quieren dejar de ser fumadores y mayores posibilidades de volver a ser fumadores una vez que lo han abandonado.

Los programas para prevenir el tabaquismo pueden contribuir sustancialmente a la reducción del consumo de las nuevas generaciones. Las escuelas son lugares ideales donde aplicar estos programas a todos los niños y adolescentes; los programas para la Prevención del tabaquismo en las escuelas reducen el contacto con el tabaco en la infancia y en la adolescencia como se ha demostrado en diversos estudios.

La realización de un plan de estudio adecuado y la efectividad de la prevención del tabaquismo en la escuela, en conjunto, se verá incrementada cuando los profesores se forman para realizar una prevención adecuada del tabaquismo.

Asimismo, involucrar a padres y familiares en el apoyo de programas basados en al escuela para prevenir el uso del tabaco pueden jugar un papel importante en la provisión del apoyo social y ambiental para los no fumadores. Las escuelas pueden sacar partido de esta influencia involucrando a padres o familias en la planificación del

programa, solicitando apoyo comunitario para los programas y reforzando los mensajes educativos en casa.

Las asignaciones de tareas involucrando a padres o familias incrementan la probabilidad de que el hábito de fumar sea discutido en casa y motiva a los adultos fumadores a considerar el abandono del mismo.

3.2.1. En consecuencia, la Consejería organizará cursos específicos sobre el Tabaquismo dirigido específicamente a docentes, con el fin de que se formen y puedan llevar a cabo la prevención del tabaquismo en el ámbito escolar.

VI.3.3 FORMACION A LOS ALUMNOS DE ESTUDIOS SUPERIORES

Las estrategias basadas en dar información sobre los efectos dañinos del tabaco y sobre el tabaquismo, por si solas no previenen el uso del tabaco, más bien pueden estimular la curiosidad y llevar a algunos estudiantes a creer que los peligros sobre la salud son exagerados.

Por el contrario, los programas de éxito en la prevención del uso del tabaco se dirigen a tratar sobre los múltiples factores psicosociales relacionados con el uso del tabaco entre adolescentes y jóvenes. Entre ellos, se incluyen las consecuencias indeseables inmediatas y a largo plazo psicológicas, estéticas y sociales por el uso del tabaco, las estrategias conductuales para resistir las influencias sociales que promueven el uso del tabaco, así se debe ayudar a los estudiantes a desarrollar estrategias de rechazo a través de instrucciones directas, modelos de imitación y refuerzo.

Asimismo, la formación debería ayudar a los estudiantes a desarrollar estructuras necesariamente asertivas de comunicación, establecimiento de objetivos y resolución de problemas que les hagan capaces de evitar el uso del tabaco y otros comportamientos de riesgo para la salud.

3.3.1. Por ello, la Consejería de Sanidad teniendo en cuenta estas peculiaridades, realizará cursos específicos para este colectivo a fin de conseguir incrementar el número de no fumadores.

VI.3.4 FORMACION E INFORMACIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES (periodistas, políticos, policías.)

En el mundo actual hay ciertos colectivos que por su posición o trabajo están con mucha frecuencia presente en los medios de comunicación o bien son colectivos con un alto índice de fumadores entre sus miembros.

Estos colectivos pueden servir como caja de resonancia sobre la sociedad por lo que el que cuenten con una adecuada información sobre el tabaquismo y sus consecuencias puede permitir que difundan información y mensajes a favor del abandono del consumo de tabaco.

3.4.1. Por este motivo, la Consejería de Sanidad a lo largo de la vigencia del Plan organizará actividades formativas específicamente dirigidas a estos colectivos, a fin de que adquieran conocimientos sobre el tabaco.

VI.4. DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

El tratamiento del tabaquismo es una disciplina que debe ser conocida por todos los médicos y, en especial, por aquellos especialistas que más relación tienen con las enfermedades atribuibles a esta drogodependencia.

Hasta mediados del siglo XX, el tabaquismo fue considerado como un hábito, pero es a partir de los años 60 cuando las instituciones científicas de mayor prestigio internacional (Royal College of Physicians de Londres, OMS y en el informe del Surgeon General de EEUU) hacen notar que la nicotina es una droga con altísima capacidad adictiva y es la causante de la adicción al consumo del tabaco. Es por esto, por lo que, a partir de esa fecha, el tabaquismo es enfocado como una dependencia y su tratamiento cambia radicalmente

Los médicos y cualquier profesional sanitario deben preguntar siempre a sus pacientes sobre su hábito tabáquico; así, el conocer con la mayor exactitud posible las características del fumador nos permite hacer un diagnóstico de tabaquismo que padece el paciente.

VI.4.1 PROGRAMA A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

A este nivel se realizará fundamentalmente la intervención en fumadores en fase de pre-contemplación y se basará la acción en la realización del Consejo Médico.

4.1.1. Los médicos y todos los profesionales sanitarios deben aconsejar el abandono del consumo del tabaco a todos los fumadores. El 70% de los fumadores acuden al médico al menos una vez al año, circunstancia que debemos aprovechar para animar al paciente a que deje de fumar, existiendo situaciones idóneas para dar consejo como: cuadros respiratorios, toma de T.A., etc.

El consejo médico es el método más sencillo y económico, y ha de ser:

- Breve (2 ó 3 minutos).
- Firme (dado con seriedad).
- Claro (comprensible).
- Personalizado.

El consejo que se da en fase de precontemplación tiene un carácter más informativo que impositivo, con él se trata de comunicar al fumador no sólo los riesgos que corre su salud sino también los beneficios que obtendría si abandonara el hábito tabáquico.

4.1.2. Además del consejo verbal, se ofrecerá al fumador información escrita sobre el tabaquismo a través de un Folleto Informativo que la Consejería de Sanidad editará y que se utilizará al dar el Consejo Médico.

4.1.3. También se elaborará una guía práctica que sirva de base para los profesionales que trabajan en Atención Primaria.

4.1.4. Tratamiento de la deshabituación tabáquica.

VI.4.2 PROGRAMA A NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

4.2.1. Se diseñará e implantará un programa de deshabituación tabáquica en Atención Especializada.

4.2.2. Se constituirán Unidades de Tratamiento Especializadas en Tabaquismo (UTET). Estas unidades, además de tratamiento farmacológico, prestarán apoyo psicológico a los pacientes.

La Consejería de Sanidad establecerá los requisitos mínimos de personal y equipamiento necesarios para la puesta en marcha de estas unidades, que se ubicarán preferentemente en los hospitales de área, y a ellas se remitirán los pacientes que no logren la deshabituación a nivel de atención primaria.

VI.4.3 PROGRAMA A NIVEL DE SALUD LABORAL

El Objetivo General del programa a nivel de Salud Laboral es el de disminuir el consumo activo y pasivo del tabaco y aumentar el nivel de salud de la población trabajadora de Castilla-La Mancha.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Conseguir Centros de Trabajo Sin Humo.
- Aumentar la motivación y concienciación de los trabajadores sobre los riesgos del consumo del tabaco y beneficios de dejar de fumar.
- Facilitar el tratamiento (individual o grupal) necesario para ayudar a dejar de fumar a aquellos trabajadores que lo soliciten.

- Proteger el derecho de los trabajadores no fumadores a disfrutar de un ambiente libre de humo.
- Potenciar el cumplimiento de la legislación vigente.

A fin de conseguir estos objetivos:

4.3.1. Se elaborará el programa de deshabituación tabáquica para la población laboral .

4.3.2. Se implantará dicho programa en el ámbito laboral.

VI.5. ACTUACIONES A OTROS NIVELES DE AYUDA A LA DESHABITUACIÓN

Además de los sistemas antes indicados para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, se hace necesario contar con otros recursos de ayuda al fumador. Estos recursos vienen motivados por las características de nuestra región, donde hay una gran dispersión de la población en un amplio territorio. También es necesario usar los medios técnicos puedan facilitar al fumador dejar la adicción al tabaco.

Así, la Consejería de Sanidad pondrá en marcha a lo largo de la vigencia del plan los siguientes recursos:

VI.5.1 UNIDADES MÓVILES: a núcleos rurales, centros sanitarios y sociosanitarios, centros de trabajo,).

5.1.1. Para acceder a pacientes que no puedan ser atendidos en los Centros de Salud, la Consejería de Sanidad pondrá en marcha unidades móviles para acercar la información y la posibilidad de que los pacientes dejen de fumar si esa es su decisión.

Cada unidad estará compuesta por un médico formado en tabaquismo. Este profesional se desplazará a la zona de salud donde realizará actividades de prevención del tabaquismo y, asimismo, facilitará el abandono del hábito tabáquico a los pacientes de la localidad o de la zona de salud que lo deseen.

Estas unidades seguirán el procedimiento que establezca la Consejería de Sanidad y estarán disponibles para acudir a donde sea necesario.

A tal efecto, se constituirá una unidad móvil por cada una de las áreas sanitarias.

VI.5.2 CREAR COMITES DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

5.2.1. y 5.2.2. Todos los centros sanitarios y sociosanitarios públicos constituirán unos comités de prevención de tabaquismo, donde estén representados los colectivos de trabajadores así como representantes de los usuarios.

Estos comités impulsaran actuaciones de prevención del tabaquismo así como actividades encaminadas a la eliminación paulatina del consumo de tabaco en estos centros.

Además, participarán activamente en el desarrollo de las actuaciones de prevención de tabaquismo que se programen por la Consejería de Sanidad.

VI.5.3 PROGRAMA A NIVEL DE FARMACIAS

El farmacéutico, como profesional sanitario que es, está preocupado por el enorme problema que el tabaquismo representa para la salud pública y, además, debido a la gran accesibilidad que la Oficina de Farmacia presenta para la población en general, en muchas ocasiones, los fumadores se acercan al farmacéutico pidiendo información y ayuda para dejar de fumar.

5.3.1. Por ello, se elaborará un programa para dotar a este profesional con la información y las recomendaciones suficientes para llevar a cabo la deshabituación tabáquica desde la Oficina de Farmacia .

Las actividades consistirán en suministrar al paciente:

- El material de apoyo suministrado.
- La información necesaria para la deshabituación o cese del hábito de fumar.
- La ayuda necesaria para alcanzar su objetivo.
- Cuantificación de resultados.

5.3.2. Los fumadores serán informados, tratados, seguidos y evaluados por un farmacéutico formado en el área de tabaquismo que desempeñe su labor en una Oficina de Farmacia, siempre con la mayor confidencialidad. Así el farmacéutico deberá explicar al fumador las características del programa, sus ventajas y la importancia de la motivación para dejar de fumar.

VI.5.4 PROGRAMA CON ASOCIACIONES SIN ANIMO DE LUCRO

Como uno de los elementos que pueden realizar actividades de prevención y tratamiento del tabaquismo se encuentran algunas asociaciones sin animo de lucro.

5.4.1. La Consejería de Sanidad podrá establecer acuerdos o convenios con las asociaciones sin animo de lucro que presenten programas efectivos para ayudar a la población a dejar de fumar.

Estos programas serán autorizados por la Consejería y su financiación podrá ser por vía de convenio o a través de la convocatoria pública de subvenciones a asociaciones sin animo de lucro. Estas actividades tendrán financiación preferente en la convocatoria antes citada.

VI.6. OTROS RECURSOS DE AYUDA AL FUMADOR

Los fumadores se sienten más tranquilos si, a lo largo del proceso de dejar de fumar, cuentan con elementos que en un momento determinado, puedan aportarles información y apoyo.

Los elementos que la Consejería de Sanidad pondrá a disposición de los fumadores son:

VI.6.1 TELÉFONO DE AYUDA AL FUMADOR

La existencia de un teléfono que durante las 24 horas del día los 365 días al año esté disponible para el fumador es un elemento de inestimable ayuda a los mismos.

6.1.1. La Consejería de Sanidad a lo largo de la vigencia del Plan de prevención y tratamiento del Tabaquismo pondrá en marcha un teléfono de ayuda al fumador que estará disponible las 24 horas durante todos los días del año.

VI.6.2 ESTABLECER PUNTOS DE INFORMACION AL FUMADOR (centros sanitarios, sociosanitarios, carteles, folletos- expositores en centros públicos, bancos, grandes superficies comerciales)

6.2.1. al 6.2.5. La Consejería de Sanidad realizará la edición de carteles y folletos conteniendo información sobre el tabaquismo. Estos documentos estarán a disposición del público en los centros sanitarios, sociosanitarios y en aquellos centros privados de carácter no sanitario que deseen colaborar con la Consejería en la difusión de la información sobre el tabaco y sus consecuencias.

VI.6.3 SUBVENCION DE LOS TRATAMIENTOS

El tabaquismo es considerado como una enfermedad adictiva que produce serias y fatales consecuencias al que la padece.

En la actualidad existen tratamientos que han demostrado su eficacia en el proceso de dejar de fumar. Estos tratamientos (nicotina y bupropion) no son financiados por el sistema sanitario.

Esta circunstancia, junto con el desembolso considerable que de una vez tiene que hacer el fumador, supone una dificultad añadida a los fumadores.

6.3.1. Por tal motivo, la Consejería de Sanidad a lo largo de la vigencia del Plan, estudiará la posibilidad de financiar los tratamientos a los fumadores que deseen dejar de fumar, en función de la financiación del Estado al Plan Nacional de Prevención del Tabaquismo.

VI.6.4 ELABORACIÓN DE ELEMENTOS AUDIOVISUALES SOBRE EL TABACO

6.4.1. al 6.4.5. Durante el periodo de vigencia del plan, la Consejería de Sanidad editará los Vídeos, DVD's y CD's que proporcionen información sobre el tabaquismo, y también sean elementos de apoyo, tanto en la prevención del tabaquismo como en la ayuda al fumador a dejar de fumar.

VI.6.5 FOMENTAR EL ASOCIACIONISMO DE EX FUMADORES

6.5.1 y 6.5.2. La Consejería de Sanidad, a lo largo de la vigencia del Plan, fomentará la creación de asociaciones sin ánimo de lucro de ex fumadores. La financiación de los proyectos que estas asociaciones elaboren y que contribuyan a la prevención y tratamiento del tabaquismo recibirán trato preferente en la concesión de las subvenciones, a través de la Orden de Ayudas y Subvenciones a las Asociaciones de Autoayuda Sanitaria que cada año convoca la Consejería de Sanidad.

VI.6.6 FAVORECER LA EXISTENCIA DE CENTROS CON ESPACIOS SIN HUMO (restaurantes, hoteles, cafeterías...)

Como un elemento añadido a la calidad de prestación del servicio, los centros de restauración deben tender a ser centros donde no se fume. Esto mejorará la imagen de estos centros y dará satisfacción a una demanda cada vez mayor de las personas no fumadoras.

6.6.1. En consecuencia, la Consejería de Sanidad impulsará la existencia de estos centros de restauración sin humo.

VI.6.7 CELEBRAR ANUALMENTE EL DIA MUNDIAL SIN TABACO

6.7.1. El día 31 de mayo se celebra el día mundial sin tabaco. Cada año se hace referencia a un slogan que es propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

En nuestra Comunidad este día coincide con la Celebración del Día de la Región lo cual hace que el polo informativo esté orientado a ese evento regional.

Sin embargo por parte de la Consejería de Sanidad se hará cada año referencia a ese día mundial sin tabaco proponiendo acciones que revistan de importancia a ese día.

VI.7. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y COORDINACION

VI.7.1 CREAR EL CONSEJO DE DIRECCIÓN DEL PLAN

7.1.1. Se creará el Consejo de Dirección del Plan que estará presidido por el Consejero de Sanidad e integrado por:

- Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria
- Director General de Atención Sanitaria del SESCAM
- Director General de Salud Publica
- Director General de Educación
- Director General de Trabajo
- Dirección General de la Juventud.
- Dos representantes de los sindicatos más representativos de la región.
- Dos representantes de las Asociaciones de empresarios
- Dos representantes de las Asociaciones de enfermos

- Dos representantes de la Federación de Municipios
- Dos representantes de las Asociaciones de vecinos
- Coordinador Regional del Plan, que actuara también como Secretario.

Las funciones de este Consejo son:

- Proponer y/o aprobar el desarrollo del Plan
- Ordenar y conocer las evaluaciones del Plan

VI.7.2 NOMBRAR UN COORDINADOR DEL PLAN

7.2.1. Se nombrará un Coordinador del Plan de Prevención del Tabaquismo. Este nombramiento será realizado por el Consejero de Sanidad y recaerá en una persona con experiencia y conocimiento de los aspectos del tabaquismo y, bajo la dependencia del Consejo de Dirección, se encargará de lo siguiente:

- Dinamizar los órganos funcionales del Plan y sus programas.
- Realizar propuestas de actuación y desarrollar las acciones previstas en el Plan.
- Representar al Plan en donde le fuera encomendado.

VI.7.3 NOMBRAR RESPONSABLES DEL PLAN EN CADA PROVINCIA

7.3.1. Cada provincia debe contar con un responsable del Plan, cuya misión será:

- Impulsar el desarrollo y aplicación de programas en el área.
- Promover y coordinar las actuaciones y proyectos en el área.
- Impulsar la participación social.

Asimismo, progresivamente se irá designando a una persona por centro de salud, por hospital y por centro sociosanitario que dependiendo de Director del Plan a nivel de Area, impulsará el desarrollo y aplicación de programas en el centro y promoverá y coordinará las actuaciones a realizar.

VI.7.4 CREAR COMITÉ EJECUTIVO REGIONAL DEL PLAN

7.4.1. Se creará un Comité Ejecutivo Regional del Plan, que tendrá carácter funcional y estará presidido por el Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria y los componentes serán:

- El Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria.
- El Coordinador Regional del Plan.
- Los responsables del Plan de cada provincia.

Las funciones de este Comité son:

- Proponer e Impulsar el desarrollo del Plan.
- Coordinar el desarrollo y ejecución del Plan.
- Proponer las campañas institucionales en los medios.

VI.8. SUBVENCIONAR TRABAJOS DE INVESTIGACION SOBRE EL TABACO

8.1.1. Dentro de las líneas de subvenciones que tiene establecida la Consejería de Sanidad para financiar proyectos de investigación, se considerará preferente la financiación de aquellos proyectos relacionados con el tabaquismo que por su calidad científica o trascendencia sean susceptible de financiación.

VI.9. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

9.1.1. y 9.1.2. Las distintas comisiones que establece el Plan deben elaborar los correspondientes sistemas de información, a fin de realizar el seguimiento de las líneas de actuación del Plan.

9.1.3. y 9.1.4. Asimismo, los Órganos de Dirección y Coordinación realizarán la correspondiente evaluación orientada a la mejora de los programas y actuaciones del Plan. Esta evaluación se realizará todos los años y se contemplará el desarrollo de los aspectos básicos del Plan, el funcionamiento de los órganos de coordinación y la realización e impacto de las actividades.

Además de esto, el Comité Ejecutivo encargará una evaluación externa del Plan al tercer año de su vigencia para ajustarlo a las líneas directivas y propósitos establecidos por el propio Comité. Ésta se repetirá al finalizar el Plan y tendrá como objetivo proporcionar las bases para el nuevo plan que sustituirá al actual.

VII. NECESIDADES DE FINANCIACIÓN DEL PLAN

VII. EVALUACION ECONOMICA DEL PLAN

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|--|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| 1.1. PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL | | | | | | | | | | |
| 1.1.1 | Implicar a la sociedad en la promoción de espacios sin humo, en un marco de respeto | | 15.000 | | 15.000 | | 15.000 | | 15.000 | 60.000 € |
| 1.1.2 | Fomentar, en un clima social de respeto, los espacios públicos sin humo estableciendo un sistema de acreditación o reconocimiento por parte de la administración. | | 30.000 | | 30.000 | | 30.000 | | | 90.000 € |
| 1.1.3 | Realización periódica de campañas informativas sobre los beneficios de dejar de fumar, especialmente dirigidas a colectivos diana. | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 18.000 | 18.000 | 18.000 | 20.000 | 134.000 € |
| 1.1.4 | Promover alianzas con sectores profesionales y ciudadanos de cara a impulsar iniciativas a favor del no consumo de tabaco | | | | | | | | | |
| 1.2. PREVENCIÓN EN JÓVENES Y ADOLESCENTES | | | | | | | | | | |
| 1.2.1 | Informar a los jóvenes de los efectos negativos del Tabaco y ventajas de su abandono | 32.000 | 32.000 | 32.000 | 32.000 | 32.000 | 32.000 | 32.000 | 32.000 | 256.000 € |
| 1.2.2 | Realizar campañas en los medios dirigidas a los jóvenes | | 12.000 | | 15.000 | | 18.000 | | 18.000 | 63.000 € |
| 1.2.3 | Introducir el tabaquismo en los programas escolares de educación para la salud | 364.000 | 365.000 | 365.000 | 365.000 | 365.000 | 365.000 | 365.000 | 365.000 | 2.919.000 € |
| 1.2.4 | Fomentar la oferta de actividades saludables de tiempo libre | 3.000.000 | 3.000.000 | 3.000.000 | 3.000.000 | 3.000.000 | 3.000.000 | 3.000.000 | 3.000.000 | 24.000.000 € |

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

1.3. PREVENCIÓN EN EMBARAZADAS

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 1.3.1 | Introducir en los programas y actuaciones dirigidas a la embarazada, la relación específica de las mujeres con el tabaco, considerando el embarazo y los anticonceptivos | | | | | | | | | |
| 1.3.2 | Sensibilizar a los profesionales de ginecología y matronas sobre los efectos del tabaco en el embarazo y las ventajas de su abandono. | | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 27.000 € |
| 1.3.3 | Establecer líneas de colaboración con las oficinas de farmacia para proporcionar información a las embarazadas sobre las ventajas de no fumar. | | | | | | | | | |

1.4. PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN LABORAL

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| 1.4.1 | Realizar estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia, el consumo pasivo de tabaco en espacio de trabajo, las características del hábito tabáquico, las actitudes y conocimientos de la población trabajadora. | | 15.000 | | | 18.000 | | | 18.000 | 51.000 € |
| 1.4.2 | Realizar actuaciones de Información, sensibilización y concienciación en población trabajadora para promover la no iniciación y el abandono del hábito tabáquico | 146.000 | 146.000 | 146.000 | 146.000 | 146.000 | 146.000 | 146.000 | 146.000 | 1.168.000 € |

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 1.4.3 | Potenciar y desarrollar progresivamente la creación de espacios sin humo, en el ámbito laboral. | | | | | | | | | |
| 1.4.4 | Agilizar y dar respuesta útil a las reclamaciones sobre el tabaco en el ámbito laboral | | | | | | | | | |
| 1.4.5 | Mantener la prohibición de fumar en los lugares donde exista mayor riesgo para la salud de quien trabaja por combinar la nocividad del tabaco con otro contaminante industrial (disolventes, colas, gases de motores, gases en laboratorios, etc.). | | | | | | | | | |
| 1.4.6 | Establecer de manera progresiva el acuerdo de no fumar en las reuniones de los Comités de Seguridad y Salud, Juntas de personal, Consejos de Dirección.... | | | | | | | | | |
| 1.4.7 | Realizar la Señalización de prohibido fumar en las entradas y áreas de trabajo. | 3.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 30.000 € |
| 1.4.8 | Recabar la colaboración de las Direcciones de las distintas Administraciones, Sindicatos, miembros de los Comités de Seguridad y Salud, Comités de Empresa, Asociaciones Empresariales, Empresas, etc., para el inicio y desarrollo de programas de prevención de tabaquismo: | | | | | | | | | |

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|--------|---|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| 1.4.9 | Incentivar a las empresas que incluyan el ambiente sin humo en sus políticas de calidad, con el fin de proteger la salud de los trabajadores. | | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 12.000 | 84.000 € |
| 1.4.10 | Potenciar el cumplimiento de la legislación referida al consumo de tabaco en los Centros de Trabajo | | | | | | | | | |
| 1.4.11 | Recomendar la inclusión del humo del tabaco como contaminante del ámbito laboral, en el grupo de contaminantes industriales junto con el ruido y otros cancerígenos e irritantes. | | | | | | | | | |
| 1.4.12 | Potenciar la formación del personal sanitario de los Servicios de Prevención en prevención y tratamiento del tabaquismo. | | 12.000 | 12.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 3.000 | 3.000 | 48.000 € |

2.1. REGULACION DE LA PUBLICIDAD

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.1.1 | Establecimiento de la regulación de la publicidad sobre el tabaco. | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

2.2. DISMINUIR LA ACCESIBILIDAD AL TABACO

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.2.1 | Seguimiento Ley sobre drogodependencias | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.3. IMPLICAR A LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.3.1 | Fomentar que las Administraciones Públicas potencien la prevención del consumo de tabaco en los jóvenes, favoreciendo e impulsando la practica deportiva y otras alternativas al ocio para los jóvenes. | | | | | | | | | |
| 2.3.2 | Fomentar que no se fume en las dependencias de la Administración. | | | | | | | | | |
| 2.3.3 | Fomentar que las Administraciones Públicas vigilen las condiciones de venta, para que el tabaco no sea accesible a los jóvenes menores de 18 años. | | | | | | | | | |

2.4. SEÑALIZACION DE CENTROS

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|----------|
| 2.4.1 | Edición de carteles para la señalización de los centros. | 30.000 | | | 20.000 | | | | 20.000 | 70.000 € |
| 2.4.2 | Señalización de los centros sanitarios, sociosanitarios, educativos y dependencias administrativas de la Junta. | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 48.000 € |
| 2.4.3 | Impulsar la señalización de los centros públicos y privados. | | | | | | | | | |

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

2.5. AGILIZAR Y SIMPLIFICAR LOS PROCESOS SANCIONADORES SOBRE TABACO

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.5.1 | Establecer los procedimientos sancionadores de acuerdo con la legislación vigente sobre el tabaco. | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3.1. FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 3.1.1 | Organizar cursos prácticos de corta duración sobre el tabaquismo. | 10.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 120.000 € |
| 3.1.2 | Organizar cursos teórico prácticos de larga duración sobre el tabaquismo. | | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 90.000 € |

3.2. FORMACION A DOCENTES

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 3.2.1 | Organizar cursos específicos para docentes. | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 20.000 | 160.000 € |
|-------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|

3.3. FORMACION A ALUMNOS DE ESTUDIOS SUPERIORES

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| 3.3.1 | Organizar cursos específicos para alumnos de estudios superiores. | | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 10.000 | 70.000 € |
|-------|---|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|

3.4. FORMACIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--------|--------|--|--------|--|--------|--------|----------|
| 3.4.1 | Organizar cursos específicos para colectivos especiales. | | 10.000 | 10.000 | | 10.000 | | 10.000 | 10.000 | 50.000 € |
|-------|--|--|--------|--------|--|--------|--|--------|--------|----------|

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

4.1. PROGRAMA DE DESHABITUACION A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--------|--------|--|--|--------|--|--|--------|----------|
| 4.1.1 | Implantación del consejo médico en atención primaria. | | | | | | | | | |
| 4.1.2 | Edición de folletos Informativos para usar al dar el consejo médico. | 18.000 | 18.000 | | | 20.000 | | | 20.000 | 76.000 € |
| 4.1.3 | Elaboración de la guía práctica para dejar de fumar. | | 25.000 | | | 20.000 | | | 20.000 | 65.000 € |
| 4.1.4 | Diseño e implantación del programa de deshabituación tabáquica. | | | | | | | | | |

4.2. PROGRAMA DE DESHABITUACION TABAQUICA A NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| 4.2.1 | Diseño e implantación del programa de deshabituación tabáquica en atención especializada. | | | | | | | | | |
| 4.2.2 | Constitución de las Unidades de Tratamiento Especializadas en Tabaquismo (UTET). | 420.000 | 420.000 | 420.000 | 420.000 | 420.000 | 420.000 | 420.000 | 420.000 | 3.360.000 € |

4.3. PROGRAMA A NIVEL LABORAL

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|-------|-------|--|--|--|--|--|---------|
| 4.3.1 | Elaborar el programa de deshabituación tabáquica para la población laboral. | | 6.000 | | | | | | | 6.000 € |
| 4.3.2 | Implantar el programa de deshabituación tabáquica en la población laboral. | | | 8.000 | | | | | | 8.000 € |

5.1. DESPLAZAMIENTO DE LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 5.1.1 | Puesta en marcha y mantenimiento. | 90.000 | 27.000 | 30.000 | 33.000 | 36.000 | 39.000 | 42.000 | 45.000 | 342.000 € |
|-------|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

5.2. CREACION DE COMITES DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5.2.1 | Creación de los comités en centros sanitarios. | | | | | | | | | |
| 5.2.2 | Creación de los comités en centros sociosanitarios. | | | | | | | | | |

5.3. PROGRAMA DE CESACIÓN TABAQUICA A TRAVES DE FARMACIAS

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|-------|-------|--|-------|--|-------|--|-------|----------|
| 5.3.1 | Elaboración del programa de cesación tabáquica a través de las oficinas de farmacias. | 3.000 | | | | | | | | 3.000 € |
| 5.3.2 | Implantación del programa en las farmacias que se adhieran al mismo. | | 9.000 | | 9.000 | | 9.000 | | 9.000 | 36.000 € |

5.4. CONVENIOS CON ASOCIACIONES SIN ANIMO DE LUCRO

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 5.4.1 | Elaborar convenios con asociaciones sin animo de lucro que realicen actividades para ayudar a dejar de fumar. | 8.000 | 10.000 | 12.000 | 12.000 | 15.000 | 15.000 | 15.000 | 18.000 | 105.000 € |
|-------|---|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

6.1. TELEFONO DE AYUDA AL FUMADOR

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 6.1.1 | Puesta en marcha del teléfono de información y ayuda al fumador. | 3.000 | 3.000 | 4.000 | 4.000 | 4.500 | 4.500 | 5.000 | 5.000 | 33.000 € |
|--------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|

6.2. ESTABLECER PUNTOS DE INFORMACIÓN AL FUMADOR

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-------|--------|--|-------|--|-------|--|--------|----------|
| 6.2.1 | Elaboración de carteles informativos sobre el tabaco. | 6.000 | 12.000 | | 6.000 | | 6.000 | | 8.000 | 38.000 € |
| 6.2.2 | Elaboración de folletos informativos sobre el tabaco. | 6.000 | 9.000 | | 9.000 | | 9.000 | | 10.000 | 43.000 € |
| 6.2.3 | Establecimiento de los puntos de información en centros sanitarios. | | | | | | | | | |
| 6.2.4 | Establecimiento de los puntos de información en centros sociosanitarios. | | | | | | | | | |
| 6.2.5 | Establecimiento de los puntos informativos en centros privados de carácter no sanitario. | | | | | | | | | |

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

6.4. ELABORACION DE ELEMENTOS AUDIOVISUALES SOBRE EL TABACO

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--------|--------|--|--------|--------|--|-------|--------|----------|
| 6.4.1 | Elaboración de videos informativos sobre el tabaco. | 30.000 | | | 35.000 | | | | 30.000 | 95.000 € |
| 6.4.2 | Elaboración de CD informativos sobre el tabaco. | | 12.000 | | | 15.000 | | | 12.000 | 39.000 € |
| 6.4.3 | Elaboración de DVD informativo sobre el tabaco. | | | | 15.000 | | | | | 15.000 € |
| 6.4.4 | Elaboración de pins sobre el tabaco. | | 6.000 | | | | | 9.000 | | 15.000 € |
| 6.4.5 | Elaboración de otro merchandising sobre el tabaco. | 6.000 | | | 9.000 | | | | 10.000 | 25.000 € |

6.5. FOMENTAR EL ASOCIACIONISMO DE EX FUMADORES

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.5.1 | Establecer Contacto con ex fumadores animándoles a constituirse en asociaciones. | | | | | | | | | |
| 6.5.2 | Preferencia de trato a estas asociaciones en las convocatorias de subvenciones. | | | | | | | | | |

6.6. FAVORECER LA EXISTENCIA DE ESPACIOS SIN HUMO

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 6.6.1 | Diseño de la estrategia para impulsar la existencia de centros sin humo. | 72.000 | 72.000 | 72.000 | 72.000 | 72.000 | 72.000 | 72.000 | 72.000 | 576.000 € |
|-------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|

6.7. CELEBRACION DEL DIA MUNDIAL SIN TABACO

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 6.9.1 | Celebrar anualmente el día mundial sin tabaco. | | 2.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 3.000 | 4.000 | 21.000 € |
|-------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

7.1. CREAR EL CONSEJO DE DIRECCIÓN DEL PLAN

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7.1.1 | Creación y puesta en funcionamiento del Consejo de Dirección. | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

7.2. NOMBRAR COORDINADOR DEL PLAN

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7.2.1 | Nombrar al director del Plan de Prevención y tratamiento del tabaquismo. | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

7.3. NOMBRAR RESPONSABLES PROVINCIALES

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7.3.1 | Nombrar a los responsables del Plan en cada provincia. | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

7.4. CREAR COMITÉ EJECUTIVO REGIONAL DEL PLAN

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|-------|--|--|--|--|--|--|---------|
| 7.4.1 | Creación y Puesta en funcionamiento del Comité Ejecutivo Regional del Plan. | | 1.000 | | | | | | | 1.000 € |
|-------|---|--|-------|--|--|--|--|--|--|---------|

8. SUBVENCIONES A LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TABAQUISMO

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|
| 8.1.1 | Financiación preferente de los proyectos de investigación sobre el Tabaquismo. | | 6.000 | 6.000 | 6.000 | 9.000 | 9.000 | 9.000 | 10.000 | 55.000 € |
|-------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|

9. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 9.1.1 | Diseño del Sistema de Información del Plan. | | 6.000 | | | | | | | 6.000 € | |
| 9.1.2 | Puesta en marcha del Sistema de Información. | | 6.000 | | | | | | | 6.000 € | |
| 9.1.3 | Diseño del Sistema de evaluación del Plan. | | 6.000 | | | | | | | 6.000 € | |
| 9.1.4 | Evaluación del Plan. | | | | 12.000 | | | | 13.000 | 25.000 € | |
| TOTAL EN EUROS: | | | 4.288.000 | 4.394.000 | 4.221.000 | 4.375.000 | 4.298.500 | 4.297.500 | 4.230.000 | 4.434.000 | 34.538.000€ |

VIII. CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

1.1. PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.1.1 | Implicar a la sociedad en la promoción de espacios sin humo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.2 | Fomentar los espacios públicos sin humo estableciendo un sistema de acreditación o reconocimiento por parte de la administración. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.3 | Realización periódica de campañas informativas sobre los beneficios de dejar de fumar, especialmente dirigidas a colectivos diana. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.4 | Promover alianzas con sectores profesionales y ciudadanos de cara a impulsar iniciativas a favor del no Consumo de tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |

1.2. PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.2.1 | Informar a los Jóvenes de los efectos negativos del tabaco y ventajas de su abandono. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.2 | Realizar campañas en los medios dirigidas a los jóvenes. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.3 | Introducir el tabaquismo en los programas escolares de educación para la salud | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.4 | Fomentar la oferta y actividades saludables. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

1.3. PREVENCIÓN EN EMBARAZADAS

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.3.1 | Introducir en los programas y actuaciones dirigidas a la embarazada la relación específica de las mujeres con el tabaco, considerando el embarazo y los anticonceptivos. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.2 | Sensibilizar a los profesionales de ginecología y matronas sobre los efectos del tabaco en el embarazo y las ventajas de su abandono. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.3 | Establecer líneas de colaboración con las oficinas de farmacia para proporcionar información a las embarazadas sobre las ventajas de no fumar. | | | | | | | | | | | | | | | | |

1.4. PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN LABORAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.4.1 | Realizar estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia, el consumo pasivo de tabaco en espacio de trabajo, las características del hábito tabáquico y las actitudes y conocimientos de la población trabajadora. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.2 | Realizar actuaciones de Información, sensibilización y concienciación en población trabajadora para promover la no iniciación, el abandono del hábito tabáquico. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.3 | Potenciar y desarrollando progresivamente la creación de "espacios sin humo", en el ámbito laboral. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--------|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |
| 1.4.4 | Agilizar y dar respuesta adecuada a las reclamaciones sobre el tabaco en el ámbito laboral. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.5 | Mantener la prohibición de fumar en los lugares donde exista mayor riesgo para la salud de quien trabaja por combinar la nocividad del tabaco con otro contaminante industrial (disolventes, colas, gases de motores, gases en laboratorios, etc.). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.6 | Establecer de manera progresiva el acuerdo de no fumar en las reuniones de los Comités de Seguridad y Salud, Juntas de personal, Consejos de Dirección. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.7 | Realizar la Señalización de prohibido fumar en las entradas y áreas de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.8 | Recabar la colaboración de las Direcciones de las distintas Administraciones, Sindicatos, miembros de los Comités de Seguridad y Salud, Comités de Empresa, Asociaciones Empresariales, Empresas para el inicio y desarrollo de programas de prevención de tabaquismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.9 | Incentivar a las empresas que incluyan el ambiente sin humo en sus políticas de calidad, con el fin de proteger la salud de los trabajadores. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.10 | Potenciar el cumplimiento de la legislación referida al consumo de tabaco en los Centros de Trabajo. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |
| 1.4.11 | Recomendar la inclusión del humo del tabaco como contaminante del ámbito laboral, en el grupo de contaminantes industriales junto con el ruido y otros cancerígenos e irritantes. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4.12 | Potenciar la formación del personal sanitario de los Servicios de Prevención en prevención y tratamiento del tabaquismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |

2.1. REGULACION DE LA PUBLICIDAD

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.1.1 | Regulación de la publicidad sobre el tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2.2. DISMINUIR LA ACCESIBILIDAD AL TABACO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.2.1 | Seguimiento Ley sobre Drogodependencias. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

2.3. IMPLICAR A LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.3.1 | Fomentar que las Administraciones Publicas, potencien la prevención del consumo de tabaco en jóvenes, favoreciendo e impulsando la practica deportiva y otras alternativas al ocio para los jóvenes. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3.2 | Fomentar que no se fume en las dependencias de la Administración. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3.3 | Fomentar que las Administraciones Publicas vigilen las condiciones de venta para que el tabaco no sea accesible a los jóvenes menores de 18 años. | | | | | | | | | | | | | | | | |

2.4. SEÑALIZACION DE CENTROS

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2.4.1 | Edición de carteles para la señalización de los centros. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.2 | Señalización de los centros sanitarios, sociosanitarios, educativos y dependencias administrativas de la Junta. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.3 | Impulsar la señalización de los centros públicos y privados. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |
| 2.5. AGILIZAR Y SIMPLIFICAR LOS PROCESOS SANCIONADORES SOBRE TABACO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.5.1 | Establecimiento de los procedimientos sancionadores de acuerdo con la legislación vigente sobre el tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.1 | Organizar cursos prácticos de corta duración sobre el tabaquismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.2 | Organizar cursos teórico prácticos de larga duración sobre el tabaquismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2. FORMACION A DOCENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2.1 | Organizar cursos sobre el tabaquismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3. FORMACION A ALUMNOS DE ESTUDIOS SUPERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3.1 | Organizar curso específico. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4. FORMACIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4.1 | Organizar curso específico. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

4.1. PROGRAMA DE DESHABITUACION A NIVEL DE ATENCION PRIMARIA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4.1.1 | Implantación del consejo médico en Atención Primaria. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.2 | Edición de Folletos Informativos para usar al dar el consejo médico. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.3 | Elaboración de la guía práctica para dejar de fumar. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.4 | Diseño e implantación del programa de deshabituación tabáquica en atención primaria. | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.2. PROGRAMA DE DESHABITUACION TABAQUICA A NIVEL DE ESPECIALIZADA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4.2.1 | Diseño e implantación del programa de deshabituación tabáquica en Atención Especializada. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2.2 | Constitución de las Unidades de Tratamiento Especializadas en Tabaquismo (UTET). | | | | | | | | | | | | | | | | |

4.3. PROGRAMA A NIVEL LABORAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4.3.1 | Elaborar el programa de deshabituación tabáquica de los Servicios de Prevención. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3.2 | Implantar el programa de deshabituación tabáquica de los Servicios de Prevención. | | | | | | | | | | | | | | | | |

5.1. UNIDADES MÓVILES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5.1.1 | Puesta en marcha de las unidades móviles. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |
| 5.2. CREACION DE COMITES DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2.1 | Creación de los comités en centros sanitarios. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2.2 | Creación de los comités en centros sociosanitarios. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3. PROGRAMA DE CESACIÓN TABAQUICA A TRAVES DE FARMACIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3.1 | Elaboración del programa de cesación tabáquica a través de las oficinas de farmacias. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3.2 | Implantación del programa en las farmacias que se adhieran al mismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.4. CONVENIOS CON ASOCIACIONES SIN ANIMO DE LUCRO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.4.1 | Elaborar programas con asociaciones sin animo de lucro que realicen actividades para ayudar a dejar de fumar. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

6.1. TELEFONO DE AYUDA AL FUMADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.1.1 | Puesta en marcha del Teléfono de información y ayuda al fumador. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

6.2. ESTABLECER PUNTOS DE INFORMACIÓN AL FUMADOR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.2.1 | Elaboración de Carteles informativos sobre el tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2.2 | Elaboración de Folletos informativos sobre el Tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2.3 | Establecimiento de los puntos de información en centros sanitarios. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2.4 | Establecimiento de los puntos de información en centros sociosanitarios. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2.5 | Establecimiento de los puntos informativos en centros privados de carácter no sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | | |

6.3. SUBVENCION DE LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.3.1 | Subvención de los tratamientos para dejar de fumar. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

6.4. ELABORACION DE ELEMENTOS AUDIOVISUALES SOBRE EL TABACO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.4.1 | Elaboración de videos informativos sobre el tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.4.2 | Elaboración de CD informativos sobre el tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.4.3 | Elaboración de DVD informativo sobre el Tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.4.4 | Elaboración de pins sobre el tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.4.5 | Elaboración de otros merchandising sobre el tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |

6.5. FOMENTAR EL ASOCIACIONISMO DE EX FUMADORES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.5.1 | Establecer Contacto con ex fumadores animándoles a constituirse en asociaciones. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.5.2 | Preferencia de trato a estas asociaciones en las convocatorias de subvenciones. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

6.6. FAVORECER LA EXISTENCIA DE CENTROS SIN TABACO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.6.1 | Diseño de la estrategia para impulsar la existencia de centros sin tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

6.7. CELEBRACION DEL DIA MUNDIAL SIN TABACO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 6.7.1 | Celebrar anualmente el día mundial sin tabaco. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

7.1. CREAR EL CONSEJO DE DIRECCIÓN DEL PLAN ANTITABACO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7.1.1 | Creación y puesta en funcionamiento del Consejo de Dirección. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

7.2. NOMBRAR COORDINADOR DEL PLAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7.2.1 | Nombrar al Coordinador del Plan de Prevención y tratamiento del tabaquismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| APDO | OBJETIVOS E INTERVENCIONES | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 | 1-6 | 7-12 |

7.3. NOMBRAR RESPONSABLES PROVINCIALES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7.3.1 | Nombrar a los responsables del Plan en cada provincia. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

7.4. CREAR COMITÉ EJECUTIVO REGIONAL DEL PLAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7.4.1 | Creación y Puesta en funcionamiento del Comité Ejecutivo Regional del Plan. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

8.1. SUBVENCIONES A LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TABAQUISMO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8.1.1 | Financiación preferente de los proyectos de investigación sobre el Tabaquismo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

9.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9.1.1 | Diseño del Sistema de Información del Plan. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.1.2 | Puesta en marcha del Sistema de Información. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.1.3 | Diseño del Sistema de evaluación del Plan. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.1.4 | Evaluación del Plan. | | | | | | | | | | | | | | | | |

IX. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Barrueco, M.; y Hernández, M.A. (2001). Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Ediciones Pauan, S.L.
2. González Gil, S. Conversaciones con un cigarrillo. Editorial Libertarias.
3. Jané, M.; Pardell, H.; Saltó, E.; Sollerias, L.; Ayesta, F.; de la Rosa, L.; Alonso, S.; Plaza, M.D.; y Marín, D. (2001). En profundidad: Mujer y tabaco. *Prev. Tab.* 3 (3): 147 – 177.
4. Jiménez Mas, F.; Gotor Ciller, M.I., *et al.* (2001). Tratamiento multicomponente del tabaquismo... *Prev. Tab.* 3 (3): 132 – 137.
5. Jiménez Ruiz, C.A.; *et al.* (1997). Aproximación al tabaquismo en España. Barcelona.
6. Jiménez Ruiz, C.A.; González de Vega, J.M.; *et al.* (1995). Manuales SEPAR. Volumen 1: Tabaquismo. Madrid, Aula Médica.
7. Pardell, H.; Jané, M.; *et al.* (2002). Manejo del fumador en la clínica. Organización Médica Colegial. Ars médica. Barcelona.
8. Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo (BOE: 9 – 3 – 88). Sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud.
9. Sánchez Agudo, L.; y Pérez Trullén, A. Todo lo que usted siempre quiso saber sobre el tabaquismo... SEPAR. Laboratorio Ciba.

10. Solbes, A.; Marco, M.T.; *et al.* (1998). Cómo ayudar a su paciente a dejar de fumar. Sta. Cruz de Tenerife, Servicio Canario de Salud.
11. C.A. Jiménez, J.M. González, C. Escudero, A. García, J. Roca, S. Solano, A. Pérez. Manuales Separ. Tabaquismo 1995.
12. La Epidemia del Tabaquismo. Los Gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC 20037, EUA 2000
13. D. Simpson. Los Médicos y el Tabaco. Tobacco Control Resource Centre. Comisión Europea 2000.
14. M. Ann, G. Emmanuel, N,Sharma, D. Fakhrabadi. Tobacco Control Country Profiles. The American Cancer Society, Inc Atlanta, Georgia 2000.
15. Tobacco Or Health: A Global Status Report. World Health Organization . Geneva 1997.
16. Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco. 1997-2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. 1999.
17. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo Salud para todos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.
18. Plan Regional de Drogas de Castilla la Mancha. Encuesta Escolar .año 2000.
19. Plan Regional de Drogas de Castilla la Mancha. Encuesta Domiciliaria. Año 2001.

X. RELACION DE PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DE ESTE PLAN

| | |
|-------------------------------------|---|
| JOSE ANTONIO DEL AMA MANZANO | Coordinador del Grupo |
| CARLOS ALONSO SANZ | Psicólogo |
| CRISTINA DE CASTRO MESA | Médico de Familia |
| FELICIDAD SÁNCHEZ CASTRO | ATS/DUE |
| FERNANDO GUTIERREZ MUÑOZ | Médico |
| FERNANDO JIMÉNEZ MAS | Médico |
| FRANCISCO JOSE HIGUERAS LOPEZ | Farmacéutico |
| JESÚS MARINEZ MORATALLA | Neumólogo |
| JOSE ANTONIO ALDAZ ARMENDARIZ | Psicólogo |
| JOSE LUIS DIAZ MAROTO MUÑOZ | Médico de Familia |
| JUAN CARLOS BARBERO GARCIA | Médico Estomatólogo |
| LUIS RODRÍGUEZ PADIAL | Cardiólogo |
| MAITE MOCIÑOS MAYORAL | ATS/DUE |
| MIGUEL MORENO SANZ | Medicina del Trabajo |
| MÁXIMA LIZAN GARCIA | Medicina. Preventiva |
| PILAR PECES JIMÉNEZ | Médico |
| RICARDO ABENGOZAR MUELA | Médico de Familia y Esp. en Alergología |
| SEBASTIÁN SÁNCHEZ SERRANO | Medicina del Trabajo |
| ROSA M ^a DE PAZ VELASCO | Apoyo Administrativo |

Asimismo, agradecemos a los múltiples compañeros y compañeras, así como a todas las personas, que nos han realizado sugerencias interesantes y útiles y que sobre todo nos han mostrado su apoyo y cariño en el desarrollo de este Plan.

Noviembre de 2002.