Cantabria 2012-2016

PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

Dirección General de Salud Pública

Cantabria 2012-2016

PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

Edita
Gobierno de Cantabria
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Dirección General de Salud Pública

Maquetación e Impresión
Imprenta Regional de Cantabria

Depósito Legal
SA-724-2012

PRESENTACIÓN

EL tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que tiene que afrontar nuestra Comunidad. Es responsable de la muerte de dos personas cada día en nuestra región y hasta la mitad de los fumadores acabarán falleciendo por una enfermedad relacionada con el tabaco. A este escenario hay que añadirle el gran número de patologías que se producen por la exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco.

Cada día es mayor la evidencia científica del daño para la salud y del coste económico que conlleva el consumo de tabaco. Daña la salud de quienes lo fuman y daña la salud de quienes no lo hacen pero están cerca, especialmente de los niños. Y sabemos que su consumo no es una elección, es una poderosa dependencia. La verdadera elección es entre el tabaco y la salud.

Tenemos evidencia incuestionable de este problema y tenemos instrumentos de probada eficacia para luchar contra él. Naciones Unidas ha declarado recientemente que reducir el consumo de tabaco tiene considerables beneficios sanitarios, tanto para el individuo, como para el país.

En el momento actual, con un mundo en plena crisis económica, con el envejecimiento de la población en países como el nuestro, el aumento de las enfermedades crónicas y el alza de los costes de la asistencia sanitaria, abordar una causa de enfermedad y muerte tan enorme, como totalmente prevenible se hace imperativo.

Cantabria está comprometida desde hace ya muchos años con el abordaje del tabaquismo, conscientes como somos las instituciones públicas de que podemos y debemos implementar medidas necesarias y eficaces para reducir este problema de salud. Este ***III Plan de Prevención y Control del Tabaquismo*** *tiene como objetivo continuar con la labor iniciada tanto en el ámbito de la prevención, como en el asistencial, reforzando y ampliando la excelente tarea que vienen desarrollando los diferentes profesionales implicados, a los que quiero transmitir mi agradecimiento por su sensibilidad y constancia.*

El problema es enorme y los esfuerzos para resolverlo deben ser firmes y perseverantes, aunando el trabajo de todos los profesionales, sociedades científicas, sindicatos, organizaciones no gubernamentales y, lo más importante, con el apoyo y respaldo de todos los ciudadanos. Porque la protección de la salud es, además de nuestra obligación, un gran beneficio para el presente y para el futuro de nuestra sociedad.

Mª José Sáenz de Buruaga Gómez
CONSEJERA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN 13

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL 21

El inicio 24
El consumo 29
La exposición al humo ambiental de tabaco 34

MARCO NORMATIVO 37

LÍNEAS TRANSVERSALES 45

ÁREAS DE ACTUACIÓN 51

1. Prevención 53
2. Humo ambiental de tabaco 57
3. Abordaje del consumo de tabaco 62
4. Formación 67
5. Investigación 70

EVALUACIÓN 75

FINANCIACIÓN 87

BIBLIOGRAFÍA 91

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN 101

JUSTIFICACIÓN

El tabaco es la causa aislada de mortalidad más prevenible en el mundo. En la actualidad, más de 1000 millones de personas fuman tabaco, aproximadamente la cuarta parte de la población adulta. Este consumo es responsable de más de cinco millones de muertes cada año.

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Fumar produce cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular, cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, así como leucemia, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aborto y parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, entre otras enfermedades. El consumo de tabaco produce también perjuicios económicos para las familias y los países debido a los salarios que dejan de percibirse, la reducción de la productividad y el aumento en los costes de la asistencia sanitaria.

El número de personas que muere cada año en España como consecuencia del consumo de tabaco representa el 16% de todas las muertes ocurridas en la población mayor de treinta y cinco años. En Cantabria, en el año 2006, alcanzó el 16,8% (6% del total de las muertes de mujeres y 21% de las de hombres). Es de resaltar que de estas muertes el 33,42% en hombres y el 40% en mujeres se producen entre los 35 y los 65 años, lo que implica un importante número de años potenciales de vida perdidos.

Asimismo, hay evidencia científica de que la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) es causa de mortalidad, enfermedad y discapacidad. La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que la exposición al aire contaminado por humo de tabaco es carcinogénica en los seres humanos.

Con frecuencia, y de forma equivocada, se considera que el consumo de tabaco es una opción exclusivamente personal. Contradice esta percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar su hábito cuando adquiere plena conciencia de los efectos del tabaco en su salud, aunque les resulte difícil dejarlo debido a que la nicotina es muy adictiva. Además, una industria poderosa a nivel mundial gasta decenas de miles de millones de euros anualmente en su comercialización, y se sirve de grupos de presión y publicistas muy cualificados para mantener e incrementar el consumo de tabaco.

Se ha demostrado que hay estrategias eficaces para reducir el tabaquismo. Sin embargo, más de 50 años después de que los peligros del tabaco para la salud quedaran demostrados científicamente, y más de 20 años después de que la

evidencia confirmara los riesgos que entraña el humo ambiental de tabaco, son muy pocos los países que han aplicado estrategias eficaces y reconocidas para controlar esta epidemia.

Estas estrategias están recogidas en el plan de medidas MPOWER, basado en las disposiciones establecidas por el *Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT),* ratificado por España el 30 de diciembre de 2004. Este convenio es el documento clave de salud pública internacional para el control del tabaco. Las partes que lo ratifican se comprometen a proteger la salud de sus ciudadanos implantando las medidas de control necesarias.

Las estrategias que propone el MPOWER y que han demostrado reducir el consumo de tabaco son:

Monitor: vigilar el consumo de tabaco.

Protect: proteger a la población del humo de tabaco.

Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.

Warn: advertir de los peligros del tabaco.

Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.

Raise: aumentar los impuestos al tabaco.

El paquete de medidas MPOWER es parte integrante del Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). Estas son la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad en la Región Europea de la OMS. Hay un reconocimiento cada vez mayor de esta carga y del alcance de la prevención y el control de las ENT, junto con un creciente entendimiento de la importancia de un abordaje intersectorial. El Plan de Acción para implementar la Estrategia Europea para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2016 tiene como objetivo evitar la muerte prematura y reducir significativamente la carga de enfermedad debida a ENT mediante una acción integral, mejorando la calidad de vida y haciendo la esperanza de vida saludable más equitativa en y entre los Estados miembros. En Europa, las ENT son responsables del 86% de las muertes y del 77% de la carga de enfermedad, aumentando la presión sobre los sistemas sanitarios, el desarrollo económico y el bienestar de amplios sectores de población, en particular de la población mayor de 50 años.

Al mismo tiempo, las ENT son responsables de una gran parte de las crecientes desigualdades en salud que se han observado en muchos países, mostrando un fuerte gradiente socieconómico y diferencias de género. Además, recientemente ha habido gran preocupación porque los factores de riesgo de las ENT afectan cada vez más a los grupos de población más jóvenes, con considerables consecuencias sobre las tendencias de salud pública en Europa en el futuro.

Aunque muchas ENT crónicas merecen atención, un grupo de cuatro enfermedades (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y sus factores de riesgo compartidos (consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol, inactividad física y dieta poco saludable) son responsables de la mayoría de la enfermedad y mortalidad prevenible en la Región Europea de la OMS. Estos cuatro grupos también comparten determinantes comunes que son influenciados por políticas en un rango de sectores, desde la agricultura y la industria de la alimentación a la educación, el medio ambiente y la planificación urbanística.

Existen intervenciones coste-efectivas y basadas en la evidencia para prevenir y controlar las ENT a nivel local, regional y nacional. Estas podrán tener profundos beneficios económicos, sociales y sanitarios. El Plan de Acción pone como ejemplo de intervenciones coste-efectivas para reducir el riesgo de ENT, que son asequibles y pueden prevenir millones de muertes prematuras cada año, las medidas para el control del consumo de tabaco y del consumo perjudicial de alcohol, y la reducción de la ingesta de sal.

En Cantabria, la base para la prevención y el control del tabaquismo fue la creación en el año 1991 del Plan Autonómico sobre Drogas y la posterior publicación de la *Ley 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias.* Sobre este marco normativo, en el año 2004 se publica el I Plan de Prevención y Control del Tabaquismo, que establece como principales objetivos la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco y la protección de la población del humo ambiental de tabaco. Este Plan se desarrolló entre los años 2004 y 2007. Continuando el camino iniciado, se aprobó el II Plan de Prevención y Control del Tabaquismo 2008-2011, desarrollando otras medidas de probada eficacia recomendadas por el paquete MPOWER.

Durante estos años, uno de los avances más significativos ha sido el cambio normativo referente a la restricción de la venta, prohibición total de la publicidad y el patrocinio de los productos del tabaco y prohibición de fumar en todos los espacios públicos cerrados mediante la Ley 28/2005 y su modificación Ley 42/2010. Algunos aspectos de estas leyes han dificultado su interpretación,

y, por tanto, su desarrollo y observancia. Aún así, Cantabria ha conseguido un gran avance en su cumplimiento, gracias a una importante labor inspectora y a las diversas actuaciones de información y sensibilización de la ciudadanía sobre los riesgos tanto del consumo de tabaco como de la exposición al humo ambiental.

El principal objetivo de esta normativa, reducir la exposición de la población al humo ambiental de tabaco, se corresponde con uno de los objetivos generales de los planes de Cantabria. Cuantificarlo es complicado, pero según una encuesta de opinión realizada por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales en centros sanitarios de toda la Comunidad durante la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, los años 2009, 2010 y 2011, el porcentaje de personas que no están expuestas al HAT ha aumentado un 12% en el lugar del trabajo y un 20% en otros lugares públicos, reflejo, sin duda, de la modificación de la ley que extiende la prohibición de fumar a los establecimientos de hostelería.

Es difícil saber en qué grado como resultado de las actuaciones de sensibilización realizadas, y en cuál como efecto de la normativa que desnormaliza la conducta de fumar, se ha producido un descenso tanto de la exposición al HAT en el hogar de las personas encuestadas, como de quienes fuman en casa en presencia de menores de 16 años. Además, el 83% de los entrevistados en el año 2011 considera que respirar humo ambiental de tabaco es perjudicial para la salud y que tiene que haber medidas para reducir el consumo.

Respecto al objetivo de reducir la prevalencia del consumo de tabaco en nuestra Región, el desarrollo de las distintas líneas de actuación ha sido desigual.

Prevenir el consumo de tabaco en la infancia y la juventud es imprescindible para reducir la prevalencia y acabar con esta epidemia. Los dos objetivos fundamentales son conseguir que los menores no prueben el tabaco y que los que lo prueban lo hagan lo más tarde posible. Entre las medidas de demostrada eficacia para lograr estos objetivos, algunas son de carácter nacional como el aumento del precio del tabaco, la prohibición de la publicidad y el patrocinio de los productos del tabaco, el establecimiento de espacios libres de humo o las advertencias sanitarias en las cajetillas. En estos últimos años, España ha dado un gran paso con unas medidas legislativas que colocan a nuestro país entre los más avanzados a nivel mundial en la creación de espacios libres de humo. Y aunque se ha avanzado en el aumento del precio de los productos del tabaco, aún somos uno de los países de nuestro entorno con precios más bajos. En cuanto a las medidas que es posible llevar a cabo a nivel comunitario, la principal estrategia que se ha llevado a cabo en Cantabria ha sido la promoción de estilos de vida saludables, potenciando la prevención del consumo

de tabaco tanto con programas específicos como "Clase sin humo", como generales como "Órdago" o "En familia". Estos programas escolares, junto con actividades de sensibilización realizadas en el tiempo de ocio han conseguido que la edad de inicio en el consumo se haya retrasado de los 13 años en 2004 a los 13,5 años en 2010, según datos de la Encuesta Escolar. No se ha conseguido retrasar la edad de inicio en el consumo diario, que sigue estando por debajo de los 15 años marcados como objetivo, pero sí se ha producido un importante descenso en la prevalencia de estudiantes de 14 a 18 años que inician este consumo, disminuyendo del 29,6% en el 2004 al 12,9% en el 2010.

Durante los últimos ocho años se han realizado importantes esfuerzos para promover en la población fumadora de Cantabria el abandono del consumo de tabaco. Aunque su repercusión en las cifras de prevalencia de consumo es pequeña, su importancia en reducción de la morbimortalidad a corto y medio plazo es muy importante. Por este motivo, cada una de las actuaciones realizadas desde el Plan trabaja en esta dirección, tanto aportando información como tratando de aumentar el número de recursos y mejorar su eficacia y su eficiencia.

La atención sanitaria a la persona fumadora desde el Servicio Cántabro de Salud se ha establecido y reforzado: el abordaje del tabaquismo fue incluido en la Cartera de Servicios en 2005 y en los centros de salud se han tratado desde entonces a más de 25 000 personas, ofreciéndose en la actualidad deshabituación en modalidad individual y grupal. Asimismo la Unidad de Deshabituación Tabáquica, creada para dar respuesta a las necesidades de aquellos fumadores que precisan una atención más específica, especializada e intensiva, así como para servir de instrumento de formación y de investigación en todo lo relacionado con la dependencia al tabaco, ha atendido desde su creación en el año 2006 a casi 3000 personas. Además, un conjunto de actuaciones como la organización de grupos para dejar de fumar dirigida a poblaciones modélicas (profesionales sanitarios, docentes, personal de la Administración…) realizados por la propia Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, la realización de programas radiofónicos, el apoyo a los sindicatos, las charlas dirigidas a poblaciones especiales, etc., ha dado como resultado un importante aumento en el número de personas que dejan de fumar en nuestra Comunidad, superando las expectativas planteadas.

El Plan se ha convertido en la referencia para el tratamiento en Cantabria al realizar actuaciones como formación de diferente intensidad para los profesionales, desarrollo y distribución del material tanto de apoyo para dejar de fumar como de sensibilización a los centros de salud, y asesoramiento técnico.

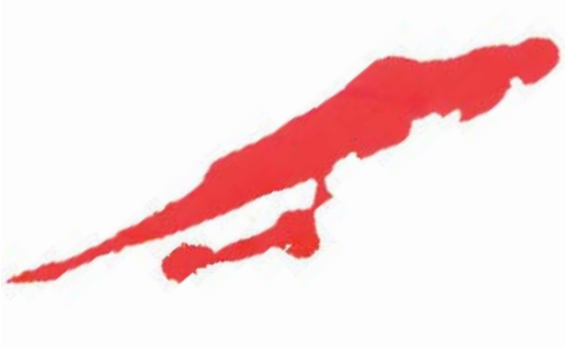
La asignatura pendiente es el registro y consejo para dejar de fumar en toda la atención especializada y el tratamiento de los pacientes hospitalizados. En el año 2011 se sentaron las bases para el abordaje hospitalario del consumo de tabaco con la realización de un Estudio piloto en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Tanto para llevar a cabo las actuaciones mencionadas como para reforzar el papel modélico, educador y social de los colectivos implicados, se ha desarrollado una formación acreditada, específica para cada colectivo, que se organiza con carácter anual. Cursos, talleres y jornadas de intercambio dirigidas a profesionales sanitarios; cursos de modalidad mixta, presencial y on-line, dirigidos a docentes y agentes educativos del tiempo libre; diseño y edición de manuales formativos, y organización de congresos y jornadas han tenido una amplia participación y mantienen el nivel de calidad conseguido por los distintos programas al posibilitar una actualización constante.

Por último, conscientes de la necesidad de conseguir información y realizar trabajos de investigación para poder evaluar el impacto de las medidas implantadas e introducir los ajustes oportunos, así como para poder transmitir a la población la magnitud del problema de forma clara y veraz, se han realizado encuestas y estudios tanto sobre el consumo de tabaco como de la exposición al humo ambiental de tabaco.

La experiencia adquirida durante estos años refrenda las medidas pautadas por los organismos internacionales. Hemos aprendido que para frenar esta epidemia se requiere un firme compromiso político y la participación de la sociedad civil; que hay que aplicar políticas e intervenciones de control del tabaco de eficacia demostrada, basadas en datos recogidos en encuestas sistemáticas, con una rigurosa vigilancia a fin de evaluar su impacto; y que las medidas deben aplicarse con un alto nivel de cobertura porque la aplicación parcial suele ser insuficiente para reducir el consumo de tabaco entre la población.

Con el fin de establecer unos objetivos a corto plazo, realistas y factibles, se publica este Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria 2012-2016 convencidos de que la disminución del consumo de tabaco en nuestra Comunidad añadirá años de vida y calidad de vida a nuestros ciudadanos.



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Para analizar la situación tanto del consumo de tabaco como de la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT), se han utilizado las siguientes fuentes:

- Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (ESTUDES), que analiza el consumo en población escolar de 14 a 18 años.

- Encuesta Domiciliaria sobre la Incidencia del Consumo de Drogas (EDADES), realizada en población general de 15 a 64 años.

Tanto la Domiciliaria como la Escolar son encuestas realizadas por el Plan Nacional Sobre Drogas, ambas de carácter bienal en años alternativos, con el fin de obtener información sobre el consumo de drogas tanto ilegales como legales.

En Cantabria, con la finalidad de planificar y evaluar las estrategias a llevar a cabo, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, a través de la Dirección General de Salud Pública, aumenta las muestras de estas encuestas para que los resultados sean representativos.

- Encuesta Social de Cantabria, que se realiza en población mayor de 15 años. Declarada estadística oficial de Cantabria en la *Ley de Cantabria 3/2008, de 24 de noviembre, del Plan Estadístico 2009-2012*.

- Encuesta Europea de Salud 2009, realizada en población de 16 y más años. Es una investigación de periodicidad quinquenal cuyo objetivo principal es obtener datos sobre el estado de salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, de manera armonizada y comparable a nivel europeo. La Encuesta Europea de Salud se ha llevado a cabo en 18 países de la Unión Europea. En el caso de España, la ha realizado el Instituto Nacional de Estadística (INE) en virtud del Convenio de Colaboración establecido entre el INE y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Estudio de opinión del Día Mundial Sin Tabaco, realizado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, a población que acude a centros sanitarios de la región.

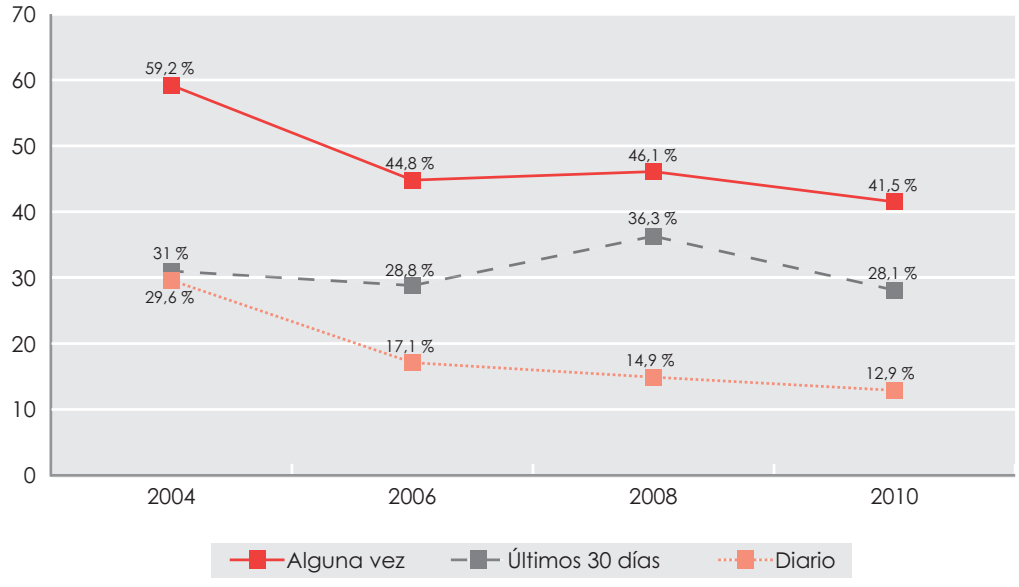
- Barómetro Sanitario. Estudio de opinión que, desde 1995, realiza cada año el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad mediante un convenio de colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS]. Desde el año 2006, se pregunta por el grado

de acuerdo con cuatro aspectos directamente relacionados con la *Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.*

- Base de datos del Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas del Gobierno de España.

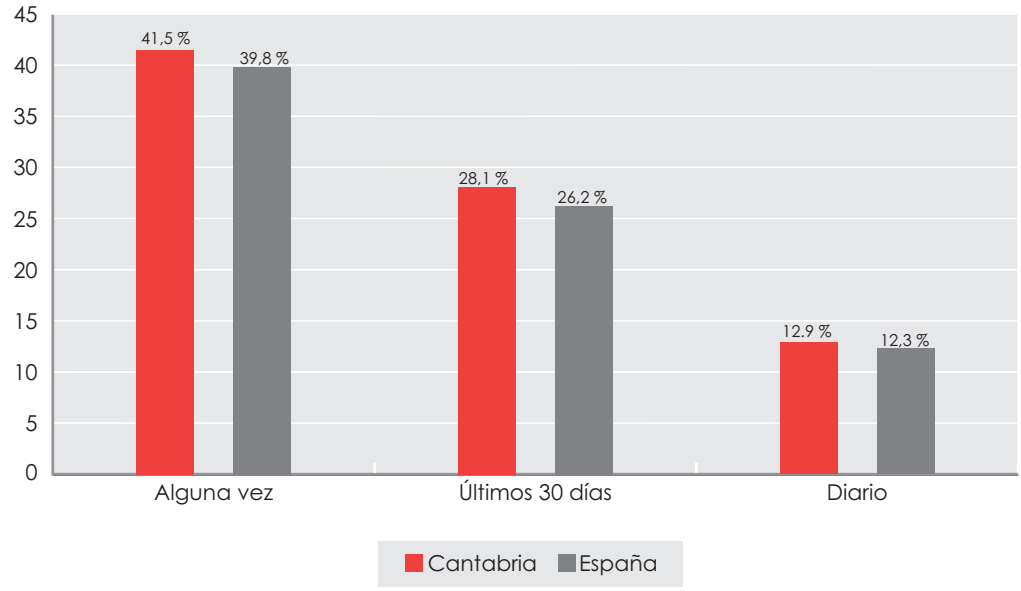
El inicio

En el año 2010, el 41,5% de los estudiantes entre 14 y 18 años habían probado el tabaco, habiéndose producido una disminución progresiva desde el año 2004 en que el porcentaje de adolescentes de esta edad que habían fumado alguna vez era del 59,2%. Esta disminución también se ha producido en el porcentaje que ha consumido tabaco en el último mes (con un descenso de casi 3 puntos) y en el consumo diario (con un descenso de 16,7 puntos). *(Gráfica 1).*



Gráfica 1. Evolución del consumo de tabaco. Cantabria 2004-2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

Como podemos observar en la *Gráfica 2,* en los tres tipos de consumo, Cantabria presenta prevalencias algo superiores que a nivel nacional.



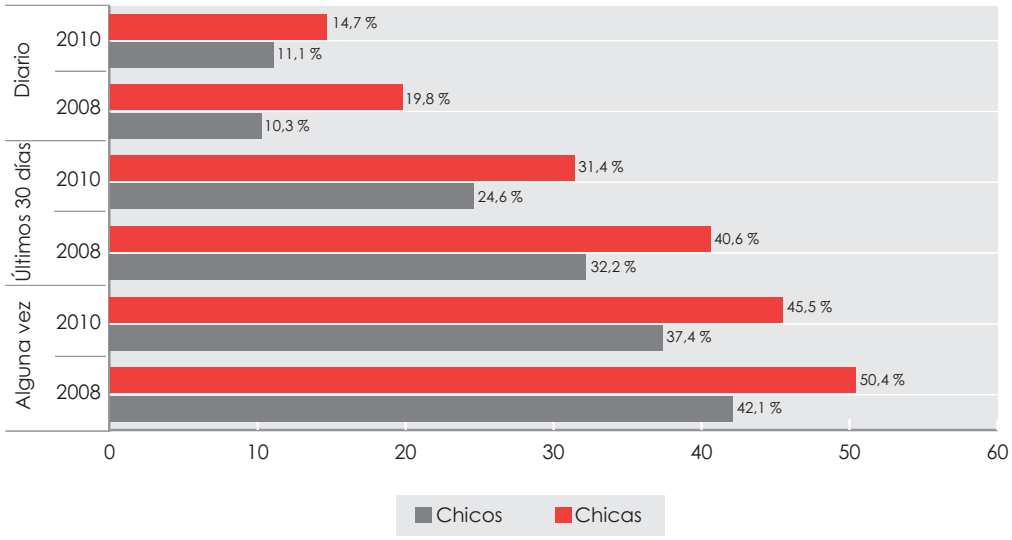
Gráfica 2. Consumo de tabaco. Cantabria - España 2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

El consumo aumenta a medida que lo hace la edad hasta los 17 años en que se alcanzan las máximas prevalencias para la experimentación (alguna vez) y el consumo ocasional, mientras que en el caso del consumo diario la máxima prevalencia se produce a los 18 años. *(Tabla 1)*.

Edad	Alguna vez	Ocasional	Diario
14	25,2	9,1	3,5
15	38,4	17,2	9,6
16	42,0	17,2	11,9
17	56,1	17,6	22,8
18	55,6	13,3	27

Tabla 1. Prevalencias de consumo de tabaco según edad. Cantabria 2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

Por sexo, las chicas, en el año 2010, al igual que en 2008, presentan mayores prevalencias de consumo que los chicos, aunque las diferencias entre sexos disminuyen a medida que el consumo se hace más frecuente. *(Gráfica 3)*.

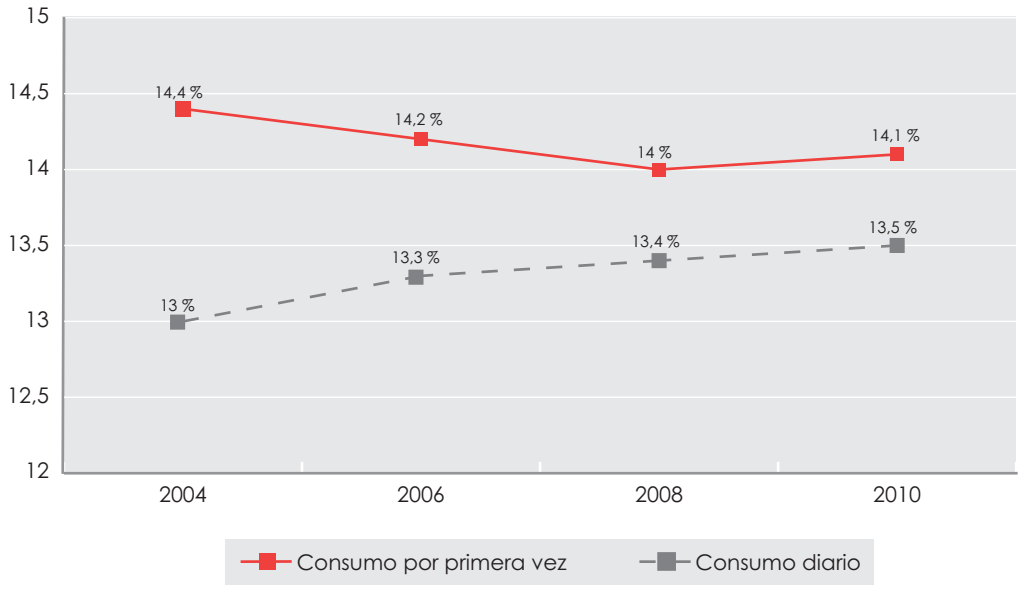


Gráfica 3. Consumo de tabaco según sexo. Cantabria 2008-2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

Otro de los factores que introduce diferencias en cuanto a las prevalencias de consumo es el tipo de estudios y la titularidad del centro en el que está matriculado el alumnado. Estas son superiores en los centros de titularidad pública y entre el alumnado de ciclos formativos de grado superior, que presenta una mayor prevalencia de consumo en los tres indicadores. El alumnado de ESO es el que muestra una prevalencia menor.

La edad media de consumo de tabaco por primera vez es de 13,5 años, empezando las chicas un poco más tarde (13,6 años). Esta edad se ha ido retrasando desde el año 2004, en que era de 13 años.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo diario, es de 14,1 años, siendo igual para chicos que para chicas, habiéndose producido un pequeño descenso desde el año 2004 (14,4 años). *(Gráfica 4).*



Gráfica 4. Edad de inicio en el consumo de tabaco. Cantabria 2004-2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

Si analizamos cuando se produce el consumo experimental en población general, según la Encuesta Domiciliaria sobre la Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria 2009, el 61,6% prueba el tabaco entre los 15 y los 24 años. La continuidad en el consumo es elevada, ya que sigue fumando el 50,7% de los que lo prueban.

Una de las variables que influyen en el hecho de que los jóvenes decidan fumar o no es la actitud de los padres ante el consumo. Si analizamos la relación entre el consumo de tabaco actual y el permiso paterno o materno para fumar, se observa que ha fumado en los últimos 30 días un 64,4% del alumnado que cuenta con permiso paterno para fumar en cualquier sitio y el 72,7% de quienes lo tienen de su madre. *(Tabla 2)*.

Vemos que tanto el padre como la madre presentan patrones muy parecidos aunque hay una mayor permisividad por parte de las madres entre quienes consumen.

		No consume	Consume
PADRE	No me lo permite en absoluto	78,2	21,8
	Me lo permite en cualquier sitio	35,6	64,4
	Me lo permite pero no en casa	44,8	55,2
MADRE	No me lo permite en absoluto	79,4	20,6
	Me lo permite en cualquier sitio	27,3	72,7
	Me lo permite pero no en casa	39,6	60,4

Tabla 2. Consumo de tabaco en los últimos 30 días según el permiso de los padres para fumar. Cantabria 2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

Al analizar si existe o no relación entre el hecho de que fume alguna de las personas con las que conviven los estudiantes y el consumo de tabaco que estos presentan, se advierte que cuando conviven con personas fumadoras el 34,7% fuma, mientras que si ninguna de las personas con las que conviven fuman, solo fuma el 21,8%. *(Tabla 3)*.

	No consume	Consume
No	78,2	21,8
Sí	65,3	34,7
Vives en un centro educativo	35,2	64,8
Vives solo/a	66,0	34,0

Tabla 3. Consumo de tabaco en los últimos 30 días según el permiso de los padres para fumar. Cantabria 2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

El consumo de tabaco que realiza el grupo de iguales es otra influencia importante. Así entre los jóvenes cuyos amigos no han fumado en los últimos 30 días o lo han hecho sólo unos pocos, el 87,9% no fuma actualmente; mientras que el 12,1% reconoce haber fumado en el último mes. Este porcentaje de fumadores asciende hasta el 55,5% entre los estudiantes cuyos amigos fuman casi todos o la mayoría. *(Tabla 4)*.

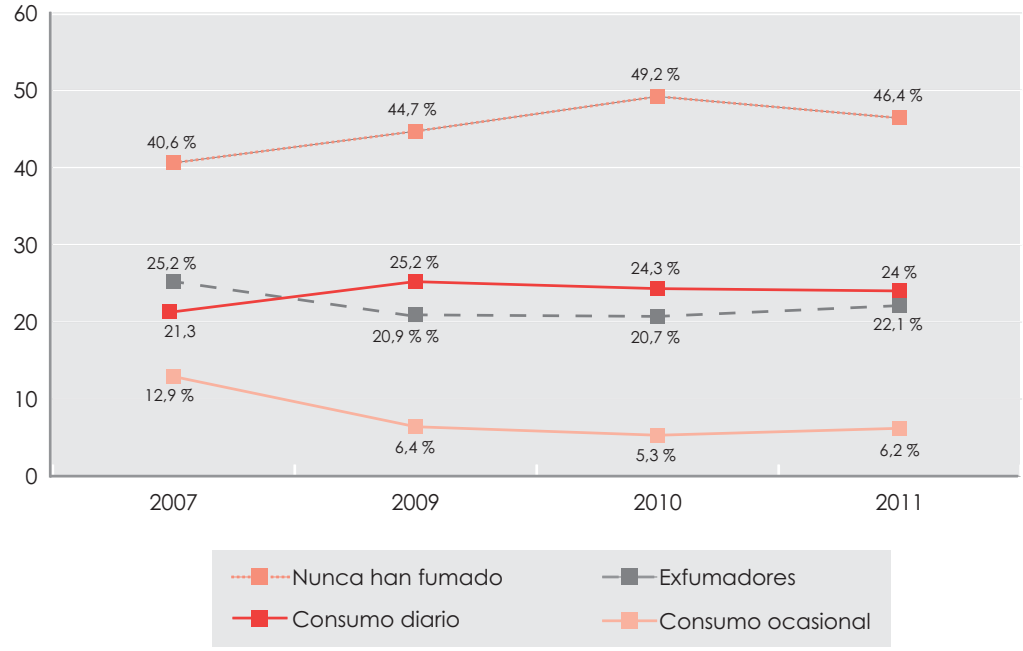
	No consume	Consume
Ninguno, alguno, unos pocos	87,9	12,1
La mayoría, casi todos	44,5	55,5

Tabla 4. Consumo de tabaco en los últimos 30 días según el consumo de tabaco de los amigos. Cantabria 2010.
Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar

El consumo

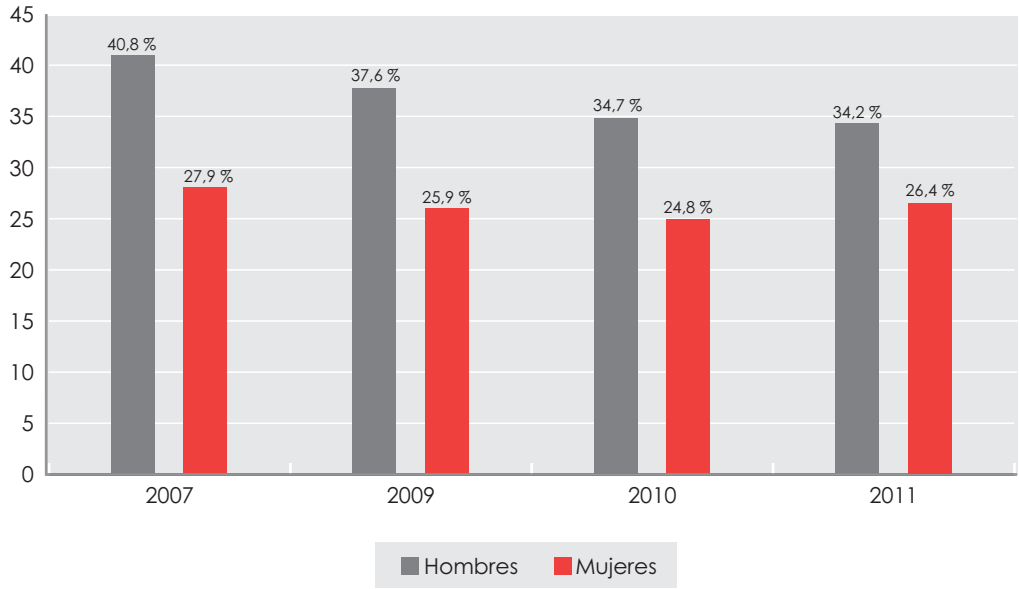
Frecuencia

En Cantabria, según datos recogidos por la Encuesta Social, en el año 2011 fumaba a diario el 24% de la población, un 6,2% mantenía un consumo ocasional y nunca había fumado el 46,4%. Al analizar la evolución desde el año 2007, se observa un aumento del consumo diario en el año 2009 que se ha ido reduciendo en años posteriores, mientras que el consumo ocasional se redujo hasta el año 2010, incrementándose en 2011. También es de destacar que el continuo incremento de las personas que nunca habían fumado da un giro en el año 2011, disminuyendo casi 3 puntos (del 49,2% en el 2010 al 46,4% en el 2011). *(Gráfica 5)*.



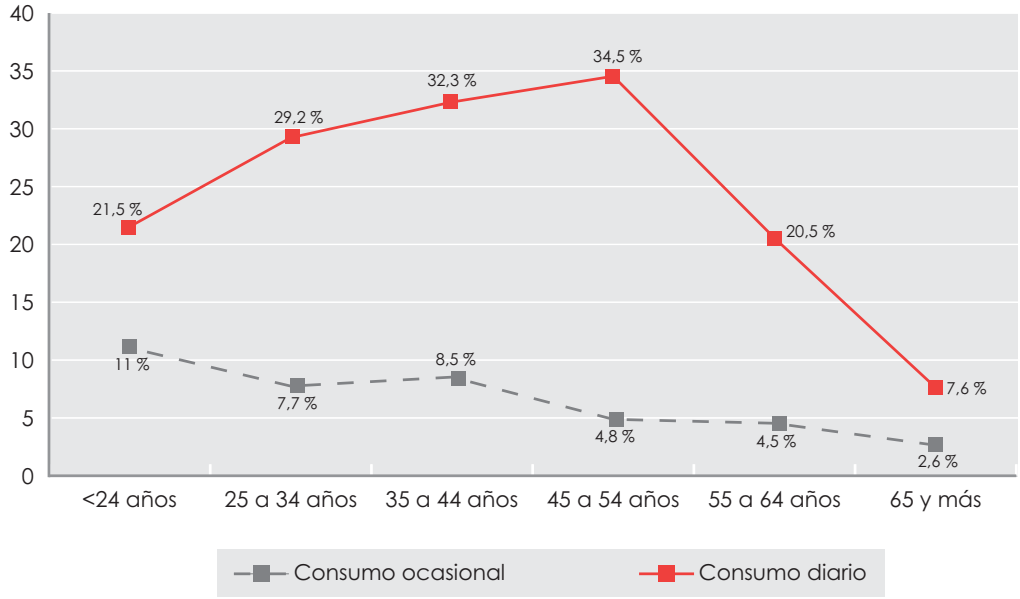
Gráfica 5. Evolución del consumo de tabaco. Cantabria 2007-2011.
Encuesta Social de Cantabria

Si analizamos estos resultados por sexo, la prevalencia de consumo de tabaco es superior en varones que en mujeres, pero se observa que el descenso en el consumo se produce fundamentalmente por la disminución de los varones fumadores, ya que el consumo en las mujeres ha disminuido menos entre los años 2007 y 2010, aumentando ligeramente en 2011. *(Gráfica 6)*.



Gráfica 6. Evolución del consumo de tabaco según sexo. Cantabria 2007-2011.
Encuesta Social de Cantabria

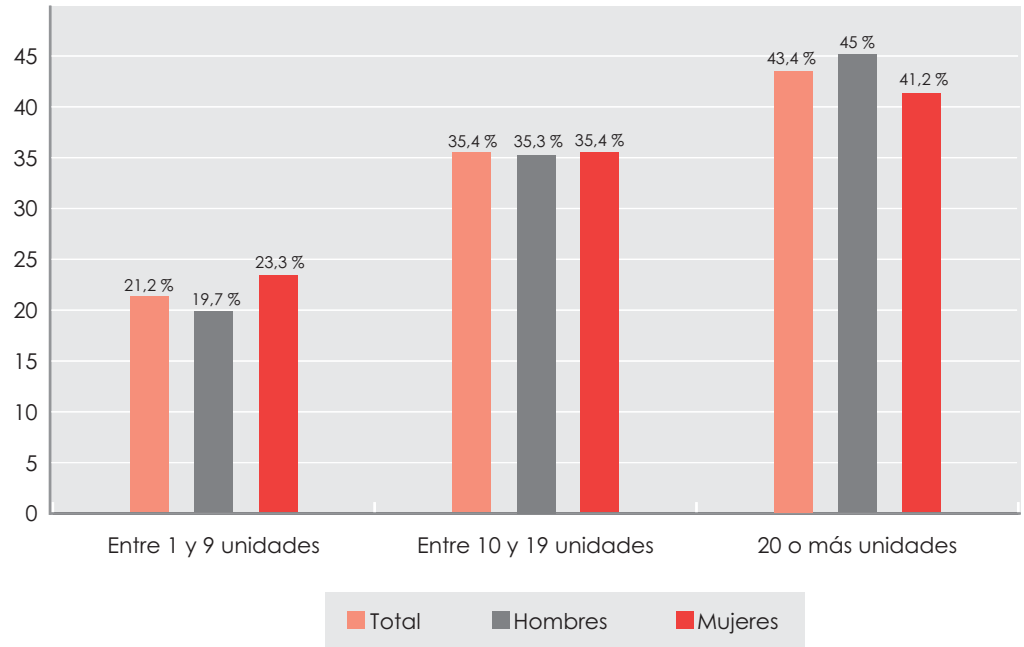
En cuanto al consumo por grupos de edad, las mayores prevalencias de consumo diario se producen entre los 35 y los 54 años, descendiendo posteriormente de manera importante. *(Gráfica 7)*.



Gráfica 7. Consumo de tabaco según grupos de edad. Cantabria 2007-2011.
Encuesta Social de Cantabria

Intensidad

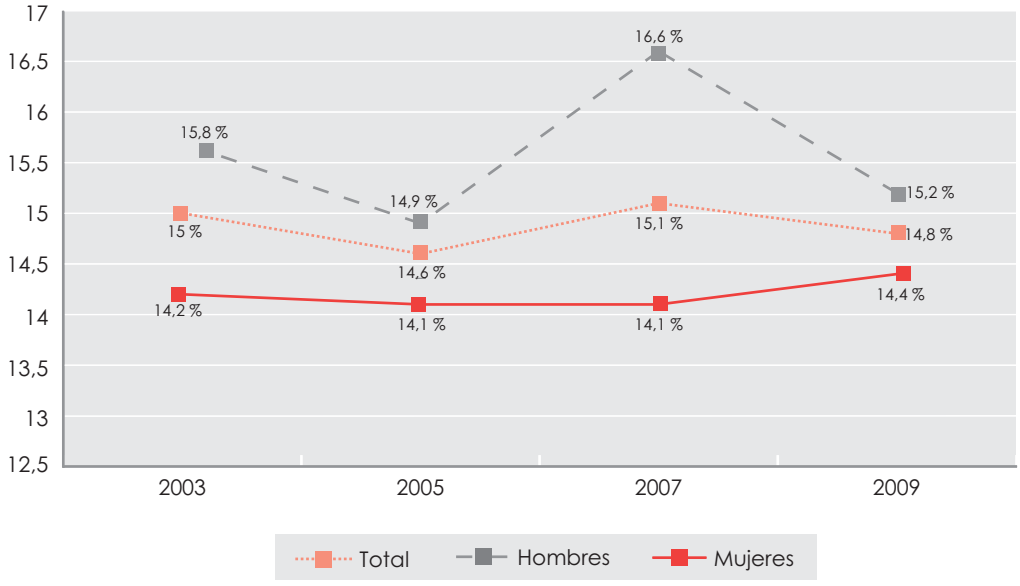
En nuestra Comunidad, según la Encuesta Europea de Salud 2009, el 56,6% de los fumadores diarios consumen menos de 20 cigarrillos al día y el 43,4% más de 20, tanto manufacturados como elaborados con tabaco de liar, con una ligera tendencia a consumir un menor número de cigarrillos las mujeres. *(Gráfica 8)*.



Gráfica 8. Número de cigarrillos consumidos al día por los fumadores diarios. Cantabria 2009.
Encuesta Europea de Salud

En resultados de la encuesta no disgregados por comunidades, los datos revelan que cuanto mayor es el nivel educativo, menor proporción de fumadores consumen por encima de 20 cigarrillos al día. También resulta destacable que fuman el 46,6% de las personas en situación de desempleo, el 36,6% de aquellas con una incapacidad laboral y el 34,9% de quienes están trabajando. De esta manera, el tabaco agrava la situación de desigualdad de manera inmediata por el coste del tabaquismo, puesto que el dinero que se gasta en tabaco no se emplea en necesidades básicas como la comida, la educación, o la sanidad; y porque quienes tienen menor nivel educativo y peor situación laboral, además, tienen mayor riesgo de enfermar y morir prematuramente ya que fuman en mayor proporción y más cantidad.

En cuanto a la evolución que ha sufrido la intensidad del consumo en los últimos años, en población de 15 a 64 años, se ha producido una disminución de la media del número de cigarrillos fumados al día en 2009 respecto a 2003, aunque se produjo un aumento importante del consumo en hombres en el año 2007. *(Gráfica 9)*.



Gráfica 9. Evolución del número de cigarrillos fumados al día. Cantabria 2003-2009.
Encuesta Domiciliaria sobre la Incidencia del Consumo de Drogas

Una medida indirecta de la intensidad del consumo es las cifras de ventas de tabaco que publica el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En Cantabria, entre 2008 y 2011 se ha producido una disminución en las ventas de cajetillas de cigarrillos del 6,5%, 9,35% y 16,37% en años sucesivos. Se ha constatado mediante evidencia empírica que existe sustitución del consumo de cigarrillos manufacturados por otros productos del tabaco. La venta de picadura de liar ha aumentado entre el 2008 y el 2011 un 13,12%, un 74,3% y un 7%, incluso a pesar de la crisis económica. *(Tabla 5)*.

	2008	2009	2010	2011
Cigarrillos *(cajetillas de 20)*	57.314.259	53.571.077 (-6,5%)	48.562.249 (-9,35%)	40.610.318 (-16,37%)
Picadura de liar *(bolsas o latas)*	25.962	29.368 (+ 13,12%)	51.783 (+ 74,3%)	55.428 (+ 7%)

Tabla 5. Evolución de las ventas de tabaco. España 2008-2011.
Comisionado para el Mercado de Tabacos

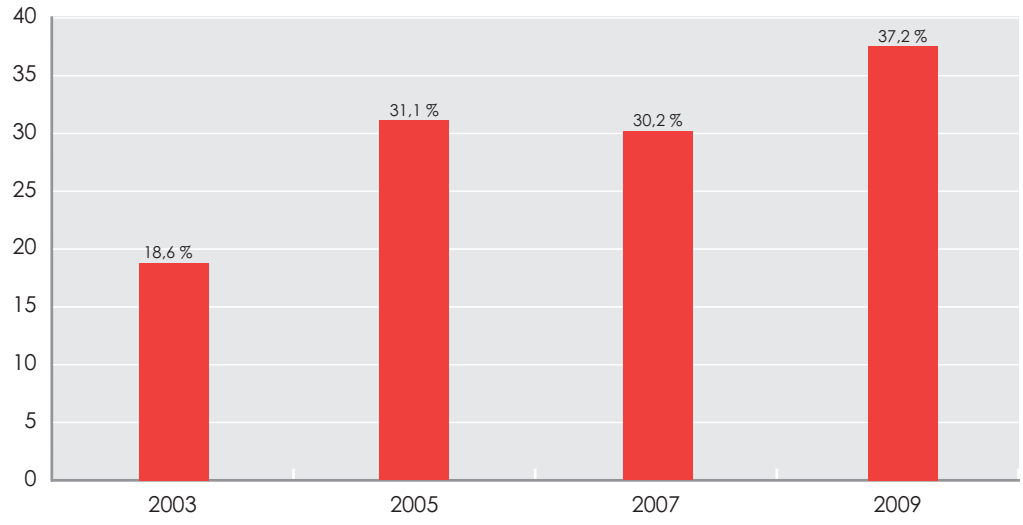
Por otra parte, en nuestra región, las ventas transfronterizas son un problema por el diferencial de precio, especialmente con el Reino Unido. Según datos de la Dirección General de Vigilancia Aduanera, en España, en el 2006, el 36% del tabaco vendido se destinó a turistas y visitantes.

En población de 15 a 64 años, el 39,7% afirma llevar más de un mes sin fumar, un 37,2% presenta una abstinencia por un periodo superior a un año y un 2,5% lleva más de un mes pero menos de un año sin fumar.

La proporción de los que llevan sin fumar más de un año es mayor entre los hombres (39%) que entre las mujeres (35,4%); igualmente es mayor el porcentaje de hombres que llevan sin fumar más de un mes pero menos de doce (3,3% frente a 1,8%).

Si tenemos en cuenta la edad, el porcentaje de quienes llevan sin fumar más de un mes pero menos de un año es mayor entre quienes tienen entre 25 y 34 años (4,3%), mientras que es más frecuente llevar un año sin fumar en población entre 55 y 64 años (57,9%).

El porcentaje de personas que han dejado de fumar en nuestra Comunidad se ha duplicado del año 2003 al 2009, pasando del 18,6% al 37,2%. *(Gráfica 10)*.



Gráfica 10. Evolución del porcentaje de exfumadores. Más de 1 año sin fumar. Cantabria 2003-2009.
Encuesta Domiciliaria sobre la Incidencia del Consumo de Drogas

Mientras que en el año 2003 fue semejante el porcentaje de hombres y de mujeres que dejaron de fumar (18,5% y 18,7%), en años posteriores los hombres han dejado de fumar más que las mujeres, siendo en 2009 el 39% de los hombres frente al 35,4% de las mujeres.

La exposición al humo ambiental de tabaco

Al menos un 30% de la población de Cantabria está expuesta al humo ambiental de tabaco (HAT) ya sea en el hogar, en medios de transporte o en lugares públicos cerrados, según datos de la Encuesta Europea de Salud 2009. La exposición en el lugar de trabajo muestra cifras muy inferiores, alrededor del 15%. Esto es debido a la Ley 28/2005 que prohíbe fumar en los lugares de trabajo, haciendo una excepción con los establecimientos de hostelería. Los resultados de la reforma de la ley realizada en el año 2010, uno de cuyos fines es proteger la salud de los trabajadores de hostelería, probablemente se reflejen en encuestas posteriores con una disminución aún mayor de la exposición al HAT en los lugares de trabajo.

Si analizamos los datos por sexo, se observa que están más expuestos los hombres que las mujeres en todos los lugares y en tiempo de exposición. *(Tabla 6)*.

		Nunca o casi nunca	< 1 hora al día	De 1 a 5 horas al día	> 5 horas al día
AMBOS SEXOS	Hogar	70,1%	11,7%	16,2%	1,9%
	Transportes y lugares públicos cerrados	66%	22,1%	11,2%	0,8%
	Lugar de trabajo	84,8%	4%	4,9%	2,9%
HOMBRES	Hogar	65,8%	15,1%	17,1%	2,1%
	Transportes y lugares públicos cerrados	57,8%	27,5%	13,6%	1,0%
	Lugar de trabajo	77,8%	5%	7,1%	4%
MUJERES	Hogar	74,2%	8,6%	15,4%	1,8%
	Transportes y lugares públicos cerrados	73,7%	16,9%	8,9%	0,6%
	Lugar de trabajo	94,2%	2,6%	1,9%	1,3%

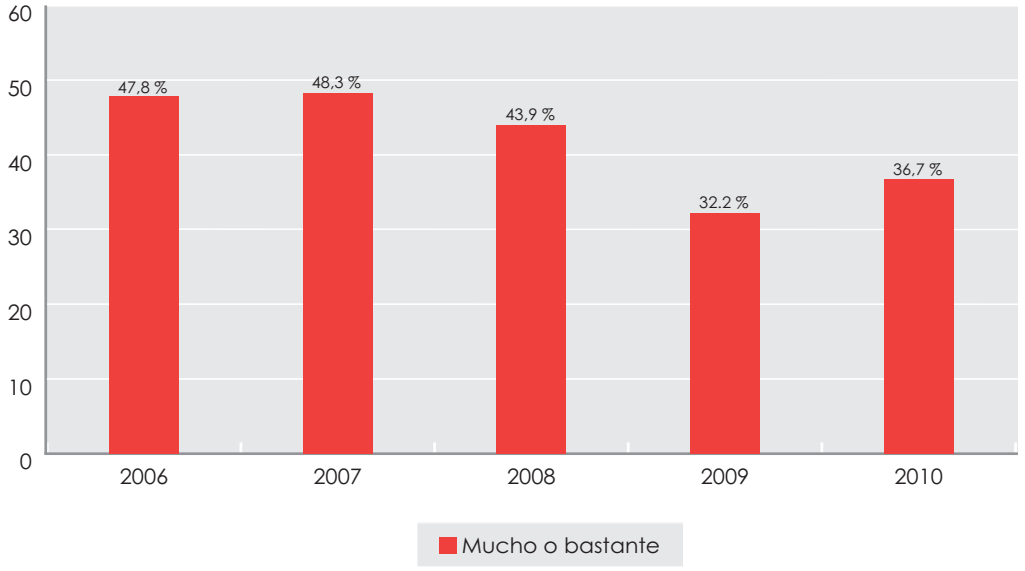
Tabla 6. Exposición al Humo Ambiental de Tabaco. Cantabria 2009.
Encuesta Europea de Salud

Actitud de la población de Cantabria ante la Ley 28/2005

La *Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco* ha tenido distintos grados de aceptación en nuestra región. Según el Barómetro Sanitario, ha disminuido la percepción que tiene la ciudadanía de que sea una normativa respetada: en 2006 el 47,8% de los encuesta-

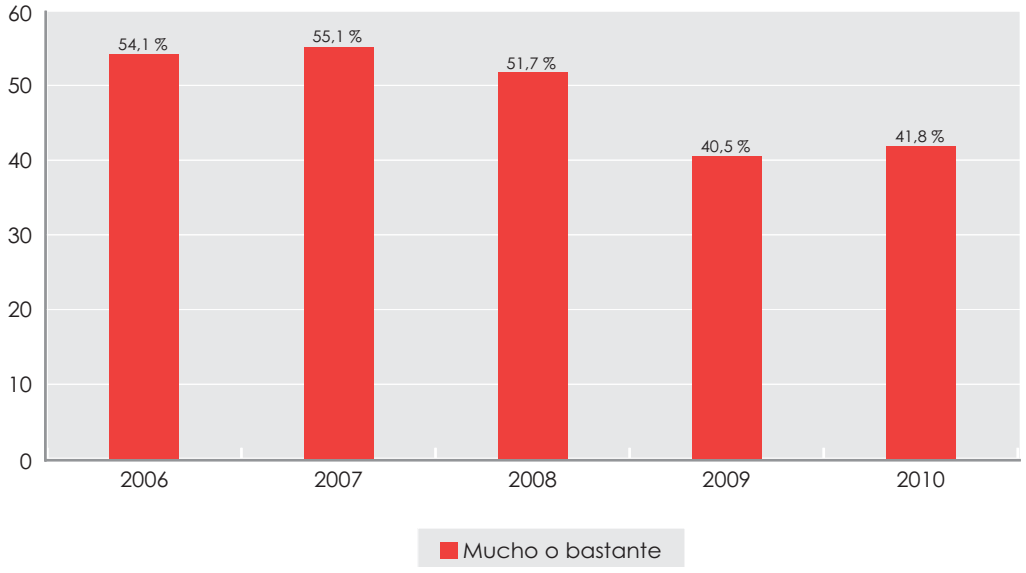
dos pensaba que se respetaba la ley, descendiendo al 36,7% en el año 2010. De acuerdo con esta percepción, mientras que en el año 2006 solamente un 23,1% opinaba que habría que endurecer la ley, en 2010 esta cifra ha ascendido al 38,4%. *(Gráficas 11, 12, 13 y 14)*.

La mayoría de los fumadores respeta la Ley del Tabaco

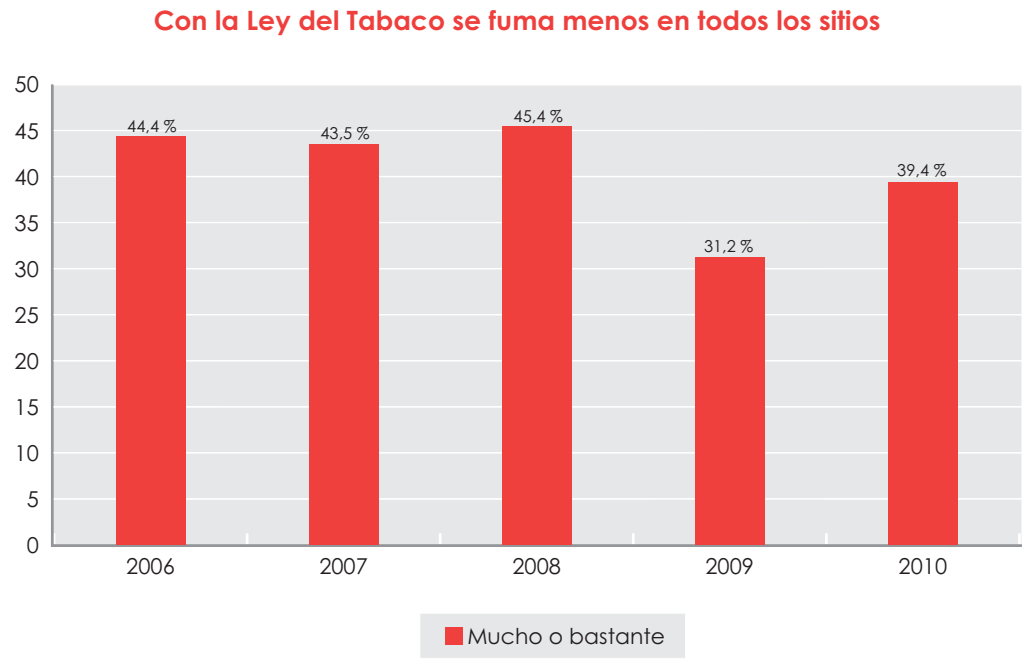


Gráfica 11. Valoración de la Ley 28/2005. Cantabria 2006-2010.
Barómetro Sanitario

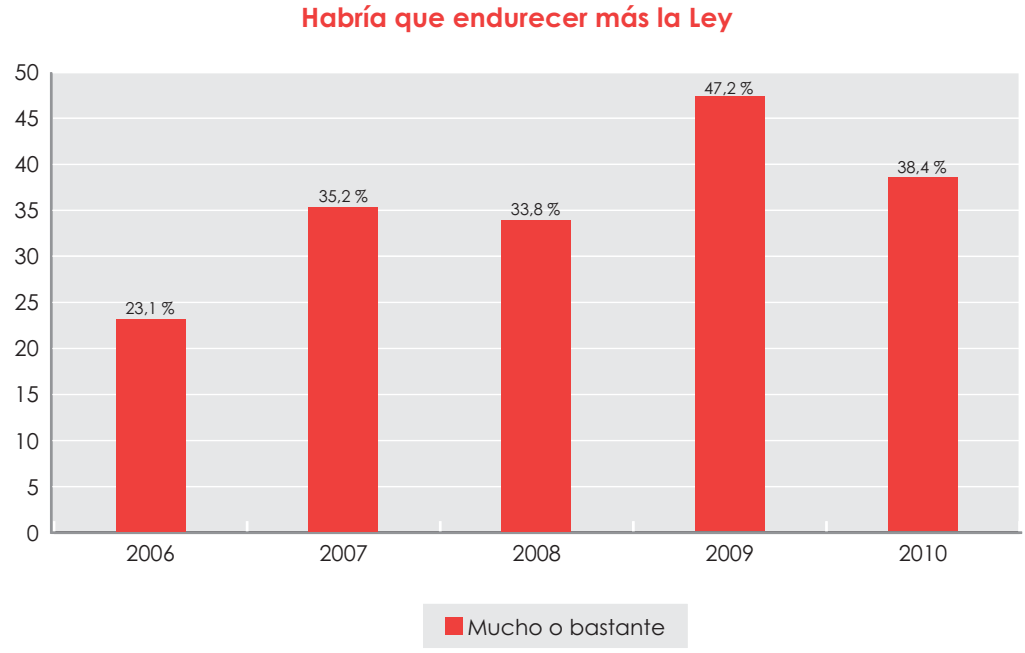
Los no fumadores sufren ahora menos molestias que antes de existir la Ley



Gráfica 12. Valoración de la Ley 28/2005. Cantabria 2006-2010.
Barómetro Sanitario



Gráfica 13. Valoración de la Ley 28/2005. Cantabria 2006-2010.
Barómetro Sanitario



Gráfica 14. Valoración de la Ley 28/2005. Cantabria 2006-2010.
Barómetro Sanitario

MARCO NORMATIVO

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

En la 56ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en mayo de 2003, los 192 países miembros de la OMS en aquel momento aprobaron por unanimidad el *Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)*. Fue el primer tratado internacional de Salud Pública promovido por la OMS y supuso un momento histórico en la lucha contra el tabaquismo, siendo el primer instrumento jurídico destinado a reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas al consumo de tabaco en todo el mundo. Entró en vigor el 27 de febrero de 2005, convirtiéndose en ley internacional vinculante para sus Partes Contratantes, estando obligadas a aplicar medidas de control del tabaco conforme a las disposiciones del convenio.

A fecha de publicación de este Plan, han ratificado el CMCT 175 países. España lo firmó el 16 de junio de 2003 y lo ratificó el 30 de diciembre de 2004.

Las partes clave del texto son:

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

Además del firme apoyo a las políticas de la OMS, la UE promueve acciones de protección de la salud y control del tabaquismo mediante la promulgación de Directivas y Recomendaciones, cuya intención es promover avances normativos y legislativos entre sus miembros. Las más significativas se detallan a continuación:

Directiva 2012/9/UE de la Comisión, de 7 de marzo de 2012, por la que se modifica el anexo I de la Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco.

Directiva 2011/64/UE del Consejo, de 21 de junio de 201,1 relativa a la estructura y los tipos del impuesto especial que grava las labores del tabaco.

Directiva 2010/12/UE del Consejo, de 16 de febrero de 2010, por la que se modifican las *Directivas 92/79/CEE, 92/80/CEE y 95/59/CE, en lo referente a la estructura y a los tipos del impuesto especial que grava las labores del tabaco, y la Directiva 2008/118/CE.*

Recomendación del Consejo de 30 de noviembre de 2009, sobre los entornos libres de humo. Llama a los Estados miembros a actuar en tres frentes principales:

- Adoptar e implementar leyes que protejan totalmente a sus ciudadanos de la exposición al humo de tabaco en lugares públicos cerrados, lugares de trabajo y transportes públicos, de acuerdo con el artículo 8 del CMCT, en el plazo de tres años de la adopción de la recomendación.

- Mejorar las leyes de espacios sin humo de tabaco con medidas de protección de la infancia, alentando el abandono del consumo de tabaco y utilizando las advertencias sanitarias en imágenes en los paquetes de tabaco.

- Reforzar la cooperación a nivel de la UE creando una red para el control del tabaco.

Directiva 2007/65/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2007 que modifica la Directiva 89/552/CEE sobre la coordinación de determinadas disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. Esta directiva extiende las prohibiciones anteriores a todas las formas de comunicación audiovisual de uso comercial, incluyendo el emplazamiento de producto.

Decisión de la Comisión de 12/IV/2006 por la que se modifica la Decisión C(2005) 1452 final de la Comisión, de 26 de mayo de 2005, sobre la biblioteca de documentos fuente seleccionados, que contienen fotografías u otras ilustraciones para cada una de las advertencias adicionales enumeradas en el anexo I de la Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.

Decisión de la Comisión 2003/641/CE, de 5 de septiembre de 2003, sobre el uso de fotografías en color u otras ilustraciones como advertencias sanitarias en los envases de tabaco.

Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo , de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco.

Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de junio de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco.

En cuanto al marco legal vigente actualmente en España, la *Constitución Española,* en su Artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, estableciendo como competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de los servicios necesarios. La legislación nacional en materia de tabaco es:

Real Decreto-ley 14/2011, de 16 de septiembre, de medidas complementarias en materia de políticas de empleo y de regulación del régimen de actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Disposición Adicional Segunda). Se incluye la actividad de venta de tabaco para todas las tiendas de conveniencia.

Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. En vigor desde el 1 de enero del 2011.

Real Decreto 639/2010, de 14 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco; y la corrección de errores del *Real Decreto 639/2010,* de 14 de mayo.

Ley 1/2010, de 1 de marzo, de reforma de la Ley 7/1996, de 15 de enero, de Ordenación del Comercio Minorista (Disposición Final Tercera). En ella se modifica la ubicación de las máquinas expendedoras de tabaco.

Real Decreto 1/2007, de 12 de enero, por el que se deroga la *Disposición transitoria quinta* de la *Ley 28/2005,* por entender que la excepción respecto al patrocinio incluida en esta Disposición impide ajustarse al contenido de la *Directiva 2003/33/CE,* constituyendo este hecho una infracción.

Resolución de 20 de septiembre de 2006, del Comisionado para el Mercado de Tabacos, referida a los mecanismos técnicos adecuados para garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco en el mercado impidan el acceso a menores, tal como establece el artículo 4 de la *Ley 28/2005.*

Real Decreto 2/2006, de 10 de febrero, por el que se modifica la *Ley 28/2005* permitiendo la ubicación de máquinas expendedoras de productos del tabaco en el interior de quioscos ubicados en la vía pública.

Resolución, de 28 de diciembre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se dictan instrucciones en relación con la aplicación, en los centros de trabajo de la Administración General del Estado y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, de la Ley 28/2005.

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco, que tiene por objeto promover los mecanismos necesarios para la prevención y el control del tabaquismo, además de establecer las limitaciones, siempre que se trate de operaciones al por menor, en la venta, suministro y consumo de los productos del tabaco, así como regular la publicidad, la promoción y el patrocinio de dichos productos, para proteger la salud de la población.

Orden SCO 127/2004, de 22 de enero, por la que se desarrollan los artículos 4 y 6 del Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007.

Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco. Es una adaptación de nuestra legislación a la Directiva 2001/37/CE.

Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

Real Decreto 1199/1999, de 9 de julio, por el que se desarrolla la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria y se regula el Estatuto Concesional de la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre.

Ley 22/1999, de 7 de junio, de modificación de la Ley 25/1994 de 12 de julio, por la que se incorpora al Ordenamiento Jurídico Español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales reglamentarias y administrativas de los Estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.

Real Decreto 2668/1998, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto del Organismo Autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria.

Ley 25/1994, de 12 de julio, de radiodifusión televisiva, por la que se incorpora la Directiva 89/552/CEE. En su artículo 10 se prohíbe la publicidad por televisión de cualquier forma, directa o indirecta, de cigarrillos y demás productos del tabaco.

Real Decreto 1185/1994, de 3 de junio, sobre etiquetado de productos del tabaco distintos de los cigarrillos y por el que se prohíbe determinados tabacos de uso oral y se actualiza el régimen sancionador en materia de tabaco.

Real Decreto 510/1992, de 14 de mayo, por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco y se establecen determinadas limitaciones en aeronaves comerciales.

Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población.

Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. Establece en su artículo 8.5 la prohibición de publicidad de tabaco por medio de la televisión, y en aquellos lugares donde está prohibida su venta o consumo.

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

En cuanto a la Comunidad Autónoma de Cantabria, la legislación en materia de tabaco es la siguiente:

Orden SAN/6/2007, de 15 de enero, por la que se establecen las características y condiciones de los carteles informativos en relación con la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Ley de Cantabria 7/2004, de 27 de diciembre, de Medidas Administrativas y Fiscales, que en artículo 10 modifica la *Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias.*

Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias. En ella se establecen limitaciones a la publicidad y promoción de los productos de tabaco, la venta y el consumo.

LÍNEAS TRANSVERSALES

El Plan de Prevención y Control del Tabaquismo 2012-2016 considera cinco líneas de aplicación transversal: la Interdisciplinariedad, la Superación de las Desigualdades, la Eficiencia y Sostenibilidad de la Atención al Tabaquismo, la Coordinación y la Evaluación Continua, que tendrán cabida en cada área de actuación impregnando así la totalidad del Plan.

Interdisciplinariedad

El tabaquismo no es un conjunto de problemas con múltiples abordajes, sino un problema con posibilidad de ser abordado desde distintas disciplinas complementarias.

Por ello este Plan pretende que todos los colectivos profesionales implicados aúnen esfuerzos, con el fin de conseguir un abordaje global, integrado por las aportaciones de cada disciplina, compartiendo el trabajo de cada ámbito profesional, manteniendo una actitud de respeto hacia las tareas de cada uno y potenciando la incorporación de profesionales que tienen escasa presencia en el sistema sanitario público.

El garantizar esta acción conjunta, integrada y multidireccional de numerosos profesionales sanitarios, en colaboración con otras fuerzas sociales y potenciando la participación de la comunidad, tiene como objetivo conseguir un cambio social con respecto al tabaquismo.

El Plan articula las distintas intervenciones para que no se produzcan contradicciones o duplicidades innecesarias en la consecución de los objetivos, no olvidando la necesidad de consensuar las líneas de actuación entre los colaboradores, de tal manera que, sea cual sea la disciplina del profesional que intervenga, exista homogeneidad de planteamientos, con respeto al modo de actuar de cada parte implicada, clarificando funciones y responsabilidades en la realización de los distintos proyectos.

Superación de las desigualdades

El tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud. Diversos estudios muestran que actualmente las tasas de abandono del consumo de tabaco son más altas en los grupos socioeconómicos más favorecidos. También la tasa de inicio al consumo de tabaco en la adolescencia presenta un marcado

gradiente social, tanto en hombres como en mujeres, ya que la prevalencia del tabaquismo más alta se encuentra en los individuos con menor nivel de estudios y la más baja en aquellos con estudios universitarios. Los datos disponibles en este sentido indican que si la probabilidad de abandono del tabaquismo sin ayuda es baja en la población fumadora en general, dejar de fumar es más difícil para aquellas personas que viven en condiciones económicas adversas y/o que tienen que hacer frente a acontecimientos estresantes. También se han observado mayores niveles de dependencia de la nicotina en estos grupos de población. Por ejemplo, según la Encuesta Europea de Salud en España 2009, el 22,2% de las personas que estaban trabajando eran exfumadoras y solo el 15,3% de aquellas en situación de desempleo.

La relevancia de este hecho radica en la contribución del tabaquismo al aumento de las desigualdades en salud debido a que el consumo de tabaco incrementa significativamente el riesgo de padecer múltiples enfermedades. Este aumento, tanto en la incidencia de las enfermedades como de la mortalidad prematura relacionada con el tabaco, es algo que ya se ha producido en hombres y todas las evidencias señalan a que en un plazo corto de tiempo también lo hará en mujeres.

Los estudios están aportando continuamente datos que refuerzan el hecho de que el tabaquismo incrementa las desigualdades de género en salud. Presenta características específicas que han de tomarse en cuenta en la prevención y en la asistencia para dejar de fumar. Las mujeres pueden requerir un abordaje específico, que tenga en cuenta de forma diferenciada sus necesidades y expectativas.

Otro de los colectivos con características sociosanitarias especialmente vulnerables es el de las personas con discapacidad: tienen peor salud, resultados académicos más bajos, participan menos en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. Por ello el Plan pretende asegurar su inclusión en todas las áreas de actuación, adaptando las actividades a las distintas necesidades no solo para fomentar su salud sino para promover su participación social.

Eficiencia y sostenibilidad de la atención al tabaquismo

Las bases de la asistencia en tabaquismo han sido establecidas en Cantabria, en los últimos años, en el nivel de Atención Primaria, tanto en los centros de

salud como en la Unidad de Deshabituación Tabáquica. Ahora es necesario desarrollar el tratamiento del fumador en Atención Especializada, fundamentalmente durante el ingreso hospitalario por su alto coste-efectividad, manteniendo la oferta asistencial existente tanto en cuanto a la consecución de objetivos como en su continuidad. Para ello, entre otras cuestiones, es necesario mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, adecuar los tratamientos a los resultados de la evaluación, y desarrollar planes de formación continuada acreditada dirigida a los profesionales de la salud.

Coordinación

El abordaje de la epidemia tabáquica requiere un compromiso político firme que respalde medidas multisectoriales integrales que generen respuestas coordinadas.

Desde esta perspectiva, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria ha elaborado este Plan de Prevención y Control del Tabaquismo, teniendo en cuenta las aportaciones realizadas por diferentes sectores, y dando cabida a todas las recomendaciones y contribuciones de los miembros del Consejo Asesor en Materia de Drogodependencias, el cual aglutina a responsables de distintos ámbitos de la Administración pública general y local, Colegios Profesionales, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), asociaciones sindicales, empresariales, vecinales y de consumidores.

Con este Plan se pretende promover y potenciar la participación de las distintas instituciones y entidades de Cantabria involucradas en la prevención y control del tabaquismo, prestando especial apoyo a la implicación de la población general. Teniendo en cuenta esta pretensión, el Plan acomete sus objetivos respecto al tabaquismo sustentándose en el pilar de concertar esfuerzos para una acción común que mejore las intervenciones llevadas a cabo por la totalidad de agentes públicos y privados, y optimice el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales existentes.

Para su correcto desarrollo, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales aboga por una coordinación de carácter transversal, no solo interna sino también entre las Comunidades Autónomas, intercambiando información y experiencias para una mejora de la eficacia de las actuaciones.

Evaluación continua

La evaluación continua es un proceso que se llevará a cabo durante la ejecución del Plan. Su propósito básico es aportar información para mejorar la eficacia de las actuaciones en relación con el logro de los objetivos marcados, con una adecuada utilización de los medios previstos para su realización. El Plan contempla esta evaluación como un proceso esencial para examinar los avances de los programas, mejorar su calidad, adoptar propuestas de modificación para corregir errores, potenciar actuaciones que produzcan el mayor impacto al mínimo coste y preparar las evaluaciones intermedias y finales.

ÁREAS DE ACTUACIÓN

Los objetivos generales de este Plan son:

- Disminuir la prevalencia de tabaquismo en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Proteger a la población de la exposición al Humo Ambiental de Tabaco (HAT).

Para alcanzar los mismos, se han estructurado las actuaciones en cinco áreas básicas: Prevención, Humo Ambiental de Tabaco, Abordaje del Consumo de Tabaco, Formación e Investigación, cada una de ellas con un conjunto de objetivos, actuaciones e indicadores que permiten su seguimiento y evaluación.

1. Prevención

El consumo de tabaco es una epidemia pediátrica, tanto a nivel mundial como en nuestro país. La mayoría de los consumidores se inician durante la adolescencia o juventud. Según las encuestas realizadas en Cantabria, la mayoría de los que alguna vez han fumado, tanto hombres como mujeres, se inician antes de los 20 años (83,8%) y la práctica totalidad (94,5%) antes de los 25 años. Además, el consumo ocasional pasa a ser diario durante este período. Por lo tanto, conseguir que no se fume durante estos años llevaría a un enorme descenso en la prevalencia de fumadores.

De cada tres jóvenes fumadores, solo uno dejará de fumar y uno de los que continúan fumando morirá por causas relacionadas con el tabaco. La mayoría de estas personas jóvenes nunca consideraron las consecuencias a largo plazo sobre la salud asociadas al tabaco cuando empezaron a fumar. Es de destacar que mientras el 90,2% de los estudiantes considera que fumar un paquete diario de tabaco puede ocasionar bastantes o muchos problemas, esto solo es así en el 28,1% cuando se trata de consumo ocasional, a pesar de que la evidencia científica ha establecido que no hay ningún nivel de consumo seguro.

El informe "Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. 2012" (Prevenir el consumo de tabaco entre la juventud y adultos jóvenes: Un informe del Cirujano General. 2012), publicado en los Estados Unidos, establece que el tabaquismo en los jóvenes y adultos jóvenes causa daños tanto inmediatos como a largo plazo. Uno de los efectos en la salud más grave es la adicción a la nicotina. Cuanto más joven se empieza a fumar, mayor es la probabilidad de ser dependiente, ya que los jóvenes son

más sensibles que los adultos a la nicotina. Tres de cada cuatro adolescentes fumadores continúan fumando en la edad adulta, aunque traten de dejar de fumar después de unos pocos años. La cesación constituye un desafío, en particular la cesación temprana. En Cantabria, según la Encuesta Escolar 2010, el 75,7% de los jóvenes fumadores actuales se ha planteado en algún momento dejar de fumar, cifra superior a la de la encuesta anterior (66,3%). De ellos, el 55% lo han intentado realmente. Existen diferencias entre chicos y chicas, ya que el 78,3% de las chicas se lo ha planteado frente al 72,3% de los chicos. En cuanto a la edad, los que más se han planteado dejar de fumar son los que tienen 18 años.

La adicción a la nicotina en los jóvenes puede llevar a consecuencias graves en la salud:

- En la mayoría de los fumadores jóvenes se observan daños cardiovasculares tempranos y quienes son más sensibles a los efectos mueren muy jóvenes.

- Fumar reduce el funcionamiento pulmonar y retarda su desarrollo. Los adolescentes que fuman no solo tienen dificultad para respirar en la actualidad, sino que llegarán a adultos con pulmones que no se habrán desarrollado ni alcanzado su capacidad total. Ese daño es permanente y aumenta el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- Muchas de las enfermedades a largo plazo asociadas con el consumo de tabaco como el cáncer de pulmón, son más probables en aquellos que empiezan a fumar a edad temprana (Doll and Peto 1978; Peto 1986; USDHHS 2004).

Los adolescentes son vulnerables a las influencias sociales y ambientales para que consuman tabaco y están expuestos constantemente a mensajes e imágenes que hacen el consumo de tabaco atractivo para ellos:

- Quieren ser aceptados por sus compañeros. Las imágenes de la publicidad del tabaco hacen que el consumo de tabaco se vea como algo atractivo para este grupo de edad, uno de los motivos por los que la publicidad está prohibida en nuestro país.

- Observan a personas que fuman en su círculo social, en las películas, en los videojuegos, o en las páginas de Internet. Con frecuencia, fumar se muestra como una norma social y los jóvenes expuestos a esas imágenes tienen más probabilidad de fumar. Cabe señalar la impor-

tancia del papel modélico de los profesionales docentes y sanitarios en su labor educativa, de sensibilización, concienciación y prevención, fomentando modos de vida sin tabaco.

- Se identifican con compañeros que ven como líderes sociales y pueden imitar su comportamiento; aquellos que tienen amigos o hermanos que fuman tienen más probabilidad de fumar. En Cantabria, el porcentaje de fumadores asciende hasta el 55,5% entre los estudiantes cuyos amigos fuman casi todos o la mayoría, mientras que entre los jóvenes cuyos amigos no han fumado en los últimos 30 días o lo han hecho sólo unos pocos, el 87,9% no fuma actualmente y sólo el 12,1% reconoce haber fumado en el último mes.

- Cuando están expuestos a imágenes de personas fumando en la pantalla tienen más probabilidad de fumar si los comparamos con los que tienen una exposición menor. Las imágenes de personas fumando en las películas han disminuido en la última década; sin embargo, en el 2010 casi un tercio de las películas más taquilleras dirigidas a niños contenían imágenes de personas fumando.

- En España, desde la entrada en vigor de la Ley 28/2005, se prohíbe vender o entregar a personas menores de dieciocho años productos del tabaco, así como cualquier otro producto que le imite e induzca a fumar. Sin embargo, según la Encuesta Escolar 2010, el 95,3% de los jóvenes de 14 a 18 años piensa que sería fácil o muy fácil conseguir tabaco, porcentaje que ha aumentado desde el año 2008 en que era un 89,9%. Este aumento de la disponibilidad percibida demanda tanto garantizar el cumplimiento de la normativa, como sensibilizar a la población adulta para que no proporcione tabaco a los menores.

Ante las evidencias anteriores, los programas integrales, sostenibles y multicomponente pueden reducir la prevalencia de tabaquismo en los jóvenes:

- Estos programas previenen que los jóvenes empiecen a consumir tabaco y su coste está más que justificado por las vidas que salvan y el dinero que se ahorra en atención médica.

- Entre las estrategias que componen los programas integrales de control del tabaquismo que son eficaces están: campañas masivas en los medios de comunicación, precios más altos para los productos del tabaco, leyes y políticas, programas escolares basados en la evidencia y esfuerzos sostenibles de amplio alcance en la comunidad.

- Los programas integrales de control del tabaquismo son más eficaces si su financiación se mantiene, ya que en aquellos lugares en que se ha visto disminuida, la eficacia de las intervenciones también ha disminuido.

Objetivo general

- Potenciar la prevención del tabaquismo mediante la promoción de estilos de vida saludables.

Objetivos específicos

- Retrasar la edad media de inicio de consumo de tabaco.
- Retrasar la edad media de inicio al consumo diario.
- Disminuir el porcentaje de jóvenes que prueban el tabaco.
- Disminuir el porcentaje de personas que inician un consumo diario de tabaco.
- Sensibilizar a la comunidad educativa de su importancia en el abordaje del tabaquismo.
- Promover entre la juventud el ocio sin tabaco.
- Sensibilizar a los adultos sobre la importancia de no proporcionar tabaco a menores.

Actuaciones

- Organizar y desarrollar programas preventivos dirigidos al alumnado de Primaria.
- Organizar y desarrollar programas preventivos dirigidos al alumnado de Secundaria.
- Organizar y desarrollar programas de prevención dirigidos a las familias.

- Promover la celebración del Día Mundial Sin Tabaco en el ámbito educativo.
- Realizar acuerdos y convenios entre las instituciones y organizaciones regionales que faciliten el desarrollo y la extensión de los programas de prevención.
- Responder a las demandas de información y formación realizadas por asociaciones juveniles.
- Desarrollar campañas de sensibilización de ocio sin tabaco dirigidas a la juventud.
- Realizar actividades de sensibilización para padres y madres coordinadas con las AMPA y Ayuntamientos.
- Organizar actividades para promover en los adultos la importancia de no proporcionar tabaco a los menores.
- Desarrollar en las Oficinas de Farmacia campañas de información, sensibilización y prevención del tabaquismo dirigidas a la población general.

2. Humo ambiental de tabaco

Los efectos perjudiciales del humo de tabaco no se limitan al fumador. Cada año, miles de personas no fumadoras mueren por enfermedades cardiacas y cáncer de pulmón y cientos de miles de niños padecen infecciones respiratorias por exposición a humo ambiental de tabaco (HAT).

El HAT contiene más de 4000 sustancias químicas, incluidos más de cincuenta carcinógenos conocidos y muchos agentes tóxicos. La investigación no ha descubierto ningún nivel de exposición carente de peligro.

Un estudio realizado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la OMS ha demostrado que el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es entre un 20% y un 30% superior en los no fumadores que viven con un fumador, y entre un 12% y un 19% mayor en las personas que reciben el humo ajeno en el lugar de trabajo. También existe relación entre la exposición al HAT y otros tipos de cáncer.

El riesgo de cardiopatía coronaria es entre un 25% y un 30% mayor en los no fumadores que viven con un fumador. Además, un creciente número de datos parece indicar la existencia de un vínculo causal entre el tabaquismo pasivo y los accidentes cerebrovasculares en los no fumadores.

El tabaquismo pasivo está relacionado con las enfermedades respiratorias y es un importante elemento exacerbante para las personas asmáticas, con alergias y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Una encuesta europea realizada recientemente con personas que presentan síntomas asmáticos agudos ha demostrado que uno de los principales deseos de los encuestados era poder respirar un aire sano.

Las investigaciones más recientes indican que la exposición al HAT casi duplica el riesgo de desarrollo de degeneración macular asociada con la edad, principal causa de pérdida de visión en la Unión Europea (UE).

La exposición al humo ambiental de tabaco es especialmente peligrosa para niños y bebés, estando relacionada con la muerte súbita del lactante, la neumonía, la bronquitis, el asma y síntomas respiratorios, así como con enfermedades del oído medio. En las embarazadas, la exposición al HAT puede provocar bajo peso del recién nacido, muerte fetal o parto prematuro.

La mayoría de los efectos negativos para la salud de la exposición al HAT se caracterizan por una relación lineal entre dosis y respuesta. En otras palabras, el riesgo aumenta proporcionalmente con la exposición. Con respecto al tabaquismo activo, el nivel de riesgo individual es menos elevado (1,2 frente a 20 para el cáncer de pulmón, por ejemplo). No obstante, dado que muchas personas están expuestas, la carga de la enfermedad es sustancial.

Sin embargo, en el caso de las cardiopatías, la relación dosis-respuesta no es lineal. El riesgo de enfermedad del corazón por el humo ajeno casi alcanza el 50% del riesgo para un fumador que consume veinte cigarrillos diarios. Incluso escasas cantidades de humo de tabaco pueden tener efectos inmediatos en la coagulación y formación de trombos y efectos a largo plazo en el desarrollo de arteriosclerosis, factores importantes para las cardiopatías. Esto tiene consecuencias considerables: las enfermedades coronarias constituyen la causa más frecuente de mortalidad en la Unión Europea.

Según las estimaciones más recientes de la Sociedad Respiratoria Europea, el Cancer Research del Reino Unido y el Institut National du Cancer de Francia, el tabaquismo pasivo mata como mínimo a 79 000 adultos cada año en los veinticinco países de la UE, 7000 por exposición en el trabajo y 72 000 en el hogar.

Estas estimaciones incluyen las muertes por cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón y determinadas enfermedades respiratorias. No obstante, no incluyen las muertes de adultos por otras enfermedades derivadas de la exposición al HAT (como las neumonías), las muertes infantiles ni la importante morbilidad, aguda y crónica, causada por el tabaquismo pasivo, tanto entre fumadores como entre no fumadores.

En España, con la entrada en vigor de la Ley 28/2005, y su modificación mediante la Ley 42/2010, la población está protegida del humo ambiental de tabaco en los centros de trabajo y en los lugares públicos cerrados. Esta normativa no sólo protege a los ciudadanos contra los efectos nocivos de la exposición al HAT, sino que también ayuda a reducir el consumo de tabaco. A nivel de salud, la disminución del tabaquismo pasivo y activo conduce a una reducción de las enfermedades y de la mortalidad a causa de determinadas enfermedades importantes, en particular el cáncer de pulmón, las cardiopatías coronarias, las enfermedades respiratorias y los accidentes cerebrovasculares, y aumenta la esperanza de vida. Aunque los efectos beneficiosos para la salud podrían tardar hasta treinta años para ser completamente visibles, cabe prever mejoras importantes en un plazo de uno a cinco años, especialmente en lo que se refiere a la salud respiratoria y cardiovascular.

Las políticas en favor del desarrollo de ambientes sin tabaco tienen como importante ventaja indirecta sensibilizar a los ciudadanos sobre los peligros del tabaquismo activo y pasivo y contribuir de este modo a la «desnormalización» del tabaco en la sociedad. Es previsible que esta evolución de la manera de ver las cosas modifique los hábitos de fumar y, en particular:

- Facilite que los fumadores reduzcan su consumo o dejen de fumar y se mantengan abstinentes.

- Disuada a los niños y jóvenes de comenzar a fumar. Las prohibiciones de fumar en los lugares de ocio, donde los jóvenes suelen dar sus primeras caladas, debería tener los efectos más importantes.

- Impida a los fumadores hacerlo en presencia de no fumadores, especialmente de niños y mujeres embarazadas, aunque no se aplique ninguna restricción reglamentaria (por ejemplo, en los hogares y coches privados).

Se ha visto que las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco alientan a las familias a eliminar el tabaco también en sus casas, lo que protege a los niños y demás miembros de la familia contra los peligros asociados al HAT. Esto reviste

especial importancia puesto que los principales daños afectan a los niños expuestos al humo ajeno en su hogar, problema que no puede resolver la reglamentación. Además, los adolescentes que viven en hogares donde está permitido fumar tienen prácticamente el doble de probabilidades de comenzar a consumir tabaco que los pertenecientes a hogares en los que está prohibido.

Las políticas de control del tabaquismo también pueden contribuir a reducir las desigualdades socioeconómicas en el ámbito sanitario. Dado que la probabilidad de ser fumador y estar expuesto al humo ajeno es mucho más elevada para las personas con un escaso nivel de estudios, con bajos ingresos y pertenecientes a una categoría profesional inferior, es previsible que estos grupos más desfavorecidos de la sociedad sean los más beneficiados de una acción en favor de espacios sin humo.

La experiencia demuestra de forma sistemática que las leyes sobre espacios sin humo de tabaco son prácticas populares – incluso entre los fumadores – y eficaces, por mucho que la industria se empeñe en afirmar lo contrario. Según una encuesta realizada en centros de salud de todo el país, en el año 2012, por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, tanto a fumadores como a no fumadores, el 82% considera acertada la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados.

El apoyo de la ciudadanía es crucial para el éxito de las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco. Este apoyo puede obtenerse organizando iniciativas educativas eficaces sobre los efectos nocivos de la exposición al HAT y explicando claramente el propósito de la ley en cuestión. Para ello es imprescindible la implicación de los profesionales y organizaciones dedicadas a la salud, la educación, la protección de los niños, las cuestiones relacionadas con la mujer y los derechos humanos, así como el respaldo de los sindicatos y otras agrupaciones de trabajadores.

Hay que velar por que, una vez promulgadas, las leyes sobre la creación de lugares libres de humo se cumplan debidamente. Aunque a la larga tienden a cumplirse de forma automática, es necesario mantener una supervisión sistemática.

Objetivo general

- Proteger a la población de la exposición al Humo Ambiental de Tabaco (HAT).

Objetivos específicos

- Vigilar, fomentar y consolidar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de tabaco.
- Generalizar la percepción de la exposición al HAT como riesgo para la salud.
- Reducir la exposición al HAT en los espacios cerrados de carácter privado, tales como hogares y vehículos.

Actuaciones

- Realizar cursos de formación sobre la normativa vigente en materia de tabaco dirigidos a Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado para colaborar en su cumplimiento.
- Coordinar actuaciones de sensibilización a través de la Federación de Municipios de Cantabria.
- Programar visitas informativas a los centros educativos.
- Realizar inspecciones según la normativa vigente en materia de tabaco.
- Promover reuniones con responsables de centros sanitarios públicos y privados.
- Organizar campañas de sensibilización sobre espacios privados libres de humo de tabaco.
- Difundir la magnitud del problema del tabaquismo entre las diferentes asociaciones ciudadanas para conseguir su implicación y participación.
- Organizar actividades para conmemorar el 31 de mayo, Día Mundial Sin Tabaco.
- Difundir información científica a través de la página web de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.
- Editar material informativo sobre los riesgos de la exposición al HAT.

- Ofertar un servicio gratuito de atención telefónica o un servicio on-line para facilitar información sobre tabaquismo.
- Diseñar mensajes dirigidos a las personas fumadoras concienciando sobre lo que representa respirar HAT para la salud de quienes les rodean.
- Difundir desde las Oficinas de Farmacia mensajes de sensibilización sobre humo ambiental de tabaco, dirigidos a la población general.

3. Abordaje del consumo de tabaco

Como ha ocurrido con otros factores de riesgo de enfermedad, hasta que no se ha conocido la verdadera dimensión de los beneficios que se obtienen al tratar el tabaquismo, no se ha logrado una concienciación a todos los niveles de la importancia de la implementación de una política de tratamiento del problema.

La mejor manera de reducir la enorme morbi-mortalidad atribuible al consumo del tabaco se basa en el reconocimiento del tabaquismo como una enfermedad crónica y en conseguir que todos los profesionales sanitarios utilicen los tratamientos que han demostrado su eficacia desde un punto de vista científico.

En el tabaquismo confluyen extrañas y diferentes circunstancias: alta capacidad para dañar la salud, ausencia de intervención homogénea por parte de los profesionales sanitarios y el hecho de que existan una serie de intervenciones que, por su alta efectividad y eficiencia, son consideradas hoy en día un "patrón de oro" frente al que se comparan el resto de intervenciones preventivas y terapéuticas. El último punto se confirma con datos que indican que las intervenciones dirigidas a tratar el tabaquismo, cuando se realizan de manera oportuna y eficaz, pueden reducir rápidamente el riesgo de sufrir enfermedades debidas al consumo de tabaco. Es difícil identificar otra enfermedad que presente a la vez tal combinación de letalidad, prevalencia y desatención, a pesar de disponerse de intervenciones seguras y eficaces.

Es esencial que los profesionales sanitarios y los sistemas sanitarios identifiquen y documenten de forma consistente el estado de consumo de tabaco y traten a todo fumador visto en el entorno de la atención sanitaria. Según el Euro-

barómetro 2012, el 61% de los fumadores españoles ha realizado un intento para dejar de fumar; de todos ellos, la mitad morirá prematuramente por una enfermedad directamente causada por el consumo de tabaco, lo cual convierte a estas estrategias en la mejor oportunidad para mejorar la salud de la población para los profesionales de la medicina y de la salud pública de nuestro tiempo.

Se sabe que más del 70% de los fumadores visitan a su médico de familia cada año. Por ello, en Cantabria, se ha establecido la Atención Primaria como nivel básico y esencial en el abordaje del tabaquismo. Gracias a las actuaciones desarrolladas durante los anteriores planes de prevención y control del tabaquismo, tanto el registro como el consejo aumentaron desde el año 2004 hasta el año 2010, aunque en 2011 se aprecia una disminución que hace necesario insistir en su importancia. Según un informe titulado 'Fumar: La Opinión de los Especialistas', realizado en 2006, la mayoría de los médicos españoles considera que, junto con la obesidad, el tabaquismo es el factor de riesgo más difícil de tratar. Aunque muchos profesionales sanitarios se sienten cómodos a la hora de aconsejar a sus pacientes sobre otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial o la hipertrigliceridemia, muchos piensan que sus intervenciones son menos eficaces sobre la dependencia tabáquica. Esto se refleja en el estudio, ya que mientras el 91% de los médicos considera que es parte de su trabajo ayudar a los fumadores, un 36% reconoce barreras a la hora de ofrecer este apoyo, como la falta de tiempo, formación insuficiente, o la ausencia de motivación y la presión social que pueden dificultar el cese del consumo. Por todo lo anterior sigue sin evaluarse ni intervenir de manera homogénea. También el uso de medicaciones eficaces es bajo. En España, según el Eurobarómetro 2012, de los fumadores habituales que intentaron dejar de fumar en los 12 meses previos a la encuesta, el 74% lo hizo sin ninguna ayuda y solo un 4% acudió a un profesional sanitario.

Como en otras enfermedades crónicas, se debe seguir animando a los profesionales sanitarios a que den a los fumadores consejo breve para dejar de fumar, terapia conductual y medicaciones apropiadas. Es importante que estos profesionales sepan que la valoración y el tratamiento del consumo de tabaco generalmente llevan a una mayor satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria. Más aún, los cambios de políticas, como el aumento de impuestos o las leyes sobre espacios libres de humo, llevan frecuentemente a los fumadores a buscar ayuda para dejar de fumar.

Siendo el centro de salud el lugar más apropiado para abordar la dependencia tabáquica en población general, en pacientes con patologías que requieren hospitalización el abordaje debe realizarse durante el ingreso. Los resultados de

varias revisiones sugieren que las intervenciones para dejar de fumar realizadas durante el periodo de hospitalización, con seguimiento de al menos un mes después del alta hospitalaria, aumentan los índices de cesación. Una revisión publicada por Rigotti y colaboradores en 2008 concluye que incrementa los índices de abstinencia en un 65% a los 6 y a los 12 meses.

Así, aprovechar el ingreso en un hospital de la persona fumadora para ofrecerle ayuda para dejar de fumar es especialmente conveniente por:

- La vulnerabilidad que generalmente perciben los pacientes en esos momentos a los riesgos de fumar, estando más motivados para hacer un intento de cesación.
- Que en algunas ocasiones las enfermedades que han llevado a la hospitalización son causadas o exacerbadas por el consumo de tabaco, poniendo de relieve los riesgos de seguir fumando.
- Que la prohibición de fumar en los hospitales requiere una abstinencia temporal, que puede aumentar la motivación.

Por todas estas razones, la hospitalización es una oportunidad excepcional para promover el abandono del consumo de tabaco, por lo que el presente Plan contempla la implementación de un programa de abordaje del tabaquismo en los hospitales de la Comunidad.

Los tratamientos del tabaquismo, desde el consejo a los programas farmacológicos intensivos realizados por especialistas, son coste-efectivos en relación con otras intervenciones médicas tales como el tratamiento de la hipertensión o de la hiperlipemia, y de otras intervenciones preventivas como la mamografía periódica. De hecho, se ha considerado que el tratamiento del tabaquismo es el patrón de referencia de coste-efectividad de la asistencia sanitaria, incluso aunque la aplicación de cualquier tratamiento efectivo del tabaquismo produzca la abstinencia en sólo una pequeña proporción de fumadores. Además, producen una restitución favorable de la inversión desde la perspectiva tanto de los empresarios como de los planes sanitarios debido a una reducción del consumo y de los costes sanitarios.

A pesar de todo lo expuesto, existe la necesidad de disponer de estrategias de asesoramiento innovadoras y más eficaces. Esto adquiere especial relevancia en los adolescentes que, aunque parecen beneficiarse del asesoramiento, necesitan intervenciones y opciones más homogéneas y eficaces. También es necesario ahondar en nuevas estrategias dirigidas a poblaciones en que la prevalencia del tabaquismo sigue siendo particularmente alta, como estratos socioeconómicos bajos, bajo nivel sociocultural y educativo, y pacientes con

enfermedades psiquiátricas, incluyendo trastornos por consumo de otras sustancias.

Nuevas investigaciones y esfuerzos de comunicación deben trasmitir más esperanza y confianza, y aumentar el acceso a los tratamientos para que los fumadores, cada vez en mayor número, intenten dejarlo y consigan la abstinencia.

Finalmente, cada vez hay más datos de que para obtener un máximo beneficio para la salud pública, se debería aumentar el acceso a tratamientos eficaces durante la aplicación de medidas para el control del tabaquismo a nivel poblacional y después de dicha aplicación (p. ej.; incremento de los impuestos sobre el tabaco y leyes para mantener lugares libres de humo), que incrementen la motivación y el apoyo en los intentos de abandono.

Existen varias políticas institucionales que pueden facilitar estas intervenciones, entre las que se incluyen:

- Implantar un sistema de identificación de los consumidores de tabaco en todos los centros sanitarios. En los centros de salud, la actualización del programa OMI-AP facilitará el abordaje del tabaquismo y la evaluación de las actuaciones.

- Proporcionar formación adecuada, recursos e información para asegurar que los profesionales sanitarios utilicen de forma homogénea tratamientos efectivos.

- Dedicar personal a proporcionar tratamientos del tabaquismo y evaluar la prestación de este tratamiento.

- Promover políticas hospitalarias que apoyen y proporcionen servicios para el tratamiento del tabaquismo.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, durante los dos planes de prevención y control del tabaquismo precedentes, se puso como objetivo que Atención Primaria liderase la atención a la persona fumadora y que tanto en los centros de salud como en la Unidad de Deshabituación Tabáquica se ofreciese tratamiento para dejar de fumar a toda persona que lo solicitara. Se ha avanzado mucho, pero no hay que disminuir el esfuerzo. Y es momento de que todos los profesionales sanitarios se involucren activamente en el abordaje del tabaquismo, desde los distintos ámbitos de la atención especializada a las oficinas de farmacia o las consultas de psicología.

Objetivo general

- Promover en la población fumadora el abandono del consumo de tabaco.

Objetivos específicos

- Aumentar el número de personas exfumadoras.
- Disminuir la prevalencia de personas fumadoras.
- Disminuir la prevalencia en colectivos modélicos.
- Reforzar el abordaje de género en los programas de atención y deshabituación.
- Promover el abandono del consumo de tabaco en personas con discapacidad.
- Potenciar la atención a la persona fumadora en Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.
- Garantizar la atención a la persona fumadora desde la Unidad de Deshabituación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud.
- Implementar un Programa de Abordaje del Tabaquismo para personas ingresadas en los Hospitales del Servicio Cántabro de Salud.
- Conseguir que los profesionales sanitarios de Atención Especializada consideren el tabaquismo como una prioridad en su práctica diaria.
- Potenciar la atención a la persona fumadora desde la Oficina de Farmacia.

Actuaciones

- Ofertar tratamiento del tabaquismo en grupo para personas con discapacidad.
- Implementar un Programa de Abordaje del Tabaquismo para personas ingresadas en los Hospitales del Servicio Cántabro de Salud.

- Diseñar, editar y distribuir folletos informativos sobre patologías y situaciones específicas.
- Editar y distribuir el material de ayuda para dejar de fumar "Aprendiendo a vivir sin tabaco" con herramientas específicas para pacientes.
- Facilitar los recursos necesarios para la realización de grupos para dejar de fumar en los centros de salud.
- Distribuir material informativo y guías para dejar de fumar.
- Actualizar el programa de abordaje del tabaquismo en OMI-AP e implantarlo en toda la red de Atención Primaria.
- Difundir entre profesionales sanitarios de Atención Especializada la importancia de aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar.
- Realizar los trámites y actividades necesarias para incluir a los hospitales del Servicio Cántabro de Salud en la Red Europea de Hospitales Sin Humo.
- Realizar una evaluación continua de actuaciones y protocolos para optimizar el abordaje del tabaquismo.
- Diseñar un programa informático para seguimiento del tratamiento para dejar de fumar en la Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDESTA).
- Realizar deshabituación tabáquica dirigida a colectivos modélicos.
- Impulsar y colaborar con los Colegios Profesionales de Cantabria para la realización de actividades y programas de abordaje de la persona fumadora.

4. Formación

Cualquier profesional de la salud debe adquirir –mediante formación reglada o de otro tipo- un mínimo de conocimientos y habilidades que le permitan abordar adecuadamente el consumo y la dependencia del tabaco.

Los fumadores tienen muchas más posibilidades de éxito si utilizan asesoramiento o tratamiento farmacológico de base científica que si lo intentan sin estas ayudas. Por ello es importante asegurarse de que tanto los profesionales como los sistemas sanitarios dispongan de información exacta sobre la eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas. Este es un asunto de vital importancia en salud pública porque los costes del fracaso son muy elevados. Las recaídas perpetúan la exposición al tabaco, lo que se traduce en un mayor riesgo de enfermedad y muerte. Se debe mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la eficacia de los tratamientos del tabaquismo y conseguir que los tratamientos estén disponibles y sean atractivos para los fumadores.

Los profesionales sanitarios juegan un papel importante al estar implicados en el proceso de entrenamiento de los estudiantes tanto pre como post graduados, prácticas hospitalarias, formación continua, investigación y evaluación. De acuerdo con los estudios realizados, el entrenamiento de los profesionales sanitarios es eficaz para cambiar su práctica clínica. Sin embargo, los estudios también concluyen que los contenidos tanto teóricos como prácticos sobre el control del tabaquismo en las escuelas de medicina son inadecuados, desde los aspectos relacionados con la salud pública, hasta el tratamiento clínico del tabaquismo. Todas las vertientes del control del tabaquismo necesitan ser incorporadas dentro de los currículos existentes.

Según la Guía de tratamiento del tabaquismo del National Health Service (Fiore et al., 2008), "el tratamiento para la dependencia del tabaco puede ser ofrecido por cualquier clínico adecuadamente entrenado, y no hay razones de efectividad ni coste efectividad para limitarlas a un colectivo profesional concreto".

Es primordial incrementar la formación en tabaquismo en los profesionales sociosanitarios (especialmente sanitarios y docentes) en la prevención y control del tabaquismo, tanto por su papel modélico como por su necesaria implicación en la ayuda a la persona fumadora y en la prevención al inicio del consumo de tabaco. Por ello se hace necesario implementar acciones formativas para proporcionar habilidades y herramientas de prevención y control del tabaquismo a los profesionales sanitarios y docentes, que aseguren la prevención al inicio del consumo de tabaco (tanto en el entorno escolar como en el sanitario), y un buen abordaje del consumo de tabaco en las personas fumadoras, como un derecho a la salud de los individuos.

El Convenio Marco en su artículo 12 resalta la necesidad de promover programas eficaces y apropiados de formación o sensibilización y concienciación sobre el control del tabaco dirigidos a personas tales como profesionales de

la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas.

Objetivo general

- Facilitar y reforzar la formación en el abordaje del tabaquismo.

Objetivos específicos

- Formar en tabaquismo a los profesionales sanitarios de los diferentes niveles de atención del Servicio Cántabro de Salud.
- Ofrecer formación en tabaquismo a los profesionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina Preventiva.
- Impulsar la formación en tabaquismo desde los Colegios Profesionales de Ciencias de la Salud.
- Realizar cursos de formación en tabaquismo dirigidos a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
- Facilitar y reforzar la formación en tabaquismo afianzando la modalidad on-line.
- Incluir el tabaquismo en la formación universitaria.
- Formar en tabaquismo a profesionales de la educación.
- Conseguir que el 100% de los cursos dirigidos a profesionales sanitarios esté acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Conseguir que el 100% de los cursos dirigidos a docentes esté acreditado por la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

Actuaciones

- Actualizar el programa de formación en tabaquismo estructurado en niveles dirigido a profesionales sanitarios de Atención Primaria.

- Organizar la II Jornada de Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria para establecer vínculos entre diferentes profesionales y compartir experiencias.
- Diseñar y realizar cursos básicos de formación en tabaquismo dirigidos a profesionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina Preventiva.
- Diseñar y programar cursos y talleres de formación en tabaquismo en colaboración con los colegios profesionales de Cantabria.
- Colaborar con el Plan de Formación de Seguridad Ciudadana del Gobierno de Cantabria a través de la Escuela Regional de Policía Local.
- Diseñar un Curso básico de formación en tabaquismo para profesionales de Atención Primaria en modalidad online.
- Programar y diseñar cursos dirigidos a Atención Especializada con contenidos adaptados a cada especialidad.
- Programar y diseñar cursos dirigidos a residentes de Ciencias de la Salud.
- Establecer la UDESTA como centro de rotación de profesionales sanitarios.
- Incluir el abordaje del tabaquismo en los cursos de Extensión Universitaria de la Universidad de Cantabria.
- Realizar cursos acreditados de formación básica en tabaquismo en modalidad mixta, presencial y online, para profesionales que trabajan con menores.
- Fomentar la implicación de los centros de Atención Primaria en la formación práctica en tabaquismo de colectivos sanitarios.

5. Investigación

El compromiso que España contrajo con la firma del *Convenio Marco para el Control del Tabaco,* tiene su base en que para tener éxito en el control del tabaco es fundamental que las medidas adoptadas estén basadas en hechos

y evidencias. La investigación clínica, epidemiológica y de las políticas de control así como su evaluación son componentes importantes a tener en cuenta cuando se implementan medidas con el objetivo de reducir el consumo de tabaco. La investigación aporta información relevante y fidedigna para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento. Fue la investigación la que centró la atención mundial en los riesgos para la salud del consumo de tabaco y en la enorme extensión de la epidemia, y fue la investigación quien llamó la atención sobre la tasa de mortalidad que estaba causando, primero en los países desarrollados y después en el resto del mundo. Sin embargo, hay una creencia creciente de que ya no es necesario seguir investigando y que hay que centrarse en aplicar lo que se ha aprendido. Aunque esta posición es entendible, no habiendo duda de que los esfuerzos para el control del tabaco necesitan centrarse en aplicar lo que se sabe que funciona, queda mucho por aprender sobre el control del consumo, los componentes de los productos del tabaco, las respuestas más eficaces ante las estrategias de la industria tabacalera, y qué estrategias utilizadas en unos países funcionan en aquellos que cuentan con menos recursos. Aunque tradicionalmente los estudios se hayan centrado en el tabaco y sus efectos sobre la salud, se debe reforzar la investigación en áreas como la implementación y evaluación de los programas y políticas. Es especialmente importante investigar en nuevas técnicas y estrategias terapéuticas dirigidas a grupos en situación de desigualdad. Además, muchos de los datos disponibles sobre el tratamiento del tabaquismo provienen de estudios clínicos en entornos de investigación, por lo que se requiere examinar la implementación de los tratamientos efectivos en entornos clínicos del mundo real. Dado que el tabaquismo afecta a muchas áreas de salud, la investigación sobre el consumo de tabaco debería incluirse en otros campos como los estudios clínicos sobre el cáncer, los programas de salud materno-infantil y los estudios de enfermedades cardiovasculares.

En su papel como científicos, los profesionales sanitarios tienen el deber de educar y sensibilizar a los organismos de investigación sobre el impacto del consumo de tabaco en todos los aspectos de la salud individual, comunitaria y social para que los recursos adecuados para evaluar esta epidemia se mantengan o mejoren. Es por esto que todos los sanitarios deben conocer la información científica acerca de las medidas de control del tabaquismo que pueden ser implementadas en su área de actuación. Uno de los factores más importantes de la investigación es que sus resultados se acerquen a los actores sociales, iniciando un proceso de reeducación enriquecedor.

La necesidad de aumentar tanto el número como la precisión de los datos epidemiológicos y de monitorización, van mano a mano con la necesidad de

realizar investigación. Como puntualiza el proyecto MPOWER de la OMS, sin un seguimiento cuidadoso, las otras medidas del MPOWER no pueden tener éxito. Son necesarios datos exactos y objetivos para seguir la prevalencia del consumo de tabaco, determinar el impacto de las intervenciones y monitorizar las actividades y estrategias de la industria tabaquera.

En Cantabria, se han realizado estudios, unos específicos en nuestra Comunidad y otros en colaboración con otras, en relación a la exposición al humo ambiental de tabaco, al consumo y a la eficacia de distintas modalidades de tratamiento.

El objetivo del Plan actual es continuar en esta línea, colaborando con administraciones a nivel nacional y europeo, para conocer la magnitud del problema, poder defender y justificar ante la población las políticas restrictivas y evaluar si las medidas utilizadas son efectivas o es necesario modificarlas.

Objetivo general

- Potenciar la investigación relacionada con el consumo de tabaco y la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT).

Objetivos específicos

- Obtener información sobre creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias tanto del consumo de tabaco como de la exposición al humo ambiental.
- Valorar la aceptación de la normativa vigente en materia de tabaquismo en el colectivo hostelero.
- Obtener información sobre el consumo de tabaco en profesionales sanitarios y docentes.

Actuaciones

- Realizar una encuesta de opinión sobre la *Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco,* entre profesionales de la hostelería.

- Realizar un estudio sobre prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios del Servicio Cántabro de Salud.
- Realizar un estudio sobre prevalencia del consumo de tabaco en docentes.
- Estudiar la evolución de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Cantabria.
- Con Motivo del Día Mundial Sin Tabaco, efectuar un estudio sobre la prevalencia de fumadores y los intentos para dejar de fumar en la población de Cantabria.
- Realizar la "Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar", entre menores de 14 a 18 años, cada dos años.
- Realizar la encuesta "Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria", en población de 15 a 64 años, de forma bienal.
- Valorar la actualización del protocolo de abordaje del tabaquismo en OMI-AP.
- Estudiar la eficacia del tratamiento del tabaquismo en Atención Primaria en modalidad individual y grupal.

EVALUACIÓN

Se realizarán evaluaciones anuales para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos específicos de cada área, valorando el desarrollo de las distintas actuaciones y proponiendo las mejoras correspondientes.

Los objetivos del Plan serán evaluados al finalizar el mismo mediante los indicadores correspondientes para estimar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos, analizar aciertos y debilidades para el desarrollo de Planes posteriores.

Los datos de los indicadores serán recopilados de fuentes gestionadas por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y de otras Administraciones locales, autonómicas, nacionales y europeas.

Fuentes de datos

- Registro informatizado de datos de la Sección de Inspección de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Encuesta sobre Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España.
- Encuesta Europea de Salud en España. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España.
- Encuesta Social de Cantabria. Instituto Cántabro de Estadística, Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, Gobierno de Cantabria.
- Aplicación OMI-AP. Servicio Cántabro de Salud, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Registro de profesionales sanitarios del Servicio Cántabro de Salud. Servicio Cántabro de Salud, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Registro de docentes. Consejería de Educación, Cultura y Deporte, Gobierno de Cantabria.

- Registro de AMPA de Cantabria. Consejería de Educación, Cultura y Deporte, Gobierno de Cantabria.
- Registro de alumnos de los distintos niveles formativos. Consejería de Educación, Cultura y Deporte, Gobierno de Cantabria.
- Registro de profesionales sanitarios que trabajan en los Servicios de Prevención autorizados en Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Registro de monitores de tiempo libre. Consejería de Presidencia y Justicia, Gobierno de Cantabria.
- Registro de la Dirección General de Salud Pública de personas asistentes a las diferentes actividades realizadas. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Registro de la Dirección General de Salud Pública de personas tratadas para dejar de fumar. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Resultados de las diferentes investigaciones llevadas a cabo en el desarrollo del Plan. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Registro de pacientes de la Unidad de Deshabituación Tabáquica. Servicio Cántabro de Salud, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards tobacco. Report. European Commission, may 2012.

Indicadores

1. Prevención

Objetivos	Indicadores
Retrasar la edad media de inicio de consumo de tabaco.	• Edad media de inicio de consumo de tabaco en Cantabria.
Retrasar la edad media de inicio al consumo diario.	• Edad media de inicio de consumo diario de tabaco en Cantabria.

Objetivos	Indicadores
Disminuir el porcentaje de jóvenes que prueban el tabaco.	• Porcentaje de población de 14 a 18 años que declara haber consumido tabaco en alguna ocasión.
Disminuir el porcentaje de personas que inician un consumo diario de tabaco.	• Porcentaje de población de 14 a 18 años que fuma a diario. • Porcentaje de personas adultas que consumen tabaco a diario.
Sensibilizar a la comunidad educativa de su importancia en el abordaje del tabaquismo.	• Nº de centros educativos que participan en programas preventivos dirigidos a alumnado de Primaria. • Nº de centros educativos que participan en programas preventivos dirigidos a alumnado de Secundaria. • Nº de participantes en programas preventivos dirigidos a alumnado de Primaria. • Nº de participantes en programas preventivos dirigidos a alumnado de Secundaria. • Actividades realizadas en centros educativos con motivo de la celebración del Día Mundial Sin Tabaco.
Promover entre la juventud el ocio sin tabaco.	• Nº de materiales distribuidos en actividades de ocio. • Nº de participantes en actividades de ocio que solicitan información.
Sensibilizar a los adultos sobre la importancia de no proporcionar tabaco a menores.	• Porcentaje de jóvenes de 14 a 18 años que piensan que sería fácil o muy fácil conseguir tabaco.

2. Humo ambiental de tabaco

Objetivos	Indicadores
Vigilar, fomentar y consolidar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de tabaco.	• Número de denuncias sobre la Ley 42/2010 respondidas. • Número de establecimientos inspeccionados anualmente. • Porcentaje de establecimientos de hostelería inspeccionados que cumplen la normativa vigente. • Porcentaje de establecimientos de hostelería inspeccionados libres de humo de tabaco. • Número de cursos realizados dirigidos a Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. • Número de personas asistentes a los cursos realizados.
Generalizar la percepción de la exposición al HAT como riesgo para la salud.	• Número de personas que visitan los recursos informativos sobre exposición al HAT de la página web de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. • Número de materiales de sensibilización distribuidos.
Reducir la exposición al HAT en los espacios cerrados de carácter privado, tales como hogares y vehículos.	• Porcentaje de percepción del riesgo de exposición al HAT. • Número de personas que fuman en el hogar. • Frecuencia con que alguna persona fuma en la vivienda delante de los niños. • Frecuencia con que alguna persona fuma en vehículos delante de los niños. • Número de personas informadas sobre la exposición al HAT en vehículos privados.

3. Abordaje del consumo de tabaco

Objetivos	Indicadores
Aumentar el número de personas exfumadoras.	• Porcentaje de personas exfumadoras de 15 a 64 años. • Porcentaje de personas exfumadoras de 16 y más años.
Disminuir la prevalencia de personas fumadoras.	• Porcentaje de personas fumadoras de 15 a 64 años. • Porcentaje de personas fumadoras de 16 y más años.
Disminuir la prevalencia en colectivos modélicos.	• Porcentaje de profesionales de medicina del Servicio Cántabro de Salud que fuman. • Porcentaje de profesionales de enfermería del Servicio Cántabro de Salud que fuman. • Porcentaje de docentes no universitarios que fuman. • Porcentaje de docentes universitarios que fuman. • Nº de grupos de deshabituación tabáquica dirigida a colectivos modélicos realizados. • Nº de personas pertenecientes a colectivos modélicos tratadas para dejar de fumar. • Porcentaje de abstinencia a los 6 meses de personas pertenecientes a colectivos modélicos tratadas para dejar de fumar.
Reforzar el abordaje de género en los programas de atención y deshabituación.	• Número de folletos editados y distribuidos sobre tabaquismo y patología específica asociada a hombre y/o mujer.
Promover el abandono del consumo de tabaco en personas con discapacidad.	• Nº de actuaciones realizadas. • Número de materiales informativos distribuidos en colectivos de personas con discapacidad.

Objetivos	Indicadores
Potenciar la atención a la persona fumadora en Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.	• Porcentaje de historias de pacientes mayores de 14 años que tienen registrado el consumo de tabaco. • Porcentaje de historias de pacientes entre 10 y 14 años que tienen registrado el consumo de tabaco. • Porcentaje de mujeres incluidas en el programa de embarazo que tienen registrado el consumo de tabaco. • Porcentaje de historias que tienen registrado el consejo sanitario para dejar de fumar en pacientes fumadores mayores de 14 años. • Porcentaje de historias que tienen registrado el consejo sanitario para dejar de fumar en pacientes fumadores de 10 a 14 años. • Porcentaje de personas fumadoras tratadas para dejar de fumar en Atención Primaria en modalidad individual. • Porcentaje de personas fumadoras tratadas para dejar de fumar en Atención Primaria en modalidad grupal. • Número de pacientes derivados a la UDESTA.
Garantizar la atención a la persona fumadora desde la Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDESTA) del Servicio Cántabro de Salud.	• Porcentaje de pacientes que inician tratamiento en la UDESTA. • Porcentaje de pacientes abstinentes al alta (seis meses) en la UDESTA. • Porcentaje de pacientes abstinentes tras un año de tratamiento en la UDESTA. • Número máximo de días de lista de espera en la UDESTA.

Objetivos	Indicadores
Implementar un Programa de Abordaje del Tabaquismo para personas ingresadas en los Hospitales del Servicio Cántabro de Salud.	• Memoria de actividades.
Conseguir que los profesionales sanitarios de Atención Especializada consideren el tabaquismo como una prioridad en su práctica diaria.	• Número de pacientes derivados a la UDESTA desde Atención Especializada. • Número de profesionales sanitarios de Atención Especializada que participan en actividades formativas.
Potenciar la atención a la persona fumadora desde la Oficina de Farmacia.	• Número de oficinas de farmacia que se adhieren al "Programa farmacéutico de abordaje del tabaquismo desde la Oficina de Farmacia". • Número de personas inscritas en el Programa. • Porcentaje de abstinencia a los 6 meses de los fumadores inscritos en el Programa. • Número de guías para dejar de fumar y folletos informativos distribuidos.

4. Formación

Objetivos	Indicadores
Formar en tabaquismo a los profesionales sanitarios de los diferentes niveles de atención del Servicio Cántabro de Salud (SCS).	• Número de cursos realizados. • Número de profesionales sanitarios del SCS formados. • Grado de satisfacción del alumnado en cada curso.

Objetivos	Indicadores
Ofrecer formación en tabaquismo a los profesionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina Preventiva.	• Número de cursos realizados. • Número de profesionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina Preventiva formados. • Grado de satisfacción del alumnado en cada curso.
Impulsar la formación en tabaquismo desde los Colegios Profesionales de Ciencias de la Salud.	• Número de cursos realizados. • Número de profesionales formados a través de los Colegios Profesionales de Ciencias de la Salud. • Grado de satisfacción del alumnado en cada curso.
Realizar cursos de formación en tabaquismo dirigidos a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.	• Número de cursos realizados. • Número de miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado formados en Tabaquismo. • Grado de satisfacción del alumnado en cada curso.
Facilitar y reforzar la formación en tabaquismo afianzando la modalidad on-line.	• Elaboración y diseño de nuevos cursos on-line. • Número de cursos on-line ofertados. • Número de alumnos formados. • Grado de satisfacción del alumnado en cada curso.
Incluir el tabaquismo en la formación universitaria.	• Número de cursos realizados. • Número de participantes.
Formar en tabaquismo a profesionales de la educación.	• Número de cursos dirigidos a profesionales de la educación. • Número de profesionales de la educación formados en tabaquismo. • Grado de satisfacción del alumnado en cada curso.

Objetivos	Indicadores
Conseguir que el 100% de los cursos organizados dirigidos a profesionales sanitarios esté acreditado por la Comisión de Formación Continuada.	• Porcentaje de cursos organizados dirigidos a profesionales sanitarios acreditados por la Comisión de Formación Continuada.
Conseguir que el 100% de los cursos organizados dirigidos a docentes esté acreditado por la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.	• Porcentaje de cursos organizados dirigidos a docentes acreditados por la Consejería de Educación, Cultura y Deporte. • Grado de satisfacción del alumnado en cada curso.

5. Investigación

Objetivos	Indicadores
Obtener información sobre creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias tanto del consumo de tabaco como de la exposición al Humo Ambiental de Tabaco (HAT).	• Realización de una encuesta sobre creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias tanto del consumo de tabaco como de la exposición al HAT. • Número de comunicaciones científicas realizadas en congresos y jornadas.
Valorar la aceptación de la normativa vigente en materia de tabaquismo en el colectivo hostelero.	• Encuesta de aceptación de la normativa vigente en materia de tabaquismo en el colectivo hostelero.
Obtener información sobre el consumo de tabaco en profesionales sanitarios y docentes.	• Estudio sobre prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios del Servicio Cántabro de Salud. • Estudio sobre prevalencia del consumo de tabaco en docentes.

FINANCIACIÓN

El desarrollo del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria se realizará mediante:

Financiación específica recogida en los Presupuestos Generales de Cantabria asignados a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales durante los años de vigencia de este Plan.

Bibliografía

- Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. World Health Organization. Regional Committee for Europe. 12–15 September 2011. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/ 147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf.

- Álvarez S, Amo M del, Benito BM, Castillo E del, Gutiérrez L, López ME, Martín F. Aprendiendo a Vivir sin Tabaco. Material de ayuda para dejar de fumar. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2008.

- Álvarez S, Amo M del, Benito BM, Castillo E del, Gutiérrez L, López ME, et al. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2010.

- Álvarez S, Benito BM, Castillo E del, López ME, Viadero L. Formación en Tabaquismo para Personal Educativo. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2007.

- Attitudes of Europeans towards Tobacco. Report. Special Eurobarometer 385. European Commission; 2012.

- Ayesta FJ, Lorza JJ. Tabaquismo pasivo: importancia. Trastornos Adictivos. 2007;9(1):53-8.

- Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Intervenciones por los medios masivos de comunicación para el abandono del hábito de fumar en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Banco Mundial. La epidemia del tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, D.C.: BM; 1999.

- Banegas JR, et al. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin (Barcelona). 2005;124(20):769-71.

- Castanedo JA, Salido A, Saínz N, Torres JI, Muñoz P, Villanueva A. Prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios del Hospital Marqués de Valdecilla (Santander). Aten Primaria 1987;4:24-29.

- Concientizar al público sobre los peligros del humo de tabaco de los demás. Organización Panamericana de la Salud; 2004.
- Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Organización Mundial de la Salud; 2003.
- Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. CNPT y Ministerio de Sanidad; 2008.
- El tabaco y la pobreza: un círculo vicioso. Organización Mundial de la Salud; 2004.
- Encuesta de Salud de Cantabria. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2007.
- Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y GlaxoSmithKline, C-26082; 2006.
- Encuesta sobre drogas a la población escolar 2004. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2005.
- Encuesta sobre drogas a la población escolar 2006. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2007.
- Encuesta sobre drogas a la población escolar 2008. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2009.
- Encuesta sobre drogas a la población escolar 2010. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2011.
- Feltracco A, Gutiérrez K. Paquete de herramientas para el desarrollo de campañas: Una guía internacional para planificar e implementar campañas para dejar de fumar. Brantford, ON: Diálogo Global para Campañas Efectivas para Dejar de Fumar; 2007.
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002; 325: 188-191.

- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

- Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization; 2011. Disponible en: (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.

- Grimshaw GM, Stanton A. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.updatesoftware.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Health professionals and smoking cessation in a larger Europe. Country Report. England. Paul Hooper for Department of Health 2003-2004.

- Incidencia del consumo de drogas en Cantabria 2003. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2004.

- Incidencia del consumo de drogas en Cantabria 2005. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2006.

- Incidencia del consumo de drogas en Cantabria 2007. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2008.

- Incidencia del consumo de drogas en Cantabria 2009. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2010.

- Informe de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo y al Comité Económico y Social Europeo. Segundo informe relativo a la aplicación de la Directiva sobre productos del tabaco. Comisión de las Comunidades Europeas (2007) 754 final.

- Jané M. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. Adicciones 2004, Vol.16, Supl.2.

- Joosens L. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Bruselas: European Network for Smoking Prevention; 1999.

- Organización Panamericana de la Salud. La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco. Washington: OPS; 2004.

- Laviolette SR, Lauzon NM, Bishop SF, Sun N, Tan H. Dopamine signaling through D1-like versus D2-like receptors in the nucleus accumbens core versus shell differentially modulates nicotine reward sensitivity. The Journal of Neuroscience, August 6, 2008, 28(32):8025-8033.

- Levantando la cortina de humo. European Respiratory Society; 2006.

- Libro blanco sobre mujeres y tabaco: abordaje desde una perspectiva de género. Coordinación, Isabel Nerón de la Puerta, Mareia Jané Checa. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

- Libro verde. Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE. Comisión de las Comunidades Europeas (2007) 27 final.

- López MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. Tobacco Control 16[6], 373-377. December 2007.

- López Nicolás A. Tabaquismo y economía pública. Ángel López Nicolás. Tabaquismo y Economía Pública. En C.A. Jiménez, Karl Olov Fagerström. Eds. Tratado de Tabaquismo (2004). Editorial Aula Médica. Madrid.

- Lushchenkova O et al. Exposición al humo ambiental del tabaco en España. Rev Esp Cardiol. 2008;61(7): 687-94.

- Martínez JM, Gurpegui M, Díaz FJ, de León J. Tabaco y esquizofrenia. Adicciones (2004), Vol. 16, Supl. 2.

- Meyers DG et al. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol, 2009, 29;54:1249-1255.

- Moscow Declaration: The First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. Moscow, 28–29 April 2011. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponible en: (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf).

- MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud, 2008.

- Organización Panamericana de la Salud. Implicar a los médicos en el control del tabaco. (Planificación Estratégica para el Control del Tabaco, guía complementaria #2). Washington, DC: OPS; 2004.

- Pell J et al., Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome. The New England Journal of Medicine 359:482-491. July 2008.

- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M and Heath Jr C. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Oxford University Press, Oxford, 1994.

- Pierce JP, León M. Effectiveness of smoke-free policies. Lancet Oncology, 2008, 9:614–615.

- Plan de prevención y control del tabaquismo de Cantabria 2004-2007. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria, 2004.

- Plan de prevención y control del tabaquismo de Cantabria 2008-2012. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria, 2008.

- Preventing tobacco use among youth and young adults : a report of the Surgeon General. – Atlanta, GA. : Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Washington, D.C. : For sale by the Supt. of Docs., U.S. G.P.O., 2012.

- Richiardi L et al. Cardiovascular benefits of smoking regulations: The effect of decreased exposure to passive smoking. Preventive Medicine, 2009, 48:167–172.

- Rigotti N, Munafo M, Stead L. Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers. A Systematic Review. MSc. Arch Intern Med. 2008; 168 (18):1950-1960.

- Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.

com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit 2000; 14(Supl. 3):60-71.

- Sánchez-Martínez F, López MJ, Nebot M, Ariza C y Grupo de Evaluación de la Ley 28/2005. Exposición al humo ambiental de tabaco en centros de trabajo antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Medicina Clínica (Barc). 2007;129(3):100-3.

- Shafey O, Dolwick S, Guindon GE (eds). Tobacco Control Country Profiles 2003. American Cancer Society. Atlanta, GA, 2003.

- Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Hamilton WL, Biener L. Local Restaurant Smoking Regulations and the Adolescent Smoking Initiation Process: Results of a Multilevel Contextual Analysis Among Massachusetts Youth. Arch Pediatr Adolesc Med, May 2008; 162 (5):477-483.

- Smoke Free Partnership. Levantar la cortina de humo - 10 razones para una Europa sin humo del tabaco. ERSJ Ltd.; 2006.

- Sobradiel N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. Trastornos adictivos. 2007; 9(1): 31-8.

- Strong K et al. Preventing cancer through tobacco and infection control: how many lives can we save in the next years? European Journal of Cancer Prevention, 2008.

- Tabaquismo y nueva normativa anti-tabaco. Estudio CIS 2.665, 2006.

- The European Tobacco Control Report. World Health Organization, 2007.

- The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. – [Atlanta, Ga.], U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

- Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Programas familiares para la prevención del hábito de fumar en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Tobacco or Health in the European Union. Past, present and Future. The ASPECT Consortium. European Commission. 2004.

- WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation: Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13. Geneva, World Health Organization, 2009.

- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.

- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. MPOWER. World Health Organization.

- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. MPOWER. World Health Organization.

- U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.

- Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Aplicación de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y del plan de acción. Informe de la Secretaría. 65.ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.1 del orden del día provisional. Organización Mundial de la Salud. 22 de marzo de 2012. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_8-sp.pdf

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN

Comisión Técnica

- Blanca Mª Benito Fernández. Psicóloga. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria. Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social.
- Mª Emma del Castillo Sedano. Médica. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria. Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social.
- Inés Ruiz Llerandi. Psicóloga. Jefa de Servicio de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Colaboraciones

Servicio de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

- Andrea Abascal García. Becaria.
- Auristela Alvarado Alonso. Técnico de grado medio.
- Isabel Álvarez Salcines. Jefa de Negociado de Tramitación Administrativa.
- Mª Carmen Diego Santamaría. Técnico superior.
- Ángela Higuera Soldevilla. Jefa de Sección de Prevención, Formación e Investigación.
- Mª José Pinillos Bolado. Técnico de grado medio.
- Mª Antonia Rueda Gutiérrez. Jefa de Sección de Programas, Coordinación y Evaluación.
- Ramón Solana Elorza. Administrativo.
- Alejandra Ugarte Santos. Técnico superior.

Servicio de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

- Yolanda Echave Ruiz. Jefa de Sección de Inspección.
- Manuel Galán Cuesta. Jefe de Servicio.
- María Herrería Porras. Inspectora.
- Isabel Muñoz de Juana. Inspectora.
- Marta María Peñalver Fernández. Técnico de grado medio.

Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

- Mª Ángeles García Gutiérrez. Psicóloga clínica. Unidad de Deshabituación Tabáquica.
- Fernando Martín Fuente. Médico. Unidad de Deshabituación Tabáquica.

Universidad de Cantabria

- Francisco Javier Ayesta Ayesta. Profesor de Farmacología. Director del Máster Interuniversitario en Tabaquismo.

Miembros del Consejo Asesor en materia de Drogodependencias

GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

Dirección General de Salud Pública