

Plan
Regional
de Prevención
y Control del Tabaquismo
en la Comunidad de Madrid
2005-2007



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Comunidad de Madrid



Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid 2005-2007



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Comunidad de Madrid



COORDINACIÓN GENERAL

Carmen Estrada Ballesteros. Servicio de Prevención de la Enfermedad del Instituto de Salud Pública (ISP) de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación (DGSPA).

Honorato Ortiz Marrón. (*) Servicio de Prevención de la Enfermedad del ISP/DGSPA.

Luis Velázquez Buendía. (*) Servicio de Informes de Salud y Estudios del ISP/DGSPA.

AUTORES

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Isabel Carrasco González. Servicio de Formación e Investigación de la Agencia Laín Entralgo.

Domingo Cabañas González. (*) Servicio de Prevención de la Enfermedad del ISP/DGSPA

Juan Carlos Diezma Criado. (*) Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del ISP/DGSPA.

Iñaki Galán Labaca. (*) Servicio de Epidemiología del ISP/DGSPA.

Iñaki García Merino. Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del ISP/DGSPA.

Carmen García Riobos. Servicio de Programas de la DGSPA.

Alfredo Miranda Montero. Servicio de Salud Pública del Área 9 del ISP/DGSPA.

Honorato Ortiz Marrón. (*) Servicio de Prevención de la Enfermedad del ISP/DGSPA.

Juan Raúl Sanz Jiménez. Servicio de Inspección Territorial de la DGSPA.

Luis Velázquez Buendía. (*) Servicio de Informes de Salud y Estudios del ISP/DGSPA.

Belén Zorrilla Torras. Servicio de Epidemiología del ISP/DGSPA.

María Gorbés Fontana. Gerencia de Atención Primaria. Área 9.

José M^a Ramos Román. Centro de Salud Campo de la Paloma. Área 1.

Amalia Serrano Rodríguez Caro. Centro de Salud Jaime Vera. Área 2.

AYUNTAMIENTO DE MADRID

Francisco Javier Herrero García de Osma. (*) Centro de Prevención de Alcoholismo y Tabaquismo

Javier Moreno Arnedillo. (*) Centro de Prevención de Alcoholismo y Tabaquismo.

Eugenio Sánchez-Vegazo Sánchez. Centro Municipal de Salud de Hortaleza.

NEUMOMADRID

Soledad Alonso Viteri. Hospital de la Princesa.

José Ignacio de Granda Uribe. Hospital Gómez Ulla.

Carlos Jiménez Ruiz. DGSPA.

Segismundo Solano Reina. Hospital Virgen de la Torre.

SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SMMFyC)

Francisco Camarelles Guillem. Centro de Salud General Moscardó. Área 5.

(*) Autores del presente Plan, que constituye una revisión actualizada del Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid elaborado en 2002. Todas las personas que figuran sin asterisco, son autores del plan de 2002.

DISEÑO GRÁFICO

LdtLab, comunicación gráfica. (www.ldtlab.com)

IMPRESIÓN

Técnicas Gráficas Forma

ÍNDICE

1. Presentación	6
2. Justificación	8
2.1 Prevalencia del consumo de tabaco	10
2.2 Efectos del tabaco para la salud	20
2.3 Gasto sanitario y social del consumo de tabaco	21
3. Estrategias de intervención	22
3.1 El contexto	
3.2 Las evidencias	25
3.3 Las líneas estratégicas específicas del Plan Regional	28
4. Criterios generales de actuación	30
5. Objetivos y actividades del plan	32
5.1 Objetivos y actuaciones del programa de prevención de inicio al consumo	
5.2 Objetivos y actuaciones del programa de atención al fumador	36
5.3 Objetivos y actuaciones del programa de protección de la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco	40
6. Estrategia de comunicación y difusión del plan	44
7. Sistema de información y evaluación	46
7.1 Indicadores de estructura	47
7.2 Indicadores de proceso	
7.3 Indicadores de resultados	48
8. Estructura organizativa, funciones y recursos	49
8.1 Estructura	
8.2 Recursos financieros	52
9. Glosario	54
9.1 SIVFRENT-A	
9.2 SIVFRENT-J	
9.3 Fumadores actuales (diarios y ocasionales)	
9.4 Exfumador	
9.5 Proporción de abandono del hábito tabáquico	
9.6 Humo Ambiental de Tabaco	
9.7 Tabaquismo pasivo	55
9.8 Espacio sin humo (centro, empresa, entorno laboral...)	
9.9 Clase sin humo	
9.10 Mesas de salud escolar	
10. Bibliografía	56

1. PRESENTACIÓN

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco es sin duda uno de los principales problemas de salud pública que tiene importantes consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales. La evidencia científica al respecto es abrumadora.

En los últimos años, gracias al consenso internacional que se está generando en torno al tabaquismo, se han ido desarrollando, desde diferentes ámbitos, iniciativas de gran utilidad que es necesario incorporar, potenciar y coordinar desde las administraciones públicas. Iniciativas que en la Comunidad de Madrid se han manifestado de manera progresiva en los Programas de Salud Pública, en diferentes actividades de la red sanitaria asistencial y en el ámbito de asociaciones y colectivos que trabajan en este campo.

La Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, y la Agencia Antidroga, ponen en marcha este Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo (PRPCT), que permitirá, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Organización Mundial de la Salud y el Parlamento Europeo, impulsar en general las acciones frente al tabaquismo y consolidar y potenciar específicamente la intervención frente al mismo en la Comunidad de Madrid. La Dirección General de Salud Pública y Alimentación, y La Agencia Antidroga, en el ámbito de sus competencias, y dentro del marco de este Plan Regional, propondrán y desarrollarán medidas legales, asistenciales, educativas y de información pública, promoviendo así las acciones necesarias para disminuir dicho hábito y evitar los riesgos para la salud de la población expuesta al aire contaminado por el humo del tabaco, vinculados a su presencia en los ambientes donde se fuma.

En este sentido, la actualización del Plan Regional de 2002, que ahora presentamos, trata de proporcionar un marco general más adecuado para desarrollar las medidas de control de tabaco que se vienen realizando en la región, así como facilitar el intercambio de experiencias y de información entre las distintas administraciones, sociedades científicas, asociaciones profesionales y organizaciones sociales.

El gran reto del Plan Regional, más allá de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco es conseguir una reflexión conjunta, un diálogo abierto y un consenso de conocimientos y realizaciones en los diferentes ámbitos de actuación.

El plan se beneficiará de las experiencias existentes en el marco del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo del Ministerio de Sanidad y Consumo, de la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo de la OMS y del Convenio Marco para el Control del Tabaco, así como de las políticas de la Unión Europea, a través de Directivas y Recomendaciones.

En los últimos años, la Dirección General de Salud Pública y Alimentación y el Instituto de Salud Pública han venido potenciando y estimulando el desarrollo y la evaluación de diferentes programas y acciones de prevención y control del tabaquismo. Asimismo, la Agencia Antidroga, en su condición de organismo competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, tras la publicación de la Ley 5/2002 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, ha venido practicando desde finales de 2002 importantes actuaciones de inspección para verificar el cumplimiento de dicha ley en relación con el consumo de tabaco. Por otra parte, es previsible que próximamente el parlamento español apruebe una ley reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, que supondrá importantes restricciones en todos esos ámbitos. Es sobre todas estas bases donde pivotan las propuestas de este plan regional 2005-2007, las cuales se estructuran en tres líneas básicas de actuación: prevención de inicio al consumo de tabaco, atención al fumador y protección de la exposición al humo del tabaco.

2. JUSTIFICACIÓN

El consumo de cigarrillos es sin duda la principal causa prevenible o evitable de pérdida de salud y de muerte prematura en los países desarrollados (1-3), por ello se impone la necesidad de una acción política y social para hacer que todos aceptemos que el no fumar sea el comportamiento social normal.

No resulta ninguna novedad decir que el consumo de tabaco es muy perjudicial para la salud, pero quizás no todos tenemos asumido que, según la OMS, el tabaquismo es uno de los mayores problemas de salud pública a los que se enfrenta nuestra sociedad, no sólo por su magnitud sino también por las consecuencias sociosanitarias que conlleva. En la actualidad constituye una auténtica epidemia de escala mundial (4).

Definido como la primera causa aislada de enfermedad y muerte prematura, al tabaquismo activo 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). En España el número de muertes atribuidas al consumo de tabaco durante el año 2001 ascendió a 54.233, de las cuales 14.375 fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 65 años (7). Durante 1998, el 16% de la mortalidad en la Comunidad de Madrid en personas mayores de 35 años, es decir, casi 6000 fallecimientos, fue debida al consumo de tabaco (33).

El tabaquismo pasivo es la exposición a los productos de la combustión del tabaco en espacios cerrados. A pesar de que la magnitud del riesgo derivado de la exposición pasiva al humo de tabaco sea baja en comparación con el consumo activo, hay una consistente evidencia científica de sus efectos indeseables (8). En los niños hay efectos independientes de la exposición pre y postnatal, destacando la disminución del desarrollo pulmonar, incremento de infecciones respiratorias agudas, otitis media y asma (9,11). En la población adulta, se asocia con un incremento del riesgo de alrededor del 20% de desarrollar cáncer de pulmón, así como de cardiopatía isquémica. Los efectos sobre el aparato cardiovascular son efectos tóxicos directos sobre el endotelio vascular, aumento de la agregación plaquetaria, y la aceleración de las lesiones arterioscleróticas. Asimismo existe suficiente evidencia de su relación con el asma bronquial (12-13). En

Europa mueren al año 22.000 personas debido a esta exposición ambiental, significando la cuarta causa evitable de mortalidad en los países desarrollados después del tabaquismo activo, del sedentarismo y obesidad, y del consumo abusivo de alcohol. Estos efectos son un buen argumento por tanto para proteger a la población de la exposición pasiva (14).

A su vez los productos de tabaco, según estimaciones del Banco Mundial, causan unas pérdidas económicas netas en el mundo de, al menos 150.000 millones de euros al año. Estos costes vienen derivados fundamentalmente de los gastos sanitarios, la pérdida de productividad generada por el aumento de la morbilidad y mortalidad prematura y los costes debidos a los incendios y daños a la propiedad. La trascendencia de estos costes ha hecho que el citado Banco Mundial no apoye ninguna inversión en actividades relacionadas con la producción, industria, venta o promoción del tabaco (15).

La Oficina Regional Europea de la OMS destaca en sus conclusiones 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 (16-17).

Hay que señalar además que el tabaquismo es una forma de dependencia. 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 de síndrome de abstinencia cuando se deja de utilizar) (18). En la actualidad se considera que la adicción al tabaco comienza en más del 80% 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).

Existen además una serie de elementos que convierten al tabaco en un producto especialmente peligroso, teniendo en cuenta su gran poder adictivo, y estos son: su gran accesibilidad, tanto por el gran número de puestos de venta como por su bajo precio, y la gran inversión publicitaria de las industrias tabaqueras,

especialmente dedicada a la captación de nuevos fumadores entre la población más vulnerable (niños, adolescentes y mujeres). No debemos olvidar que en nuestra cultura, fumar aparece señalado socialmente como un hábito propio de los adultos. Esto hace que, para los jóvenes, el hecho de fumar se inserte en el conjunto de rituales que vienen a señalar el paso de la infancia a la edad adulta (21-23). Este aspecto es reforzado sistemáticamente, como ya hemos dicho, por los mensajes publicitarios de la industria tabaquera, que hacen especial hincapié en el modelo de afirmación y “libertad” ante las normas de la sociedad adulta (24). Este afán de afirmación es doble para las chicas, que además se rebelan ante un modelo predominantemente masculino, en una pretendida “igualdad liberadora”. En este contexto, no se percibe la relación entre el hábito de fumar y la nocividad para su salud. A pesar de que estos jóvenes se consideran informados sobre los efectos del tabaco para la salud, no sienten que les concierna dicha información (21-22).

Por las características que hemos citado del tabaco, es necesario que los poderes públicos garanticen el derecho de los ciudadanos, fumadores y no fumadores, a la protección de la salud, a través de las distintas estrategias de prevención y control del tabaquismo.

2.1 Prevalencia del consumo de tabaco

La prevalencia del consumo de tabaco se mide de forma continua desde 1995 en la población adulta, y a partir de 1996 en la juvenil de la Comunidad de Madrid, a través de un sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles denominado SIVFRENT, desarrollado por La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo.

2.1.1 Prevalencia en población adulta

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de 2003, la prevalencia de fumadores actuales (diarios más ocasionales) en población de 16 y más años en la Comunidad de Madrid es de 31,27% (un 28,19% diarios y un 3,08% ocasionales), mientras el 49,66% de dicha población nunca fue fumador y el 19,07% son exfumadores. La prevalencia de fumadores actuales es mayor en hombres (36,47%) que en mujeres (26,50%).

Si nos atenemos a los datos ofrecidos por el SIVFRENT para 2003, cuya fuente de datos más completa utilizaremos en adelante, observamos que el 36,2% de la población de 18 a 64 años en la Comunidad de Madrid son fumadores actuales

En las mujeres, se observa también un incremento del número de ex-fumadoras y un importante descenso del consumo en la población más joven (3,8% anual). Sin embargo, todavía continúa incrementándose el consumo en el grupo de mayor edad como consecuencia de la incorporación de las cohortes de fumadoras de la década de los ochenta (tabla 1 y figura 4). La proporción de abandono aumenta en todos los grupos de edad y con mayor magnitud que en la población masculina (tabla 2 y figura 6). Con estas tendencias se espera también que en los próximos años disminuya la prevalencia de forma gradual, después de un periodo, 1995-2000, en el que el consumo se había estabilizado.

Complementariamente, también se produce un descenso del número de cigarrillos en los fumadores diarios, disminución que es muy importante en los hombres (figura 8). Dado que el riesgo de efectos en salud depende de la cantidad consumida, también podría producirse una reducción del daño en la población fumadora.

Pero en el marco de estos indicadores positivos para los objetivos de salud pública, hay que destacar que la evolución no se produce de forma homogénea en todos los estratos de nivel educativo. Como se puede observar en la tabla 1 y figura 5, el grupo con un mayor descenso del consumo, tanto en hombres como en mujeres, es el de nivel educativo alto, mientras que el de nivel de estudios bajo mantiene un incremento del tabaquismo. Al analizar la evolución de la proporción de abandono según el nivel de estudios, se observa en todos los grupos un incremento del abandono, aunque éste es de mayor magnitud en los niveles de mayor nivel educativo, siendo el incremento débil en las personas con nivel bajo de estudios (tabla 2 y figura 7).

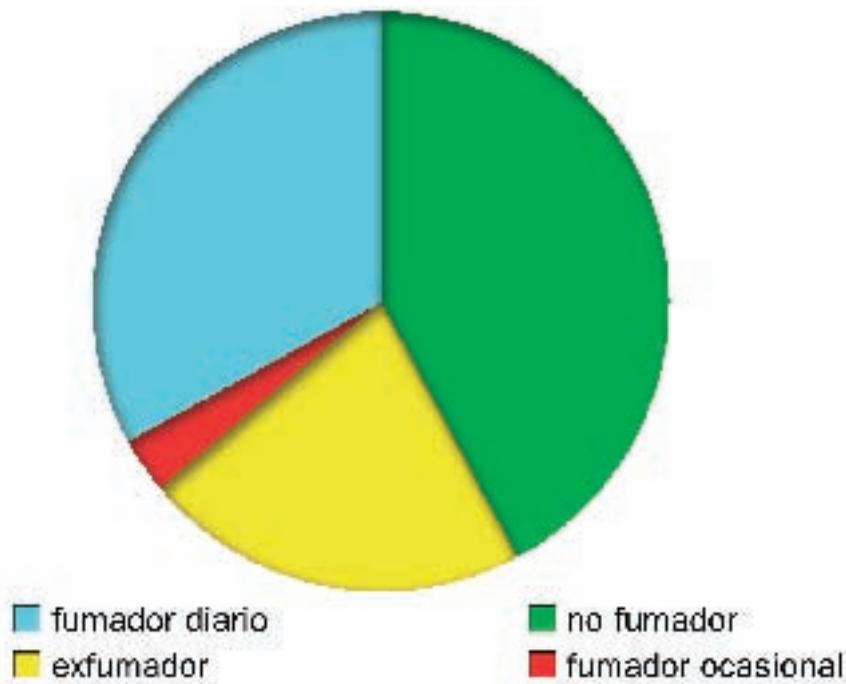


FIGURA 1 - Consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 2003. (Fuente SIVFRENT-A 2003. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

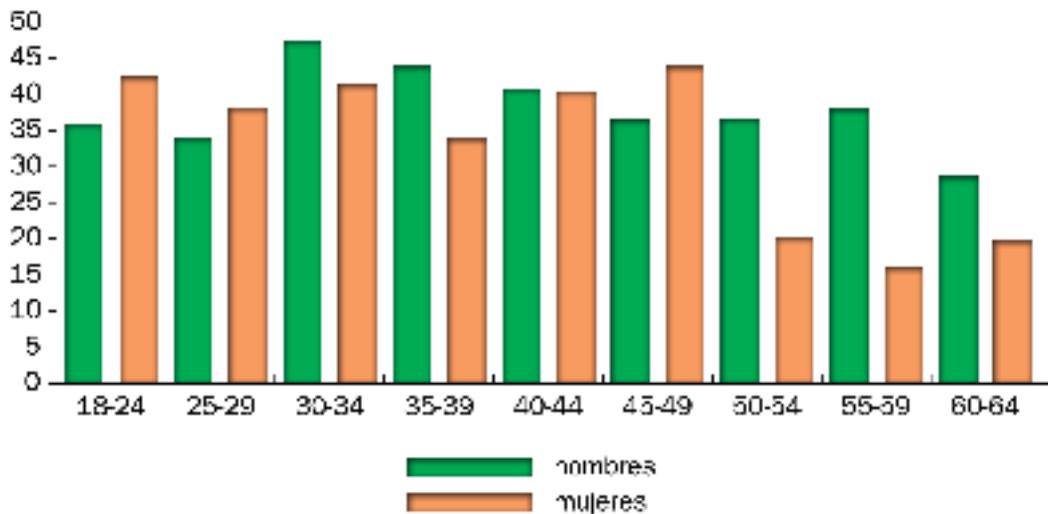


FIGURA 2 - Distribución de la prevalencia de consumo de tabaco según género y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2003. (Fuente SIVFRENT-A 2003. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

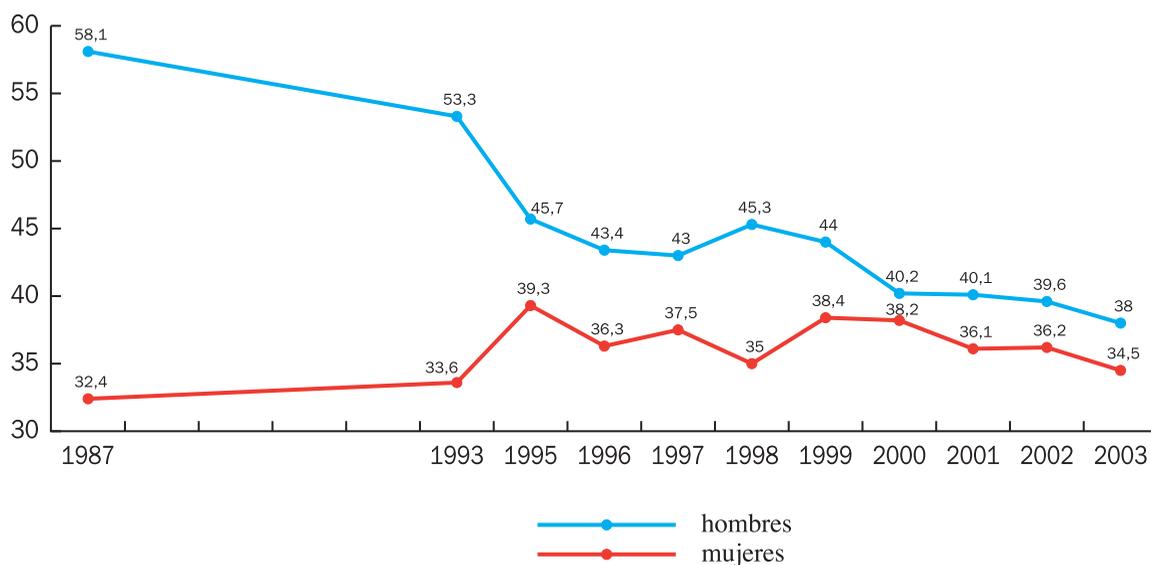


FIGURA 3 - Evolución de la proporción de fumadores. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1987-2003. (Fuente Escuela Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. SIVFRENT-A 1995-2003. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

	Hombres	Mujeres
Edad		
18-29 años	-2,6 *	-3,8 **
30-44 años	-2,1 *	-1,0
45-64 años	-1,5	+5,0 **
Nivel de estudios		
Alto	-3,6 **	-3,8 **
Medio-alto	-1,3	-2,4 *
Medio-bajo	-1,6 *	-0,8
Bajo	+0,5	+2,0

TABLA 1 - Cambio del riesgo anual (%) de la evolución de la prevalencia de fumadores actuales según edad y nivel de estudios. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1995-2003. (Fuente: SIVFRENT. Consejería de Sanidad y Consumo)

* $p < 0,05$ - ** $p < 0,001$

	Hombres	Mujeres
Edad		
18-29 años	+5,7 *	+6,2 *
30-44 años	+1,6	+2,5
45-64 años	+2,6 *	+4,2 *
Nivel de estudios		
Alto	+3,4 *	+4,6 *
Medio-alto	+2,8 *	+5,6 *
Medio-bajo	+3,4 *	+3,4
Bajo	+1,5	+2,0

TABLA 2 - Cambio del riesgo anual (%) de la evolución de la proporción de abandono de consumo de tabaco según edad y nivel de estudios. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 1995-2003. (Fuente: SIVFRENT.

Consejería de Sanidad y Consumo)

* $p < 0,05$ - ** $p < 0,001$

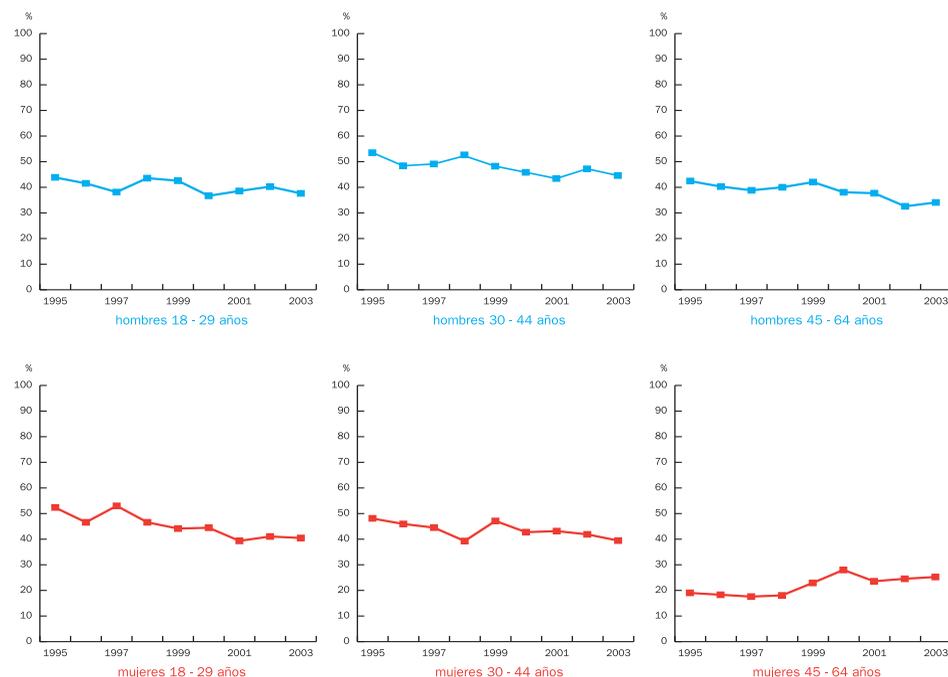


FIGURA 4 - Evolución de la prevalencia de fumadores actuales según género y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2003. (Fuente SIVFRENT. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

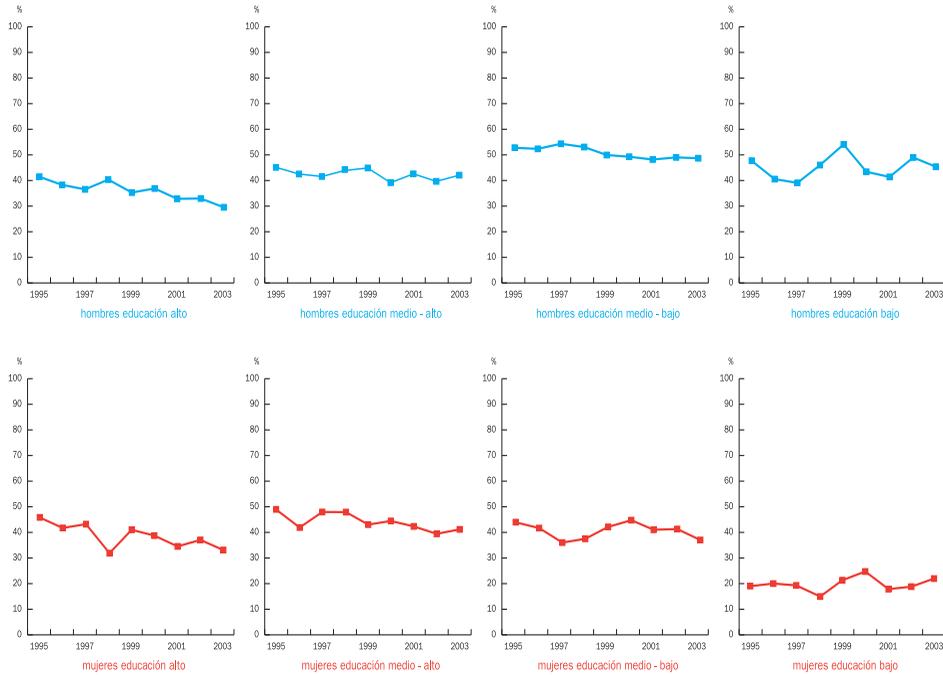


FIGURA 5 - Evolución de la prevalencia de fumadores actuales según género y nivel educativo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2003. (Fuente SIVFRENT. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

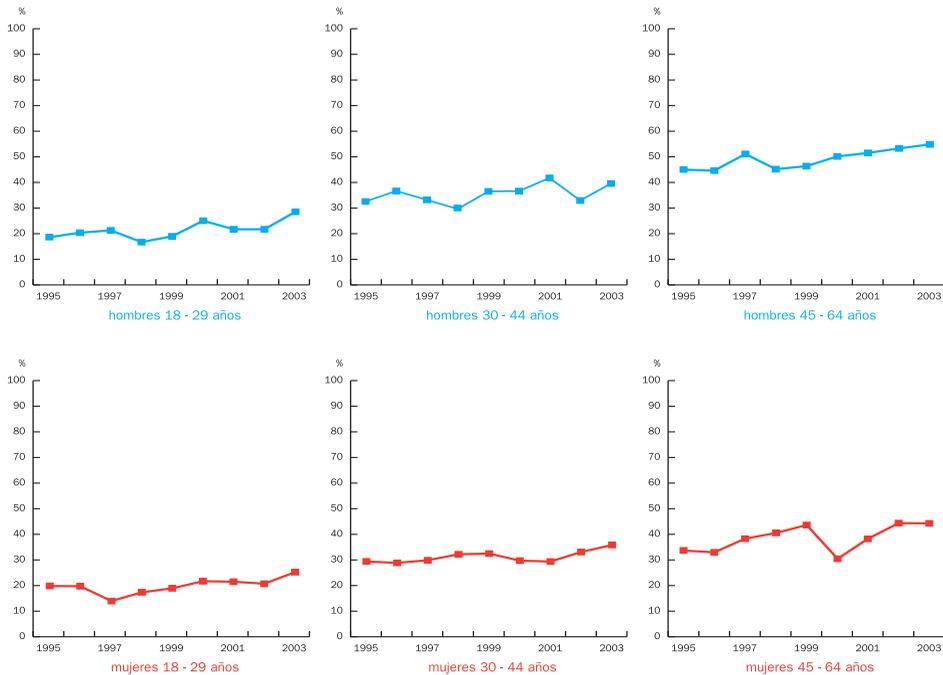


FIGURA 6 - Evolución de la prevalencia de abandono de consumo según género y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2003. (Fuente SIVFRENT. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

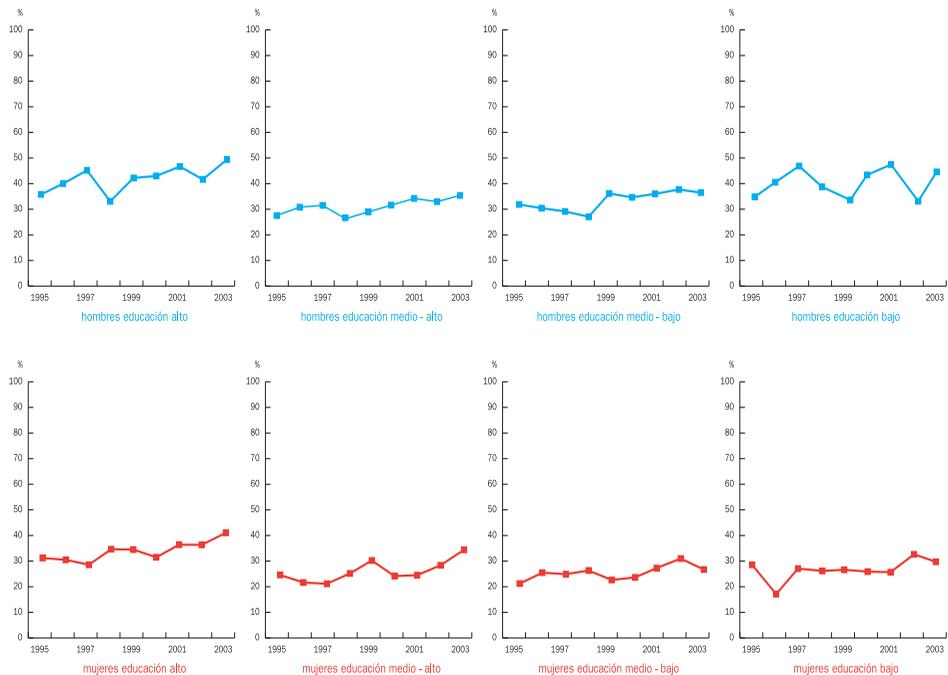


FIGURA 7 - Evolución de la prevalencia de abandono de consumo según género y nivel educativo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2003.

(Fuente SIVFRENT. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

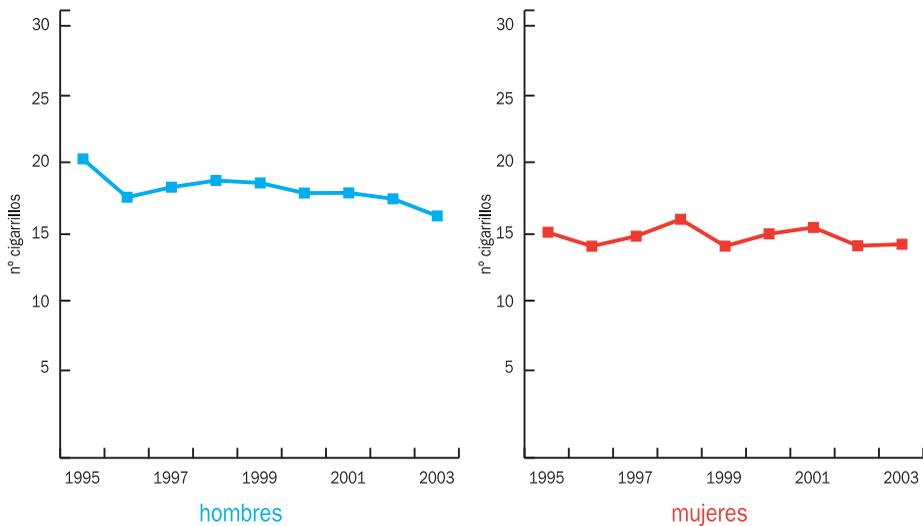


FIGURA 8 - Evolución de la prevalencia de cigarrillos/día consumidos por los fumadores diarios según género. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid 2003.

(Fuente SIVFRENT. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid).

2.12 Prevalencia en población juvenil

La situación de consumo de tabaco en la población de 15 y 16 años (figura 9), durante el 2003 es la siguiente: el 33,3% fuman con mayor o menor frecuencia (un 19,2% fuman diariamente, un 8,5% alguna vez a la semana y el 5,6% fuman más ocasionalmente), el 49,4% no fuman, y el 17,2% son ex-fumadores.

La proporción de jóvenes que fuman diariamente es muy superior en las mujeres (22,7%) que en los hombres (15,6%).

La tendencia describe un descenso del consumo, acentuado en este último año. Si comparamos la frecuencia en los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros se observa una disminución porcentual del 26,4% en los chicos y del 16,7% en las chicas (figura 10).

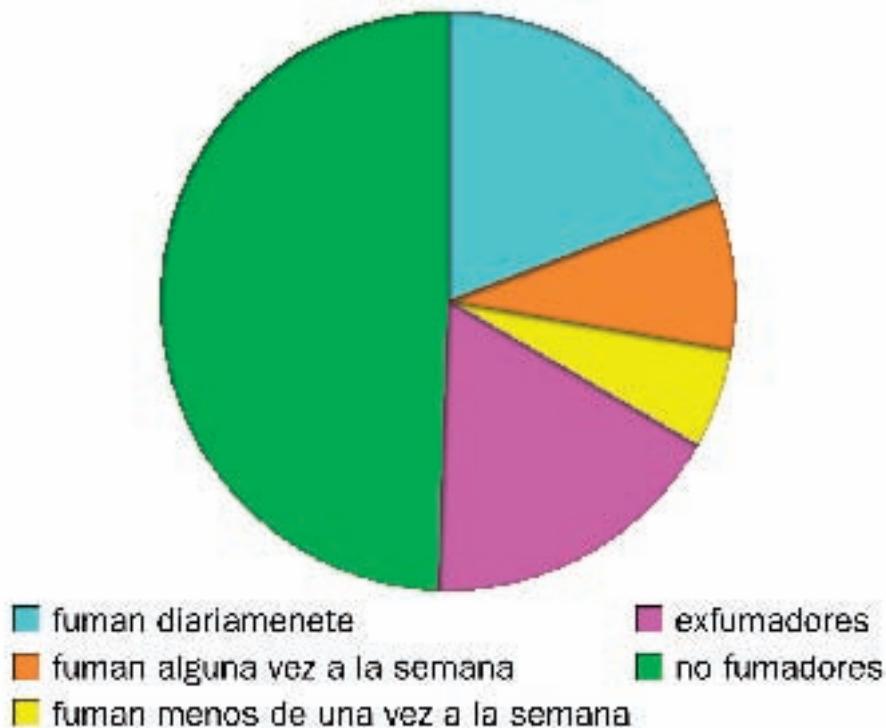


FIGURA 9 - Consumo de tabaco. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid.

(Fuente SIVFRENT-J 2003. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

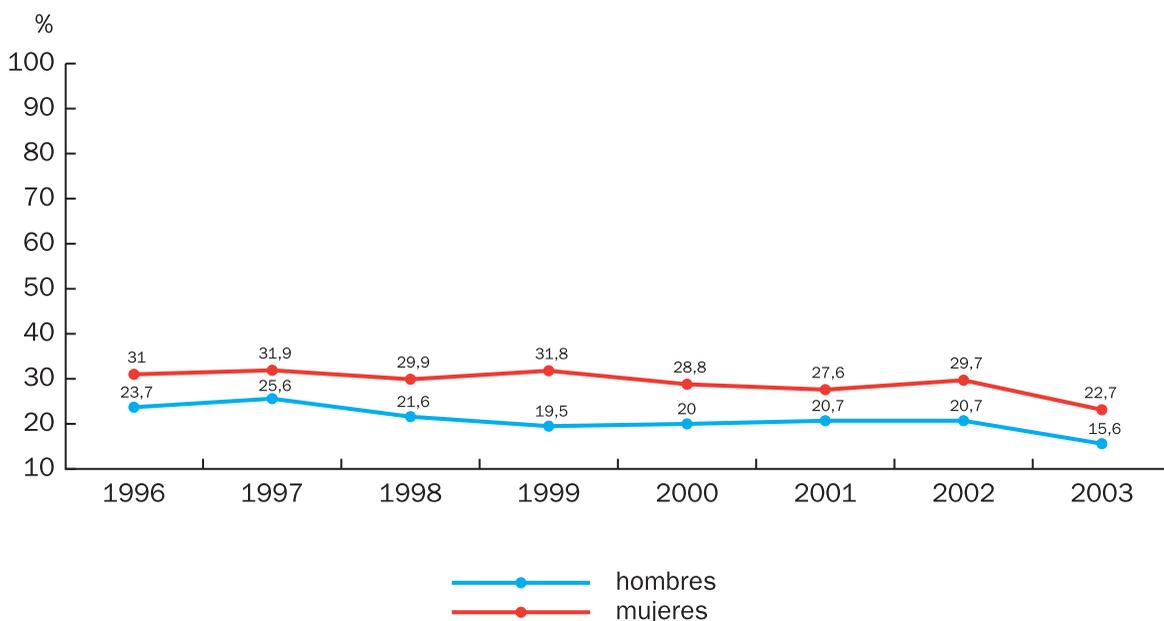


Figura 10 - Evolución de la proporción de fumadores diarios. Población de 15 a 16 años. Comunidad de Madrid 1996 - 2003. (Fuente SIVFRENT-J 2003. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid)

2.1.3 Consumo en profesionales sanitarios.

En el estudio sobre la prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios del INSALUD (25) realizado a finales de 1998, se ponía de manifiesto que el 38,9% eran fumadores (diarios u ocasionales). Esta frecuencia era considerablemente mayor en el colectivo de enfermería, un 43,2%, que en el médico, un 34,7%. Comparando con la población general de 25 a 64 años, el consumo de tabaco en profesionales sanitarios era ligeramente más bajo.

Un dato alentador es que en la población de profesionales médicos la frecuencia del tabaquismo ha descendido desde un 49,2% en 1987 a un 34,7% en 1998.

En la Comunidad de Madrid, se realizó en 1995 un estudio a una muestra representativa de personal médico del sector público (26), tanto de atención primaria como de especializada, con objeto de describir el consumo, así como los conocimientos y actitudes de estos profesionales frente al tabaco. La prevalencia de tabaquismo era del 34,7%, idéntica a la estimada en el conjunto del territorio INSALUD en 1998. Esta cifra es inferior también al promedio de consumo de tabaco en la población de 25 a 64 años de la Comunidad de Madrid.

Otros dos estudios realizados en 1998 y 2001 por la Fundación para la Investigación, Estudio y Desarrollo de la Salud Pública, sobre prevalencia de consumo, actitudes y conductas sobre el tabaco en las profesionales, médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid (27,28), puso de relieve los siguientes datos: eran fumadoras el 43,1 % en 1998 y el 43% en 2001, y en ambos años el tabaquismo fue más frecuente entre las enfermeras (47,6 y 47% respectivamente) que entre las médicas (34,7% y 37%). Era más frecuente el consumo de tabaco entre las que trabajaban en atención especializada (46,6 y 46,7%) que las que lo hacían en atención primaria (35,3 y 37,3 %).

2.2 Efectos del tabaco para la salud

2.2.1 Efectos en la morbilidad

El consumo de tabaco causa una elevada tasa de morbilidad y se relaciona con más de 25 enfermedades. Principalmente, la población fumadora tiene un riesgo aumentado de padecer cáncer, especialmente broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, fundamentalmente EPOC (1-8).

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen unos riesgos adicionales para la salud específicos de su género (29). El tabaquismo contribuye a una reducción de la fertilidad e incrementa el riesgo de menopausia precoz, contribuye a la pérdida de calcio óseo y a la osteoporosis en las mujeres en fase posmenopáusica (30).

El consumo del tabaco en la mujer embarazada está asociado con patología placentaria, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte súbita del lactante (31). En el feto puede producir trastornos del desarrollo estado-ponderal (32).

2.2.2 Efectos en la mortalidad

Durante 1998, el 16% de la mortalidad en la Comunidad de Madrid en personas mayores de 34 años, es decir, casi 6000 fallecimientos, fue debida al consumo de tabaco. En los hombres ese porcentaje fue del 28,4 % y en las mujeres de 2,8%. El cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fueron las causas principales de muerte en ambos sexos. Durante el periodo 1992-98 la mortalidad atribuible al tabaco disminuyó en hombres, pero aumentó en mujeres en el grupo de 34-65 años. Asimismo, la mortalidad por cáncer de pulmón permaneció estable durante ese periodo en los hombres, pero aumentó un 12% en mujeres. Los años potenciales de vida perdidos disminuyeron el 12% en hombres, pero aumentaron un 42% en mujeres (33). Estas variaciones reflejan los

efectos del cambio de patrón en este hábito descritos más arriba, y que dado el largo periodo de latencia entre la exposición y el comienzo de los efectos visualizaremos con mayor claridad en un futuro próximo.

En España (34), el tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas durante el período 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual. En ese mismo período, las muertes atribuibles al consumo de tabaco, en población de 35 y más años, han pasado de 37.259 a 46.226, lo que representa un 24% de aumento en la mortalidad debida al tabaquismo.

2.2.3 Efectos de la exposición al humo del tabaco. Tabaquismo pasivo.

La encuesta más reciente del SIVFRENT-J revela datos interesantes acerca de la exposición pasiva al humo de tabaco ambiental: el 51,1% de la población joven no fumadora ha estado expuesta al humo de tabaco de forma pasiva en algún momento en las últimas 24 horas, siendo la mediana de exposición de 2 horas. El lugar donde se produce la mayor exposición, es en el propio hogar, con un 39,8% de no fumadores expuestos y una mediana de 2 horas. Esta exposición es tan elevada, debido a que el 53% convive con al menos una persona fumadora y el 23,5% con más de una. Un 9,4% estuvo expuesto en las últimas 24 horas en bares o discotecas, y el 14,1% en otro tipo de recinto cerrado cargado de humo de tabaco. No se observan diferencias entre la exposición pasiva al tabaco según el género o la edad.

2.3 Gasto sanitario y social del consumo de tabaco

El consumo de tabaco representa un volumen importante en los gastos sanitarios y sociales de nuestro país. La evaluación hecha por el Banco Mundial (15) de los costes económicos indirectos de la morbilidad y la mortalidad prematura, atribuible al tabaco, pone de manifiesto que estos costes son casi once veces más elevados que los ingresos que proporcionan las tabacaleras. Alrededor del 6-15% del gasto sanitario es debido al tabaco.

En España se estima un gasto entre 2.700 y 3.600 millones de euros, ocasionado por las enfermedades directamente relacionadas con el tabaquismo. Esta estimación, realizada en un reciente estudio encargado por el Ministerio de Sanidad, ascendería a más de 6.000 millones de euros si se incluyeran además los gastos sociales indirectos. El tabaco es, por tanto, una gran carga económica para la sociedad.

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

3.1 El contexto

Desde 1974 hasta la actualidad, los comités de expertos de la OMS (35) vienen proponiendo para el control de la epidemia del tabaquismo diferentes medidas de eficacia probada, desarrolladas en los países de forma desigual por sus dificultades de aplicación. De entre ellas destacan la prohibición de la publicidad directa, indirecta y patrocinio del tabaco, el incremento de los impuestos sobre los productos del tabaco, la regulación y promoción de los espacios libres de humo, la realización de campañas informativas y de sensibilización y las propuestas encaminadas a facilitar el acceso al tratamiento y la ayuda a los fumadores.

La OMS estableció en 1998 la “Tobacco Free Initiative”, para reducir la prevalencia de fumadores y disminuir el consumo en todos los países miembros. Más recientemente, en la 52ª sesión del Comité Regional Europeo de la OMS de 2002, se acordó mediante Resolución la “Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo”, que establece un marco estratégico referencial para el control del tabaquismo en la región Europea, con una serie de medidas que deben ser contempladas en los correspondientes planes nacionales (17,36).

El reciente Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (37), aprobado en mayo de 2003, representa un instrumento jurídico internacional para el control mundial de la globalización de la epidemia del tabaquismo y es un complemento a los programas y planes nacionales. El convenio ofrece numerosas medidas de reducción de la demanda, haciendo hincapié en la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. También propone medidas de reducción de la oferta para eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos y la venta a menores.

Además del firme apoyo a las políticas de la OMS, la Unión Europea ha desempeñado un papel importante al promover acciones de protección de la salud y control del tabaquismo mediante Recomendaciones a los Estados Miembros y Directivas que deben ser transpuestas a las respectivas normativas nacionales. Un ejemplo claro es la Directiva 2003/33/CE que deberá transponerse en España en 2005, que regula la publicidad y patrocinio de los productos del tabaco y en concreto en los medios de comunicación distintos de la televisión, como son la

- b)** En la Comunidad de Madrid, la *Ley 5/2002 de drogodependencias y otros trastornos adictivos* supuso un avance importante en cuanto a regulación de la venta, publicidad y consumo de tabaco respecto a la legislación nacional vigente hasta entonces. En base a dicha ley, la Agencia Antidroga, a través de su Servicio de Inspección, Registro y Autorizaciones, ha venido desarrollando desde finales de 2002 una importante labor de control, tanto en establecimientos de espectáculos públicos y actividades recreativas, como en comercios minoristas y en diferentes espacios o centros en los que la mencionada Ley 5/2002 establece limitaciones a la venta, publicidad y/o consumo de tabaco. Merece la pena destacar al respecto los centros educativos de enseñanza infantil, primaria, secundaria y especial.
- c)** Para la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, promovidos por la Consejería de Sanidad y Consumo y por asociaciones profesionales como NEUMOMADRID y SMMFYC, se han venido realizando numerosos cursos de formación para profesionales de atención primaria y especializada para el abordaje del tabaquismo, en los que se ha incorporado la metodología de formación de formadores.
- d)** Se han incrementado de forma considerable los recursos disponibles para el tratamiento de fumadores con la creación de consultas de tabaquismo en diferentes hospitales, universidades, Asociación Española contra el Cáncer, Unidad de Prestaciones Asistenciales de la Comunidad de Madrid (UPAM), etc., que utilizan diferentes tipos de tratamientos: desde el consejo sanitario, hasta los programas multicomponentes que abordan aspectos farmacológicos, comportamentales y actitudinales. En 2003 se puso en marcha la Unidad Especializada en Tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid que realiza tareas asistenciales, docentes y de investigación.
- e)** También hay que destacar la ampliación de la cobertura del Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) en el registro del tabaquismo en la historia clínica y su tratamiento, así como la inclusión en 2003 del nuevo servicio de Deshabitación tabáquica en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- f)** Es igualmente digno de mención el esfuerzo realizado para consensuar protocolos de intervención, como el realizado por las sociedades científicas NEUMO-

MADRID, SEDET, SEMERGEN y SMMFYC, con la colaboración de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, de Médicos y de Enfermería de la CM en 2002.

3.2 Las evidencias

3.2.1 De los programas de prevención

En la revisión de la literatura los programas de prevención de tabaquismo en jóvenes comprenden cuatro estrategias principales que deben combinarse de forma diferente para 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 (41) y la potenciación de las competencias personales y sociales (42) son los más eficaces y no sirven como intervenciones aisladas, sino que deben combinarse con otras estrategias con componentes comunitarios y del entorno. Estas medidas han sido probadas en la reducción a corto plazo del inicio en el consumo de tabaco, en el retraso en la edad de inicio, y en el cambio de actitudes hacia el tabaco. Estas iniciales reducciones desaparecen en la mayoría de los casos hacia los 5-6 años (43-44). 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 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. Incluyen estrategias como: educación para jóvenes, reuniones y fiestas sociales, restricción del acceso a los productos del tabaco, publicidad contra el tabaco dirigida a jóvenes, restricciones para fumar en distintos lugares, implicación del personal sanitario en la prevención con jóvenes. Las evaluaciones sobre las evidencias de estas intervenciones han sido menos rigurosas y hay limitaciones importantes respecto a la efectividad de las mismas (45-46). Necesitan ser combinadas con medidas de restricción de la oferta con el compromiso para hacer cumplir la legislación de protección del menor.



c) *Intervención en medios de comunicación social.* No se ha llegado a conclusiones claras en cuanto a su evidencia (47). Se cree que su principal papel es indirecto y son más efectivas combinadas con otras intervenciones. En cualquier caso, parece claro que hay que tratar de contrarrestar los efectos de la publicidad y la promoción del tabaco mediante mensajes dirigidos a los jóvenes desde una perspectiva crítica.

d) *Estrategias de regulación (15,38):*

- Prohibición/restricción en términos comprensivos 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 a 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 tiene 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 el Banco Mundial (15), es la intervención más efectiva y coste-efectiva, especialmente en población joven y población con bajos ingresos económicos, quienes por necesidad son muy sensibles al aumento de precio. Un aumento del 10 % del precio del tabaco disminuye el consumo en torno a un 4% en países desarrollados (15).

En resumen, las intervenciones de prevención del tabaquismo se desarrollarán teniendo en cuenta que la prevención ha de guiarse por el principio de acción iluminada por modelos teóricos explicativos de las variables a modificar; que los mejores programas preventivos son los basados en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social; que deben ser preferiblemente de base comunitaria con impacto sobre el aula, el entorno escolar y la comunidad; que estén enmarcados en el desarrollo complementario de políticas públicas adecuadas, y que los mensajes deben acompañarse de una política de regulación de espacios sin humo en el entorno escolar.

3.2.2 De los programas y tratamientos para dejar de fumar

Aunque se necesitan estudios más amplios y mejor diseñados (48), los programas comunitarios para dejar de fumar, que comprenden estrategias múltiples de inter-

vención, han obtenido resultados interesantes al tratarse de programas que alcanzan a un gran número de población (49).

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 (50).

Las intervenciones para el tratamiento del tabaquismo, tanto el consejo sanitario, como los tratamientos que combinan apoyo psicológico y farmacológico (TSN y bupropión), se han mostrado eficaces y altamente coste-efectivas, comparadas con otros tratamientos integrados en la atención sanitaria (HTA, hiperlipidemias, cribado de cáncer de mama, etc.) (51-53).

Por los efectos evidenciados, va consolidándose entre los expertos la idea de que debe garantizarse el tratamiento del tabaquismo mediante su inclusión en las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. La oferta del tratamiento del tabaquismo desde el sistema sanitario podría contribuir a que el consumo de tabaco no acabe concentrándose en las clases sociales menos favorecidas, en especial en aquellas personas sometidas a factores de riesgo y con menos recursos para acceder a la información y costearse tratamientos farmacológicos (39,54-55). El tratamiento debe ser ofertado a todo paciente fumador que quiera hacer un serio intento de abandono, exceptuando los casos en los que existan contraindicaciones. Con ello se puede conseguir que hasta un 15-30% de los pacientes se mantengan abstinentes al cabo de un año, triplicando las posibilidades de éxito frente al abandono espontáneo. El tratamiento farmacológico, cuando se utilice, debe ir siempre acompañado de tratamiento psicológico, siendo esta combinación la reconocida como más eficaz para ayudar al fumador a dejar de serlo (16,56-69).

3.2.3 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 (9-14, 70) 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 sin humo en todos los ámbitos públicos (lugares públicos, medio laboral..) 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 (71-72).

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

En el medio laboral, se ha demostrado que aunque inicialmente las estrategias de prevención y control de tabaquismo pueden provocar rechazo, no solo se protege de los daños de la exposición al humo del tabaco sino que también estimula a que los fumadores abandonen o reduzcan el consumo de tabaco (73-75). Una revisión de 26 estudios concluía que la implantación de espacios libres de humo en el medio laboral está asociada a una reducción de la prevalencia de fumadores del 3,8% y una media de 3,1 cigarrillos menos al día (76).

3.3 Las líneas estratégicas específicas del Plan Regional

En este contexto, el PRPCT, a efectos operativos y siguiendo las directrices internacionales y nacionales, se estructura en tres programas con las consiguientes estrategias de intervención.

- a) Programa de prevención de inicio al consumo para evitar la entrada en el hábito de los no fumadores, especialmente de los más jóvenes.
- b) Programa de atención al fumador para favorecer la cesación tabáquica de los fumadores, proporcionándoles la ayuda necesaria para ello.
- c) Programa de protección de la salud del aire contaminado por humo de tabaco (ACHT) para proteger el derecho de la población a disfrutar de un ambiente libre de humo.

En el **programa de prevención al inicio**, las estrategias irán dirigidas a la población preadolescente y adolescente con actuaciones en el aula, en el entorno escolar y en el ámbito comunitario extraescolar. Para ello se desarrollará en los Centros de Educación Secundaria los Programas de “CENTROS EDUCATIVOS SIN HUMO” y “CLASE SIN HUMO” en los que se contempla una política de espacios sin humo, acciones educativas en el aula para el tratamiento de las influencias sociales y habilidades de rechazo de la ofertas de cigarrillos y tratamiento a los educadores para la cesación. Además se realizarán campañas de sensibilización en los medios de comunicación social y se velará por el cumplimiento estricto de la normativa vigente que afecta al menor (venta, espacios sin humo, etc.). De forma complementaria se potenciarán otros programas preventivos en el medio escolar, la investigación y la formación.

4. CRITERIOS GENERALES DE ACTUACIÓN

Para desarrollar, mantener y consolidar este Plan todas sus actuaciones estarán basadas en los siguientes criterios o principios generales:

- a) Abordaje global:** El problema del tabaquismo debe abordarse de acuerdo con lo establecido en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, el cual reconoce que se requiere un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas, tomando en consideración la necesidad de intervenir en la protección de todas las personas de la exposición al humo de tabaco, la prevención al inicio de consumo de tabaco y el apoyo asistencial al abandono del hábito tabáquico.
- b) Priorización de ámbitos de intervención:** Las medidas propuestas serán aplicadas de forma gradual. Dada la función ejemplar que caracteriza a la Administración, así como a ciertos colectivos como los de sanitarios y docentes, las primeras medidas a aplicar deben ser las que correspondan a estos ámbitos.
- c) Integración y Coordinación:** Este Plan debe amparar y coordinar las intervenciones y programas ya existentes en la Comunidad de Madrid, acreditando aquellos que demuestren su eficacia y apoyando y potenciando su desarrollo. Además, el plan se encargará de la promoción de nuevas experiencias consensuadas por las distintas instancias implicadas en la prevención y tratamiento del tabaquismo. De esta forma se evitarán duplicidades y se optimizarán los recursos, logrando sinergias en un marco de actuación global. Para ello el plan contará con una estructura organizativa estable que garantice el desarrollo del plan, su coordinación y seguimiento.
- d) Participación social:** El Plan pretende promover la participación de instituciones, asociaciones, colectivos, etc. Es por ello que en la confección del mismo se ha dado cabida a las aportaciones de las sociedades científicas y colegios profesionales más implicadas en el tabaquismo, a asociaciones sindicales y de consumidores, así como a distintos ámbitos de la administración pública regional y local. Por otro lado, el Plan debe garantizar la mayor participación social posible, mediante campañas de sensibilización y programas que faciliten la implicación de la comunidad en la promoción de “Espacios sin Humo”,

clarificando el procedimiento de las reclamaciones y denuncias y agilizando su resolución.

- e) Compromiso y liderazgo institucional:** Además del imprescindible compromiso económico, a través de la asignación presupuestaria correspondiente, es también necesario que, debido al papel de ejemplaridad de las instituciones, los responsables de las administraciones se comprometan a efectuar su actividad institucional y pública sin tabaco.

5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN

El plan se establece para el período 2005-07, constituyendo el marco estratégico para la planificación anual de actividades. Será por tanto en la programación anual donde se establezcan con la precisión necesaria para la evaluación los objetivos a alcanzar y las actividades necesarias para ello.

El objetivo general del plan es reducir en la población de la Comunidad de Madrid la mortalidad y morbilidad causadas por el consumo de los productos del tabaco.

Los objetivos específicos son:

- 1.** Disminuir en 4 puntos la prevalencia de hábito tabáquico en la población de 16 y más años de edad.
- 2.** Proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco (AHT).

Para alcanzar tales objetivos se establecen tres programas:

- Programa de prevención de inicio al consumo
- Programa de ayuda al fumador
- Programa de protección de la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco.

5.1 Objetivos y actuaciones del programa de prevención de inicio al consumo

5.1.1 Objetivos específicos

Para el año 2008 se habrá reducido la proporción de personas que fuman diariamente en el grupo de 15 a 19 años de la Comunidad de Madrid.

Para el año 2008 se habrá retrasado en la población de la Comunidad de Madrid la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco.

5.1.2 Objetivos operativos y actividades

- 1.** Potenciar el programa preventivo de Centros Educativos sin Humo (ver glosario) e implantarlo al menos en el 30% de los centros de educación secundaria obligatoria.

- Elaborar un Informe Técnico para conocer la existencia actual de programas y actividades de prevención del inicio del consumo de tabaco en el medio educativo, su grado de implantación y calidad, así como su vinculación institucional.
 - Realizar acuerdos y convenios anuales entre las instituciones y organizaciones de ámbito local, regional y estatal que faciliten el desarrollo y la extensión de los programas de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo.
 - Iniciar y mantener una línea específica de financiación anual a proyectos sobre prevención del inicio al consumo de tabaco, en forma de subvenciones y/o premios a los mejores proyectos de instituciones o entidades sin ánimo de lucro.
- 3.** Aumentar la información y sensibilización de la población general respecto al tabaquismo a través de campañas anuales en medios de comunicación. Su objetivo será informar 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.
- Elaborar contenidos, formato y diseño general de las campañas mediática (radio, TV, materia impreso, nuevas tecnologías, etc.).
 - Asegurar la elaboración y difusión periódica de materiales divulgativos de apoyo impresos y audiovisuales (folletos, carteles, página Web, SMS, etc.), promoviendo el uso de las nuevas tecnologías.
 - Procurar el apoyo de los medios de comunicación social, realizando acuerdos y convenios que favorezcan su compromiso frente al tabaquismo
- 4.** Aumentar la información y sensibilización de colectivos clave por su función modélica (padres y madres, profesionales de la comunicación, personal sanitario y docente, personal de la administración, líderes sociales etc.) a través de campañas de comunicación. Se resaltarán su papel modélico, la legislación vigente, los efectos del tabaco y sus consecuencias y las razones sobre la protección de la salud frente a la exposición ambiental al humo del tabaco.
- Realización de campañas en medios de comunicación dirigidas a estos colectivos.

- Limitar la publicidad, venta, suministro y/o dispensación de tabaco exclusivamente a los lugares y establecimientos autorizados, controlando especialmente aquéllos en los que se encuentra focalizada su venta irregular.
 - Adecuar la publicidad, venta, suministro y dispensación de tabaco a las restricciones que respecto a los menores de 18 años establece la Ley 5/2002.
 - Controlar que la venta, suministro y dispensación de tabaco se efectúe por parte de los establecimientos informando a los potenciales clientes de las prohibiciones y restricciones que prevé la Ley 5/2002.
 - Verificar la existencia de la preceptiva información sobre la prohibición de consumo de tabaco en los establecimientos de cualquier clase en los que se encuentre restringido su consumo, y verificar igualmente el cumplimiento de dicha prohibición.
 - Verificar el cumplimiento de la prohibición de consumo de tabaco en los lugares en que se encuentre restringido el mismo.
 - Continuar con la ejecución del programa de inspección y control en centros educativos de enseñanza infantil, primaria, secundaria y especial iniciado en el año 2004.
 - Poner en marcha el programa de control para verificar el cumplimiento de la prohibición de consumo de tabaco en las oficinas de la Administración Pública destinadas a la atención directa al público, así como en los centros sanitarios y sus dependencias.
- 8.** Fomentar 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 la eficacia de los distintos modelos de intervención preventiva.

5.2 Objetivos y actuaciones del programa de atención al fumador

5.2.1 Objetivos específicos

Para el año 2008 habrá aumentado la proporción de abandono de la dependencia al tabaco en la población adulta y joven de la Comunidad de Madrid.

Para el año 2008 habrá aumentado la proporción de abandono de la dependencia al tabaco en profesionales sanitarios, educadores y empleados públicos.

- Realizar y distribuir material-guía diverso (guía de autoayuda, folletos...) para ayudar a dejar de fumar.
 - Elaboración y difusión gratuita de cursos virtuales de auto-ayuda para dejar de fumar.
 - Promover la participación en programas comunitarios del tipo “Quit & Win” (programa concurso de implantación internacional para dejar de fumar, con sorteo de premios entre quienes lo consiguen) y otros similares.
- 3.** Garantizar un tratamiento multicomponente, accesible y gratuito, para el abandono del hábito tabáquico a todos los trabajadores de los centros sanitarios, educativos y de los empleados públicos en general de la Comunidad de Madrid.
- Identificar necesidades y dar prioridad a las actuaciones en el marco de Centros Educativos sin Humo, Hospitales sin humo y Centros de Salud sin Humo.
 - Realizar campañas de información y sensibilización en estos profesionales para estimular el abandono.
 - Elaborar y ejecutar un plan de actuación en el que se definan los recursos y los procesos asistenciales.
 - Elaborar material de información y sensibilización específico para estos colectivos.
- 4.** Proveer de formación adecuada a los profesionales sanitarios de forma que anualmente se beneficien al menos 1300 profesionales de los Centros de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Servicios Municipales para la atención al fumador. Esta formación se planificará e implantará en coordinación con la red funcional de unidades especializadas de tabaquismo y con las sociedades científicas.
- Realizar talleres básicos de tabaquismo de 6-10 horas de duración.
 - Realizar cursos presenciales de formación básica para el abordaje clínico y terapéutico del tabaquismo, de 20 horas de duración.
 - Realizar cursos de formación avanzada de atención al fumador.

5.3 Objetivos y actuaciones del programa de protección de la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco

5.3.1 Objetivos específicos

Para el año 2008 se habrá reducido la proporción de población expuesta al aire contaminado por humo de tabaco.

Para el año 2008 todos los centros sanitarios, docentes y de la Administración Pública serán Centros sin Humo.

Para el año 2008 todas las empresas mayores de 250 trabajadores serán Empresas sin Humo.

5.3.2 Objetivos operativos y actividades

1. Aumentar la sensibilización en la población general y población trabajadora sobre las consecuencias del tabaquismo involuntario y potenciar la norma social de no fumar, a través de campañas de información en los medios de comunicación social y en el ámbito laboral.
 - Elaborar contenidos y diseño general de la campaña: informar sobre el derecho de la población a respirar aire puro y sobre los beneficios y ventajas de los espacios sin humo (hogares, espacios de ocio, entorno laboral...).
 - Realizar acuerdos y convenios con medios de comunicación públicos para ampliar su alcance.
 - Elaborar y difundir materiales divulgativos de apoyo (folletos, carteles, pagina Web, SMS).
 - Elaborar y difundir entre la población interesada material sobre efectos del tabaquismo pasivo y la normativa sobre espacios sin humo.
2. Garantizar el cumplimiento de la normativa vigente sobre espacios libre de humo (lugares públicos y privados, empresas, etc.).
 - Elaborar y difundir material para una señalización adecuada de los espacios sujetos a regulación.
 - Verificar la existencia de la preceptiva información sobre la prohibición de consumo de tabaco en los establecimientos de cualquier clase en los que se encuentre restringido su consumo, y verificar igualmente el cumplimiento de

dicha prohibición. Se prestará especial atención a los centros sanitarios, docentes y de la administración pública.

- Elaborar procedimientos para agilizar los mecanismos de tramitación de denuncias e instrucción de procedimientos sancionadores sobre la materia.
 - Crear un sistema de información sobre infracciones y sanciones para conocer y evaluar el cumplimiento sobre espacios sin humo.
- 3.** Instaurar en los centros y dependencias del Instituto de Salud Pública, la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, y la Agencia Antidroga el programa Espacio sin Humo.
- Crear una comisión de trabajo para la implantación del proyecto (sindicatos, delegados de prevención, líderes naturales, etc.).
 - Sensibilizar a los trabajadores para que abandonen el hábito, a través de la difusión de documentación informativa y la realización de actos informativos.
 - Habilitar, delimitar y señalar los espacios para fumadores.
 - Garantizar ayuda para dejar de fumar.
- 4.** Conseguir que todos los actos y reuniones científicas declarados de interés sanitario sean Espacios sin Humo.
- 5.** Conseguir que los eventos en lugares cerrados promovidos o financiados por las administraciones de la Comunidad de Madrid sean declarados sistemáticamente Espacios sin Humo.
- Edición de un manual de consejos para la organización de reuniones científicas y congresos libres de humo de tabaco.
 - Reconocimiento público de estos espacios.
- 6.** Promover y coordinar, en colaboración con otros organismos y sociedades científicas, el desarrollo de la Red de Hospitales sin Humo, de Centros de Salud sin Humo y de Centros Docentes sin Humo de la Comunidad de Madrid.
- Asesoría técnica para la implantación del proyecto en cada centro.
 - Suministro de material didáctico para los trabajadores y de señalización.

- Formación del personal encargado de la implantación del proyecto y de los profesionales sanitarios responsables de la deshabituación.
 - Sensibilización de los equipos directivos para una política de calidad libre de humo.
 - Financiación y apoyo en general a las consultas de tabaquismo para la deshabituación del personal sanitario y docente.
 - Promoción de la participación en redes de ámbito nacional o internacional, como la Red Europea de Hospitales sin Tabaco.
 - Patrocinio de la red y organización de encuentros científicos.
- 7.** Promover la implantación de un programa de Centros sin Humo en todos los centros de las distintas administraciones públicas de la Comunidad de Madrid y en el ámbito empresarial, de forma prioritaria en las empresas con más de 250 trabajadores.
- Elaboración, edición y distribución de una guía de implantación de Centros sin Humo para el entorno laboral, aplicable tanto a centros oficiales como a empresas privadas.
 - Edición y distribución de material informativo y didáctico específico para el medio laboral.
 - Elaboración e implantación de un programa de actuación para declarar Espacios sin Humo los centros oficiales de las administraciones públicas.
 - Elaboración e implantación de un programa de actuación para declarar Espacios sin Humo las empresas con más de 250 trabajadores.
 - Organizar una jornada de presentación del programa a las principales empresas y centros oficiales de la Comunidad de Madrid.
 - Apoyo metodológico y formativo para la implantación del programa.
 - Promoción de proyectos de espacios laborales sin humo en las políticas de calidad de las empresas, dentro de un marco de fomento y protección de la salud de los trabajadores.

- Promover el reconocimiento de entidades que se hayan distinguido por la promoción de los espacios sin humo en eventos relevantes como el Día Mundial sin Tabaco.
- 8.** Conseguir un compromiso al más alto nivel de los poderes públicos, para que los políticos y altos cargos de la Administración Autonómica y Local no aparezcan en público fumando.
 - Realizar diferentes actos que potencien los espacios libres de humo.
 - 9.** Recabar el apoyo social de asociaciones ciudadanas, ONGs, sindicatos y líderes sociales para el desarrollo de espacios sin humo.
 - 10.** Fomentar la realización de estudios de investigación relacionados con la exposición ambiental al aire contaminado por humo de tabaco.

6. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN

La evidencia sugiere que la difusión de información continua e intensiva a la población es un instrumento efectivo para aumentar la aceptación de medidas de política sanitaria contra el tabaco. También hay evidencia de que sin una información y debate público intensivo, la introducción de medidas de control frente al tabaco podría ser minada por las tácticas manipuladoras de la industria del tabaco.

Esta estrategia tiene como objetivo específico conseguir que el mayor número de gente posible, a título individual y como miembros de organizaciones sociales, conozca los daños que causa el tabaco y el problema socio-sanitario que supone, incluidas las prácticas engañosas de la industria del tabaco, que conozca también la lucha emprendida contra éste por las autoridades sanitarias, y que tome conciencia acerca de ello y participe en esa lucha de acuerdo con su rol social y su hábito de consumo de tabaco.

Aun cuando algunas de las actividades incluidas en esta estrategia figuran como objetivos operativos de los programas que componen este plan de prevención y control del tabaquismo, se ha creído conveniente agruparlas en una estrategia para su mejor coordinación y penetración en los diferentes ámbitos de interés

Las actividades de esta estrategia son:

- a) Edición y difusión de los contenidos del PRPCT entre todos los profesionales, responsables administrativos y agentes sociales en general involucrados en la lucha contra el tabaco.
- b) Construir y poner a disposición de la población y de los profesionales sanitarios una página Web dedicada al PRPCT con información sobre las actividades del mismo y sus recursos, informes de situación de la marcha del plan, iniciativas diversas en línea con el mismo e información general sobre tabaco y salud: propiedades adictivas del tabaco, daños producidos por el mismo y beneficios del abandono del hábito de fumar, legislación acerca del tabaco, acceso a páginas de la industria del tabaco, noticias de interés...

Se ofrecerán además servicios de valor añadido como consultas vía e-mail, auto-evaluación y orientación terapéutica adaptada a la fase de abandono, foros, etc.

- c)** Edición y difusión de material de educación sanitaria dirigido a la población general y fumadores en particular, así como a colectivos clave por su función modélica o por su rol social en la lucha contra el tabaco, sobre distintos aspectos del tabaco y la salud.
- d)** Realización de campañas publicitarias contra el tabaco dirigidas a la población general y a grupos específicos: fumadores, profesionales con papel modélico (sanitarios, docentes, políticos...), mujeres...
- e)** Difusión periódica de informes y memorias sobre deshabituación tabáquica, ambientes sin humo y otras áreas de trabajo recogidas en el plan, entre los profesionales, responsables administrativos, asociaciones ciudadanas y otros agentes sociales que colaboren con la administración en la prevención y control del tabaquismo.
- f)** Diseño y realización de programas de sensibilización y concienciación sobre lucha contra el tabaco dirigidos a profesionales sanitarios y docentes, políticos y responsables de la administración, profesionales de la comunicación, líderes sindicales, trabajadores de la comunidad y agentes sociales en general.
- g)** Colaboración con ONGs, sociedad civil, organismos públicos y medios de comunicación para estimular su participación en la lucha contra el tabaco.
- h)** Organizar actos que promuevan la norma social de no fumar como el Día Mundial Sin Tabaco, Semana sin Humo de la SEMFYC, comparecencias públicas de personalidades con relevancia social (políticos, científicos, periodistas, artistas...) para pronunciarse a favor de estilos de vida sin tabaco, etc.
- i)** Promover y facilitar la organización de jornadas científicas y encuentros profesionales en general para contrastar y debatir la eficacia y efectividad de las distintas estrategias de lucha contra el tabaco.

7. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Para el seguimiento y evaluación del plan se diseñará durante el primer semestre de 2005 un sistema de información que, soportado por diferentes fuentes de información, ya existentes o de nueva creación, recoja las variables de proceso y de resultado necesarias, de acuerdo con los indicadores que se definan. Al menos se realizarán evaluaciones anuales y una evaluación final en el primer trimestre de 2008.

Con vistas a dotar de mayor flexibilidad al plan, en la redacción de éste se ha preferido, en líneas generales, no cuantificar los objetivos, por lo que serán las propias evaluaciones parciales y finales las que establezcan y valoren los logros conseguidos en términos cualitativos y cuantitativos.

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 el Sistema de Información y Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) del Instituto de Salud Pública, 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 Ministerio de Sanidad y Consumo y las encuestas sobre consumo de drogas que periódicamente realiza el Plan Nacional de Drogas.

7.1 Indicadores de estructura

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

7.2 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* (porcentaje 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 Plan Regional.

Se incluirán al menos los siguientes indicadores:

- a)** % de centros docentes adscritos al proyecto “Centros Educativos sin Humo”
- b)** % de hospitales incluidos en la “Red de Hospitales sin Humo”
- c)** % de centros de salud que participan en la Red de Centros de Salud sin Humo”.
- d)** % de historias clínicas que recogen la dependencia al tabaco.
- e)** % de historias clínicas que recogen la aplicación del consejo sanitario.
- f)** % de población adulta incluida en el servicio de deshabituación tabáquica de la cartera de servicios de Atención Primaria.
- g)** % de empresas mayores de 250 trabajadores reconocidas como Espacios sin Humo.
- h)** Número de consultas y unidades de deshabituación tabáquica según procedencia institucional, población atendida, etc.
- i)** Número de nuevos fumadores atendidos en las consultas y unidades de tabaquismo.



7.3 Indicadores de resultados

El sistema de información que se diseñe permitirá determinar el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos establecidos en el plan.

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:

- Prevalencia de 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. También en profesionales sanitarios y docentes.
- Proporción de abandono del hábito tabáquico en fumadores adultos, global y desagregada por sexo. También en profesionales sanitarios y docentes.
- Proporción de jóvenes y adultos expuestos pasivamente a humo de tabaco

También se realizará un análisis del consumo de tabaco por edades, del inicio por edades, de la cantidad de consumo, de los datos de abandono del consumo y en general de todos aquellos indicadores que se consideren de interés para la evaluación del plan.

8. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, FUNCIONES Y RECURSOS

8.1 Estructura

El Plan Regional de Prevención y Control de Tabaquismo dependerá orgánicamente de la Consejería de Sanidad y Consumo, y contará para su coordinación y desarrollo con una Comisión Intersectorial y una Comisión Ejecutiva.

8.1.1 Comisión Intersectorial del Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo

La Comisión Intersectorial estará presidida por la Viceconsejera de Ordenación Sanitaria, Salud Pública y Consumo y contará con dos vicepresidencias a cargo del Director General de Salud Pública y Alimentación y el Director Gerente de la Agencia Antidroga. Actuará como secretario el Coordinador General del Plan. Serán vocales de la Comisión:

- Un representante del Servicio Madrileño de Salud.
- Un representante del Instituto Madrileño de Salud Pública y Drogodependencias (Ayuntamiento de Madrid).
- Un representante de la Dirección General de Trabajo y Empleo.
- Un representante de la Agencia Antidroga.
- Un representante de la Dirección General de Centros Docentes.
- Un representante de la Dirección General de Consumo.
- Un representante de la Dirección General de la Mujer.
- Un representante de la Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios.
- Un representante de la Dirección General del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.



- Un representante de las sociedades científicas (SMMFYC, NEUMOMADRID y SEMERGEN).
- Un representante de la Federación de Municipios.

Cuando así se considere necesario podrán participar en las reuniones, con voz pero sin voto, otros profesionales o expertos.

Serán funciones de esta Comisión:

- Realizar el seguimiento de la ejecución del Plan.
- Estudiar las propuestas emitidas por la Comisión Ejecutiva y emitir dictamen acerca de las mismas.
- Establecer los acuerdos necesarios para la coordinación de actividades del Plan.
- Aprobar la programación anual de actividades realizada por la Comisión Ejecutiva.
- Aprobar las evaluaciones anuales y final del Plan.

8.1.2 Comisión Ejecutiva

- Esta comisión estará adscrita a la Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Actuará como presidente de la misma el Coordinador General del Plan, y como secretario el Coordinador Técnico del Plan. Serán vocales en esta Comisión:
- El Responsable Técnico de cada una de las Comisiones Técnicas de Coordinación de los Programas.
- Un representante del Servicio de Epidemiología del ISP.
- El responsable de la Estrategia de Comunicación y Difusión del Plan.
- Un representante de la Agencia Antidroga.
- Dos profesionales de la DGSPA designados por su Director General.

Las funciones de la Comisión ejecutiva serán:

- Establecer las prioridades del Plan.
- Elaborar los presupuestos y proponer los criterios de distribución.

- Representar al plan regional en los actos de carácter técnico que se celebren a nivel regional o nacional.
- Evaluar y actualizar anualmente el Plan.

8.1.5 Coordinador Técnico del Plan

El Coordinador Técnico del Plan será designado por el Director General de Salud Pública y Alimentación a propuesta del Coordinador General y compartirá con éste la secretaría del Plan. Sus funciones serán las siguientes:

- Ejercer como secretario de la Comisión Ejecutiva.
- Asistir técnicamente al Coordinador General en la coordinación de actuaciones de los tres Programas del Plan.
- Desarrollar y mantener en funcionamiento el sistema de información del plan, facilitando los informes que le sean requeridos por el Coordinador General.
- Coordinar las tareas de evaluación del Plan.

8.1.6 Responsables Técnicos de los Programas

Al frente de cada Comisión Técnica o Grupo de Trabajo que se constituya habrá un Responsable Técnico perteneciente a la DGSPA, nombrado por el Director General de ésta a propuesta del Coordinador General del Plan. Sus funciones serán:

- Liderar la Comisión Técnica o Grupo de Trabajo del Programa correspondiente.
- Participar como responsable del Programa correspondiente en la Comisión Ejecutiva, elevando a ésta cuantas propuestas surjan de la Comisión Técnica.
- Elaborar los informes que le sean solicitados por Coordinador General del Plan.

8.2 Recursos financieros

La aplicación y desarrollo del Plan en todo el territorio de la Comunidad de Madrid necesita una dotación de recursos humanos y financieros suficientes. Se contemplará una financiación anual para las principales actuaciones previstas en los Programas. Se incluye a continuación la financiación estimada para el periodo 2005-2007.

PLAN REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TABAQUISMO. PRESUPUESTO 2005-2007	
ACTUACIONES	Coste en Euros
1. Información y sensibilización de población general	1.600.000
• Campañas de medios	1.500.000
• Actividades y material de información, sensibilización y promoción	50.000
• Diseño y mantenimiento página Web	50.000
2. Deshabituación de fumadores	3.650.000
• Tratamiento farmacológico	3.000.000
• Teléfono de ayuda al fumador	180.000
• Mejora de la red de consultas antitabaco	320.000
• Actividades y material de información, sensibilización y promoción	90.000
• Concurso Quit & Win	60.000
3. Actividades de prevención del inicio del consumo	310.000
• Contratación de mediadores juveniles	200.000
• Actividades y material de información, sensibilización y promoción	110.000
4. Desarrollo de centros/empresas sin humo	490.000
• Actividades y material de información, sensibilización, promoción y señalización	190.000
• Actuaciones de vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente (inspección)	300.000
5. Actividades formativas	150.000
6. Investigación	150.000
7. Sistema de Información y evaluación	250.000
TOTAL	6.600.000

9. GLOSARIO

9.1 SIVFRENT-A

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles en Adultos. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Encuesta telefónica a población de 18 a 64 años. Está vigente desde 1995.

9.2 SIVFRENT-J

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles en Jóvenes. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Cuestionario autoaplicado en centros escolares a jóvenes de 15 y 16 años. Está vigente desde 1996.

9.3 Fumadores actuales (diarios y ocasionales)

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

9.4 Exfumador

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

9.5 Proporción de abandono del hábito tabáquico

Es el cociente entre el número de exfumadores y la suma de fumadores actuales y exfumadores.

$$\text{Proporción de abandono} = \frac{\text{nº de exfumadores} \times 100}{\text{nº de fumadores} + \text{nº exfumadores}}$$

9.6 Humo Ambiental de Tabaco

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.

metro. Esta característica facilita su penetración al interior del alveolo y a la circulación pulmonar.

9.7 Tabaquismo pasivo

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

9.8 Espacio sin humo (centro, empresa, entorno laboral...)

Es un compromiso consensuado de prevención y control frente al tabaquismo que incluye acciones expresas de implicación de los responsables de un centro, formación, delimitación si procede de zonas de fumadores, campañas de sensibilización, ayuda par dejar de fumar y evaluación y seguimiento de las acciones emprendidas. Esta estrategia aplicada a centros educativos, que incluye además el trabajo de los profesores con los alumnos en el aula, es la que en el plan se denomina **Centros Educativos sin Humo**.

9.9 Clase sin humo

Concurso-competición de clase sin humo de alumnos de 12-14 años, con implantación en 16 países europeos, basado en el refuerzo positivo del comportamiento del no fumador.

9.10 Mesas de salud escolar

Espacios de coordinación interinstitucional constituidos en Áreas de Salud o municipios de la corona metropolitana para coordinar las intervenciones de Salud Pública en el medio escolar procedentes de distintas instituciones, básicamente ayuntamientos, Servicio Madrileño de Salud, Instituto de Salud Pública y Consejería de Educación.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report from the Surgeons General. Washintong 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. Peto R, López AD, Boreham, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. <http://www.ctsu.ox.ac.uk/-tobacco/>.
6. Ezzati M, López AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003; 362:847-52.
7. Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1988. Med Clin (Barc) 2001; 177:692-684
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, Marylan (CDC). Office on Smoking and Health. DHHS Publication No 89-8411, 1989.
9. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children´s health. Pediatrics 2004; 113 (Suppl 4):1007-15.
10. Sherrill DL, Martínez FD, Lebowitz MD, Holdaway MD, Flannery EM, Herbison GP, Stanton WR, Silva PA, Sears MR. 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 SA, Parmley WW. Passive Smoking and Heart Disease. JAMA 1995;273 (13)1047-1053.
- 13.** Carrión F, Hernández JR. 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. Curbing 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, 10th 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 DA. 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 JR, 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.** Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. JAMA 1998; 279 (7) 511-15.

- 25.** Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Calavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Saiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud. 1998, España. *Prev. Tab.* 2000; 2(1): 22-31.
- 26.** FADSP. Conocimientos y actitudes relacionadas con el tabaco de los médicos del sector público de la Comunidad de Madrid. *Tabaco Hoy.*1995; 1:5-25.
- 27.** Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 1999, 73:355-364.
- 28.** Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit* 2003;17(1):5-10.
- 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 MR, Hackshaw AK. 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, Acholes D, Daling JR, Weiss NS, Chu J. Maternal cigarettes smoking and the risk of tubal pregnancy. *Am J Epidemiol* 1991; 133:332-7.
- 32.** Kramer MS. Determinants of low birth weight. Methodological assessment and meta-analysis. *Bull WHO* 1987,65:663-737.
- 33.** Zorrilla Torras B, García Marín N, Galán Labaca I, Gandarillas Grande Ana. Smoking attributable mortality in the Community of Madrid: 1992-98. *Eur J Public Health.* 2005. Vol. 15. No. 1, 43-50.
- 34.** González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992:600.000 muertes en 15 años. *Med clin (Barc)* 1997; 109:577-582.
- 35.** Organización Mundial de la Salud. Consecuencias del tabaco para la salud. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos nº 568. Ginebra. OMS. 1974.

- 36.** World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Report on Tobacco Control Policy. Review of implementation of the third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001. Copenhagen: WHO, 2002.
- 37.** Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Rev Esp Salud Pública 2003; 77:475-496.
- 38.** Salvador-Livina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. En: Monografía Tabaco. Adicciones 2004;16, suplemento 2.
- 39.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Mayo 2003.URL:http://www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm.
- 40.** De Vries H, Mudde A, Kremers S, Leijts I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G, Pais Clemente P, Storm H, González Navarro A, Nebot M, Prins T and Kremers S. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): an example of integral prevention. Health Education Research 2003; 18, 611-626.
- 41.** Evans RI, Smoking in children. Developing a social psychological strategy of deterrence. Prev Med 1976; 5 (1): 122-127.
- 42.** Botvin GJ, Eng A, Williams CL. Preventing the onset of cigarette smoking through life skill training. Prev Med. 1980; 9 (1):135-43.
- 43.** Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. Prev Med 2003; 37:451-74.
- 44.** Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 45.** Pentz MA, Dwyer JH, Jonson CA, Flay BR, Hansen WB, Mac-Kinnon DP et al. Long-term follow-up of a multicomunity trial for prevention of tobacco, alcohol and drug abuse. Submitted, 2003.
- 46.** Sowden AJ , Arblaster L. Mass media interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.



47. 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 & Sons, Ltd.
48. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.
49. Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Salton E. Evaluacion de una intervencion comunitaria. Programa Quit and Win. Para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999;13:456-461.
50. Lancaster T, Stead LF, Silagy Ch, Sowden A. Self-help interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003a.
51. Fiore MC, Bayley WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Services; 2000.
52. Woolacott N, Jones L, Forbes C, Mather L, Sowden A, Song F, et al. HHS Centre for Reviews and Dissemination. A rapid and systematic review of the clinical and cost effectiveness and bupropion SR and nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. The National Institute for Clinical Excellence, ed. York: University of York, 2002.
53. 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.
54. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Trends in cigarettes smoking in Spain by social class. *Preventive Medicine* 2001; 33:241-8.
55. González Enríquez J, Salvador Llivina T, López Nicolás A, Antón de las Eras E, Musin A, Fernández E, Garcia M, Schiaffino A, Pérez Escolano I. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16 (4): 308-17.

- 56.** Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 57.** Consejería de Sanidad. Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo. Documento Técnico de Salud Pública. Comunidad de Madrid. 2003.
- 58.** Da Costa e Silva V. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
- 59.** Molyneux A. ABC of smoking cessation. Nicotine replacement therapy. *BMJ*. 2004 Feb 1; 7437):454-6.
- 60.** López S, Escortell E, Cabezas I, García-Abad MA, Geanini J, López C. Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 80. Madrid. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2003.
- 61.** Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consulting Clin Psychol*, 1983; 51.
- 62.** Becoña E. Tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. Informe Técnico. Universidad de Santiago de Compostela; 2003.
- 63.** NICE (National Institute for Clinical Excellence). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002 (Technology Appraisal No 39).
- 64.** Jiménez Ruiz C, De Granda Orive JL, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios O, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo . *Arch bronconeumol* 2003, 39 (11):514-23.
- 65.** Agencia de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III- Ministerio de Sanidad y consumo. Estudio de la Eficacia, efectividad y coste –efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid, septiembre 2003. URL disponible en: <http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?MIval=cw>.

66. Lancaster T, Stead LF, Silagy Ch, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from Cochrane Library. *BMJ* 2000b; 321:355-358.
67. Tsoh JY, McClure JB. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Services; 2003.
68. Comité Nacional Para la Prevención del Tabaquismo. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones* 2001; 13:211-216.
69. Becoña E. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones* 2004, 16 (supl 2).
70. National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: the report of the California Environmental Protection Agency. Smoking and Tobacco Control. Monograph nº 10. NIH Pub. No. 99-4645. Bethesda: US Department of Health and Human Services. National Institute of Health, National Cancer Institute; 1999.
71. Banegas JR, González-Enriquez 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.
72. Políticas para reducir la exposición al humo de tabaco ambiental. Informe del Grupo de Trabajo de la OMS. (Lisboa 29-30 mayo 2000).
73. Fichtenberg C, Glantz S, Effects of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review, *BMJ* 2002; 325:188-91.
74. López MJ, Nebot M. Impacto de la implantación de una política de trabajo libre de humo en la empresa. Revisión. *Gaceta Sanitaria*, supl.3; 2003;17:15-22.
75. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
76. Rodríguez Artalejo F y col. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2003; 60:358-363.



Instituto de Salud Pública



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Dirección General Salud Pública
y Alimentación