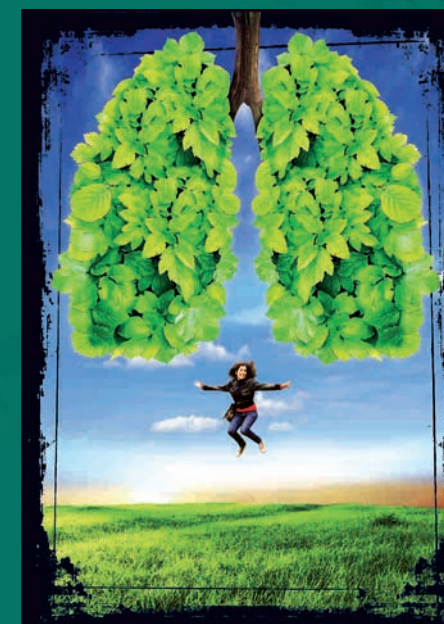




PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

Principado de Asturias

2009-2012



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS





COORDINACIÓN TÉCNICA:

- Jose Ramón Hevia Fernández, Jefe de Servicio de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas para Asturias (UCPD). Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- María Dolores Rubio Fernández, Técnica de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas (UCPD). Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

AUTORES:

- Jose Ramón Hevia Fernández, Jefe de Servicio de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- María Dolores Rubio Fernández, Técnica de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

COLABORACIONES:

- Antón González Fernández, Técnico de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Camino Gontán Menéndez, Técnica de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Luisa María González Gutiérrez, Técnica de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Mónica Regueira Álvarez, Técnica de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Asunción Modino Turienzo, Técnica de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Eduardo Gutiérrez Cienfuegos, Médico Psiquiatra, UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Nadia García Alas, Técnica de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Victoria Díaz Fernández, Técnica de la UCPD. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Ignacio Donate Suárez, Técnico del Servicio de Salud Poblacional, Observatorio sobre Drogas para Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Luis Miguel López Saldaña, Unidad Administrativa, Servicio de Salud. Poblacional, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Cruz García García, Agencia Consumo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Idalina Fernández González, Unidad de Deshabituación Tabáquica del Hospital de Silicosis. SESPA
- Jose Luis Alcázar Serrano, Unidad de Deshabituación Tabáquica del Hospital de Silicosis. SESPA
- Fernando Alonso Pérez, Director de Enfermería de Atención Primaria Área V-Gijón. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Santiago Álvarez Labra, Servicios centrales. SESPA
- Carmen González Carreño, Enfermera de la Unidad de Deshabituación Tabáquica Área III-Avilés. SESPA
- Alfonso Testón Blanco, Enfermero de Atención Primaria, Centro de Salud Paulino Prieto, Área IV-Oviedo. SESPA
- Juan Manuel Calvo Díez, Enfermero de Atención Primaria, Centro de Salud de la Fresneda, Área IV-Oviedo. SESPA
- Ingeborg Tartiere Reiberg, Médica de Atención Primaria, Centro de Salud de S. Claudio, SESPA
- Mª Marta González Sánchez, Unidad de análisis y programas. SESPA
- Begoña Álvarez Muñoz, Médica Coordinadora de Urgencias, Hospital Álvarez Buylla. SESPA
- Adriana Fernández García, Técnica Plan Municipal de Drogodependencias, Comarca de la Sidra
- Ana Belén Díaz Fernández, Técnica Plan Municipal de Drogodependencias, Mieres
- Belén Álvarez Delgado, Técnica Plan Municipal de Drogodependencias, Lena
- Antonio Bernardo García, Técnico Plan Municipal de Drogodependencias, Gijón
- Carmen Alonso Cardeñoso, Técnica Plan Municipal de Drogodependencias, Oviedo
- Roberto Secades Villa, Psicólogo, Universidad de Oviedo
- Javier Orta Fernández, Director Técnico de Hostelería de Asturias
- Marian Urría Urraza, Socióloga, Instituto Asturiano de la Mujer
- Caridad González Fernández. Consejería de Educación y Ciencia
- Mercedes García García. Consejo de la Juventud

EDITA:

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Grupo Bittia

DEPÓSITO LEGAL:

AS-5079-09

IMPRESIÓN:

Gráficas Rigel

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

Principado de Asturias

2009-2012

La reproducción de fragmentos de las obras escritas que se emplean en los diferentes documentos de esta publicación se acogen a lo establecido en el artículo 32 (cifras y reseñas) del Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, modificado por la Ley 23/2006, de 7 de julio, “Cita e ilustración de la enseñanza”, puesto que “se trata de obras de naturaleza escrita, sonora o audiovisual que han sido extraídas de documentos ya divulgados por vía comercial o por Internet, se hace a título de cita, análisis o comentario crítico, y se utilizan solamente con fines docentes”
No se requiere autorización para reproducir mediante fotocopia este documento en su integridad. Si se usa total o parcialmente, debe citarse su procedencia.



Índice



01. Presentación	4
02. Justificación	8
03. Efectos perjudiciales del tabaco	12
3.1 El problema del tabaquismo en la población trabajadora	15
3.2 Situación del tabaquismo en el Principado de Asturias	15
3.2.1 Dimensión del problema	15
3.2.2 Consumo por área sanitaria	17
3.2.3 Consumo por nivel de estudios	17
3.2.4 Consumo por clase social	17
3.2.5 Evolución y tendencias	18
3.2.6 Exposición pasiva al humo del tabaco.	
Fumadores/as pasivos/as	18
3.2.7 La situación en los jóvenes	20
3.2.8 Ventas de tabaco	21
04. Evidencia científica	22
4.1 De los programas de Prevención	24
4.2 De los programas y tratamientos para dejar de fumar	25
4.3 De la prohibición de la publicidad y de la regulación de los espacios sin humo: prohibición/restricción de fumar en lugares públicos y privados	25
4.4 "Treating tobacco use and dependence: 2008 update"	25
05. Objetivos	26
5.1 Objetivo general	29
5.2 Objetivos específicos	29

06. Acciones	30
6.1 Dirigidas a la población general	32
6.2 Población de alto riesgo	33
6.3 Población escolar y juvenil	34
07. Programa específico de atención al tabaquismo desde el ámbito sanitario	40
7.1 Atención primaria	42
7.1.1 Intervenciones preventivas y asistenciales	42
7.2 Unidades especializadas en tabaquismo	43
7.3 Atención especializada: Red Europea de Hospitales Libres de Humo	44
7.4 Atención al tabaquismo en la población laboral	45
08. Sistema de información y evaluación	46
09. Estructura organizativa y recursos	50
9.1 Consejo de dirección del programa	52
9.2 Consejo de participación en el Programa del Tabaquismo del Principado de Asturias	52
9.3 Recursos financieros	53
10. Glosario	54
11. Bibliografía	58
A. Justificación	60
B. En población trabajadora	61
C. Evidencia científica	61
D. Población de alto riesgo	62
E. En Atención Primaria	63
F. Anexo I	63
G. Tratamiento farmacológico. Anexo 2	63
12. Anexos	64
Anexo 1: Guías	66
Anexo 2: Tratamiento farmacológico	69
Anexo 3: Estándares de la Red Europea de Hospitales Sin Humo	71
Anexo 4: Campaña para la promoción de empresas saludables	72
Anexo 5: Materiales disponibles	73
1. Materiales informativos y de apoyo a la deshabituación	73
2. Materiales informativos de prevención dirigidos a población juvenil	74
3. Carteles informativos sobre todos los supuestos que contempla la Ley 28/2005	74



Presentación.01

0 | Presentación

El consumo de tabaco y la exposición pasiva a su humo constituye el principal problema de Salud Pública en la mayor parte de los países desarrollados y, si no se consigue una modificación de las tendencias, lo va a ser en los países en vías de desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de tabaco es el primer factor causal aislado de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura en los países desarrollados.

En los países occidentales, es fumadora crónica un 20-40% de la población adulta y prácticamente la misma cifra de población joven.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Plan de Salud para Asturias recoge en la "Línea de actuación 10: Promover estilos de vida saludables" dos iniciativas para Tabaco:

- Aumentar el número de espacios libres de humo.
- Elaborar y poner en marcha un programa de prevención y control del tabaquismo.

Aunque el tabaquismo presenta diferentes vertientes sanitarias, no es exclusivamente un problema médico. La prevención del consumo de tabaco, por tanto, no debe apoyarse únicamente en medidas desde el sector sanitario, sino que debe ampliarse a diferentes ámbitos, en los que se desarrollen iniciativas de gran utilidad desde una perspectiva de Salud Pública, y que es necesario incorporar, potenciar y coordinar desde las administraciones públicas.

Este Programa es una herramienta más al servicio de la ciudadanía y, aunque su objetivo primordial es reducir de manera continua y sustancial la incidencia y prevalencia del consumo de tabaco, así como

El Plan de Salud para Asturias promueve estilos de vida saludables con dos iniciativas para evitar el consumo de tabaco:

- Aumentar el número de espacios libres de humo
- Elaborar y poner en marcha un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo



la exposición pasiva al humo del tabaco, también lo es conseguir una reflexión conjunta, un diálogo abierto y un consenso de conocimientos y realizaciones en los diferentes ámbitos de actuación. Así mismo, supone un marco y un enriquecimiento de las actuaciones contempladas en el documento "CONSEJO ANTITABACO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD", editado y distribuido por la Dirección General de Salud Pública con anterioridad a la aprobación de la Ley 28/2005 de 26 de diciembre de Medidas Sanitarias contra el Tabaquismo (BOE nº 309 del 27 de diciembre de 2005).

Como profesionales de Salud Pública, como sanitarios y como seres humanos, es nuestro deber propiciar un entorno que defienda la salud de la población, proteja a los menores de la presión de consumir tabaco y donde "No Fumar" sea la norma de comportamiento socialmente aceptada y el estilo de vida predominante.



02 Justificación



El consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte prematura en los países desarrollados

A menos que se adopten medidas más estrictas, el tabaco será responsable de 2 millones de muertes anuales

El consumo de cigarrillos es la principal causa prevenible o evitable de pérdida de salud y de muerte prematura en los países desarrollados (1-3)⁽¹⁾.

La OMS lo ha considerado como una de las primeras amenazas para la salud mundial en el próximo milenio. Se le atribuyen cada año 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la OMS y se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, los productos de tabaco serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos los fallecimientos) en el año 2020 (4,6).

Por otra parte los productos del tabaco, según estimaciones del Banco Mundial, causan unas pérdidas económicas netas en el mundo de, al menos, 150.000 millones de euros al año (15).

En España el tabaquismo constituye un problema prioritario de salud pública por múltiples causas, entre las que destacan: la

cantidad de individuos a los que afecta el impacto sobre la mortalidad general y, especialmente, sobre la mortalidad prematura; las graves alteraciones de la calidad de vida; el aumento en la demanda de cuidados y el gran coste económico sanitario y social.

A pesar de haber disminuido de manera notoria los porcentajes de fumadores tanto diarios como ocasionales en los últimos años, todavía siguen siendo muy elevados, situándose en un 26,4% y 3% respectivamente para el conjunto de España (24) y en el 27,8% de fumadores diarios para Asturias (25), en la población mayor de 16 años.

La Oficina Regional Europea de la OMS destaca en sus conclusiones del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que la reducción en el consumo de tabaco es la medida más importante de Salud Pública que pueden adoptar los distintos países para beneficio de su salud y de su economía. La evidencia sobre

la eficacia de las intervenciones clínicas y de algunos tratamientos farmacológicos para el tratamiento del tabaquismo es muy sólida y, en base a ella, la OMS viene recomendando reiteradamente que el tratamiento del tabaquismo sea considerado una prioridad sanitaria en todos los países (16,17).

Del conjunto de estudios de coste-efectividad disponibles se puede concluir que, comparado con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia al tabaco a través de los servicios asistenciales, se considera una acción coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganada. Esta intervención, por ejemplo, es varias veces más eficiente que la detección y manejo clínico de la hipercolesterolemia, hipertensión arterial o el cribado de cáncer de mama (7).

Desde la entrada en vigor de las diferentes leyes que pretenden combatir el consumo

de tabaco, un tercio de las personas fumadoras que quieren dejarlo lo han intentado. La encuesta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), indica que el 62% de las personas fumadoras aseguran que intentarían dejarlo si se lo pidiese su médico (5).

Estos datos hacen evidente que, por un lado, son muchas las personas fumadoras que están demandando ayuda y, por otro, es necesario dotar a los profesionales sanitarios de los recursos adecuados para conducir las necesidades de la personas fumadoras que están solicitando ayuda para abandonar su adicción, con el objetivo final de que lo consigan.

Además de las medidas de apoyo a aquellas personas que deseen dejar de fumar, la creación de espacios sin humo y las actividades educativas y de sensibilización dirigidas especialmente a la juventud son otras recomendaciones internacionales en la promoción de una vida sin tabaco.

⁽¹⁾ Anotación que remite a las referencias bibliográficas



Efectos perjudiciales del tabaco.03

03. Efectos perjudiciales del tabaco

El consumo inhalado crónico de tabaco es altamente tóxico y su uso regular y continuado da lugar a muchas enfermedades y a una gran cantidad de muertes prematuras, siendo en los países desarrollados la principal causa de mortalidad prevenible (14).

Los fumadores de un paquete diario presentan una tasa general de mortalidad casi del doble que los no fumadores (8-14).

No se ha descubierto la existencia de factor o rasgo que indique si una persona es menos susceptible de padecer la toxicidad derivada del consumo de tabaco. Sin embargo, sí que ocurre lo contrario: el tabaco es más perjudicial en aquellas personas que padecen determinadas enfermedades, como son el asma o la diabetes; por este motivo el tabaco está especialmente contraindicado en ellos (18).

Hay una serie de hechos que hacen más preocupante la toxicidad derivada del consumo del tabaco (18):

- 1) Mortalidad prematura: Alrededor del 40% de estas muertes ocurren entre los 35 y los 65 años; es decir en la edad productiva y en plena madurez.
- 2) El deterioro en la calidad de vida, es uno de los efectos más perniciosos y menos comentados del tabaco. No sólo se pierden años de vida, sino que los que quedan se viven peor.
- 3) El humo de tabaco ambiental afecta a terceros. Un estudio realizado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la OMS⁽²⁾ ha demostrado que el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón es entre un 20% y un 30% superior entre las personas no fumadoras que viven con un fumador (13).

El mayor número de muertes atribuibles al tabaquismo, analizadas por grandes grupos de enfermedades, lo presentan los tumores malignos con más de un 40%, seguido de las enfermedades cardiovasculares con un 38% y las enfermedades pulmonares con un 20%. Por categorías diagnósticas son el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los procesos más citados como causantes de mortalidad por el tabaquismo (18).

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras se enfrentan a otros riesgos específicos de su condición biológica. En concreto el tabaquismo puede contribuir a una reducción de la fertilidad, a incrementar el riesgo de menopausia precoz y es un factor que contribuye a la pérdida de calcio y, por tanto, a la osteoporosis en las mujeres en fase posmenopáusica (29, 30).

Durante el embarazo, el consumo de tabaco, se ha asociado con un mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato. También aumenta el riesgo de muerte súbita del niño y se asocia con una serie de consecuencias a largo plazo en la salud del niño (31, 32).

Por último, citar la asociación encontrada entre fumadores regulares y patología psiquiátrica, tema de especial actualidad investigadora.

En los últimos años, distintos estudios han encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco y la presencia de otros trastornos psicopatológicos, tales como depresión, trastornos de ansiedad, otros trastornos adictivos, trastornos de déficit de atención con hiperactividad y esquizofrenia (26). Estudios de seguimiento, como el de Breslau (27), con una muestra de adultos jóvenes, hallan una mayor probabilidad de comenzar a fumar en aquellos sujetos que presentaban historia previa de depresión mayor. A su vez, algunos fumadores que dejan de fumar pueden caer en un cuadro depresivo por la función antidepresiva de la nicotina (28).

Por otra parte, debemos de tener en cuenta que el tabaquismo es un trastorno adictivo crónico, en el que la recaída forma parte del proceso para dejar de fumar (33). La nicotina, principio activo del tabaco, es una sustancia adictiva y como tal tiene las características de otras drogas (tolerancia, dependencia física y psicológica, y aparición del síndrome de abstinencia cuando se deja de utilizar) (18). Concebirlo así contribuye en la mejora de nuestra actitud para entender el problema.

En la actualidad se considera que la adicción al tabaco comienza en más del 80%

Tabla 1. Prevalencia del consumo tabaco en Asturias, según sexo (porcentajes). Población mayor de 16 años.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Fumo diariamente	31,7	24,2	27,8
Fumo, pero no diariamente	3,1	2,2	2,6
No fumo actualmente, pero he fumado antes	25,8	7,7	16,3
No he fumado nunca	39,3	65,9	53,3

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

de los casos antes de los 18 años de edad. El inicio al consumo está influenciado por factores sociales (la presión de las amistades para integrarse al grupo, condicionamientos familiares, etc.) sociológicos (la publicidad, la accesibilidad y la permisividad social) y personales (procesos de condicionamiento psicológicos y condicionantes genéticos). Todos estos factores facilitan la iniciación al consumo de tabaco, primero de forma esporádica y más tarde de forma habitual. Se ha calculado que basta consumir entre 50 y 100 cigarrillos en un año para que el sujeto desarrolle adicción por la nicotina (19, 20).

En nuestra cultura, fumar es socialmente un hábito propio de las personas adultas. Esto hace que, para la juventud, el hecho de fumar sea uno de los rituales que vienen a señalar el paso de la infancia a la edad adulta (21, 23). A pesar de que las personas jóvenes se consideran informadas sobre los efectos del tabaco para la salud, no sienten que les concierna dicha información (21, 22).

3.1 EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA

La cuestión del tabaquismo entre la población trabajadora merece un apartado específico por diversas razones.

En primer lugar debe considerarse que el humo de tabaco, además de ser un agente cancerígeno en sí mismo, puede actuar

sinérgicamente con otros cancerígenos laborales, potenciándose los efectos de los distintos agentes. Así, algunos estudios han encontrado aumento de los efectos carcinógenos de los humos de soldadura ricos en cromo y níquel en soldadores y caldereros fumadores, así como en otros sectores (1).

En segundo lugar, el problema del Humo Ambiental de Tabaco (HAT) es especialmente relevante en los Centros de Trabajo. Según los datos del “Estudio Carex”, enmarcado en el programa “Europa contra el Cáncer” (3), en el que se presentan datos relativos a 32 millones de personas trabajadoras de la “Europa de los 15”, procedentes de 55 sectores industriales, entre los años 1990 y 1993, el segundo agente ambiental cancerígeno en el medio industrial en Europa es el Tabaquismo Pasivo (2).

En España de acuerdo con los datos recopilados en el Carex-España el HAT sería el **tercer cancerígeno laboral** (por debajo de la radiación solar y el sílice cristalino) con una población expuesta estimada en el año 2004, antes de la Ley 28/2005 de medidas contra el tabaquismo, de 1.223.146 trabajadores.

En tercer lugar, la legislación vigente de medidas sanitarias contra el tabaquismo, no contempla la exposición laboral al HAT de uno de los grupos probablemente más afectados por la misma, como son los trabajadores de la hostelería, permitiendo de hecho su exposición durante la jornada laboral en aquellos estableci-

mientos con zona de fumadores o donde se permite fumar en su totalidad, que son la mayoría. En diciembre de 2007, según datos de la Seguridad Social, había en Asturias 18.748 trabajadores por cuenta ajena en el Sector de la Hostelería. En una estimación conservadora, podemos asumir que al menos la cuarta parte de los mismos están expuestos a esta situación y con ello cerca de 5.000 trabajadores de la hostelería, sólo en Asturias, están expuestos a un agente cancerígeno de origen laboral: el HAT.

3.2 SITUACIÓN DEL TABAQUISMO EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En nuestra Comunidad Autónoma, el patrón de consumo de tabaco es muy parecido al del territorio nacional, sin que se objetiven grandes diferencias en los principales indicadores de prevalencia analizados.

3.2.1 DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

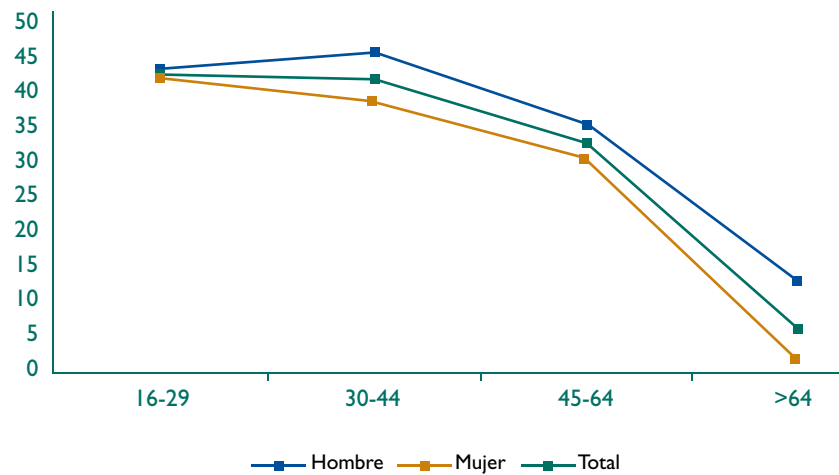
Aproximadamente tres de cada diez personas mayores de 16 años en Asturias declaran ser consumidoras de tabaco (30,4%). Asimismo, el 27,8% de la población asturiana, que representaría unas 269.000 personas, refieren tener un consumo diario y el resto, 2,6%, manifiestan fumar de manera ocasional.

Como se aprecia en la Tabla 1, una de cada seis personas es ex fumadora (16,3%) y más de la mitad de la población no ha fumado nunca de manera habitual (53,3%).

⁽²⁾ IARC de sus siglas en inglés



Figura 1. Prevalencia del consumo tabaco en Asturias, según sexo y edades (porcentajes). Población mayor de 16 años.



Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Tabla 2. Media, DS y Coeficientes de Variabilidad de cigarrillos consumidos en Asturias, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 16 años.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	>64	
Media de cigarrillos/día	17,5	14,7	14,2	17,5	16,5	15,3	16,2
Desviación Standard	9,4	8,3	7,5	9,2	9,4	11,0	9,0
Coefficiente Variabilidad	0,537	0,564	0,528	0,525	0,57	0,718	0,555

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Fuman más los hombres (34,7%) que las mujeres (26,4%), y la proporción de hombres ex fumadores es tres veces superior a la de las mujeres (tabla 1).

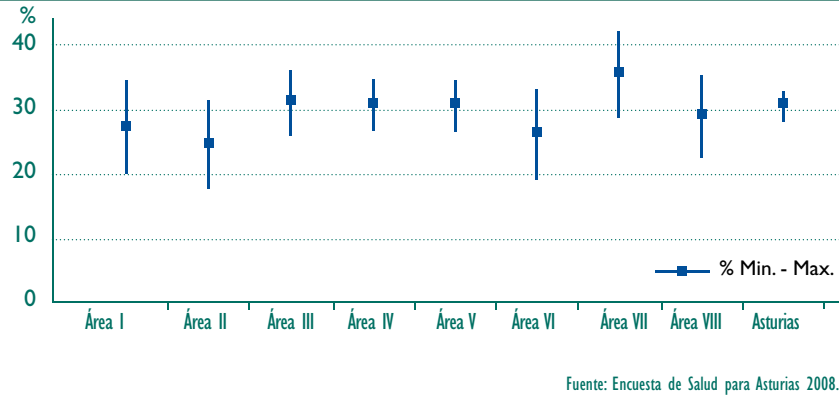
La mayor proporción de fumadores se sitúa en las edades más jóvenes 16-29 años (42,4%) y en el grupo de 30-44 años (41,9%). Por sexos, destaca el hecho de que en todos los grupos de edad, excepto en el más joven, las mujeres presentan frecuencias de fumadoras diarias inferiores a las de los hombres y también que, a medida que aumenta la edad, disminuyen los índices de consumo, excepto en varones en el paso del grupo de edad 16-29 a 30-44 años. La cantidad media diaria de cigarrillos fumados en las personas fumadoras o ex fumadoras (cuando fumaban) es de 16,2. Aunque esta cifra tiene un Coeficiente de Variabilidad del 55,5% (0,555, ver tabla 2); por lo que debe considerarse con precaución. Los hombres consumen más tabaco diariamente que las mujeres (17,5 cigarrillos frente a 14,7).

En Asturias la tipología de consumo predominante es la intensa (20 cigarrillos o más), con un 48,2%, seguida de la media (entre 10 y 19 cigarrillos), con el 32,6% y sólo un 17,9% de los fumadores diarios declaran hacerlo con un nivel de intensidad moderado. Las mayores tasas de fumadores intensos se dan en los hombres (55,3%) y se concentran en las edades medias de la vida, 30-44 y 45-64 años (tabla 3).

3.2.2 CONSUMO POR ÁREA SANITARIA

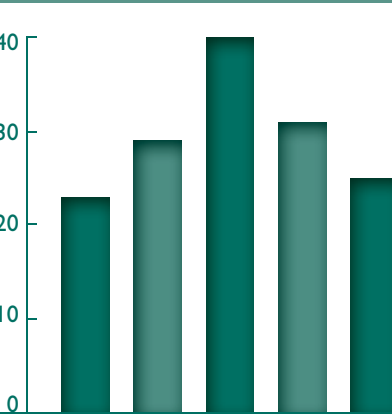
El consumo por áreas sanitarias presenta algunas diferencias. Mientras que en las áreas I, II y VI (occidental, suroccidental y oriental) los porcentajes de consumo declarados son inferiores a la media de Asturias, probablemente debido a que se trata de zonas más rurales con población envejecida y predominio de mujeres, las áreas VII (Mieres) y III (Avilés), esta última en menor medida, muestran prevalencias superiores a la media asturiana (35,3% y 31,1% respectivamente). El resto de las áreas, con pequeñas oscilaciones, se sitúan más próximas a los consumos medios (figura 2).

Figura 2. Prevalencia del consumo de tabaco en Asturias, según áreas sanitarias (porcentajes). Márgenes para intervalos de confianza del 95%. Población mayor de 16 años.



Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Figura 3. Prevalencia de consumo tabaco en Asturias, según CLASE SOCIAL (porcentajes). Población mayor de 16 años.



Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Tabla 3. Tipología del consumo de tabaco atendiendo al nivel de intensidad, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 16 años.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	>64	
Fumadores moderados ⁽³⁾	14,1	22,4	21,9	13,8	17,4	32,3	17,9
Fumadores medios	29,5	36,3	39,6	29,7	31,6	25,8	32,6
Fumadores intensos	55,3	39,7	37,3	54,5	50,6	38,7	48,2
Ns/Nc	1,1	1,6	1,2	2,0	0,4	3,2	1,3

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

3.2.3 CONSUMO POR NIVEL DE ESTUDIOS

Las personas con un nivel de estudios equiparable a la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), son las que declaran fumar más (37,6%), seguidas de aquellas que poseen estudios universitarios tanto medios como superiores (30,2%) y, por último, los que sólo declaran estudios primarios, completos o no, son los menos fumadores (20,7%).

En este último caso puede haber una sinergia entre la edad y el nivel de estudios, ya que ocurre que las personas mayores son las que menos consumen y también las que menor nivel de estudios tienen.

3.2.4 CONSUMO POR CLASE SOCIAL

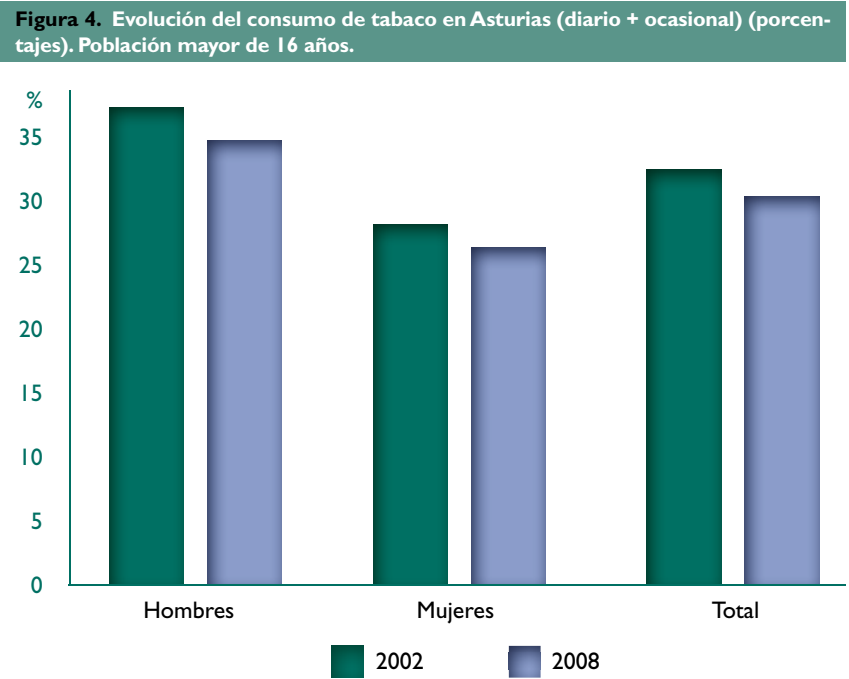
No existe una correlación ascendente o descendente entre clase social y tabaquismo. Las clases sociales más “extremas” I y V son las que declaran fumar con menos frecuencia, 23,5% y 25,6% respectivamente, mientras que las clases sociales “intermedias” declaran consumos mayores, siendo la clase III con un 40% la que declara fumar con más frecuencia (figura 3).

⁽³⁾ Moderados: menos de 10 cigarrillos/día, medios: 10 a 19 cigarrillos/día y elevada: 20 ó más cigarrillos/día

3.2.5 EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS

Comparando los datos obtenidos en la Encuesta de Salud para Asturias de 2008 con respecto a los de 2002, ha disminuido la proporción total de personas fumadoras en estos 6 años (32,5% en 2002 hasta 30,4% en el 2008), ha aumentado la proporción de personas que nunca han fumado (51% en 2002 a 53,3% en el 2008) y ha disminuido el porcentaje de fumadores no habituales (4,2% en el 2002 por 2,6% en el 2008). Respecto al abandono del hábito tabáquico es muy similar en ambas encuestas (figura 4).

En el análisis evolutivo por género, en la Encuesta de 2008 se aprecia que disminuyen las proporciones de consumo para ambos sexos en los dos indicadores de referencia (consumo diario y ocasional). Esta circunstancia no se había puesto de manifiesto en la Encuesta de 2002 donde en los hombres descendía la prevalencia mientras que en las mujeres aumentaba.



Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2002 y 2008.

3.2.6 EXPOSICIÓN PASIVA AL HUMO DEL TABACO. FUMADORES/AS PASIVOS/AS

En la Encuesta de Salud para Asturias de 2008 se obtuvieron por primera vez datos de exposición pasiva que resumimos según algunas variables y diferenciando entre semana (lunes a jueves) y fin de semana (viernes a domingo).

Consumo entre semana (lunes a jueves)

La mayor parte de la población asturiana mayor de 15 años refiere no encontrarse en ambientes cargados de humo de tabaco entre semana. Del análisis de la Encuesta se desprende que en días laborables el 53,0% afirma que no pasa nada de tiempo en este tipo de ambientes y el 26,7% menos de una hora.

La proporción de personas que indican que está expuesta más de una hora en ambientes cargados es del 15% de lunes a jueves y el 4,3% está expuesta más de 4 horas.

Fines de semana (viernes a domingo)

Los fines de semana disminuyen las personas que refieren “no estar expuestas” o “menos de una hora” en 20 puntos y aumentan en la misma proporción las expuestas más de una hora. En la tabla 4 se puede ver la diferencia en puntos porcentuales de exposiciones entre diario y fines de semana. Es especialmente llamativo el grupo de edad de 16 a 29 años en el que las personas expuestas a HAT más de 1 hora aumenta en 38 puntos, pasando del 22 al 60%.

Sexo

Por sexo, los hombres pasan más tiempo a diario que las mujeres en ambientes cargados de humo de tabaco en todos los intervalos de exposición en días laborables (lunes a jueves). Para el grupo expuesto más de una hora los fines de semana se amplían las diferencias entre hombres y mujeres (41,3% en hombres, 27,2% en mujeres) con respecto a los días laborables (19,5% en hombres respecto a 11,1% en mujeres). Llama la atención que en el grupo de exposición de “menos de 1 hora” hay una importante diferencia los días laborales (30,8 hombres vs. 23 en mujeres) que desaparece prácticamente los fines de semana (18,1 frente a 17,4).



Edad

A medida que aumenta la edad, disminuye el tiempo de exposición. Esta circunstancia sucede tanto en días laborables como los fines de semana. Las mayores diferencias en la exposición, entre días laborables y fines de semana, se dan en personas jóvenes, donde dichas diferencias se duplican (tabla 5).

Exposición en el hogar

En tres de cada diez hogares asturianos fuma habitualmente al menos alguna persona (29,1%). No hay diferencias sustanciales en relación a este indicador en función

del sexo de la persona entrevistada, pero sí es considerablemente mayor la proporción si la persona entrevistada es una persona joven (tabla 4, 5).

La media de personas que fuman en el hogar es superior a una (1,3) y no presenta diferencias por sexo de la persona entrevistada. Sin embargo, sí hay diferencias cuando atendemos a la edad. Parece que las personas jóvenes viven con mayor frecuencia entre personas fumadoras y que hay un mayor número de personas fumadoras en su hogar (tabla 6).

Tabla 4. Diferencias de porcentajes en la Exposición Pasiva al Humo del Tabaco entre Diario (lunes a jueves) y Fin de Semana (viernes a domingo), según sexo, edad y horas de exposición. Población mayor de 16 años.

		SEXO		EDAD				TOTAL
		Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	>64	
DIFERENCIA ENTRE DIARIO (LUNES A JUEVES) Y FIN SEMANA (VIERNES A DOMINGO)	Nada	-10,1	-11,0	-19,4	-14,0	-8,7	-2,9	-10,6
	Menos de 1 hora	-12,7	-5,6	-19,0	-10,6	-8,6	-0,6	-9,0
	De 1 a 4 horas	11,2	11,2	14,0	15,1	13,8	1,7	11,2
	Más de 4 horas	10,6	4,9	24,3	8,8	2,6	0,7	7,7
	Ns/Nc	0,9	0,5	0,1	0,6	0,9	1,1	0,8

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Tabla 5. Exposición Pasiva al Humo del Tabaco, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 16 años.

		SEXO		EDAD				TOTAL
		Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	>64	
DE LUNES A JUEVES	Nada	45,2	60,1	42,2	46,3	49,8	72,1	53,0
	Menos de 1 hora	30,8	23,0	30,0	29,8	30,7	16,0	26,7
	De 1 a 4 horas	14,5	7,3	15,1	14,4	9,7	4,9	10,7
	Más de 4 horas	5,0	3,8	7,6	5,1	4,6	0,8	4,3
	Ns/Nc	4,6	5,8	5,1	4,5	5,2	6,2	5,2
DE VIERNES A DOMINGO	Nada	35,1	49,1	22,8	32,3	41,1	69,2	42,4
	Menos de 1 hora	18,1	17,4	11,0	19,2	22,1	15,4	17,7
	De 1 a 4 horas	25,7	18,5	29,1	29,5	23,5	6,6	21,9
	Más de 4 horas	15,6	8,7	31,9	13,9	7,2	1,5	12,0
	Ns/Nc	5,5	6,3	5,2	5,1	6,1	7,3	6,0

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Tabla 6. Existencia de personas que fuman en la vivienda, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 16 años.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	>64	
Sí	28,0	30,1	42,6	35,7	29,9	11,1	29,1
No	68,8	67,3	54,9	61,6	68,0	84,4	68,0
Ns/Nc	3,3	2,6	2,5	2,7	2,1	4,5	2,9

Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Tabla 1. Prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes).

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
Total	42,4	33,2	27,8	13,3
Hombre	35,3	27,3	22,7	11,1
Mujer	50,3	39,6	33,5	15,8

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

3.2.7 LA SITUACIÓN EN LOS JÓVENES

El tabaco es, tras el alcohol, la segunda sustancia más consumida por los estudiantes asturianos de 14 a 18 años. Según los últimos datos de los que disponemos, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (ESTUDES, 2006), un 42% de los jóvenes declara haberlo consumido “alguna vez en la vida”. Algo más de un tercio afirma haberlo probado en el “último año” y un 27,8% en el “último mes”. El porcentaje de fumadores diarios se sitúa en un 13,3% según el estudio referido.

La Tabla 1 muestra que la proporción de jóvenes que consumen es superior en las chicas que en los chicos para todos los tipos de consumo, con unas diferencias porcentuales bastante importantes en los cuatro indicadores analizados como puede apreciarse. La diferencia es superior a diez puntos porcentuales en los tres primeros indicadores.

La prevalencia de consumo se incrementa significativamente con la edad, registrándose los aumentos más acusados en el paso de los 17 a los 18 años, donde se observa una diferencia de más de 20 puntos porcentuales en los dos primeros indicadores de prevalencia. En el caso de los fumadores diarios, también se aprecia un importante aumento pasando de un 5,5% a los 14 años a un 25% a los 18 (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por edades (porcentajes).

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
14 años	27,7	19,4	14,2	5,5
15 años	36,4	27,1	22,0	7,1
16 años	39,2	32,3	26,9	12,0
17 años	51,1	39,5	36,8	22,6
18 años	72,5	60	47,5	25,0

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

En cuanto a las características generales del consumo en población joven, cabe resaltar que la edad media de inicio al hábito es la menor de todas las sustancias (13,1 años) y la edad media de paso al consumo diario es un año más tarde (14,2 años). Estas edades de inicio al consumo son muy similares para ambos sexos y permanecen bastante establi- zadas en los últimos años (tabla 3).

En cuanto al entorno social del tabaco, el 42,7% de los jóvenes afirman que les molesta “bas- tante o mucho” que se fume en un lugar cerrado estando ellos presentes. En un 47,9% de sus hogares fuma al menos una persona diariamente, lo que representa un nivel de exposición pasiva al humo del tabaco bastante elevada (tabla 2). En estos casos son las madres las que más se dejan ver fumar en casa, un 65,6% frente a un 59,6% de los padres (tabla 3).

Uno de cada dos estudiantes (49,5%) manifiestan que han visto fumar a los profesores den- tro del centro educativo, con una frecuencia que oscila entre “todos los días” y “menos de la mitad de los días” que han ido a clase, un 76,1% declaran haber visto fumar a estudiantes, y un 47,3% a otras personas en el recinto educativo (tabla 3).

Los datos actuales muestran un importante descenso de las prevalencia del consumo de tabaco en Asturias respecto a los años anteriores. Entre los años 2004 y 2006 las prevalencia de consumo “diario” descendió de un 23% al 13% y de un 31,7% a un 27,8% en el caso de los fumadores del “último mes” (figura 1).

3.2.8 VENTAS DE TABACO

La evolución de las ventas de tabaco en nues- tra Comunidad Autónoma, ha sido bastante estable a lo largo de las dos últimas décadas. No obstante, como puede observarse en la figura 3, desde el año 2003, año record en ventas con más 113 millones de cajetillas, has- ta el 2007, se ha observado un retroceso en las ventas de productos del tabaco de casi un 15%. En el último año de la serie (2008) se ha producido un incremento en el número de cajetillas vendidas en Asturias de casi el 4% (desde 97.775.755 hasta 101.369.798), que viene a quebrar la tendencia positiva que ve- níamos observando desde el último lustro.

Es preciso señalar que este indicador está su- jeto a múltiples factores externos que hace que fluctúe de unos años a otros, lo que aconseja cierta cautela en su interpretación. Cuestiones, como el contrabando (que si bien en los últimos años disminuyó de manera os- tensible no es menos cierto que resulta difícil de cuantificar), el acopio de tabaco por parte de las expendedorías por estrategias de merca- do o las ventas de tabaco para el consumo turístico (transfronterizo), que actualmente tiene mucho peso, sólo por sólo citar algunas, pueden enmascarar la tendencia observada dificultando su correcta interpretación.

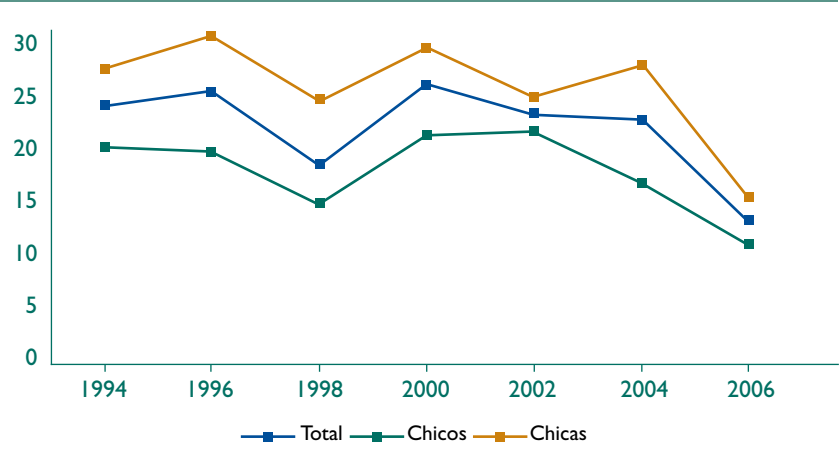
Esperemos que este repunte sea coyuntural y en el futuro este indicador evolucione po- sitivamente como habíamos observado en el periodo 2003-2007.

Tabla 3. Características generales del consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes).

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Edad media de inicio al consumo por primera vez	13,1	13,2	13,1
Edad media de consumo diario	14,3	14,1	14,2
Planteamiento dejar de fumar	73,8	74,8	74,3
Intento dejar de fumar	39,1	40,1	39,7
Molesta fumar en lugar cerrado (mucho-bastante)	45,3	39,9	42,7
Fuma una persona diariamente en su casa	44,8	51,4	47,9
Ver profesores fumando en el centro educativo	56,1	42,3	49,5
Ver compañeros fumando en el centro educativo	78,4	73,6	76,1
Ver otras personas fumando en el centro educativo	52,2	42,1	47,3

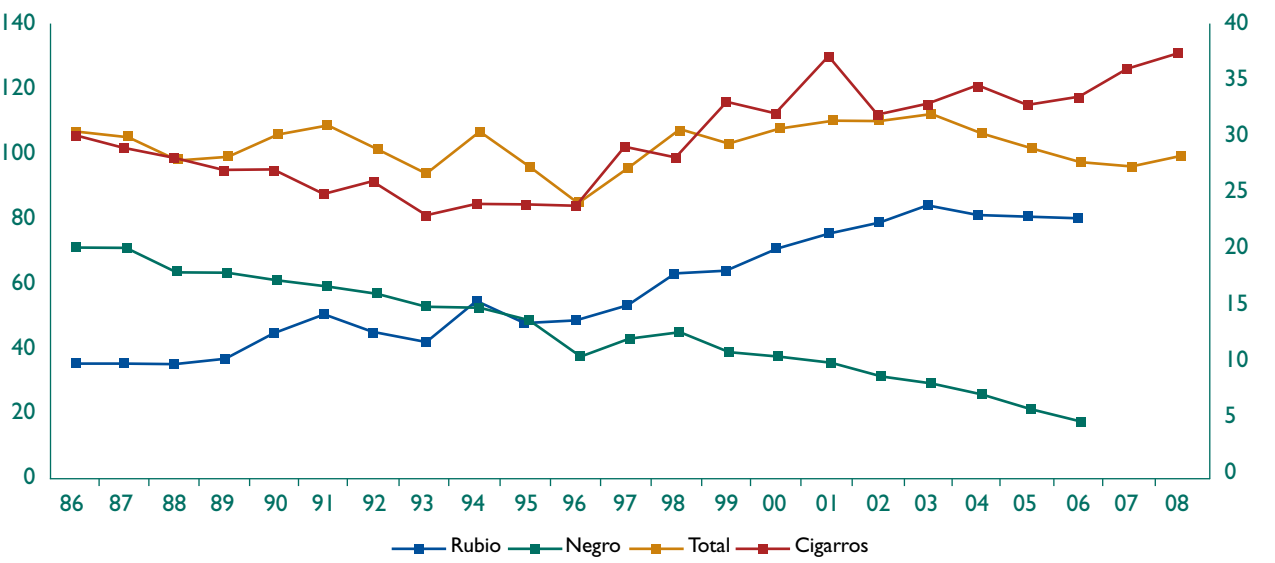
Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

Figura 1. Evolución de la prevalencia del consumo diario de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, según sexo (porcentajes).



Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

Figura 3. Evolución de ventas de cajetillas de cigarrillos (rubios, negros) y cigarros (puros). Asturias 1986-2008.



Fuente: Tabacalera. Logista. Altadis Delegación del Noroeste. Elaboración: Observatorio sobre Drogas para Asturias



04. Evidencia científica

4.1 DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En la revisión de la literatura de los programas de prevención de tabaquismo en jóvenes se consolidan cuatro estrategias principales, que combinadas de formas diferentes, pueden incrementar su efectividad: las intervenciones específicas en la escuela o en aula, las del uso de los medios de comunicación social, las intervenciones comunitarias en los ambientes de ocio y, finalmente, la regulación y protección de los espacios sin humo.

- a) Intervenciones educativas en la escuela. Está sólidamente establecido que los programas educativos basados en el modelo de influencias sociales (1) y la potenciación de las competencias personales y sociales (2) son los más eficaces y no sirven como intervenciones aisladas, sino que deben combinarse con otras estrategias con componentes comunitarios y del entorno. Los programas preventivos en la escuela deben ser considerados en la actualidad como una buena estrategia para retrasar la edad de inicio al tabaquismo.
- b) Intervenciones en medios de comunicación social. No se ha llegado a conclusiones claras en cuanto a su evidencia (5). Se cree que su principal papel es indirecto y son más efectivas combinadas con otras intervenciones.
- c) Intervenciones de base comunitaria. Tienen el objetivo de llegar a los jóvenes, a sus familias y a la comunidad en general. Incluyen amplia difusión y múltiples componentes, utilizando los recursos de la comunidad para influir tanto en la conducta individual como en las normas o prácticas sociales relacionadas con el uso de tabaco por los adolescentes. Las evaluaciones sobre las evidencias de estas intervenciones han sido menos rigurosas y hay limitaciones importantes respecto a la efectividad de las mismas (3, 4). Necesitan ser combinadas con medidas de restricción de la oferta, con el compromiso para hacer cumplir las medidas legislativas que protejan a los menores (prohibición de compra, consumo, etc.).
- d) Estrategias de regulación de los espacios sin humo(6, 7):
 - Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco. Además de influir en la reducción del consumo de tabaco, disminuye el deseo social de fumar y contribuye a potenciar la norma social de no fumar.
 - Restricciones de la venta del tabaco, control del contenido y etiquetado de los paquetes de cigarrillos y regulación de los espacios sin humo. Los controles publicitarios y de etiquetado tienen el efecto de hacer desaparecer las asociaciones positivas y de normalización con el tabaco.
 - Aumento de precios de los cigarrillos y otros productos del tabaco: según la Organización Panamericana de la Salud (6), es la intervención más efectiva y coste-efectiva, especialmente en la población joven y la población con bajos ingresos económicos. Un aumento del 10% del precio del tabaco disminuye el consumo en torno a un 4% en los países desarrollados (6).

En resumen, los mejores programas preventivos son los basados en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social; deben ser preferiblemente de base comunitaria con impacto sobre el aula, el entorno escolar y la comunidad; deben estar enmarcados en el desarrollo complementario de políticas públicas adecuadas, y los mensajes deben acompañarse de una política de regulación de espacios sin humo en el entorno escolar.



4.2 DE LOS PROGRAMAS Y TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

Aunque se necesitan estudios más amplios y mejor diseñados (8), los programas comunitarios para dejar de fumar, que comprenden estrategias múltiples de intervención, han obtenido resultados interesantes al tratarse de programas que alcanzan a un gran número de personas (9).

La autoayuda individual, con el apoyo de material orientativo y didáctico, es útil para ciertos fumadores que deciden dejar de fumar por sí solos. Se ha constatado que la eficacia de esta estrategia es mayor si los materiales de apoyo están diseñados para la población diana (10).

Las intervenciones para el tratamiento del tabaquismo, tanto el consejo sanitario, como los tratamientos que combinan apoyo psicológico y farmacológico, se han demostrado eficaces y altamente coste-efectivos, también cuando se comparan con otros tipos de tratamientos de factores de riesgo integrados en la atención sanitaria como la hipercolesterolemia o la hipertensión arterial (11-12).

4.3 DE LA PROHIBICIÓN DE LA PUBLICIDAD Y DE LA REGULACIÓN DE LOS ESPACIOS SIN HUMO: PROHIBICIÓN/RESTRICCIÓN DE FUMAR EN LUGARES PÚBLICOS Y PRIVADOS

Desde la evidencia demostrada (13, 14, 15) de que la exposición pasiva al humo del tabaco tiene efectos perjudiciales sobre la salud de la población, la mayoría de las estrategias se basan en potenciar la norma social de no fumar con dos premisas básicas: por un lado, regular y vigilar desde los poderes públicos los espacios libres de humo en todos los ámbitos públicos y, por otro lado, informar adecuadamente y concienciar a la población de la necesidad de respirar un aire sin humo potenciando la norma de no fumar (16, 17).

Una política reguladora restrictiva, evaluada como la de mayor impacto (15), incluye la prohibición de no fumar en lugares públicos, bares, restaurantes y centros de trabajo públicos y privados.

4.4 "TREATING TOBACCO USE AND DEPENDENCE: 2008 UPDATE"

Este documento contiene prácticamente toda la evidencia científica que existe hasta la fecha (está actualizado a mayo de 2008) en las materias relacionadas con el tratamiento del tabaquismo.

Su bibliografía consta de 856 referencias y aborda todos los temas y facetas relacionados con el tabaquismo y su tratamiento.

Hoy por hoy, constituye un documento imprescindible que compendia toda la evidencia científica en la materia.

Además de su cita en la bibliografía, señalamos un enlace de acceso al documento (es de acceso libre). En la bibliografía sobre tabaco pueden encontrarse otros enlaces.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi>



Objetivos.05

05. Objetivos



5.1 OBJETIVO GENERAL

Reducir la morbilidad y mortalidad de la población de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias por el consumo de tabaco.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco en toda la población, con especial atención en jóvenes y adolescentes.
2. Reducir el número de consumidores de tabaco.
3. Apoyar medidas legislativas y otras iniciativas que conduzcan a la desaparición de espacios públicos donde se permita fumar.
4. Proteger la salud de los no fumadores a través del cumplimiento normativo.



06. Acciones

Para lograr los Objetivos planteados en este Programa, hemos definido un conjunto de acciones que, con el propósito de lograr mayor efectividad, han sido agrupadas en función de los colectivos de población a los que van dirigidas.

6.1 DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN GENERAL

a) ACCIONES INFORMATIVAS

- Aumentando la información y sensibilización de la población general respecto al tabaquismo a través de campañas anuales en los medios de comunicación.
- Elaborando contenidos, formato y diseño general de las campañas mediáticas (radio, televisión, material impreso, nuevas tecnologías, etc.) Los contenidos informarán sobre los daños del tabaco, sus consecuencias para la salud, los beneficios de dejar de fumar y los efectos perniciosos de la exposición pasiva al humo del tabaco.
- Organizando actos que promuevan la norma social de no fumar como el Día Mundial Sin Tabaco, Semana sin Humo de la SEMFYC (Sociedad española de medicina familiar y comunitaria), comparecencias públicas de personalidades con relevancia social (deportistas, artistas, periodistas...) para pronunciarse a favor de estilos de vida sin tabaco, etc.
- Informando y sensibilizando a las familias respecto al tabaquismo en el conjunto de actividades que desde el ámbito sociocomunitario y en el marco de la prevención del consumo de sustancias, se dirijan a este colectivo.
- Aumentando la información y sensibilización frente al tabaquismo en la población femenina, debido a los riesgos específicos de sus características biológicas y a la tendencia ascendente del consumo de tabaco en las mujeres jóvenes, a través de campañas informativas, mensajes publicitarios y materiales informativos.
- Informando y sensibilizando al sector de la hostelería y restauración con el objetivo de mejorar el cumplimiento normativo.
- Distribuyendo a todas las oficinas de farmacia material-guía diverso para dejar de fumar, debido a la cercanía y accesibilidad que estos recursos sanitarios

tienen para todas las personas.

- Procurando el apoyo de los medios de comunicación social, a través de la realización de acuerdos y convenios que favorezcan su compromiso frente al tabaquismo.
- Aumentando la información y sensibilización de colectivos clave: profesionales de la comunicación, personal sanitario, personal de la administración, líderes sociales...
- Implicando en la elaboración y difusión de la información, a través de los Planes Municipales de Drogas (PMD), a las corporaciones locales y el asociacionismo de carácter local.
- Fomentando la participación activa y la implicación de la población en la elaboración y difusión de la información.

b) ACCIONES FORMATIVAS

- Diseñando un Plan de Formación continuada, ligado a líneas políticas y de acción prioritarias en Salud Laboral, para todos los agentes implicados en la Promoción de la Salud en las empresas.
- Diseñando un Plan de Formación Específica para los responsables de los Planes Municipales sobre Drogas por la proximidad que estos tienen a la ciudadanía y las actividades de prevención de consumos de sustancias que desarrollan.
- Ofertando formación continuada a colectivos especiales por su capacidad de intervención o de difusión de prácticas preventivas: Policías, Periodistas, Comunidad Educativa, Responsables Políticos y Administrativos...
- Elaborando un programa de formación continuada para los profesionales de la salud y de los servicios sociales, ya que tanto por su papel modélico como por su intervención terapéutica, es necesario incrementar sus conocimientos, actitudes y aptitudes sobre tabaquismo.

c) ACCIONES PREVENTIVAS Y DE DESHABITUACIÓN

- Redefiniendo y coordinando las actuaciones en el marco de la Prevención del Hábito Tabáquico y los Programas de Deshabituación que actualmente se están desarrollando en el SESPA:
 - En Atención Primaria mediante la inclusión gradual en toda la red del

Consejo Sanitario Antitabaco en las consultas de medicina y de los Protocolos de Atención a los Fumadores por parte de Enfermería.

- En Atención Especializada mediante la inclusión gradual de los Hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias en la Red Europea de Hospitales Libres de Humo y el cumplimiento del Estándar 4 de esta estrategia: "Identificación de fumadores y apoyo para el abandono del tabaco".
- Fomentando y alentando las iniciativas y actuaciones de Organismos y Asociaciones en materia de Prevención y Deshabituación tabáquica.
- Promoviendo la implantación progresiva de Intervenciones de Prevención y Deshabituación Tabáquica a través de medios de comunicación habituales: Televisión, Internet, radio, prensa..., con el propósito de que puedan llegar a toda la población.
- Impulsando una campaña de deshabituación tabáquica en las oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma, dada la cercanía y accesibilidad de las/los profesionales de Farmacia a la población.
- Promoviendo el desarrollo de actividades de Promoción de la Salud y Hábitos saludables dentro de las empresas, siguiendo las directrices del Programa Europeo de Promoción de Hábitos Saludables en el Lugar de Trabajo "Move Europe" (Anexo IV).

d) ACCIONES DE INVESTIGACIÓN ⁽⁴⁾

- Promoviendo y facilitando la organización de jornadas científicas y encuentros pro-

fesionales en general para contrastar y debatir la eficacia y efectividad de las distintas estrategias de abandono del tabaco.

- Fomentando la realización de estudios de investigación sobre factores de riesgo y de protección relacionados con el inicio del consumo de tabaco, así como estudios de eficacia y eficiencia de los distintos modelos de intervención preventiva.

e) ACCIONES DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO ⁽⁵⁾

- Fomentando el cumplimiento de la normativa vigente: 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.
- Coordinando las actuaciones de control del cumplimiento de la ley, llevadas a cabo por las administraciones públicas con competencias en la materia y en función del desarrollo normativo de la legislación vigente en tabaco.
- Difundiendo adecuadamente los recursos ofertados en asesoramiento y tramitación de demandas para que lleguen a toda la población. En la actualidad desde la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo se realizan inspecciones, se atienden las denuncias, se tramitan los procedimientos sancionadores y se asesora telefónicamente en horario de oficina.
- Promoviendo y apoyando acciones normativas y legislativas tendentes a aumentar el precio del tabaco.
- Promoviendo el cumplimiento de la legislación vigente en el medio laboral mediante la intervención de todos los agentes implicados en la empresa.

6.2 POBLACIÓN DE ALTO RIESGO

Definimos "Pacientes de Alto Riesgo" como: "Pacientes que presentan serios problemas de salud derivados del uso del tabaco principalmente: pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón, angina de pecho, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, agudización asmática, y el resto de patologías para las que se ha establecido una relación de causalidad en relación al consumo de tabaco. Pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. Mujeres embarazadas, lactantes, infancia y adolescencia" (1).

Aunque no se hayan mencionado, no debemos olvidarnos de los sectores o colectivos laborales que trabajan con agentes cancerígenos respiratorios, teniendo en cuenta además que estas sustancias potencian los efectos perniciosos del tabaco.

a) ACCIONES INFORMATIVAS

- Promoviendo actuaciones educativas y de apoyo, que aumenten la proporción de abandono del hábito tabáquico, desde los servicios sanitarios de Atención Especializada implicados en la atención y seguimiento de este grupo poblacional, incluyendo en los mismos a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
- Elaborando y difundiendo materiales informativos específicos para estos colectivos.
- Informando y sensibilizando a los profesionales implicados en la atención y



^{(4) (5)} Abarcan todos los grupos de población.



cuidados de estos grupos de riesgo. Elaborando materiales de apoyo con el fin de mejorar el desarrollo de sus actuaciones.

b) ACCIONES FORMATIVAS

- Ofertando formación mínima y básica para los profesionales sociosanitarios implicados en la atención de estos grupos de riesgo.

c) ACCIONES PREVENTIVAS Y DE DESHABITUACIÓN

- Instaurando dispositivos específicos de intervención con la Población de Alto Riesgo: Unidades Especializadas de Tabaquismo; que, partiendo de los recursos actualmente existentes establezca como su objetivo y campo de actuación concreto a dicha población y se extienda por las distintas Áreas Sanitarias.
- Difundiendo y favoreciendo el acceso a las Intervenciones de Deshabituación Tabáquica en estos grupos de población, a través de los profesionales de los Servicios sociosanitarios implicados.
- Introduciendo a los Hospitales de la Red Pública en la “Red Europea de Hospitales Libres de Humo” con el objetivo de alcanzar el estándar Oro en todos ellos al finalizar el programa. En este grupo de pacientes y dentro del cumplimiento del Estándar 4 se tendrán en especial consideración:
 - Promover la inclusión gradual del Consejo Sanitario Antitabaco⁽⁶⁾ sistematizado en todas las consultas de Atención Especializada de patologías relacionadas con el consumo de tabaco.
 - Promover el abandono del hábito tabáquico con motivo de la consulta de precirugía, en la que paciente puede ser más receptivo al mensaje.

- Promoviendo la inclusión gradual del Consejo Sanitario Antitabaco sistematizado en las actividades de Vigilancia de la Salud y prevención de daños de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

6.3 POBLACIÓN ESCOLAR Y JUVENIL

a) ACCIONES INFORMATIVAS

- Facilitando a través de las Comisiones de Salud de Zona la realización de Actuaciones informativas y divulgativas de sensibilización en las que participen profesionales del ámbito educativo y sociosanitario con formación en tabaquismo.
- Fomentar y apoyar la organización de actos que promuevan la norma social de no fumar como el “Día Mundial sin Tabaco”, con actividades lúdico deportivas y concursos anuales “Aire Libre”, para pronunciarse a favor de estilos de vida sin tabaco, etc.
- Difundiendo a través de la Red de Oficinas de Información Juvenil y Consejo de Juventud, materiales informativos y de prevención.
- Aumentando la sensibilización frente al tabaquismo en adolescentes y jóvenes a través de campañas periódicas de información, con imágenes de líderes juveniles actuales y a través de los medios de comunicación adecuados a este grupo de población: música, Internet, redes sociales,... Se hará especial hincapié en colectivos que en los últimos años presentan un patrón de consumo más elevado, como es el caso de las chicas. Se informará de los efectos negativos del tabaco y de las ventajas de su abandono, contando con la participación de jóvenes y adolescentes en el diseño y difusión de los mensajes.

- Elaborando y difundiendo materiales informativos, divulgativos y de apoyo: folletos, carteles, pegatinas, página web, etc.
- Informando y sensibilizando a los coordinadores de los programas de ocio y tiempo libre para jóvenes, a fin de que lo trasladen a la juventud en su contexto.

b) ACCIONES FORMATIVAS

- Identificando las necesidades y ofertando formación a la comunidad educativa, desde un enfoque de promoción de la salud, para el desarrollo de actividades encaminadas sobre todo a la prevención del consumo de tabaco, dentro del marco de la Educación y Promoción de la Salud.
- Editando y distribuyendo material educativo y de promoción de la salud para su uso en los centros educativos.
- Fomentando que las Instituciones velen por la inclusión del tabaquismo en los planes de formación pregrado y postgrado de todos los estudios relacionados con las Ciencias de la Salud.

c) ACCIONES PREVENTIVAS

- Promoviendo el desarrollo de actividades de prevención y mecanismos que retrasen la edad de inicio, en los programas escolares de Educación para la Salud y a través de las Comisiones de Salud de Zona.
- Implementando la metodología entre iguales para el abordaje del tabaquismo en los centros educativos.
- Favoreciendo que los Centros de ESO (Educación Secundaria Obligatoria), sean ejes básicos de actuación sobre la población de 12 a 16 años, impulsando las líneas de salud y desarrollo personal (prevención de consumo de tabaco y otras sustancias y uso saludable del ocio), en el marco de la Escuela Promotora de Salud.
- Promoviendo mecanismos que retrasen la edad de inicio del consumo del tabaco, a través de actuaciones educativas y mensajes publicitarios.
- Promocionando y apoyando el trabajo de los Ayuntamientos y sus servicios en el desarrollo del ocio y el tiempo libre saludable de la juventud.
- Proponiendo y llevando a cabo acuerdos con asociaciones juveniles y medios de comunicación que fomenten el desarrollo de programas educativos y preventivos en tabaquismo, en horario de mayor audiencia para este colectivo.

Del conjunto de acciones se ha seleccionado un grupo, que por ser de cumplimiento prioritario para el desarrollo del Programa, han sido dotadas de indicadores, con el propósito de obtener información acerca de la efectividad de dichas acciones y por tanto, del grado de cumplimiento de los objetivos

ACCIONES INFORMATIVAS

Población General

Aumentando la Información y Sensibilización en la población general:

- Familias
- Población Femenina
- Sector de la Hostelería
- Colectivos Clave

Objetivos

1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco.
2. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1

Enunciado: Existencia en todas las consultas de Atención Primaria de encuestas tipo “entrevista personal” en las que se recogen: ventajas y alternativas, desventajas, argumentos de rechazo, normalidad de fumar y publicidad.

Definición: N° de encuestas realizadas desde Atención Primaria en la población fumadora/ número de personas fumadoras X 100.

Estándar: Realizar encuesta en al menos un 20% de la población fumadora.

Periodicidad: A los dos años de la implantación del Programa.

Fuente: A través del sistema de explotación de OMI-AP que tenga el SESPA.

INDICADOR 2

Enunciado: Convenio de colaboración con alguna asociación del ámbito comunitario para llevar a cabo campañas informativas y de sensibilización frente al tabaquismo, dentro del marco de la prevención del consumo de sustancias.

Definición: N° de convenios realizados.

Estándar: Al menos uno.

Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

INDICADOR 3

Enunciado: Convenio de colaboración con asociaciones de mujeres para llevar a cabo campañas informativas y de sensibilización frente al tabaquismo en este grupo específico de población.

Definición: N° de convenios realizados.

Estándar: Al menos uno.

Periodicidad: En el 2011

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

INDICADOR 4

Enunciado: Concierto con la Dirección General de Deportes del Principado de Asturias para organizar actividades entre el asociacionismo deportivo que promuevan estilos de vida sin tabaco.

Definición: Número de actividades realizadas.

Estándar: Al menos con motivo del Día Mundial Sin Tabaco.

Periodicidad: Al año de implantar el Programa.

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Población de Alto Riesgo

Promoviendo Acciones Educativas y de Apoyo, desde las consultas de Atención Especializada, que aumenten la proporción de abandono del tabaco.

Objetivos

1. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1

Enunciado: Contrastar la existencia en las Unidades Especializadas en Tabaquismo de Área (UET) de actuaciones educativas que



promuevan el abandono del hábito tabáquico en este grupo de población.

Definición: Número de actuaciones educativas recogidas en la historia clínica de este grupo de población/ Número total de historias clínicas X 100.

Estándar: Alcanzar el 10% de las historias clínicas que recojan actuaciones educativas.

Periodicidad: En los dos años posteriores a la implantación del Programa.

Fuente: Sistema de recogida y explotación de datos del SESPA e indicadores procedentes de las actividades de la Red Europea de Hospitales sin Humo.

INDICADOR 2

Enunciado: Elaboración de materiales que promuevan y apoyen el abandono del tabaco en este grupo de población.

Definición: Número de materiales producidos.

Estándar: Se elaborará al menos un tipo de materiales.

Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.

Fuente: Unidad de Coordinación del Plan de Drogas. Dirección General de Salud Pública y Participación.

Población Escolar y Juvenil

Aumentando la Información y Sensibilización en adolescentes y jóvenes.

Facilitando actuaciones informativas y divulga-

⁽⁶⁾ Algoritmo de intervención breve en consulta en Anexo I.

tivas para profesionales del ámbito educativo. Fomentando actos que promuevan la norma social de no fumar: “Día Mundial sin Tabaco”. Elaborando y difundiendo materiales informativos y de apoyo.

Objetivos

- 1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco.
- 2. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1
Enunciado: Recogida de información en centros educativos a través de Cuestionarios a los 2 años de implantar el Programa.
Definición: Número de centros educativos a los que se les ha pasado el cuestionario que lo contestan.
Estándar: Al menos 4 centros educativos por área o zona educativa.
Periodo: En los dos años posteriores a la implantación del Programa.
Fuente: Consejería de Educación y Ciencia.

INDICADOR 2
Enunciado: Realización de actuaciones informativas y lúdico-deportivas en los centros educativos públicos, con motivo del Día Mundial sin Tabaco.
Definición: Número de centros educativos que llevan a cabo las actuaciones descritas.
Estándar: Al menos, los centros educativos que desarrollan líneas de trabajo dentro de los Proyectos de Educación para la Salud de convocatoria anual.
Periodicidad: Anual.
Fuente: Unidad de Coordinación del Plan de Drogas.

INDICADOR 3
Enunciado: Elaboración de materiales de prevención adaptado a este grupo de población.
Definición: Número de materiales editados.
Estándar: Al menos un tipo de materiales.
Periodicidad: Al año de la implantación del Programa.
Fuente: Unidad de Coordinación del Plan de Drogas.

INDICADOR 4
Enunciado: Concierto de colaboración con el Consejo de la Juventud para desarrollar campañas de información y sensibilización respecto al tabaquismo.
Definición: Número de campañas realizadas.
Estándar: Al menos una.
Periodicidad: En 2010 y con periodicidad anual.
Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.



ACCIONES FORMATIVAS

Población General

Diseñando un Plan de Formación continuada y específica para:

- Medio Laboral (Servicios de Prevención de Riesgos laborales)
- Planes Municipales
- Colectivos Especiales
- Ámbito Sanitario y Social

Objetivos

- 1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco.
- 2. Reducir el número de consumidores de tabaco.
- 3. Proteger la salud de los no fumadores garantizando el cumplimiento normativo.

INDICADOR 1
Enunciado: Elaboración de planes formativos adaptados a las necesidades de los colectivos mencionados.
Definición: Número de planes formativos elaborados.
Estándar: Existencia de un plan formativo para cada uno de los colectivos citados.
Periodicidad: En los dos años posteriores a la implantación del Programa.
Fuente: Unidad de Coordinación del Plan de drogas, Organismos Sindicales y el Instituto Asturiano de Administración Pública “Adolfo Posada”.

INDICADOR 2
Enunciado: Elaboración de un plan formativo actualizado para los profesionales sanitarios de Atención Primaria.
Definición: Número de profesionales sanitarios de la red de Atención Primaria, con formación actualizada en tabaquismo/ Número

total de profesionales sanitarios de Atención Primaria X 100.
Estándar: Alcanzar un 40% de profesionales con formación actualizada.
Periodicidad: En el año 2011.
Fuente: Instituto Adolfo Posada.

Población de Alto Riesgo

Ofertando una formación mínima y básica para los profesionales sociosanitarios implicados en la atención de este colectivo.

Objetivos

- 1. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1
Enunciado: Elaboración de formación mínima y básica en prevención y deshabituación tabáquica, adaptada a las necesidades de los profesionales sanitarios de Atención Especializada implicados en la atención de este grupo poblacional en el marco de la Red Europea de Hospitales sin Humo.
Definición: Número de profesionales que han recibido formación mínima y básica/Número de total de profesionales sanitarios de Atención Especializada implicados X 100.
Estándar: Al menos el 20% de estos profesionales.
Periodicidad: En el año 2011.
Fuente: Instituto Adolfo Posada.

Población Escolar y Juvenil

Ofertando formación al profesorado dentro del marco de la Educación para la Salud. Editando material educativo. Fomentando que las Instituciones velen

por la inclusión del tabaquismo en la formación de pregrado y postgrado de los estudios relacionados con las Ciencias de la Salud.

Objetivos

- 1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco.
- 2. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1
Enunciado: Elaboración de una oferta formativa de prevención del hábito tabáquico, para profesorado de la red pública de Primaria y Educación Secundaria.
Definición: Número de profesorado formado/ número total de profesorado que trabaja en la red pública X 100.
Estándar: Al menos el 30% del profesorado formado.
Periodicidad: En los dos años posteriores a la implantación del Programa.
Fuente: Consejería de Educación y Ciencia y los Centros de Recursos del Profesorado (CPR).

INDICADOR 2
Enunciado: Elaboración de un proyecto de formación en tabaquismo para los Planes de Postgrado de los estudios relacionados con las Ciencias de la Salud.
Estándar: Al menos en los Postgrados de Medicina, Enfermería y Psicología.
Periodicidad: A los cuatro años de la implantación del Programa.
Fuente: Universidad de Oviedo.



ACCIONES PREVENTIVASY DE DESHABITUACIÓN

Población General

Redefiniendo y coordinando las actuaciones de prevención y deshabituación tabáquica que se desarrollan en Atención Primaria. Fomentando iniciativas y actuaciones de Organismos y Asociaciones en Prevención y Deshabituación tabáquica. Promoviendo intervenciones de Prevención y Deshabituación a través de los medios de comunicación. Impulsando campañas de Deshabituación en las Oficinas de Farmacia.

Objetivos

- 1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco.
- 2. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1
Enunciado: Registro de actividades de Prevención y Deshabituación en OMI-AP de Enfermería.
Definición: Número de registros realizados de actividades de prevención y deshabituación de tabaco en OMI-AP/Número de población fumadora atendida X 100.
Estándar: Alcanzar un 25% de la población fumadora.
Periodicidad: En el año 2011.
Fuente: SESPA/OMI-AP.

INDICADOR 2
Enunciado: Registro de Consejo Breve en OMI-AP.
Definición: Número de registros de Consejo Breve en OMI-AP/Número de población fumadora atendida X 100.
Estándar: Alcanzar un 90%.

Periodicidad: En el año 2011.
Fuente: SESPA/OMI-AP.

INDICADOR 3
Enunciado: Elaboración de una Campaña de prevención y deshabituación a través de las Oficinas de Farmacia de la Comunidad Autónoma.
Definición: Número de Oficinas de Farmacia adheridas a la Campaña/Oficinas de Farmacia de la Comunidad Autónoma X 100.
Estándar: Al menos un 25% de las Oficinas de Farmacia.
Periodicidad: En el año 2012.
Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Población de Alto Riesgo

Favoreciendo el acceso a la Deshabituación de estos grupos de población. Promoviendo la inclusión gradual del Consejo Sanitario en todas las consultas de Atención Especializada que atienden a este grupo de población, así como en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Promoviendo el abandono del tabaco con motivo de la consulta de pre-cirugía.

Objetivos

- 1. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1
Enunciado: Creación de Unidades Especializadas en Tabaquismo para Pacientes de Alto Riesgo en las Áreas Sanitarias.
Definición: Número de Unidades existentes.
Estándar: Al menos las Áreas Sanitarias Centrales (III, IV y V) contarán con Unidades Especializadas.

Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.
Fuente: SESPA. Sistema de registro correspondiente.

INDICADOR 2

Enunciado: Elaboración de un protocolo de derivación a las UET, específico para este grupo de población.
Definición: Número de pacientes derivados/Número de pacientes atendidos de alto riesgo x 100.
Estándar: Al menos el 50% de los pacientes atendidos en las consultas de Atención Especializada.
Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.
Fuente: SESPA. Sistema de registro correspondiente.

INDICADOR 3

Enunciado: Consejo Breve en las consultas de atención especializada implicadas en la atención de este grupo de población en el marco de la Red Europea de Hospitales Libres de Humo.
Definición: Número de registros de esta actividad/Número total de pacientes atendidos X 100.
Estándar: Al menos al 90% de este grupo de población.
Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.
Fuente: SESPA.

INDICADOR 4

Enunciado: Introducir a los Hospitales de la Red Pública dentro de la Red Europea de Hospitales Libres de Humo en el estándar Oro.
Definición: Número de Hospitales en la Red y estándar alcanzado (Bronce, Plata, Oro)/Número de hospitales de la Comunidad Autónoma X 100.
Estándar: 100% Hospitales dentro de la Red Europea. Al menos el 50% por encima del estándar Bronce.
Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.
Fuente: SESPA.

Población Escolar y Juvenil

Promoviendo el desarrollo de actividades de Prevención en los programas escolares de Educación para la Salud y a través de las Comisiones de Zona.
Implementando la metodología entre iguales para el abordaje del tabaquismo en los centros educativos.
Favorecer que los centros de ESO sean ejes básicos de actuación impulsando líneas de salud y desarrollo personal.
Promocionando el trabajo de los Ayunta-

mientos en el desarrollo del ocio de la juventud.
Fomentar el desarrollo de programas educativos y preventivos en tabaquismo en los medios de comunicación.

Objetivos

- 1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco.
- 2. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1

Enunciado: Edad de Inicio en el hábito tabáquico de la población escolar y juvenil de Asturias.
Definición: Retrasar en un año la edad de inicio.
Estándar: 14 años.
Periodicidad: En el año 2012.
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias. Encuesta estatal sobre el uso de Drogas en Educación Secundaria Obligatoria (ESTUDES).

INDICADOR 2

Enunciado: Prevalencia del hábito tabáquico en población escolar y juvenil.
Definición: Disminución de la Prevalencia en un 2%.
Estándar: 1%.
Periodicidad: En el año 2012.
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias. ESTUDES.

INDICADOR 3

Enunciado: Metodología entre iguales para el abordaje de la Prevención del Tabaquismo en este grupo de población.
Definición: Número de centros educativos que abordan la prevención del tabaquismo a través de la metodología entre iguales.
Estándar: Al menos 6 centros educativos públicos de Educación Secundaria Obligatoria y de ellos 3 centros pertenecientes a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS).
Periodicidad: En los dos primeros años después de la implantación del Programa.
Fuente: Consejería de Educación y Ciencia.

INDICADOR 4

Enunciado: Programa Educativo y Preventivo del Tabaquismo, a través de la Televisión Autonómica (RTPA), en horario de máxima audiencia para este grupo de población.
Definición: Elaboración de un Programa Educativo y Preventivo del Tabaquismo para televisión.
Estándar: Un Programa.
Periodicidad: En los cuatro años posteriores a la implantación del Programa.
Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

INDICADOR 5

Enunciado: Líneas de trabajo que, dentro de los Proyectos de Educación para la Salud y en convocatoria anual, se ofertan al conjunto de centros educativos públicos del Principado de Asturias.
Definición: Existencia de una línea específica de prevención del hábito tabáquico.
Estándar: Una línea específica de prevención del hábito tabáquico.
Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.
Fuente: Servicio de Innovación y Tecnologías Educativas, Consejería de Educación y Ciencia.

INDICADOR 6

Enunciado: Líneas de trabajo específicas de prevención del hábito tabáquico en los Ayuntamientos y sus servicios, en el desarrollo del ocio y el tiempo libre saludable de la juventud.
Definición: Número de Ayuntamientos que ofertan actividades de ocio y tiempo libre saludable de la juventud ligadas a las líneas de trabajo descritas.
Estándar: Al menos los Ayuntamientos que tengan Planes Municipales de Drogas (PMD).
Periodicidad: En los dos años posteriores a la implantación del Programa.
Fuente: Unidad de Coordinación del Plan de Drogas.



ACCIONES DE INVESTIGACIÓN

Población General/ Población de Alto Riesgo/ Población Escolar y Juvenil

Promoviendo la organización de Jornadas Científicas y encuentros profesionales para debatir la eficacia de las distintas estrategias de abandono del tabaco.
Fomentando la realización de estudios de investigación sobre factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo del tabaco.

Objetivos

- 1. Retrasar y/o evitar el inicio del consumo de tabaco.
- 2. Reducir el número de consumidores de tabaco.

INDICADOR 1

Enunciado: Jornadas Científicas.

Definición: Realización de Jornadas Científicas.
Estándar: Al menos una Jornada.
Periodicidad: En los cuatro años posteriores a la implantación del Programa.
Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

INDICADOR 2

Enunciado: Estudios de Investigación sobre factores de riesgo y protección relacionados con el consumo del tabaco.
Definición: Número de Estudios realizados.
Estándar: Al menos uno.
Periodicidad: En los tres años posteriores a la implantación del Programa.
Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

ACCIONES DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO

Población General/ Población de Alto Riesgo/ Población Escolar y Juvenil

Apoyando el cumplimiento de la normativa vigente.
Coordinando las actuaciones de control del cumplimiento de la Ley.
Difundiendo los recursos ofertados en asesoramiento y tramitación de demandas.

Objetivos

- 1. Apoyar medidas legislativas y otras iniciativas que conduzcan a la desaparición de espacios públicos donde se permita fumar.
- 2. Proteger la salud de los no fumadores apoyando el cumplimiento normativo

INDICADOR 1

Enunciado: Registro y análisis de demandas de asesoramiento y demandas de incumplimiento de la normativa vigente.
Definición: Número de demandas recogidas/Número total de demandas X 100.
Estándar: A menos el 30% del total.
Periodicidad: A los dos años de implantar el Programa.
Fuente: Dirección de Consumo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.



Programa específico de atención al
tabaquismo desde el ámbito sanitario.07

07 Programa específico de atención al tabaquismo desde el ámbito sanitario



Dentro de las distintas actuaciones sobre una cuestión como es el Tabaquismo, desde una perspectiva comunitaria y de promoción de la Salud, no cabe duda de que debe actuarse sobre todo el entorno social implicado que abarca, desde la Escuela a los Medios de Comunicación, pasando por diversos tipos de organizaciones.

Sin embargo, tampoco es posible desarrollar un programa de lucha contra el Tabaquismo sin tener en cuenta el papel especial que juega el Sistema Sanitario, que en el Principado de Asturias se concreta en el SESPA. La intervención de los profesionales sanitarios, de diversa índole, tanto en la identificación, como en el Consejo, en el tratamiento individual o grupal y en la mediación con otros organismos sociales, hacen del Sistema Sanitario un elemento imprescindible y nuclear en la lucha contra el tabaquismo.

Entendemos por tanto que la programación detallada de las actuaciones a llevar a cabo por el SESPA constituye un pilar sin el cual el Programa en su conjunto no puede ser llevado adelante.

7.1 ATENCIÓN PRIMARIA

Se estima que un 75% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda a quienes han decidido intentarlo. Se ha estimado que si cada médico de familia realizara el Consejo Sanitario protocolizado y de forma sistemática en las consultas de Atención Primaria, se podría conseguir que hasta un 5% de las personas que consumen tabaco dejaran de fumar cada año. Lo que significa que aproximadamente 500.000 personas podrían dejar de fumar en España anualmente. Por este motivo, se recomienda que la estrategia global de la asistencia al tabaquismo esté centrada en un fuerte compromiso del primer nivel de atención sanitaria (Atención Primaria) (1).

Siguiendo las recomendaciones de los sistemas sanitarios para el tratamiento del consumo y la dependencia al tabaco, incluidas en la Guía Clínica del Public Health Service de Estados Unidos de América (1), se han definido las siguientes intervenciones:

7.1.1 INTERVENCIONES PREVENTIVAS Y ASISTENCIALES

OBJETIVO 1: INSTAURAR EL CONSEJO SANITARIO ANTITABACO SISTEMÁTICO Y LA INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA ADMINISTRADO POR LAS/LOS PROFESIONALES MÉDICOS.

El Consejo Sanitario es una actividad sencilla y coste-efectiva. Debe ser breve, firme, claro y personalizado (Algoritmo de intervención breve en consulta en anexo 1).

METAS

- A) Conseguir que todos los profesionales de medicina de Atención Primaria administren sistemáticamente el Consejo Sanitario Antitabaco, también llamado Consejo Breve.
- B) Incrementar el registro de Consejo Sanitario Antitabaco Sistemático en OMI-AP, hasta un 90%, facilitando y mejorando el sistema de recogida de información.

ACTIVIDADES

- 1. Formar a todos los profesionales de medicina en el Consejo Antitabaco. Para ello se programarán junto con el IAAP "Adolfo Posada" los cursos necesarios para proveer dicha formación.
- 2. Incorporar a los contratos-programa de las Unidades de Gestión Clínica y al contrato-programa general el Consejo Antitabaco.
- 3. Además del Consejo, se proveerá a las personas fumadoras de material informativo sobre el tabaquismo.

OBJETIVO 2: DESARROLLAR LA INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA ENTRE TODOS LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La Intervención Sistematizada persigue ofertar a todas las personas fumadoras, que acuden a la consulta por alguna razón, algún tipo de herramienta que pueda servirle para el abandono del hábito tabáquico, de acuerdo con los postulados que se exponen en el Anexo 1.

METAS

- A) Conseguir que todos los profesionales de Atención Primaria administren la Intervención Sistematizada para ayudar al fumador que acude por cualquier motivo a la consulta (sistema de las 5 "A"). Descripción de intervención sistematizada en Anexo 1.
- B) Incorporar en OMI-AP la Intervención Sistematizada en Tabaquismo.

ACTIVIDADES

- 1. Formar a todos los profesionales en la Intervención Sistematizada contra el Tabaquismo. Para ello se programarán junto con el IAAP "Instituto de la Administración Pública Adolfo Posada" los cursos necesarios.
- 2. Ofertando apoyo a través de la terapia más adecuada a cada fumador que quiera dejar de serlo, ya sea conductual, farmacológica o una combinación de ambas.
- 3. Incorporar a los Contratos-Programa de las Unidades de Gestión Clínica y al Contrato-Programa General, la Intervención Sistematizada.

OBJETIVO 3: ATENDER LAS DEMANDAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE LA POBLACIÓN FUMADORA A TRAVÉS DE LAS/LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

La enfermería de Atención Primaria constituye una pieza clave en el desarrollo de la Terapia Antitabaco, especialmente a través de la formación y mantenimiento de Grupos de Deshabituación, y en el seguimiento de las terapias individuales iniciadas por cualquiera de los profesionales de Atención Primaria.

METAS

- 1) Conseguir que las/los profesionales de enfermería realicen Terapia de Deshabituación Tabáquica.
- 2) Incrementar el registro de actividades de prevención y atención a la deshabituación tabáquica en OMI-AP (Programa de Recogida de Datos).

ACTIVIDADES

- 1. Formar a todos los profesionales de enfermería en Terapia contra el Tabaquismo individual y grupal. Para ello se programarán junto con el IAAP, los cursos necesarios para proveer dicha formación.
- 2. Desarrollar la formación de Talleres de Deshabituación paulatinamente hasta

alcanzar a todos los Equipos de Atención Primaria.

- 3. Impulsar y apoyar iniciativas comunitarias conducentes a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social; potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades.
- 4. Reeditar y actualizar la Guía Práctica que sirve de apoyo para los profesionales sanitarios que desde Atención Primaria trabajan en el marco de la prevención y deshabituación tabáquica.

7.2 UNIDADES ESPECIALIZADAS EN TABAQUISMO

La atención de aquellas personas, que por tratarse de pacientes de alto riesgo, por ser refractarias a la terapia inicial en atención primaria o por otras razones que desde AP se consideren pertinentes; precisen de una intervención más especializada e intensa, se llevará a cabo a través de la remisión de los pacientes a las Unidades Especializadas de Tabaquismo de Área. Estas serán unidades de referencia creadas en las Áreas Sanitarias con el objeto de cubrir la demanda que señalamos a continuación:

- 1. Fumadores que, aún sin presentar patología, han realizado al menos tres intentos previos bajo el control de un profesional sanitario y no son capaces de controlar su consumo.
- 2. Fumadores con patologías orgánicas que con el cese del consumo mejoren o tengan una mejor evolución y pronóstico de su enfermedad, como la EPOC, la enfermedad cardiovascular o el cáncer.
- 3. Fumadores con patología de base no producida por el tabaquismo pero que se agrava si se mantiene el hábito, como sucede con el asma bronquial, diabetes, bronquiectasias, insuficiencia respiratoria crónica de cualquier etiología, síndrome de apnea durante el sueño, etc.
- 4. Pacientes con enfermedades psiquiátricas que, estando controladas, deseen abandonar el tabaco.
- 5. Pacientes con otros trastornos adictivos.

- 6. Fumadores que precisen tratamiento farmacológico y/o psicoterapia.
- 7. Fumadoras embarazadas y con lactantes que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda.

OBJETIVO:
CREAR LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS DE TABAQUISMO DE ÁREA EN LAS ÁREAS SANITARIAS III, IV y V.

META

En esta Fase del Programa se propone la creación de 3 UET en las Áreas Sanitarias III, IV y V de forma paulatina y escalonada.

La meta del programa es la creación periódica de estas Unidades de forma que, se consiga el Objetivo de las 3 Unidades de Área en el plazo de vigencia del Programa.

ACTIVIDADES

En el año 2009 se creará la Unidad Especializada de Tabaquismo del Área III tomando como base el recurso existente en esa Área en la actualidad y como experiencia piloto para desarrollar posteriormente en las otras Áreas.

FUNCIONES DE LAS UNIDADES

- Intervención sanitaria en los supuestos citados.
- Psicoterapia Grupal e Individual y/o prescripción farmacológica.
- Investigación.
- Coordinación de las actuaciones en Prevención y Deshabitación tabáquica en el Área Sanitaria correspondiente.
- Participación en la Educación para la Salud de los Centros Educativos de su Área de influencia y en Comisiones de Salud de zona.
- Planificación y desarrollo de acciones Preventivas comunitarias en su Área Sanitaria.
- Diseño, coordinación y docencia en prevención y deshabitación tabáquica en el Área Sanitaria.

RECURSOS A UTILIZAR

En cuanto a sus recursos, estarán formadas por los siguientes elementos:

Recursos humanos de la Unidad:

- 2 médico/as a tiempo parcial
- 2 enfermero/as a tiempo parcial

Recursos materiales (mínimos):

- Material básico de consulta (esfingománometro, fonendoscopio, etc.)
- Un coxímetro
- Un ordenador
- Una báscula de talla y peso
- Material de trabajo para entregar al paciente

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Los usuarios de estas Unidades serán remitidos desde Atención Primaria a través del cumplimiento de unos criterios o Protocolos de derivación claros.

Dichos protocolos se fundamentan en 2 elementos básicos:

- a) La adscripción de la persona derivada a alguno de los criterios delimitados anteriormente.
- b) Que la derivación se realice sobre bases que garanticen la situación de preparación o acción de la persona remitida.

Los pacientes remitidos a una Unidad Especializada en Tabaquismo, deben desear abandonar el hábito tabáquico. No es el co-

metido de la Unidad el intentar convencer a un fumador para que abandone el tabaco.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

De acuerdo con los datos de la Evaluación efectuada por la Unidad de Avilés (Área III), actualmente son usuarios de tratamiento farmacológico en torno al 20% de los pacientes. Si asumimos que el número de demandantes de dicho tratamiento aumenta si se financia la medicación, partiremos de un supuesto preliminar de un 30% de usuarios de Tratamiento Farmacológico, dato que por otra parte se recoge en la bibliografía. Según dicho Informe de Evaluación, en la actualidad las personas usuarias de la Unidad son 133. Para el año 2009 y dado que el programa comienza a desarrollarse, no es previsible un aumento importante de esta cifra que situamos en 150 personas. En años sucesivos y de acuerdo con el desarrollo del programa en Atención Primaria y en las Áreas Sanitarias IV y V, esta cifra se iría incrementando.

Con respecto a los costes de financiación, de acuerdo con las propuestas que se exponen en el Anexo II y que parten del principio estratégico de implicación del paciente, el resultado sería:

Costes de financiación para 100 personas bajo tto. farmacológico de Cesación Tabáquica				
TIPO DE TRATAMIENTO	PACIENTES	COSTE PORTTO.	COSTE TOTAL	TOTAL
TSN parches	55	100 €	5.500 €	
Bupropion	10	100 €	1.000 €	
Varenicline	35	180 €	6.300 €	12.800 €

7.3 ATENCIÓN ESPECIALIZADA: RED EUROPEA DE HOSPITALES LIBRES DE HUMO

El elemento central en Atención Especializada será la adhesión progresiva de los hospitales públicos del Principado de Asturias a la Red Europea de Hospitales Libres de Humo (ENSH) (Anexo 3).

La pertenencia a dicha Red implica el cumplimiento progresivo de 10 Estándares preestablecidos:

- 1. Compromiso
- 2. Comunicación

- 3. Educación y Formación
- 4. Identificación de fumadores y apoyo para el abandono
- 5. Control del consumo
- 6. Ambiente
- 7. Lugares de trabajo saludables
- 8. Promoción de la salud
- 9. Seguimiento
- 10. Desarrollo de proyecto.

La adhesión a esta Red obliga al desarrollo de una estrategia paulatina de consecución de objetivos que se plasma en 4 niveles:

- Miembro
- Bronce (cumplimiento estándares I y 2)
- Plata (cumplimiento del 75% de los 10 estándares)
- Oro (cumplimiento completo de los 10 estándares)

A partir del Tercer Nivel (Plata) están implicadas entre otras muchas cosas: la eliminación del Humo de Tabaco en el Centro Hospitalario, la implantación de programas proactivos como la Cesación Tabáquica Sistemática en todos los pacientes fumadores, y la existencia de un Servicio de Cesación Tabáquica disponible tanto para pacientes ingresados como de consultas externas.

META

En la primera Fase del programa se propone implantar la estrategia de Red Europea de Hospitales Libres de Humo en el nuevo Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

En fases posteriores, y sobre la base de la experiencia citada, se extenderá la implantación a los demás Centros Hospitalarios de la Red Pública del Principado.

ACTIVIDADES

1) La Unidad de Tabaquismo ubicada en la actualidad en el Instituto Nacional de Silicosis se constituirá en el centro de referencia técnico para el desarrollo de toda la estrategia de implantación en el HUCA. Será por tanto la Unidad encargada de elaborar las estrategias, indicadores y documentación de apoyo al proceso, así como de atender las demandas de pacientes derivados de cualquier servicio o consulta del HUCA.

Cuando se cumplan los compromisos del Estándar 4 se convertirá en el Servicio de Cesación Tabáquica del HUCA.



2) Asimismo, se designará un grupo de trabajo o comité con capacidad directiva suficiente en esta materia que coordinará el desarrollo e implantación de las distintas fases del proyecto y de los criterios de cumplimiento de cada fase.

3) Se iniciarán procesos similares en los demás Centros Hospitalarios en función de su disponibilidad, con el horizonte de que en 2012 figure en todos los contratos-programa.

7.4 ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN LABORAL

En el ámbito laboral, las medidas contra el tabaquismo se deben desarrollar como una práctica que vaya más allá del cumplimiento de la legislación vigente y se deben concebir como una acción incardinada dentro del desarrollo de un programa integral de Promoción de la Salud en la empresa.

Así se entiende en el contexto europeo y, por ello, bajo el liderazgo de la Nacional Contact Office (NCO) la European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), ha desarrollado su 7ª iniciativa de Promoción de la Salud en el Trabajo relacionada con los estilos de vida y enfocada a la intervención sobre 4 campos: Actividad Física, Dieta Saludable, Salud Mental y Prevención del Tabaquismo; dentro del proyecto que se conoce como “MOVE EUROPE”.

El Proyecto Move Europe (Anexo IV) es una red informal en la que participan Institutos de Seguridad y Salud en el Trabajo, de Salud Pública, de Promoción de la Salud y entidades de seguro social obligatorio. Su objetivo esencial es el desarrollo por toda Europa de Programas de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo que compartan herramientas, procedimientos y métodos de evaluación.

En este marco es en el que desde nuestro Programa proponemos el desarrollo de la lucha contra el tabaquismo, en el medio laboral, en Asturias.

Teniendo en cuenta este modelo, no puede obviarse la participación de los Servicios de Prevención, especialmente en las especialidades de Vigilancia de la Salud y de Psicología aplicada.

En el primer caso, el programa de Tabaco para Asturias promoverá la introducción del Consejo Breve en todos los protocolos de reconocimiento para la Vigilancia de la Salud; de forma que toda persona fumadora reciba dicha intervención dentro de sus Reconocimientos Médicos, sean estos iniciales o periódicos.

Igualmente, se promoverá que los técnicos especialistas en Psicología Aplicada se formen en los programas de Cesación Tabáquica y la ejerciten bien sea de forma individual o formando Grupos de Terapia.





Para el seguimiento y evaluación del Programa se diseñarán los correspondientes sistemas de información, utilizando el registro de OMI-AP, para realizar el seguimiento de las líneas de actuación.

Se realizarán evaluaciones anuales y una evaluación final en el primer trimestre de 2012.

La evaluación anual se llevará a cabo por el Área Sanitaria, realizándose con posterioridad la evaluación global para Asturias por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

La evaluación anual se referirá principalmente al cumplimiento de las actividades programadas y a la consecución de algunos objetivos, mediante indicadores cualitativos y cuantitativos, utilizando los criterios clásicos de estructura, proceso y resultado.

La evaluación final contará con un diseño y una dotación presupuestaria específica y en ella se incluirán las recomendaciones oportunas que sirvan de guía para las actuaciones de los próximos años.

Para la obtención de los indicadores cuantitativos poblacionales se utilizarán preferentemente los datos del Observatorio sobre Drogas y encuestas dirigidas a población general, profesionales sanitarios y docentes.

Para el seguimiento y evaluación de la actividad asistencial de deshabituación tabáquica se creará un subsistema de información específico alimentado por los registros de las consultas de tabaco, bien existentes (OMI-AP), bien creados al efecto.

Además, se valorará la utilidad de otras fuentes de información como la Encuesta

Nacional de Salud que bianualmente realiza el MSC, Encuesta de Salud para Asturias de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, y las encuestas que periódicamente realiza el Plan Nacional sobre Drogas, Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) y Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

INDICADORES DE ESTRUCTURA

Se construirán indicadores de estructura referidos a la red de consultas de tabaquismo (recursos humanos y medios tecnológicos) y a los programas de inspección.

Indicador:

- Número de consultas y unidades de deshabituación tabáquica.

INDICADORES DE PROCESO

En base a la planificación anual, se realizará una evaluación que permita determinar el grado de cumplimiento de las actividades programadas y de su cronograma de desarrollo, una vez que se hayan efectuado las priorizaciones pertinentes. Esta evaluación será cuantitativa (porcentajes de cumplimiento de actividades previstas) y cualitativa (juicio valorativo de las dificultades encontradas), estableciéndose propuestas de mejora y recomendaciones que permitan las correcciones y reorientaciones oportunas en el desarrollo del Programa.

Se incluirán al menos los siguientes indicadores:

- Detección

Indicador: Número de personas con hábito tabáquico positivo.
Fórmula: Número de usuarios mayores de 14 años con hábito tabáquico identificado y cuantificado/Población mayor de 14 años.

- Intervención mínima

Indicador: Fumadores usuarios con consejo mínimo para abandonar el hábito tabáquico al menos 1 vez al año.
Fórmula: Número de fumadores con consejo mínimo 1 vez al año/Número de fumadores usuarios X 100.

- Intervención Deshabituación

Indicador: Fumadores usuarios incluidos en protocolo
Fórmula: Fumadores incluidos en protocolo de deshabituación tabáquica/Número de fumadores usuarios registrados X100.

- Atención Especializada

Indicador: Pacientes prequirúrgicos con consejo breve.
Fórmula: Número pacientes prequirúrgicos ingresados fumadores con consejo mínimo/Número de pacientes ingresados fumadores X 100.

RESULTADO

Permitirán determinar el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos establecidos en el Programa.

Los indicadores fundamentales serán los de prevalencia en población general y en colectivos sanitarios y docentes, así como los de abandono del hábito tabáquico. Se utilizarán al menos los siguientes indicadores:

- Fumadores incluidos en el protocolo de deshabituación tabáquica que mantienen su abstinencia al año de finalizar el tratamiento.
- Fumadores incluidos en el protocolo de deshabituación tabáquica que se mantienen abstinentes al año/Fumadores incluidos en protocolo de deshabituación tabáquica X 100.
- Prevalencia del consumo diario en jóvenes de 15 a 19 años, global y desagregada por sexo.
- Proporción de jóvenes que se inician en el consumo de tabaco antes de los 16 años.
- Prevalencia de consumo en adultos fumadores habituales, global y desagregado por sexo.
- Proporción de abandono del hábito tabáquico en fumadores adultos, global y desagregada por sexo.
- Mortalidad en la CC.AA. por causas directa o indirectamente relacionadas con el consumo de tabaco.





9.1 Consejo de Dirección del Programa

El Consejo de Dirección del Programa es el órgano máximo de seguimiento y control del Programa. Su función fundamental es el seguimiento y aprobación del desarrollo del Programa, así como de sus consiguientes evaluaciones. Dentro de este Consejo de Dirección existirá un Comité Ejecutivo para el seguimiento más inmediato y continuado del desarrollo del Programa que se regulará en la misma norma. Su composición y actuaciones se regularán mediante Decreto.

9.2 Consejo de Participación en el Programa del Tabaquismo del Principado de Asturias

Se constituirá un Consejo de Participación donde se invitará a formar parte a la más amplia participación social implicada en el desarrollo del Programa del Tabaquismo en Asturias. Como en el caso anterior su composición y actuaciones se regulará mediante Decreto.

9.3 Recursos Financieros

Para la implantación y desarrollo del Programa en todo el territorio de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, debe existir una dotación de recursos suficiente que se calcula bajo las siguientes bases:

Programa de prevención y control del tabaquismo. Presupuesto 2009-2012

ACTIVIDADES	2009	2010-2012	TOTAL
1. Información y Sensibilización de población general.	15.500	46.500	62.000
• Campañas de medios	10.500	10.500 / año	42.000
• Actividades y material de información- sensibilización	5.000	5.000 / año	20.000
2. Deshabituación de fumadores	15.760	170.520	186.280
• Tratamiento farmacológico	5.760(1)	155.520(2)	161.280
• Mejora de la red de consultas antitabaco	10.000	15.000 / año	55.000
• Actividades y material de información-sensibilización		(Incluido en el punto 1)	
3.Actividades de prevención del inicio			
• Actividades y material de información-sensibilización		(Incluido en el punto 1)	
4.Actuaciones de vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente (Inspección)			
5.Actividades Formativas	6.000	12.000/año	42.000
6. Investigación			24.000
7. Sistema de información y evaluación			
Total	37.260	253.020	314.280

(1) se considera a tratamiento farmacológico el 30% de 150 pacientes (45)

(2) Se calcula sobre la base de un escenario ALTO : Considerando que cada año se triplica el nº de pacientes a tto. farmacológico



1. Fumadores actuales (diarios y ocasionales)

Es el conjunto de fumadores que fuman a diario más los que fuman de forma ocasional.

2. Ex fumador

Es la persona que ha mantenido abstinencia tabáquica al menos durante un año.

3. Humo Ambiental de Tabaco (HAT)

Es el resultado de la suma de la corriente de humo, que se inicia en el extremo encendido del cigarrillo, y la que procede del humo que exhala el propio fumador. Su capacidad patogénica viene determinada porque tiene una gran cantidad de sustancias tóxicas con morfología de partículas de menos de 0,1 micras de diámetro. Esta característica facilita su penetración al interior del alveolo y a la circulación pulmonar.

4. Tabaquismo pasivo

Es el que padecen las personas expuestas a los componentes tóxicos que se encuentran en el humo del tabaco ambiental.

5. Comisiones de Salud de Zona

Han sido constituidas con el propósito de conocer los proyectos de EPS que desarrollan los centros educativos y asesorar al profesorado y profesionales que intervienen. Se han establecido una por cada ámbito de los distintos Centros de Formación del Profesorado (CPR). En ellas participan los Centros de Formación del Consumidor, profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), representantes de los Ayuntamientos o Mancomunidades Comarcales (Planes municipales sobre Drogas, Concejalías de Educación, de Servicios Sociales, de Juventud, de Salud de Medio Ambiente y de Igualdad), Consejería de Educación y Ciencia, y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

6. Metodología entre iguales

Modelo de educación fundamentado en la construcción social del conocimiento. La relación de interacción entre iguales se sitúa en la filosofía del aprendizaje cooperativo (Jonson y Web, 1985), que establece que en esa relación de dar y recibir ayuda de forma recíproca, ambos se benefician del proceso, ambos aprenden, desarrollan habilidades relacionadas con la construcción de su personalidad.

Esta construcción social del aprendizaje ayuda a mejorar las relaciones entre iguales, así como, la motivación, el interés y la curiosidad por el aprendizaje.

La tutela entre iguales es un método de uso creciente en escuelas primarias, secundarias, enseñanza superior y universitaria. Este método ha tenido un amplio uso en programas de prevención del consumo de tabaco, que se basan en la teoría del aprendizaje social y que asumen que los iguales o pares son efectivos porque resultan modelos creíbles para otros jóvenes.

7. No fumadores

En este grupo se clasifican los sujetos que nunca han tenido una exposición al tabaco de forma activa ni mantenida.

8. Clase Social

Bajo este concepto se intenta agrupar a la población en distintas categorías sociales en función de la “posición social” que ocupan. Evidentemente es un concepto difícil de conceptualizar y opinable. En nuestro caso hemos elegido la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología que tiene como base la Ocupación de las Personas y también considera el Nivel de Estudios como figura en el siguiente cuadro:

Asignación de la variable clase social

Clase social	Contenidos
I	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con 10 o más asalariados/as Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario
II	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con menos de 10 asalariados/as (2) Profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario Técnicos/as Artistas y deportistas
III	Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa Trabajadores/as de servicios personales y seguridad Trabajadores/as por cuenta propia Supervisores/as de trabajadores/as manuales
IV	Trabajadores/as cualificados/as Trabajadores/as semicualificados/as
V	Trabajadores/as no cualificados/as

FUENTE: “Encuesta de Salud para Asturias”. Año 2008.



A. Justificación:

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report from the Surgeons General. Washington DC: Government Printing Office, 1988. DHHS Publication No /CDC/ 88-8406; 1988.
2. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report from the Surgeons General. Rockville: DHHS Publication No (CDC) 90-8416; 1990.
3. World Health Organization. World Health Report 1999. Geneva 1999.
4. World Health Organization. World Health Report 2002. Geneva 2002.
5. Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. C-26082, diciembre 2006. Disponible en www.cnpt.es.
6. Ezzati M, López A.D. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847-52.
7. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003.
8. US Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeons General. Rockville, Maryland (CDC). Office on Smoking and Health. DHHS Publication No 89-8411, 1989.
9. DiFranza J.R., Aligne C.A., Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 2004; 113 (Suppl. 4): 1007-15.
10. Sherrill D.L., Martínez F.D., Lebowitz M.D., Holdaway M.D., Flannery E.M., Herbison G.P., Stanton W.R., Silza P.A., Sears M.R. Longitudinal effects of passive smoking on pulmonary function in New Zealand children. *Am Rev Respir Dis.* 1992; 145: 1136-1141.
11. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. WHO Tobacco Free Initiative, WHO/NCT/TFI/99.10. 1999.
12. Glantz S.A., Parmley W.W. Passive Smoking and Heart Disease. *JAMA* 1995; 273(13):1047-1053.
13. Carrión F., Hernández J.R. El tabaquismo pasivo en adultos. *Arch Bronconeumol* 2002;38:137-46.
14. Watson R. Passive smoking is a major threat. *B Med J* 1998; 316:9.
15. World Bank. Cirbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. A World Bank Publication. Washington DC: The World Bank; 1999.
16. World Health Organization. Regional Office for Europe. First European Recommendations of the Treatment of Tobacco Dependence: WHO Regional Office for Europe; 2001.
17. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Strategy for Tobacco Control. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
18. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revision. Geneva: WHO; 1992.

19. Stead M., Hastings G., Tudor-Smith C. Preventing adolescent smoking: a review of options. *Health Educ J.* 1996; 55: 31-54.
20. Kesler D.A. Nicotine addition in young people. *N. Engl Med* 1995; 333: 186-189.
21. Ariza C., Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. *Gac sanit* 1995; 9: 101-109.
22. Ariza C., Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76 (3):227-280.
23. Villalbi J.R., Vives R., Nebot M., Díez E., Ballestín M. El tabaco y los adolescentes: contexto, opiniones y comportamientos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 579-81.
24. Encuesta Nacional de Salud, 2006.
25. Encuesta de Salud para Asturias, 2008.
26. Begoña Iglesias Elisardo. Tabaco Prevención y Tratamiento, 2006.
27. Breslau et al, 1993.
28. Salín Pascual et al, 1996.
29. Department of Health and Human Services. Women and smoking. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U. S. DHHS, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
30. Law M.R., Hackshaw A.K. A meta-analysis of cigarettes smoking, bone mineral density and risk of hip fracture. Recognition of a major effect. *BMJ* 1997; 315:841-6.
31. Stergachis A., Achales D., Daling J.R., Weiss N.S., Chu J. Maternal cigarettes smoking and the risk of tubal pregnancy. *Am J. Epidemiol* 1991; 133: 332-7.
32. Kramer M.S. Determinants of low birth weight. Methodological assessment and meta-analysis. *Bull WHO* 1987, 65:663-737.
33. American Psychiatric Association, 2000.

B. En población trabajadora:

1. www.CDC.gov/NIOSH
2. Marie-Anne Mangeot, Tony Musu y Laurent Voge. Los cánceres profesionales. Una plaga social ignorada con demasiada frecuencia. ETUI-REHS.
3. Calera Rubio A.A., Roel Vadés J.M., Casal Lareo A., Gadea Merino R., Rodrigo Cendillo F. Riesgo Químico Laboral: Elementos para un diagnóstico en España. *Revista española de Salud Pública* 2005; vol 79:nº002.

C. Evidencia científica

1. Fiore M.C. (Panel Chair) et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. AHRQ (antigua AHCPR) Supported Clinical Practice Guidelines. Nº 18. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services. May 2008.

2. Evans R.I., Smoking in children. Developing a social psychological strategy or deterrence. *Prev Med* 1976;5(1):122-127
3. Botvin G.J., Eng A., Williams C.L. Preventing the Onset of cigarette smoking through life skills training. *Prev Med* 1980;9(1): 135-43.
4. Pentz M.A., Dwyer J.H., Jonson C.A., Flay B.R., Hansen W.B., MacKinnon D.P. et al. Long-term follow-up of a multicommunity trial for prevention of tobacco, alcohol and drug abuse. Submitted, 2003.
5. Sowden A.J., Arblaster L. Mass media interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
6. Sowden A., Arblaster L., Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
7. Organización Panamericana de la Salud y Banco Mundial. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. 2000. OPS. ISBN: 92 75 31577 9.
8. Salvador-Livina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. En: *Monografía Tabaco. Adicciones 2004*; 16, suplemento.
9. Secker-Walker R.H., Gniel W., Platt S., Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.
10. Moregones I., Nebot M., Ballestín M., Salton E. Evaluación de una intervención comunitaria. Programa Quit and Win. Para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13:456-461.
11. Lancaster T., Stead L.F. Silagy Ch, Sowden A. Self-help interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003a.
12. Plan-Rubio P. Cost-effectiveness analysis of treatment to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for the prevention of coronary heart disease: evaluative study carried out in Spain. *Pharmacoeconomics* 1998;13:623-643.
13. DiFranza J.R., Aligne C.A., Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 2004; 113 (Suppl. 4): 1007-15.
14. Watson R. Passive smoking is a major threat. *B Med J* 1998; 316:9.
15. National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: the report of the California Environmental Protection Agency. Smoking and Tobacco Control. Monograph n°10. NIH Pub. No. 99-4645. Bethesda: US Department of Health and Human Services. National Institute of Health, National Cancer Institute; 1999.
16. Banegas JR, González-Enríquez J., López V., Pardell H., Salvador T. et al. Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco: revisión actualizada y posibilidades de actuación. *SEMERGEN* 1999; 25:702-711.
17. Políticas para reducir la exposición al humo de tabaco ambiental. Informe del Grupo de Trabajo de la OMS. (Lisboa 29-30 mayo 2000).

D. Población de alto riesgo

1. Comité Nacional Para la Prevención del Tabaquismo. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones* 2001;13:211-216.

E. En Atención Primaria

1. Fiore et al, 2000; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; Le Foll, 2005; Ministerio de Salud y Ambiente, 2005.
2. Fistera. Guía Clínica de atención al Tabaquismo, 2007

F. Anexo I

Guía Fistera de Atención al Tabaquismo
www.fistera.com

G. Tratamiento farmacológico. Anexo 2

1. Fiore M.C. (Panel Chair) et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. AHRQ (antigua AHCPR) Supported Clinical Practice Guidelines. N° 18. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services. May 2008.
2. *Arch Bronconeumol* 2003; 39(11):514-23
3. NICE, 2002.
4. SENCOT, 1995.
5. Silagy C., 2007.
6. Hughes y cols., 2006.
7. Fiore y cols., 2000; NICE, 2002.
8. Cahill y cols., 2007.
9. Wu y cols., 2006.



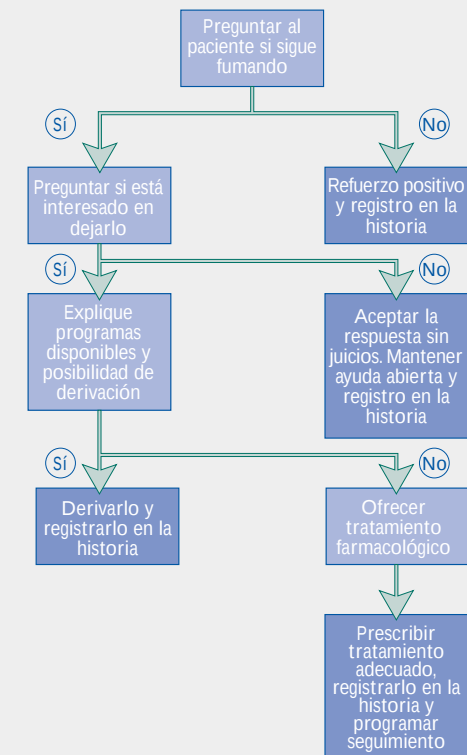
2 Anexos



GUÍA FISTERRA. INTERVENCIÓN BREVE EN FUMADORES (ADAPTADO DE NICE, 2006)

Estas intervenciones breves pueden incluir uno o más de los siguientes componentes:

- Consejo sencillo de abandono del tabaco, instrucciones verbales por parte del médico con el mensaje de “dejar de fumar”.
- Una valoración del grado de motivación del paciente para dejar de fumar, con elementos adicionales de discusión.
- Una oferta de tratamientos farmacológicos y/o de comportamiento de apoyo.
- Facilitar material de autoayuda y/o derivar a grupos de ayuda o a programas de apoyo.



ANEXO I: GUÍAS

Modelo Prochaska y Diclementi. 1998 Modelo de motivación para el cambio

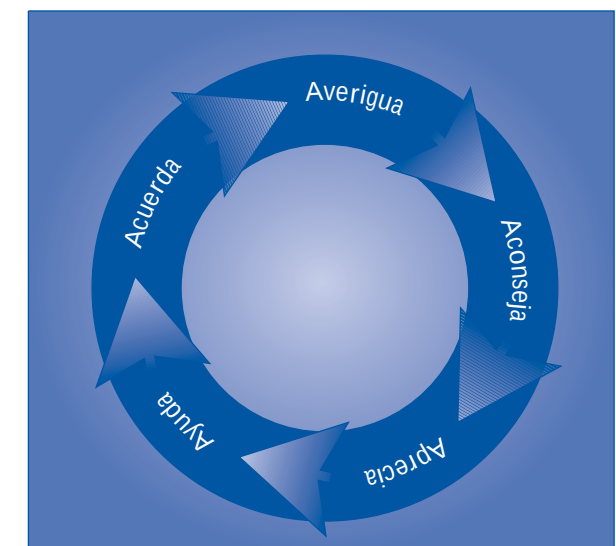


Fuente: Adaptado por DiClemente y Prochaska, 1998

GUÍA FISTERRA. INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA (FIORE MC, 2000)

En el año 2000 el U.S. Department of Health and Human Services propuso una intervención sistematizada para ayudar al fumador que acude por cualquier motivo a la consulta. La mayoría de organizaciones recomiendan desde entonces estructurar las intervenciones en cinco pasos, las 5 “A” (Fiore MC, 2000).

Pasos de la intervención sistematizada:



Averiguar (Ask).

Identificar y recoger en la historia clínica y en cada visita la situación del paciente en relación al tabaco (fumador, ex fumador, nunca fumador).

Aconsejar (Advise).

Aconsejar de manera firme, seria, clara y personalizada el abandono del tabaco. La firmeza y la seriedad del consejo, debe hacerse de manera que el paciente lo perciba, no como un mero trámite que el profesional está obligado a cumplimentar, sino como una afirmación de la que nosotros estamos plenamente convencidos.

Apreciar (Asses).

Valorar la disposición para el cambio. En función de esta disposición nuestra conducta se adaptará a las siguientes posibilidades:

Si el paciente no quiere intentar dejarlo en ese momento, realizaremos una breve intervención diseñada para promover la motivación para dejarlo (entrevista motivacional), resaltaremos las ventajas de dejarlo, ofreceremos nuestra ayuda para cuando quiera y entregaremos un folleto informativo.

La **entrevista motivacional** es una forma concreta de ayudar a las personas que desean realizar un cambio de hábitos y que tienen dudas frente a ello. A partir del diagnóstico de la situación del paciente frente al cambio, se desarrollan una serie de habilidades adaptadas a la situación en la que se encuentra. El elemento fundamental de la entrevista es hacer fuertes los elementos internos favorecedores del cambio de cada persona en una atmósfera positiva y no coercitiva. No es objeto de esta guía desarrollar los pasos y técnicas de esta forma de entrevista que puede utilizarse en múltiples problemas en atención primaria, que precisa de una guía específica, actualmente en fase de elaboración.

- Si está en disposición de hacer un intento serio en ese momento, ayudarlo.

- Si ya ha dejado de fumar, felicitarle y reforzarle.

Ayudar (Assist).

Ayudar al paciente a hacer frente al abandono del tabaquismo. Si nuestro paciente no está todavía dispuesto a adquirir el compromiso de fijar una fecha concreta, debemos planificar volver a abordar el tema en una fecha posterior, recomendarle que reconsidere su postura y ofrecer nuestra ayuda.

Si el paciente elige una fecha concreta para el abandono en los siguientes 15 días:

- Preparémosle para el día D. A partir de ese día no deberá fumar absolutamente nada.

- Aconsejemos que compartan este intento con su entorno social (amigos), laboral (compañeros de trabajo) y familiar (pareja, hijos...), solicitando su apoyo y comprensión.

- Recomendemos tratamiento farmacológico. Explicar que el tratamiento farmacológico duplica las posibilidades de abstinencia al cabo de un año y reduce los síntomas de abstinencia.

- Informemos sobre el síndrome de abstinencia.

- Proporcionemos material informativo adecuado, donde se describa toda esta información de forma pormenorizada.

Acordar (Arrange).

Acordar un seguimiento programado.

ANEXO 2: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

A todo fumador que pertenezca a la población susceptible y que esté dispuesto a realizar un serio intento por dejar de fumar bajo el control de una UET, se le ofertará indistintamente uno de los tratamientos farmacológicos considerados de primera línea, sin olvidar la intervención psicoterapéutica complementaria. Se valorarán situaciones especiales como la presencia de contraindicaciones médicas, el embarazo y la lactancia (1). Hay tres tipos de tratamientos farmacológicos considerados de primera línea, con suficiente evidencia sobre su efectividad (2): **sustitutivos de nicotina, bupropion y varenicline**. No se han podido evidenciar hasta ahora indicaciones específicas para cada uno de ellos, por lo que las recomendaciones de uso se apoyan en las contraindicaciones específicas de cada tratamiento, la experiencia del profesional en su manejo y las características del paciente (antecedentes depresivos, preocupación por el peso, posibilidades económicas...) y sus preferencias (3).

Tratar a la población fumadora reduce, evidentemente, la prevalencia de tabaquismo pero además, es la medida más eficaz para reducir la morbi-mortalidad derivada del tabaco a corto y medio plazo.

SUSTITUTIVOS DE NICOTINA (TSN)

Todas las formas comercialmente disponibles (chicle, parche, inhalador bucal, aerosol nasal, tabletas sublinguales y comprimidos para chupar) son efectivas como estrategia para promover el abandono del hábito de fumar. El tratamiento de sustitución con nicotina (TSN) se define como la administración de nicotina, a un fumador que quiere dejar de serlo, por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos y en cantidad suficiente para disminuir el síndrome de abstinencia (4). El objetivo del tratamiento consiste en minimizar los síntomas del síndrome de abstinencia, que es el causante de los elevados índices de recaída en los primeros días de tratamiento. La TSN aumenta la probabilidad de abandono del tabaco de 1,5 a 2 veces, independientemente del ámbito en que se utilicen (5).

BUPROPION

Es un antidepresivo que ayuda al abandono del hábito de fumar a largo plazo, duplicando las probabilidades de éxito (6). Aunque son necesarios más datos, se apunta que los antecedentes de trastorno afectivo y la preocupación importante por el aumento de peso serían características específicas para tratar a los fumadores con bupropion (7).

VARENICLINE

Es un fármaco eficaz y efectivo tal como demuestran las sólidas evidencias de los ensayos clínicos realizados, tanto con placebo como con bupropion y tanto a corto como a largo plazo, con un buen perfil de seguridad y tolerabilidad (8). El varenicline, aumenta significativamente la probabilidad de dejar de fumar y mantenerse abstinentes en comparación con el bupropion y la TSN (9).

PROPUESTA DE FINANCIACIÓN PARA PACIENTES DE ALTO RIESGO

Indicado en pacientes fumadores de Alto Riesgo, motivados, excepto en contraindicaciones generales.

Tipo tratamiento	Duración	PVP total/Ttº	% fumadores a tratar
TSN parches	2 meses	200	55
Bupropion	2 meses	200	10
Varenicline	3 meses	360	35

Tratamientos nicotínicos y el bupropion: Se seguirá con el esquema habitual (2 meses), facilitando el tratamiento necesario para las dos primeras semanas y a partir de la 7ª semana hasta su finalización. La persona fumadora tendrá que asumir el coste

del tratamiento de las semanas 3ª, 4ª, 5ª y 6ª (lo que supondrá un coste aproximado de 70-90 euros).

Esquema de financiación del tratamiento con terapia sustitutiva de la nicotina o bupropion

2 meses		
1ª y 2ª semana	3ª, 4ª, 5ª y 6ª semana	7ª 8ª semana
SESPA	El fumador	SESPA

En el caso del tratamiento con vareniclina: Dado que la duración del tratamiento recomendada son 3 meses (12 semanas) se propone el siguiente esquema de financiación:

- Un pack de inicio para las 2 primeras semanas.
- Un envase de 28 comprimidos de 1 mg para la 7ª y 8ª semana (coincidiendo con la consulta de 1 mes sin fumar).
- Un envase de 28 comprimidos de 1 mg. para las semanas 11ª y 12ª (coincidiendo con la consulta de 2 meses sin fumar).

La persona fumadora tendrá que asumir el coste del tratamiento de las semanas 3ª a la 6ª (un envase de 56 comprimidos) y de la 9ª y 10ª (1 envase de 28 comprimidos), lo que supondrá aproximadamente unos 180 euros.

Esquema de financiación del tratamiento con Vareniclina

3 meses				
1ª y 2ª semana	3ª a la 6ª semana	7ª y 8ª semana	9ª y 10ª semana	11ª y 12ª semana
Pack inicio	Envase 56 comprimidos	Envase 28 comprimidos	Envase 28 comprimidos	Envase 28 comprimidos
SESPA	El fumador	SESPA	El fumador	SESPA

Con estos esquemas de financiación y de acuerdo con el cuadro del inicio los costes de financiación resultantes son:

Costes de financiación por paciente

Tipo tratamiento	Duración	Tipo financiación	Coste Sistema Público	Coste individual
TSN parches	2 meses	50%	100 €	100 €
Bupropion	2 meses	50%	100 €	100 €
Varenicline	3 meses	50%	180 €	180 €

ANEXO 3: ESTÁNDARES DE LA RED EUROPEA DE HOSPITALES SIN HUMO

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN (SELF-AUDIT)
“Guía de participación para Hospitales libres de Humo (ENSH)”

La acreditación dentro de la Red Europea de Hospitales libres de Humo es un gran logro, pero es más importante que el proyecto tenga continuidad, se actualice y mejore. Para conservar o mejorar su actual nivel de acreditación, el hospital debe cumplimentar y enviar el Cuestionario Europeo de Auto-evaluación (SELF-AUDIT) anualmente. El Cuestionario Europeo de Auto-evaluación proporciona datos sobre los logros y progresos de todos los hospitales participantes y todos estos datos son confidenciales, a no ser que se especifique lo contrario. Una vez completado el Cuestionario Europeo de Auto-evaluación, el hospital queda registrado dentro de la Red Europea de Hospitales libres de Humo y es certificado según su nivel de acreditación alcanzado: Miembro, Bronce, Plata u Oro.

ORO • Estándares del 1 al 10 • Hospital Libre de Humo (incluye todas las dependencias: dentro y fuera del edificio) . • Programa de cesación tabáquica sistemático. • Sistema de coordinación y políticas de Hospital libre de Humo totalmente implantados y revisados regularmente. • Evaluación de la Red Europea de Hospitales Libres de Humo(100%) válida por 3 años.	El nivel más alto: Corresponde a una completa implantación de los Estándares Europeos del 1 al 10, que conllevan un Hospital Libre de Humo (incluyendo el interior y exterior del edificio), un programa de cesación tabáquica sistemático y una monitorización continuada de las políticas. Criterio de Puntuación: Un total de 168 puntos (100%), de las secciones del 1 al 10 conseguidos durante tres años consecutivos, tal y como indica la realización del Cuestionario Europeo de Auto-evaluación. La obtención de la categoría de Plata no es un prerrequisito para adquirir este nivel.
PLATA • Estándares del 1 al 10 • Formación • Cesación Tabáquica • No venta de tabaco • Programa de promoción de la salud • Actividades regionales • Evaluación	El tercer nivel: Corresponde a un alto nivel de implantación de los 10 estándares europeos para los Hospitales Libres de Humo. Criterio de Puntuación: Implantación de al menos 126 puntos (75%) del total, de las secciones del 1 al 10 del Cuestionario Europeo de Auto-evaluación. La obtención de la categoría de bronce no es un prerrequisito para adquirir este nivel.
BRONCE • Estándares 1 y 2 • Grupo de Trabajo • Estrategias • Comunicación	El Segundo nivel: Demuestra compromiso por parte de la dirección del hospital, actividad del grupo de trabajo y políticas de comunicación del hospital libre de humo. Criterio de Puntuación: Implantación de más de 30 puntos (75%) de las secciones 1 y 2 del Cuestionario Europeo de Auto-evaluación.
MIEMBRO • Compromiso por parte de la dirección • Auto-evaluación • Persona de contacto	El primer nivel: Intención expresa de progresar hacia la consecución de un Hospital libre de Humo. Criterio de Puntuación: Cumplimenta y envía el Cuestionario Europeo de Auto-evaluación junto a una carta de compromiso o convenio firmada por el comité de dirección del hospital.

* Los hospitales sólo pueden conservar su estatus mediante la realización anual del cuestionario de auto-evaluación de la red europea de hospitales.

ANEXO 4: CAMPAÑA PARA LA PROMOCIÓN DE EMPRESAS SALUDABLES

“Trabajadores Sanos en Empresas Saludables”

En el marco del Programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud, auspiciado por la Comisión Europea a través de la Dirección General V (actualmente DG SANCO), nace la **Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP)**, como instrumento idóneo para favorecer el intercambio de información y difusión de buenas prácticas así como la cooperación tanto a nivel nacional como internacional.

La **Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP)**, cuyo logotipo se muestra arriba, inició su andadura en 1996. Es una red informal en la que participan Institutos de Seguridad y Salud en el Trabajo, de Salud Pública, de Promoción de la Salud y entidades de seguro social obligatorio y está formada actualmente por 23 oficinas nacionales de contacto correspondientes a los 15 miembros de la LÍE, a 3 países del área económica europea (Noruega, Liechtenstein e Islandia) y a 5 países candidatos (Chequia, Rumanía, Bulgaria, Polonia y Hungría).

En un esfuerzo común, todos los miembros y colaboradores de la Red, buscan mejorar

la salud y el bienestar de los trabajadores y reducir el impacto de los daños relacionados con el trabajo en la población trabajadora europea. La ENWHP es una plataforma útil para todos los agentes implicados en salud laboral, empeñados en la mejora de la salud en el trabajo y comprometidos con la visión y misión de la ENWHP. “Trabajadores sanos en empresas saludables”.

La declaración de principios de esta red se plasmó, a finales de 1997, en la **Declaración de Luxemburgo** en la que la promoción de la salud en el trabajo (PST) se definió como el esfuerzo conjunto de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo mediante actividades dirigidas a:

Mejorar la organización y las condiciones de trabajo.
Promover la participación activa.
Fomentar el desarrollo individual.

Los principales objetivos de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo consisten en:

- Favorecer y facilitar el intercambio de información, experiencias y buenas prácticas en promoción de la salud tanto a nivel europeo como nacional.
- Desarrollar estudios de situación y proyectos transnacionales en temas de interés común para sus miembros.
- Poner en marcha y mantener una estructura europea para dar apoyo a las iniciativas europeas y a las correspondientes estructuras nacionales.
- Poner a disposición de los agentes relevantes tanto herramientas y métodos como argumentos y evidencia de la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud.

Hasta la fecha, la ENWHP ha desarrollado **seis iniciativas conjuntas**.

Proyecto de intervención sobre 4 campos de trabajo en la empresa:

- Actividad Física.
- Dieta Saludable.
- Prevención del Estrés y desarrollo de la Salud Mental.
- Prevención del Tabaquismo.



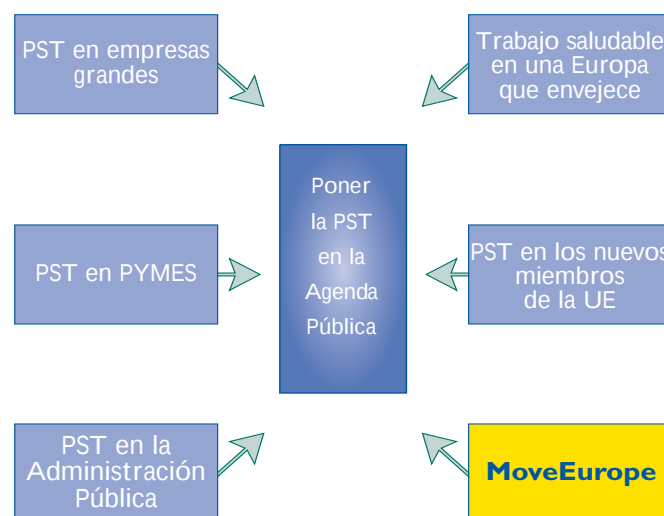
ANEXO 5: MATERIALES DISPONIBLES

I. MATERIALES INFORMATIVOS Y DE APOYO A LA DESHABITUACIÓN:

a) Dirigido a Población General



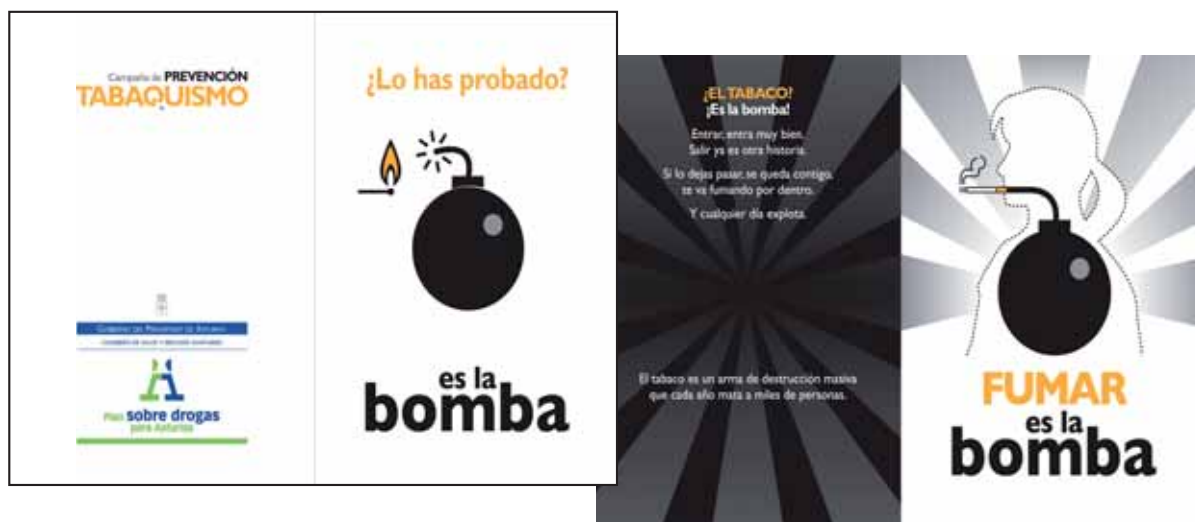
ENWHP - iniciativas conjuntas 1996 - 2008



b) Dirigido a Población de Riesgo



2- MATERIALES INFORMATIVOS DE PREVENCIÓN DIRIGIDOS A POBLACIÓN JUVENIL



3- CARTELES INFORMATIVOS SOBRE TODOS LOS SUPUESTOS QUE CONTEMPLA LA LEY 28/2005:

