

CONSEJERÍA DE SALUD

Sistema Sanitario Público de Andalucía

**Plan Integral de Tabaquismo
de Andalucía 2005-2010**



PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA 2005-2010

Sistema Sanitario Público de Andalucía



ANDALUCÍA. Plan Integral de Tabaquismo
(2005-2010).

Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía
2005-2010 : Sistema Sanitario Público de
Andalucía. -- [Sevilla] : Consejería de Salud
[2005]

105 p. ; 27 cm + 1 CDROM

D.L. SE-5323-05

1. Andalucía. Plan Integral de Tabaquismo
(2005-2010) 2. Planes estatales de
salud-Andalucía 3. Tabaquismo 4. Andalucía
I. Andalucía. Consejería de Salud II. Título
WM 290

Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010.
Sistema Sanitario Público de Andalucía

© 2005, Consejería de Salud, Junta de Andalucía

Edita: JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD

Diseño y Maquetación: Coria Gráfica S.L.

Imprime: Coria Gráfica S.L.

Depósito Legal: SE-5323-05

ÍNDICE

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE ANDALUCÍA ANTE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO	9
PRESENTACIÓN	11
I. INTRODUCCIÓN	13
II. SITUACIÓN DEL TABAQUISMO EN ANDALUCÍA	16
II.1. El tabaquismo y su efecto en la salud.	16
II.2. Análisis epidemiológico de la situación.	
1. Datos generales de España.	17
2. Datos generales de Andalucía.	18
3. Datos por provincias.	18
4. Datos según sexo.	21
5. Edad de inicio en el consumo de tabaco según sexo y grupos de edad. ...	22
6. Tasa de inicio en el hábito de fumar entre la población joven.	22
7. Cesación del consumo.	23
7.1. “Le gustaría dejar de fumar” según sexo y grupo de edad.	23
7.2. “Ha intentado dejar de fumar” según sexo y grupos de edad.	24
7.3. Motivos para dejar de fumar.	25
7.4. Población ex-fumadora en Andalucía.	25
8. El consumo de tabaco y la desigualdad social.	26
8.1 Situación laboral.	26
8.2. Renta familiar disponible.	27
8.3. Nivel de estudios.	28
8.4. Clase social.	28
9. El consumo de tabaco en la población escolar y adolescente.	29
10. El tabaquismo como problema de salud en el embarazo.	30
11. El tabaquismo y los trastornos mentales.	31
12. El tabaquismo en las prisiones.	31
Síntesis del análisis de situación.	31
II.3. Organización de la asistencia y recursos disponibles.	32
1. Atención primaria.	32
2. Atención especializada.	34
3. Circuito asistencial.	34
4. La prevención del tabaquismo en el ámbito educativo.	34
5. Participación social y acción local.	35
II.4. Marco normativo relativo al tabaco.	36
1. El Tratado Internacional de la OMS.	36
2. La normativa comunitaria.	36
3. Normativa nacional y autonómica.	37
Resumen Legislativo.	38

II.5.	Necesidades y expectativas de la población andaluza en relación con el abordaje del tabaquismo.	40
II.6.	Oportunidades de mejora.	42
III. OBJETIVOS DEL PLAN DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA		44
IV. LÍNEAS DE ACCIÓN.....		45
IV.1.	Comunicación, información y sensibilización a la población.....	46
IV.2.	Promoción y prevención en diferentes entornos.....	47
	1. Ámbito educativo.	47
	2. Ámbito laboral.....	51
	3. Colaboración intersectorial, participación y acción local.	54
IV.3.	Protocolización de la atención a personas fumadoras.....	55
IV.4.	Atención a colectivos de relevancia social.....	64
IV.5.	Situaciones de especial atención.	67
	1. Tabaquismo en el embarazo.....	67
	2. Población con trastornos mentales.....	68
	3. Población inmigrante.	70
	4. Población privada de libertad	71
IV.6.	Formación y desarrollo profesional.	72
IV.7.	Investigación.	81
IV.8.	Evaluación y calidad. Sistemas de información.....	87
IV.9.	Marco legislativo.....	91
V. RESUMEN		93
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		99
VII. ABREVIATURAS		106
VIII. AUTORÍA Y COLABORACIONES		107

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1	Muertes atribuibles al tabaquismo en Andalucía por género. 1993, 1996, 1998 y 2002.	16
Tabla 2	Evolución del consumo de tabaco según grupos de edad. Andalucía 1999-2003. (En %)	19
Tabla 3	Evolución del consumo de tabaco por provincias. Andalucía 1987-2003.	20
Tabla 4	Evolución del consumo de tabaco por provincias en ambos sexos. Andalucía 1987-2003.	21
Tabla 5	Edad media de inicio en el consumo de tabaco por sexo y grupos de edad. Andalucía. 1999-2003	22
Tabla 6	Evolución de la tasa de inicio por provincias y sexo. Andalucía 1987-2003.	23
Tabla 7	“Le gustaría dejar de fumar” según grupos de edad. Andalucía 1999-2003. (En %).	24
Tabla 8	“Ha intentado dejar de fumar” según sexo y edad. Andalucía 1999-2003. (En %).	24
Tabla 9	“Dos motivos principales que le llevaron a dejar de fumar”, según sexo. Andalucía 1999-2003. (En %)	25
Tabla 10	Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y situación laboral. Andalucía 2003.	27
Tabla 11	Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y nivel de renta. Andalucía 2003	27
Tabla 12	Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y nivel de renta. Andalucía 2003.	28
Tabla 13	Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y clase social. Andalucía 2003.	29
Tabla 14	Consumo de tabaco (%) en escolares españoles de 11,13 y 15 años en 2002.	29
Tabla 15	Consumo de tabaco entre escolares andaluces por edad (%) (6º de primaria hasta 3º de E.S.O.) (‘¿Te has fumado alguna vez un cigarrillo?’).....	30

Tabla 16	Consumo de tabaco por sexo y curso escolar en Andalucía (%). (‘¿Te has fumado alguna vez un cigarrillo?’).	30
Tabla 17	Intervenciones del programa de abordaje del tabaquismo en el SSPA.....	58
Tabla 18	Eficacia de la intervención psicológica y farmacológica. frente a la no intervención o placebo.....	60
Tabla 19	Mapa de competencias del perfil clínico básico.....	74
Tabla 20	Mapa de competencias del perfil clínico especializado.....	75
Tabla 21	Mapa de competencias del perfil de coordinador/a de las Unidades de Apoyo.....	76
Tabla 22	Tecnologías de tratamiento reconocidas como estándares de calidad o patrones de referencia por el Plan Integral de Tabaquismo.....	88

FIGURAS

Figura 1	Prevalencia de tabaquismo en Europa.....	17
Figura 2	Prevalencia por Comunidades Autónomas y sexo (2001).	18
Figura 3	Prevalencia de consumo de tabaco en Andalucía (2003).	19
Figura 4	Evolución de la prevalencia en Andalucía (1987-2003).....	20
Figura 5	Porcentaje de personas ex-fumadoras en Andalucía. Año 2003.....	26
Figura 6	Fases de cambio del modelo transteorético de Prochaska y DiClemente (1994)	56
Figura 7	Proceso de detección y atención a las personas fumadoras.....	61

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE ANDALUCÍA ANTE EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO.

Hoy 31 de mayo se celebra el Día Mundial Sin Tabaco, una fecha que el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía quiere aprovechar para expresar su compromiso firme e inequívoco ante el tabaquismo, favoreciendo al mismo tiempo el diálogo, la conciliación y el respeto mutuo entre las personas que fuman y las que no.

El tabaquismo constituye el principal problema de salud en nuestra comunidad, es responsable de 10.000 muertes de andaluces cada año y se estima que, sin el tabaco, la población andaluza que fuma habitualmente aumentaría su esperanza de vida en un promedio de 15 años. Pero el tabaco no sólo afecta a las personas fumadoras, el humo del tabaco se asocia también a riesgos para la salud en fumadores pasivos, muy especialmente durante la infancia.

En los últimos años, Andalucía se ha situado a la vanguardia de las políticas contra el tabaquismo en el conjunto del país, con el impulso de numerosas medidas de prevención del consumo de tabaco, de promoción de los espacios sin humo y de ayuda a las personas que desean abandonar este hábito. Junto a ello, nuestra comunidad se ha convertido en la primera administración europea en interponer una demanda judicial a las compañías tabaqueras para reclamar los costes sanitarios derivados de las enfermedades asociadas al tabaquismo.

Actualmente asistimos a un intenso debate social relacionado con el consumo de tabaco en los lugares de trabajo y de ocio; debate que coincide con la tramitación de una normativa estatal que, entre otros aspectos reguladores sobre la venta y el consumo de tabaco, prohibirá fumar, a partir de enero de 2006, en los espacios cerrados de empresas y administraciones.

Con esta declaración institucional, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, en el ejercicio de sus responsabilidades, se compromete ante las ciudadanas y ciudadanos andaluces a:

- Trabajar de forma conjunta por una Andalucía Libre de Humos, por una Andalucía que respira en Salud.
- Promover, con nuestro posicionamiento y actitud activa ante el tabaquismo, la Cultura de la Salud.
- Trabajar, cada uno desde su ámbito, por la interiorización de la normativa sobre el tabaco y velar por el cumplimiento de las propuestas, iniciativas y legislación en este ámbito en Andalucía.
- Velar por que todas las administraciones públicas sean progresivamente Centros Libres de Humo.
- Proteger del tabaquismo de forma especial a la infancia, a la juventud y a las personas más desfavorecidas socialmente.

Con esta declaración institucional, el Gobierno andaluz manifiesta su clara voluntad política de favorecer una amplia alianza social para que nuestra comunidad siga creciendo en salud y calidad de vida. Pero también lo hace desde el profundo respeto a todas las opciones personales, por lo que el diálogo y la conciliación deben configurarse como el punto de partida para las actuaciones que se desarrollen en este ámbito.

31 de Mayo 2005

PRESENTACIÓN

La Declaración Institucional sobre el Tabaquismo, con la que el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía expresó su firme compromiso por una Andalucía Libre de Humo, constituyó el respaldo institucional a lo que viene siendo una preocupación constante, tanto para la sociedad como para la sanidad pública andaluza.

Efectivamente, la Consejería de Salud participa de un gran empeño por afrontar con eficacia los problemas de salud de mayor prevalencia y considerados prioritarios en nuestra comunidad autónoma –entre los cuales el tabaquismo es uno de los principales–, para los que viene desarrollando Planes Integrales, con actuaciones específicamente dirigidas a lograr los mejores resultados posibles para la salud y la calidad de vida de las andaluzas y andaluces.

En este sentido, el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, que tengo la satisfacción de presentar aquí, constituye un instrumento estratégico con el que desde la sanidad pública queremos sumar esfuerzos para hacer frente al que constituye, a día de hoy, el problema de salud pública de mayor magnitud en nuestra comunidad: la epidemia del tabaquismo, causante en Andalucía del 14,6% del total de las muertes y de más de 25 tipos de enfermedades diferentes cada año.

El III Plan Andaluz de Salud, marco de referencia de los planes integrales, otorga un énfasis especial a las políticas de promoción de la salud, entre las cuales la lucha contra el tabaquismo ocupa evidentemente un lugar propio. En este sentido, dentro del Plan Integral del Tabaquismo, la promoción de la salud juega un papel fundamental y se traduce en la conjunción de las estrategias de prevención y deshabituación previstas en el Plan Andaluz de Prevención del Tabaquismo, con otras actuaciones adoptadas por la Junta de Andalucía en materia de control de la publicidad de tabaco y la restricción de su consumo en ciertos espacios públicos.

Por otra parte, y dado que el tabaquismo es un problema con múltiples dimensiones, que exige una respuesta coordinada e integral y de actuaciones tanto preventivas como asistenciales, el plan se ha concebido como una herramienta que permita, desde una estrategia global e intersectorial, el mejor afrontamiento del mismo y permita: integrar las intervenciones más adecuadas en orden a la prevención en los distintos ámbitos; asegurar una asistencia de calidad, basada en la mejor evidencia científica disponible; definir y desarrollar acciones sobre grupos modélicos y colectivos en situaciones desfavorecidas o de especial vulnerabilidad; impulsar la colaboración intersectorial y la participación de todas las asociaciones que realizan una labor activa; y poner en marcha la formación e investigación necesarias, garantizando la evaluación, el seguimiento y la comunicación de todas estas estrategias.

Asimismo, este Plan Integral se plantea como un instrumento de coordinación de las actuaciones sanitarias y los recursos disponibles, para mejorar la atención a las personas fumadoras al tiempo que para proteger el derecho a la salud de toda la ciudadanía, sobre la base de potenciar estilos de vida saludables y promover mejores opciones y alternativas al tabaquismo. Todo ello, por supuesto, en un clima de conciliación, libertad y respeto mutuo, favoreciendo la participación e implicación de toda la población andaluza.

Quiero, por último, mostrar mi agradecimiento a las y los profesionales que han integrado el grupo de trabajo responsable de la elaboración de este valioso documento, así como a las sociedades científicas, asociaciones ciudadanas, ONGs, agentes económicos, sociales y corporaciones locales, que han realizado aportaciones imprescindibles para poder culminar este proyecto. De este modo, han contribuído decisivamente a mejorar la salud de las andaluzas y andaluces, y a construir una Andalucía más saludable, limpia de humos, en la que se respire mayor bienestar social.

María Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN

Fumar causa, de forma directa, enfermedades tales como cáncer de pulmón, trombosis cerebral o cardiopatía isquémica y acelera, de manera directa e indirecta, procesos degenerativos que aumentan el riesgo de muerte prematura. Según los datos que aporta la Encuesta Andaluza de Salud 2003, la prevalencia del tabaquismo en nuestra Comunidad es del 33%. A este hábito se le atribuye el 14.66% del total de las muertes en Andalucía en el año 2002 (el 21.44% de las muertes en hombres y el 7.31% en las mujeres). Esto quiere decir que alrededor de **10.000 personas mueren anualmente en Andalucía como consecuencia del consumo de tabaco**. En España, la cifra asciende a 55.000 muertes al año, lo que representa el 16% de todos los fallecimientos entre mayores de 35 años. Esto supone que el tabaquismo origina **más muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos**.

La Organización Mundial de la Salud considera el tabaquismo como una epidemia que constituye **uno de los principales problemas de la salud pública** mundial, ya que, además de las enfermedades, la pérdida de años de vida y las muertes que indiscutiblemente provoca, los gastos sanitarios que ocasiona el tabaco representan una carga asistencial adicional para la salud pública. En Andalucía, el tabaquismo ocasionó al Servicio Andaluz de Salud (SAS), en 1999, gastos de hospitalización próximos a 135 millones de euros. A nivel nacional se estima que los costes directos derivados del tabaquismo ascienden a 3.918,44 millones de euros anuales. Según los datos recogidos en la memoria económica del proyecto de la Ley reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, los costes sanitarios directos del tabaquismo suponen, como mínimo, el 80% de los ingresos recaudados por el Estado por impuestos al tabaco. Si además se añaden los costes indirectos relacionados con otras enfermedades asociadas al tabaquismo y las complicaciones que aporta a otros procesos (diabetes, recuperación posquirúrgica...), el nivel de recaudación no alcanzaría a cubrir los costes ocasionados.

Adicionalmente, hay que resaltar que el humo de tabaco no es dañino sólo para aquellas personas que lo fuman, sino también para aquellas que lo inhalan involuntariamente por estar expuestas a él (las denominadas personas fumadoras involuntarias), a las que se les puede causar los mismos efectos o según los casos, incluso mayores que a los propios fumadores directos. La OMS ha recalcado, en este sentido, que el humo de tabaco –además de inequívocamente cancerígeno– es especialmente perjudicial para la población infantil en la que se ha asociado, también, con neumonías, otitis y asma.

Resulta paradójico el enorme contraste entre el extremado poder adictivo del tabaco (que hace generar una gran dependencia física y psicológica) o la sofisticada y agresiva maquinaria que ha venido promocionando su consumo (especialmente entre la población juvenil), con la –hasta ahora– insuficiente oferta de apoyo para abandonar este hábito o la escasez de medidas para retrasar o paliar sensiblemente su consumo.

En reconocimiento de todo lo anterior, en 2002 la Consejería de Salud inició, en el marco del II Plan Andaluz de Salud, un **Plan de actuación sobre el tabaquismo** para abordar este grave problema de salud pública, y persiguió los siguientes objetivos: 1) prevenir el consumo de tabaco entre adolescentes y escolares, y retrasar la edad de inicio, 2) informar y sensibilizar a la población general sobre las consecuencias asociadas al consumo de tabaco y sobre las ventajas de no fumar, 3) asistir

y ayudar a las personas fumadoras a dejar su adicción, 4) crear espacios "libres de humo de tabaco", 5) garantizar el cumplimiento de la normativa vigente y 6) promover la investigación, formación e intercambio sobre la prevención y la intervención en tabaquismo.

El camino recorrido por el Plan de actuación sobre el tabaquismo en Andalucía ha posibilitado definir el presente **Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010**, que consolida las líneas emprendidas en 2002. El actual Plan, enmarcado dentro del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, pretende coordinar las actuaciones sanitarias y los recursos disponibles para mejorar la atención a las personas fumadoras y proteger el derecho a la salud de la ciudadanía andaluza, potenciando asimismo estilos de vida saludables y la creación de espacios libres de humo como áreas de bienestar social. Así pues, el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía plasma un enfoque global e intersectorial de prevención, asistencia y seguimiento de este problema, en diferentes actuaciones en varios ámbitos que brevemente se resumen a continuación:

- Prevención del tabaquismo en el ámbito escolar, con programas que abarcan distintas estrategias dirigidas a los centros educativos de enseñanza secundaria, englobándolo dentro del proyecto de construcción de una Red Andaluza de Escuelas Promotoras de Salud.
- La prevención del tabaquismo en edades jóvenes más avanzadas se abordará a través del Programa "Forma Joven", que centra su actividad de asesoría en los espacios docentes y de encuentro entre los jóvenes.
- Promoción de la salud en el ámbito laboral. Los centros de trabajo son lugares estratégicos para la promoción de estilos de vida saludables, como se recoge en el VI Acuerdo de Concertación Social de Andalucía (firmado el 25 de enero de 2005 por el presidente de la Junta de Andalucía, el presidente de la CEA y los secretarios generales de las Centrales Sindicales mayoritarias). Entre otros objetivos, el Plan pretende conseguir un ambiente de trabajo libre de humo, como zona de bienestar social y proteger el derecho a la salud de todos los trabajadores y trabajadoras.
- En el ámbito local, el Plan continuará impulsando la colaboración con todos los sectores implicados (corporaciones locales, entidades ciudadanas, organizaciones científicas y profesionales, grupos de autoayuda, ONGs, etc.), aunando estrategias para alcanzar los objetivos propuestos.
- Se ofertará un modelo asistencial que permita proyectar las intervenciones más adecuadas en función del estadio de cambio en el que se encuentre la persona fumadora, ayudando a cada cual a avanzar en su proceso de abandono y garantizándose la continuidad asistencial.
- Acciones específicas en los colectivos de relevancia social o modélicos (profesionales de los servicios sanitarios, de educación, y de las administraciones públicas). De igual modo se contempla el afrontamiento ante situaciones consideradas de especial atención (pobreza, privación de libertad, trastornos mentales, embarazo).
- Las medidas propuestas en el Plan se llevarán a cabo desde una postura conciliadora, respetando a las personas que no fuman y a las que ejercen su derecho a fumar en un ámbito autorizado, con el fin de promover hábitos de vida saludables, protegiendo el derecho a la salud y logrando una convivencia armónica entre toda la ciudadanía.

- Se fomentará la formación en tabaquismo en la totalidad de los profesionales involucrados en este problema, capacitándolos en distintas áreas según su competencia profesional. La investigación ocupará igualmente un puesto prioritario; en este sentido, el Plan Integral plantea el reto de la creación de un Centro de Estudios del Tabaquismo que impulse la producción científica y el desarrollo de grupos investigadores andaluces, al tiempo que sirva de asesoría para las políticas de atención integral del tabaquismo en Andalucía.
- Todas las actuaciones recogidas en las líneas de acción del Plan Integral, contemplan la perspectiva de género.

La estructuración general del Plan se establece con una metodología abierta que permitirá la evaluación continua de todas las actividades, para alcanzar los objetivos con los máximos estándares de calidad, al mismo tiempo que se mantendrá flexible para incorporar cuantas propuestas de mejora se estimen oportunas.

En la actualidad nos encontramos en un escenario nacional e internacional que favorecerá todas estas medidas. En el transcurso de la elaboración de este Plan se aprobó en España, con un amplio consenso, el anteproyecto de Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo (5 de octubre de 2005), y anteriormente se había ratificado (BOE del 10 de febrero de 2005) el Tratado Internacional denominado “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), despertándose la sensibilidad social acerca de este problema.

II. SITUACIÓN DEL TABAQUISMO EN ANDALUCÍA

II.1. El tabaquismo y su efecto en la salud

El tabaquismo representa el primer factor individual de riesgo de enfermedad y la **primera causa aislada de enfermedad**, relacionándosele con más de 25 enfermedades. Fumar es el principal factor causante de entre el 16% y el 40% de los cánceres: cáncer de pulmón (en un 85%), cáncer de la cavidad oral (en un 92% de los casos en varones y un 61% en mujeres), cáncer de laringe (83%), de esófago (80%)... Asimismo, más del 90% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) están relacionados con el humo del tabaco. El tabaco es, igualmente, uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y la primera causa aislada de mortalidad prematura.

Hay que añadir que estos riesgos no se limitan exclusivamente a la población fumadora. La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la OMS demostró que los niveles típicos de exposición involuntaria al humo del tabaco provocan cáncer de pulmón aunque las personas no hayan fumado nunca; así, incluye la exposición pasiva al humo del tabaco (el **tabaquismo pasivo**) dentro del grupo de agentes cancerígenos humanos. Esta misma organización ha señalado que, entre quienes conviven con personas fumadoras, el riesgo de sufrir enfermedades coronarias es un 25% más alto y el riesgo de cáncer de pulmón es entre un 20 y un 50% más elevado. Se debe resaltar también que el humo de tabaco afecta especialmente a la población infantil, en la que aumenta el riesgo de sufrir infecciones respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías y asma.

Las muertes atribuibles al tabaquismo en Andalucía (Tabla 1) han representado en los últimos 11 años alrededor del 15% del total de defunciones registradas. Esto significó, en el año 2002, 9.047 muertes. En general, entre 1993 y 2002 parece apreciarse un ligerísimo descenso de esta mortalidad atribuible en ambos sexos, si bien este descenso es un punto porcentual superior en la población masculina que en la femenina. El porcentaje de defunciones en varones continúa, empero, triplicando la cifra correspondiente en mujeres.

Tabla 1. Muertes atribuibles al tabaquismo en Andalucía por género. 1993, 1996, 1998 y 2002

Años	HOMBRES Nº DE MUERTES ATRIBUIBLES AL TABACO (Y % DEL TOTAL DE MUERTES EN HOMBRES)	MUJERES Nº DE MUERTES ATRIBUIBLES AL TABACO (Y % DEL TOTAL DE MUERTES EN MUJERES)	TOTAL MUERTES POR TABACO	TOTAL MUERTES TODAS LAS CAUSAS
1993	6.987 (23.51%)	2.225 (8.36%)	9.212 (16.3%)	56.207 (100%)
1996	6.643 (21.43%)	1.895 (6.89%)	8.538 (14.56%)	58.640 (100%)
1998	6.974 (21.83%)	1.973 (6.96%)	8.947 (14.84%)	60.298 (100%)
2002	6.974 (21.4%)	2.073 (7.3%)	9.047 (14.66%)	61.699 (100%)

Fuente: Servicio de Información y Evaluación. Viceconsejería de Salud.

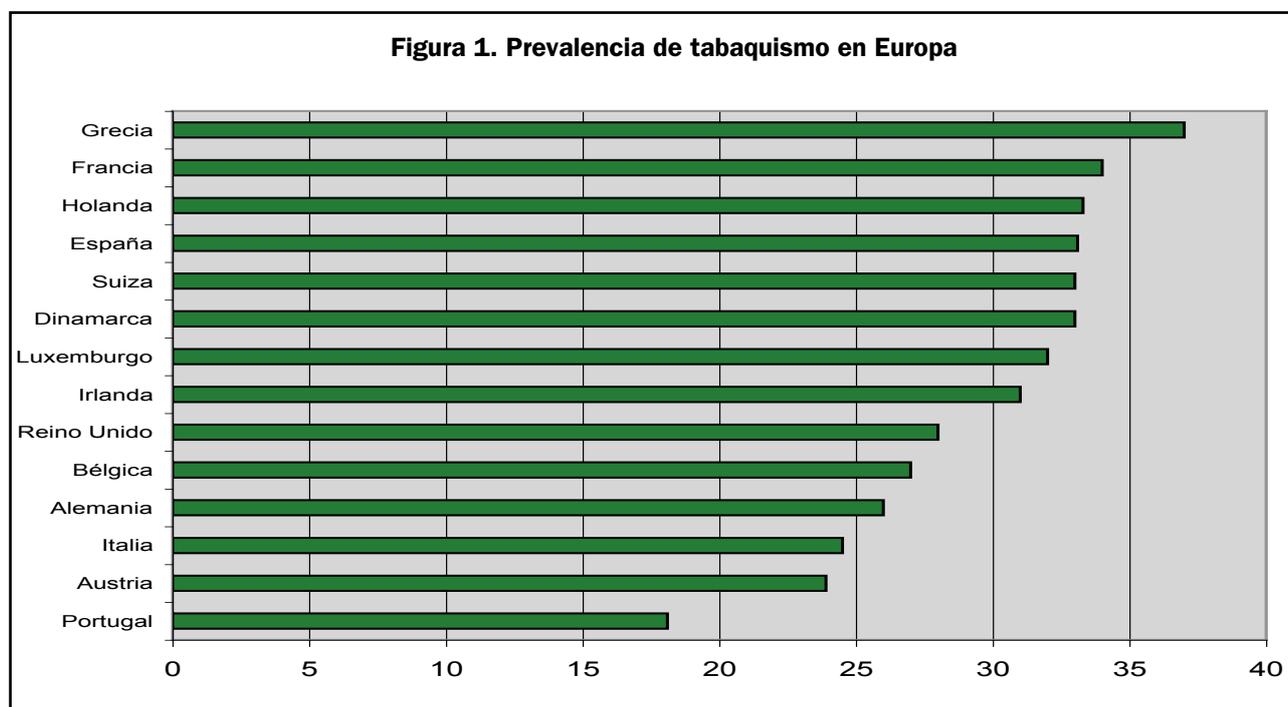
Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

Los cánceres son, en Andalucía, la principal causa de mortalidad debida al tabaco (independientemente del sexo), seguidos en importancia por las enfermedades cardiovasculares y las del aparato respiratorio. Entre las mujeres, en los próximos años, es esperable un aumento de la mortalidad debida a cánceres (sobre todo de pulmón), causados por el precoz inicio del tabaquismo y el aumento de la prevalencia del consumo en este colectivo.

II.2. Análisis epidemiológico de la situación.

1. Datos generales de España

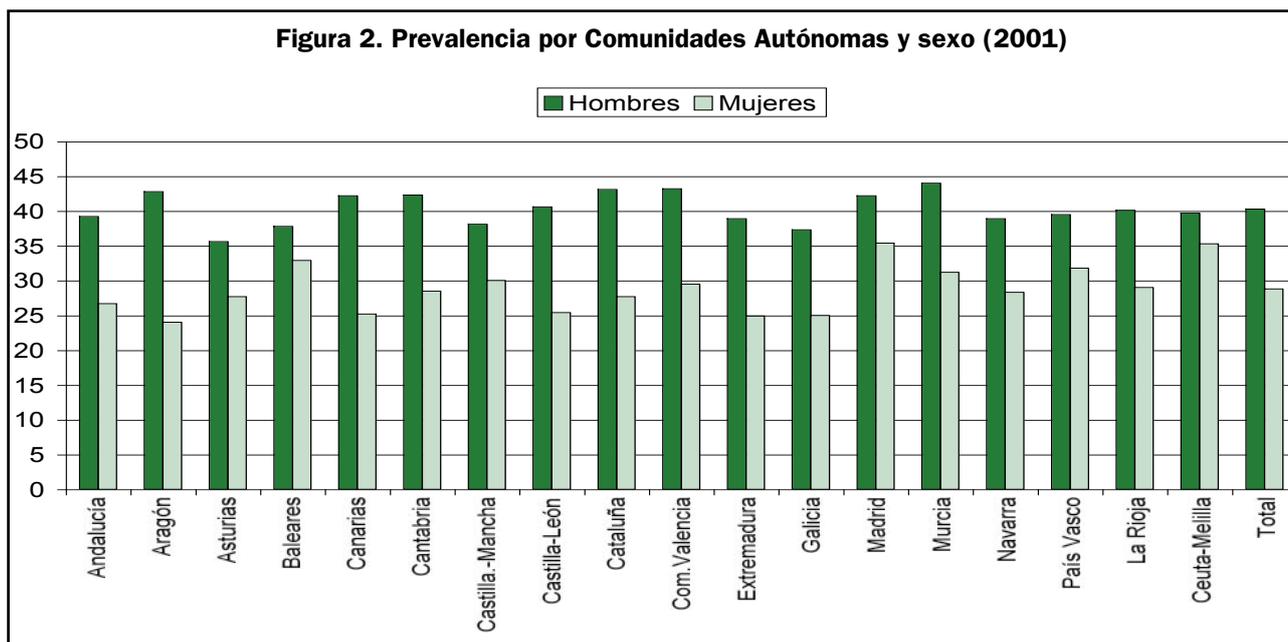
España se sitúa entre los países con mayor prevalencia de tabaquismo dentro de Europa, siendo solo superada por Holanda, Francia y Grecia (Figura 1).



Fuente: OMS Oficina Regional para Europa, 2000.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación

Por comunidades autónomas, los datos muestran una desigual distribución territorial del consumo de tabaco (Figura 2). La media de hombres fumadores en España ese año era de 40.3%, mientras que en Andalucía la media se situó un punto por debajo (39.2%). El porcentaje medio nacional de mujeres fumadoras fue 28.8%, y Andalucía se situó dos puntos por debajo (26.7%).



Fuente: Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2004 (datos estandarizados por edad, a partir de la ENS 2001).
 Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación

2. Datos generales de Andalucía

A continuación se utilizan los datos obtenidos por la I y II Encuestas Andaluzas de Salud, realizadas en 1999 (EAS-99) y 2003 (EAS-03) respectivamente.

El consumo de tabaco en 2003 en Andalucía se situaba en el 33% de la población mayor de 16 años. Destaca la estabilidad de este dato respecto al de 1999, lo que puede denotar la existencia de un estacionamiento de la epidemia. En 2003 fumaban el 41.1% de los varones y el 24.9% de las mujeres, prácticamente igual que en 1999. Por edades, entre los 25 y 44 años se sigue manteniendo el mayor porcentaje de personas fumadoras (46.2%), aunque se redujo 3 puntos respecto a 1999. En contraste, el consumo de tabaco en el grupo de 16 a 24 años aumentó algo más de 5 puntos en ese mismo periodo, llegando a una prevalencia del 40% (Tabla 2). A partir de los 45 años disminuyen las frecuencias de consumo y aumenta el número de ex-fumadores.

3. Prevalencias por provincias

A partir de este apartado, la información que se muestra proviene fundamentalmente de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987, 1993 y 2001 y de las Encuestas Andaluzas de Salud de 1999 y 2003.

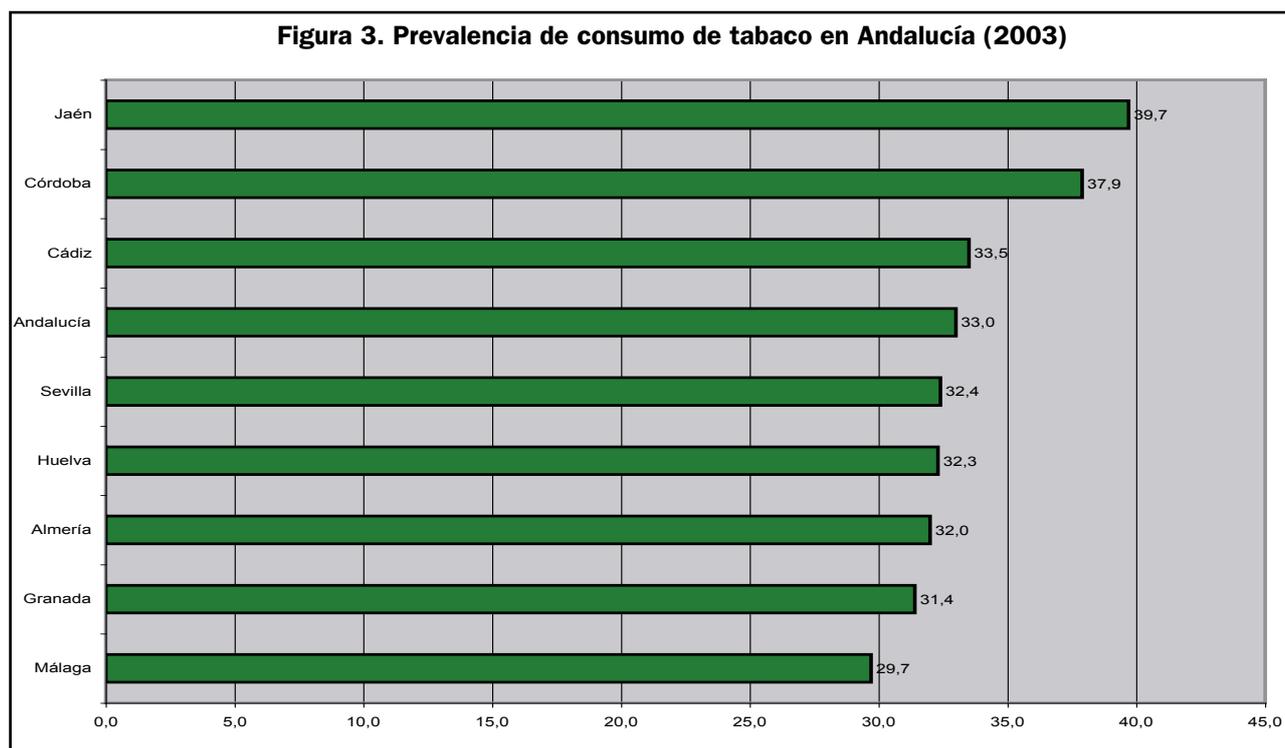
Como se puede apreciar en la figura 3, en la Comunidad Andaluza el consumo de tabaco muestra una distribución provincial desigual. En Jaén se encuentra el mayor porcentaje de población fumadora de Andalucía (39.7%), seguido de Córdoba (37.9%) y Cádiz (33.5%). Todas ellas se sitúan por encima de la media de consumo en Andalucía (33%). En el otro extremo, por debajo de la media, se hallan las provincias de Málaga (con el menor porcentaje de población fumadora, 29.7%), Granada, Almería, Sevilla y Huelva.

Tabla 2. Evolución del consumo de tabaco según grupos de edad. Andalucía 1999-2003. (En %)

	16-24 AÑOS		25-44 AÑOS		45-54 AÑOS		55-64 AÑOS		65-74 AÑOS	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
FUMA A DIARIO	28.86	36.1	45.1	42.8	29.4	31.3	21.05	18.1	14.03	9.9
SI, PERO NO DIARIAMENTE	5.86	4	4.2	3.4	1.6	2	1.38	1.4	0.75	1.2
NO FUMA, PERO HA FUMADO	3.53	4.3	9.8	11.6	14.4	16.4	18.05	24	24.6	22.1
NO FUMA NI HA FUMADO NUNCA	61.86	55.6	40.7	45.1	54.5	50.4	59.5	56.4	60.6	66.7
Nº CASOS	1303	1167	2431	2160	860	933	798	757	670	713

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

Entre 1987 y 2003, el porcentaje de personas fumadoras en Andalucía ha disminuido en 5 puntos, pasando del 38.9% al 33%. Esta tendencia no es homogénea en todas las provincias (tabla 3, figura 4). Mientras que la evolución del consumo en Málaga es claramente descendente, reduciéndose en 11 puntos el número de personas fumadoras, en Granada se produjo un solo descenso inicial y el consumo ha estado estacionado en los últimos años. En la provincia de Cádiz, pese a su prevalencia

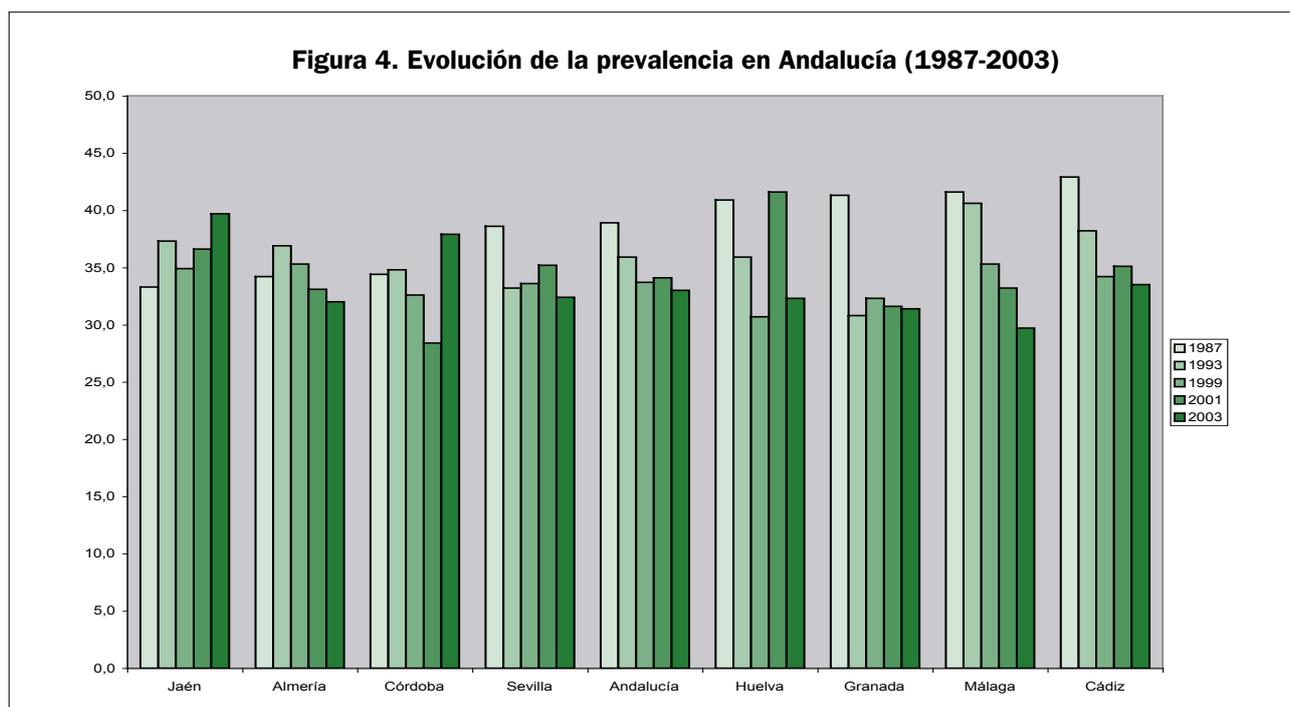
superior a la media de Andalucía, la tendencia ha sido descendente. El caso contrario lo encontramos en la provincia de Córdoba, donde en los dos últimos años se ha incrementado el consumo. Por último, en Jaén se observa una tendencia claramente ascendente, con un aumento de 6.5 puntos, que supone que sea la provincia con la mayor prevalencia de consumo de tabaco de toda Andalucía.

Tabla 3. Evolución del consumo de tabaco por provincias. Andalucía 1987-2003.

	PREVALENCIA CONSUMO TABACO (EN %)				
	1987	1993	1999	2001	2003
ALMERÍA	34,2	36,9	35,3	33,1	32,0
CÁDIZ	42,9	38,2	34,2	35,1	33,5
CÓRDOBA	34,4	34,8	32,6	28,4	37,9
GRANADA	41,3	30,8	32,3	31,6	31,4
HUELVA	40,9	35,9	30,7	41,6	32,3
JAÉN	33,3	37,3	34,9	36,6	39,7
MÁLAGA	41,6	40,6	35,3	33,2	29,7
SEVILLA	38,6	33,2	33,6	35,2	32,4
ANDALUCÍA	38,9	35,9	33,7	34,1	33,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (1987,1993,2001); Encuesta Andaluza de Salud (1999,2003).

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (1987,1993,2001); Encuesta Andaluza de Salud (1999,2003).

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

4. Prevalencias según sexo

En hombres, Jaén, Córdoba y Almería se sitúan por encima de la media de Andalucía (52.6%, 46.8% y 43.3%, respectivamente), mientras que Málaga y Huelva son las dos provincias con menor prevalencia de consumo (36.2% y 36.7%). En mujeres, Córdoba (28.9%), Huelva (29.7%) y Jaén (27%) son las provincias de mayor prevalencia, y en el extremo opuesto se sitúan Almería (20.6%), Málaga (23.1%) y Granada (23.6%) (tabla 4).

Desde 1987 a 2003, en Andalucía se ha reducido en 17 puntos el total de hombres que se declaran fumadores. Esta disminución ha sucedido (aunque de manera desigual) en todas las provincias excepto en Jaén. En la provincia de Málaga se redujo en 33 puntos y en la Cádiz, en 26.5, seguidas de Huelva, Granada y Sevilla. En Jaén se incrementó en más de un punto el porcentaje de hombres fumadores.

A diferencia de la tendencia general en hombres, el número de fumadoras se ha incrementado entre 1987 y 2003 en 6 puntos. No obstante, si se comparan las EAS de 1999 y de 2003, se observa un ligero descenso en las mujeres fumadoras en Andalucía, a expensas de tres provincias (Almería, Málaga y Cádiz).

Tabla 4. Evolución del consumo de tabaco por provincias en ambos sexos. Andalucía 1987-2003.

PREVALENCIA DE CONSUMO TABACO EN HOMBRES (%)					
HOMBRES	1987	1993	1999	2001	2003
ALMERÍA	51,7	53,0	44,2	43,3	43,3
CÁDIZ	67,0	50,0	40,4	40,5	40,5
CÓRDOBA	52,2	50,0	43,6	33,0	46,8
GRANADA	61,3	45,7	41,5	39,3	39,3
HUELVA	58,3	47,5	36,7	53,7	36,7
JAÉN	51,4	48,0	45,1	45,3	52,6
MÁLAGA	63,2	54,7	43,2	46,1	36,2
SEVILLA	59,0	46,0	43,0	41,2	40,7
ANDALUCÍA	59,0	49,7	42,4	39,2	41,1

PREVALENCIA DE CONSUMO TABACO EN MUJERES (%)					
MUJERES	1987	1993	1999	2001	2003
ALMERÍA	17,0	20,7	26,3	23,0	20,6
CÁDIZ	19,1	26,8	27,9	29,7	26,4
CÓRDOBA	16,9	19,7	21,6	23,9	28,9
GRANADA	21,3	15,9	23,2	24,0	23,6
HUELVA	23,3	24,3	24,7	29,8	27,9
JAÉN	15,3	26,7	24,8	27,9	27,0
MÁLAGA	19,9	26,6	27,4	20,2	23,1
SEVILLA	18,2	20,4	24,2	29,3	24,2
ANDALUCÍA	18,8	23,5	25,1	26,7	24,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (años 1987, 1993, 2001); Encuesta Andaluza de Salud (años 1999,2003).

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

5. Edad de inicio en el consumo de tabaco según sexo y grupos de edad

La edad media de inicio en el consumo de tabaco en Andalucía es alrededor de los 17 años (tabla 5), si bien un poco antes para los hombres que para las mujeres. Si comparamos los datos de las dos encuestas andaluzas de salud (EAS 99, EAS 03), se constata que esta edad media de inicio se ha adelantado de los 17.08 años, en 1999, a 16.89, en 2003, (conviene recordar que estas encuestas no contienen poblaciones anteriores a 16 años; para estudios que sí ver pags. 29-30).

Tabla 5. Edad media de inicio en el consumo de tabaco por sexo y grupos de edad. Andalucía. 1999-2003.

CONSUMO DE TABACO	EDAD MEDIA DE INICIO (EN AÑOS) POR SEXO Y EDAD	
	1999 (TOTAL MEDIA DE EDAD: 17.08)	2003 (TOTAL MEDIA DE EDAD: 16.89)
HOMBRE	16.69	16.62
MUJER	17.83	17.37
16 A 24 AÑOS	16.38	16.07
25 A 44 AÑOS	17.15	16.90
45 A 54 AÑOS	17.55	17.43
55 A 64 AÑOS	17.93	17.09
65 A 74 AÑOS	16.49	17.73
75 AÑOS Y MÁS	16.76	17.10

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

6. Tasa de inicio en el hábito de fumar entre la población joven (Tabla 6)

Las conclusiones parecen ser distintas según se observen los datos de las encuestas nacionales o andaluzas. Si se comparan los datos de los años 1987 y 2001 de las encuestas nacionales de salud, se aprecia que la incorporación al consumo de tabaco disminuyó en general en Andalucía, muy considerablemente en los chicos (en 17.3 puntos) y en menor medida en las chicas (3 puntos). Sin embargo, si atendemos a los datos de las encuestas andaluzas esta tendencia generalizada descendente no se observa. Las EAS 99 y 03 reflejan en realidad un incremento de la tasa de inicio de los varones jóvenes en todas las provincias (excepto en Granada) y, en el caso de las mujeres, un gran incremento en Jaén y Córdoba (mientras que en todas las demás provincias hubo una disminución). Es de notar que el gran incremento en esas dos provincias eleva la tasa general andaluza de inicio de consumo en las mujeres, y vela la información de las otras cinco provincias.

La discordancia entre las conclusiones de los dos tipos de encuestas puede resolverse al contemplar la visión de conjunto de todos los datos; la imagen general muestra efectivamente una disminución en la tasa de inicio respecto al año 1987, y asimismo un repunte en los últimos años que matiza esa disminución.

Tabla 6. Evolución de la tasa de inicio por provincias y sexo. Andalucía 1987-2003.

TASA DE INICIO EN HOMBRES (16-24 AÑOS)					
HOMBRES	1987	1993	1999	2001	2003
ALMERÍA	45,8	45,0	34,1	30,0	50,0
CÁDIZ	68,4	42,3	31,3	40,5	39,3
CÓRDOBA	50,8	39,3	34,7	15,8	46,7
GRANADA	67,7	51,4	46,5	38,1	44,8
HUELVA	59,4	69,6	27,5	42,9	35,5
JAÉN	49,8	31,6	31,0	35,7	56,3
MÁLAGA	65,3	50,0	27,9	32,3	37,8
SEVILLA	54,4	56,2	31,4	38,0	36,2
ANDALUCÍA	58,9	48,5	32,7	34,9	41,6

TASA DE INICIO EN MUJERES (16-24 AÑOS)					
MUJERES	1987	1993	1999	2001	2003
ALMERÍA	43,3	40,9	48,9	33,3	38,5
CÁDIZ	45,8	44,8	47,9	40,6	45,5
CÓRDOBA	42,7	10,7	30,9	35,3	54,7
GRANADA	43,3	37,5	34,2	31,8	34,8
HUELVA	41,4	31,8	31,7	42,9	30,8
JAÉN	40,6	47,6	31,1	30,8	56,5
MÁLAGA	36,5	38,9	39,4	24,1	34,9
SEVILLA	40,3	35,3	30,1	46,8	27,0
ANDALUCÍA	41,4	35,9	36,4	36,9	38,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (años 1987, 1993, 2001); Encuesta Andaluza de Salud (años 1999, 2003).

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

7. Cesación del consumo

7.1. "Le gustaría dejar de fumar" según sexo y grupo de edad.

En 2003, el 46.8% de la población fumadora expresaba que le gustaría dejar de fumar. Según la edad, es en el grupo de 45 a 64 años donde se presenta el mayor porcentaje de personas fumadoras que quieren dejar el hábito (63.1%). Aunque el grupo de edad entre 16 y 24 también muestra un porcentaje significativo (32%), éste ha disminuido 12.3 puntos respecto al año 1999 (Tabla 7).

Tabla 7. “Le gustaría dejar de fumar” según grupos de edad. Andalucía 1999-2003. (En %).

(Solo personas fumadoras)	16-24 AÑOS		25-44 AÑOS		45-54 AÑOS		55-64 AÑOS		65-74 AÑOS	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
No	22.2	20.3	19.4	16.4	22.1	11.6	28	15.9	22.2	32.3
SÍ LE GUSTARÍA	44.2	31.9	51.6	48.3	51.5	63.1	46	51.9	49.4	39.5
NO PENSADO	28.8	40.5	25.1	28.2	22.5	22.2	24.1	28.1	25.2	15.8
NO SABE	4.4	5.2	3.3	5.1	3.3	2.5	1.6	3.5	1	11.2
N/C	0.2	2	0.4	2	0.3	0.7	-	0.6	2	1.2
Nº CASOS	450		1196		266		178		99	

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

7.2. “Ha intentado dejar de fumar” según sexo y grupos de edad (Tabla 8).

En 2003, un 38.5% de la población andaluza manifestó haber intentado dejar de fumar. Esto representa un aumento de casi siete puntos respecto a 1999 (31.4%).

Tabla 8. “Ha intentado dejar de fumar”* según sexo y edad. Andalucía 1999-2003. (En %).

(SOLO PERSONAS FUMADORAS)	SI		NO	
	1999 (TOTAL: 31.4%)	2003 (TOTAL: 38.5%)	1999 (TOTAL: 68.3%)	2003 (TOTAL: 60.5%)
HOMBRE	31.83	39.6	67.9	59.5
MUJER	30.86	36.7	68.9	62.1
16 A 24 AÑOS	26.4	26.4	73.1	72.4
25 A 44 AÑOS	31.5	37.9	68.3	61.2
45 A 54 AÑOS	35.7	53	64.2	45.8
55 A 64 AÑOS	35.7	49	63.6	50.2
65 A 74 AÑOS	35.3	43.3	63.6	56.7
75 AÑOS Y MÁS	27	35.2	72.9	59
Nº CASOS		872		

* En la encuesta de 1999, la pregunta fue: “¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?”; en 2003: “Durante los últimos 12 meses ¿ha intentado dejar de fumar?”.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

7.3. *Motivos para dejar de fumar (Tabla 9).*

Los motivos más citados por las personas ex-fumadoras son la decisión de dejar de fumar por propia voluntad (es el motivo más mencionado por ambos sexos), seguido, en los hombres, por el del consejo médico, y en las mujeres por el de acusar molestias.

Tabla 9. “Dos motivos principales que le llevaron a dejar de fumar”, según sexo. Andalucía 1999-2003. (En %)

(SOLO PERSONAS EXFUMADORAS) Respuesta abierta. % sobre nº casos total	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Lo decidí por propia voluntad	52.6	46.8	69.3	51.4	55.9	48
Lo aconsejó el médico	28.3	24.1	9.6	11	24.6	20.6
Sentía molestias por el tabaco	23.7	19.4	16.3	17.3	22.2	18.8
Aumentó preocupación por efectos nocivos	10.2	7.5	13.3	12.7	10.8	8.9
Sentía disminuir rendimiento físico y psíquico	7.3	2.9	4.8	1.5	6.8	2.6
Otros motivos	4.5	2.9	10.8	6.5	5.8	3.9
Nº Casos	667	737	166	279	833	1016

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

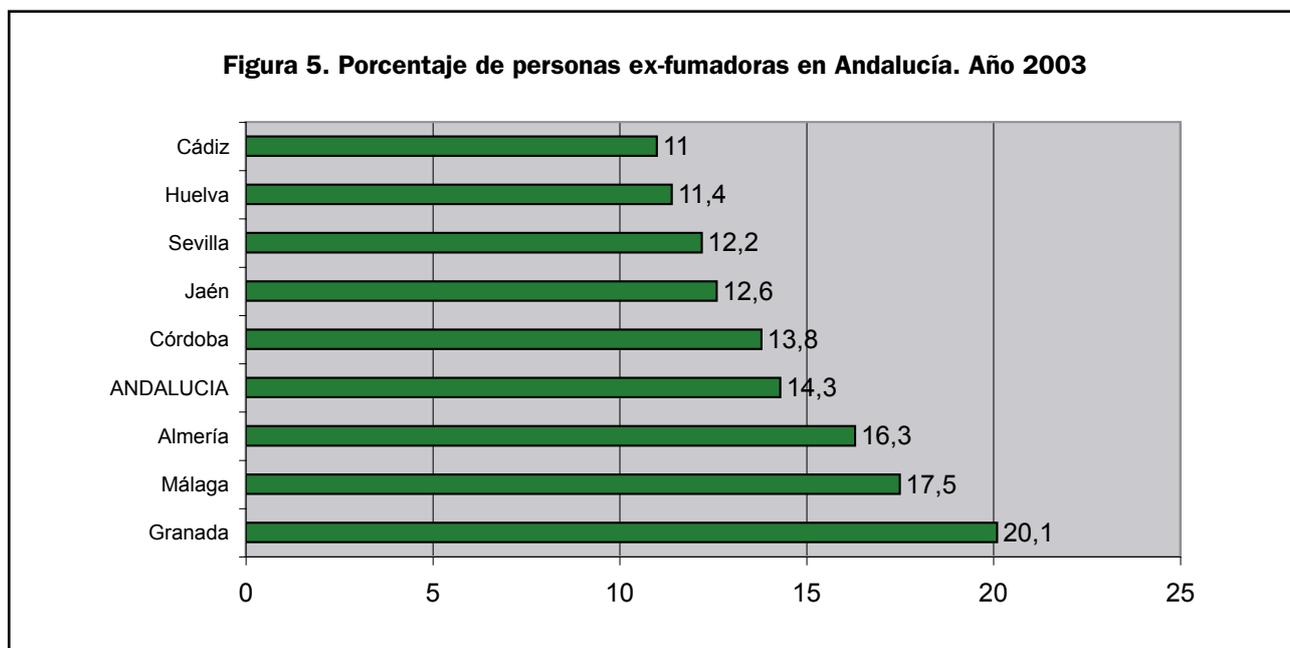
Es oportuno mencionar aquí que el consejo médico para dejar de fumar dicen recibirlo, según la EAS 03, el 27% de las personas fumadoras, en mayor medida los hombres que las mujeres, y fundamentalmente en los grupos de edad de 55 a 74 años; únicamente un 12% de personas fumadoras entre 16 y 24 años manifiesta recibir consejo médico para dejar el tabaco.

7.4. *Población ex-fumadora en Andalucía.*

El porcentaje de personas ex-fumadoras en 2003 fue 14.3%. Las cifras más altas se concentraron en las provincias de Granada, Málaga y Almería. El resto de provincias se situaron por debajo de la media andaluza (Figura 5).

Según el sexo, el mayor número de exfumadores varones aparece, con diferencia, en las provincias de Granada y Málaga; el mayor número de mujeres exfumadoras, en Almería, Granada y Málaga.

La proporción general de personas exfumadoras experimentó un incremento entre 1987 y 2003. En consonancia con la situación descrita, donde más se incrementó en esos 16 años fue, para los hombres, en Granada y Málaga (con porcentajes de exfumadores de 13.5% y 8.1% respectivamente) y para las mujeres, en Almería (8.9%) y Málaga (5%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud.

Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

8. El consumo de tabaco y la desigualdad social

Además de las variables habituales (como la edad y el sexo), en los siguientes análisis se incluyen otra serie de factores (como situación laboral, nivel de renta o nivel escolar), para tratar de describir con mayor precisión la distribución de las prevalencias del consumo de tabaco en Andalucía.

8.1 Situación laboral (Tabla 10).

En los hombres, la situación laboral (empleo o desempleo) no parece establecer diferencias relevantes en el consumo de tabaco ni en la tasa de inicio al mismo. En cambio, sí parece marcarlas en el abandono del hábito; éste es más frecuente entre los varones que disponen de un puesto de trabajo que entre los que no lo tienen.

Respecto a las mujeres, aquellas que dicen dedicarse a 'sus labores' presentan un consumo de tabaco menor y dejan de fumar en mayor número que las que trabajan fuera de casa o están desempleadas. Por otro lado, las mujeres trabajadoras se inician en el consumo de tabaco (entre los 16 y 24 años) en mayor número que las que están en desempleo.

Tabla 10. Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y situación laboral. Andalucía 2003.

	SITUACIÓN LABORAL. HOMBRES		
	TRABAJADORES	DESEMPLEADOS	
CONSUMO DE TABACO	46,72	45,95	
ABANDONO DE TABACO	33,81	17,93	
TASA DE INICIO 16-24 AÑOS	57,10	56,40	

	SITUACIÓN LABORAL. MUJERES		
	TRABAJADORAS	DESEMPLEADAS	SUS LABORES
CONSUMO DE TABACO	27,93	27,49	10,78
ABANDONO DE TABACO	24,74	22,74	27,01
TASA DE INICIO 16-24 AÑOS	52,20	41,50	-

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003.

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública

8.2. Renta familiar disponible (Tabla 11).

Entre los hombres, a menor renta familiar disponible (menos de 1000 € al mes), el consumo de tabaco es mayor y dejan de fumar en menor número que los que tienen rentas superiores. Los hombres con rentas más altas se iniciaron menos en el consumo de tabaco entre los 16 y 24 años, en 2003. Entre las mujeres, aquellas con renta familiar baja son las que más fuman y consiguen dejar el tabaco en menor número (en este caso, igualadas a las de renta mayor). El grupo de renta intermedia (entre 1000 y 1500 €), es el que en mayor proporción se inicia en el consumo de tabaco entre los 16 y 24 años.

Tabla 11. Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y nivel de renta. Andalucía 2003.

	RENTA FAMILIAR DISPONIBLE. HOMBRES		
	0-1000 €	1000-1500 €	≥ 1500 €
CONSUMO DE TABACO	46,11	44,24	41,24
ABANDONO DE TABACO	34,04	37,39	36,65
TASA DE INICIO DE 16 A 24 AÑOS	44,50	45,10	43,70

	RENDA FAMILIAR DISPONIBLE. MUJERES		
	0-1000 €	1000-1500 €	≥ 1500 €
CONSUMO DE TABACO	27,18	25,30	21,95
ABANDONO DE TABACO	34,90	40,33	34,89
TASA DE INICIO DE 16 A 24 AÑOS	44,90	48,90	35,10

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003.

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública

8.3. Nivel de estudios (Tabla 12).

Los hombres con menor nivel escolar fuman más que los que cuentan con un nivel de estudios más alto. Del mismo modo, los hombres con estudios primarios o secundarios dejan menos el tabaco, y se inician antes en su consumo, que los tienen estudios universitarios. En cambio, entre las mujeres con nivel escolar de secundaria aparecen las tasas más altas de fumadoras y las de mayor inicio en el consumo entre los 16 y 24 años. Las mujeres con credenciales universitarias dejan más el tabaco que aquellas con menor nivel escolar.

Tabla 12. Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y nivel de renta. Andalucía 2003.

	NIVEL DE ESTUDIOS. HOMBRES		
	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIOS
CONSUMO DE TABACO	48,22	43,82	32,43
ABANDONO DE TABACO	36,48	33,24	45,03
TASA DE INICIO 16 Y 24 AÑOS	57,90	41,20	35,50

	NIVEL DE ESTUDIOS. MUJERES		
	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIOS
CONSUMO DE TABACO	22,82	28,28	23,80
ABANDONO DE TABACO	38,62	37,80	41,43
TASA DE INICIO 16 Y 24 AÑOS	35,50	40,60	26,50

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003.

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública

8.4. Clase social (tabla 13).

A partir de las variables nivel de renta disponible y capital escolar, se ha construido la variable clase social con cuatro tipologías: las personas con mayor formación escolar y recursos económicos se han incorporado a la clasificación I y II; por su parte, las personas con menor formación y capital económico se han incorporado a las clasificaciones III y IV. Se observa que el consumo de tabaco se distribuye de manera diferente según las clases.

El consumo de tabaco está más extendido entre los hombres de clases sociales III y IV, y éstos dejan menos el tabaco que los de las clases sociales I y II. Los fumadores de la clase IV son los que más se incorporan al consumo de tabaco entre los 16 y 24 años.

En cambio, entre las mujeres, las que pertenecen a la clase I son las que más fuman y las que componen la clase IV son las que menos dejan de fumar, además de ser las que en mayor número se incorporan al consumo entre los 16 y 24 años. Si bien, si atendemos a las edades, el mayor consumo de tabaco se da en las mujeres de 16 a 44 años de la clase IV y en las mujeres de 45 a 64 años de las clases I y II.

Tabla 13. Consumo, abandono y tasa de inicio (%) según sexo y clase social. Andalucía 2003.

	CLASE SOCIAL. HOMBRES			
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
CONSUMO DE TABACO	41.1	39.5	47	45.5
ABANDONO DE TABACO	33.05	37.7	30.6	30.4
TASA DE INICIO 16 Y 24 AÑOS	30.7	37.1	35.8	46.1

	CLASE SOCIAL. MUJERES			
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
CONSUMO DE TABACO	31.9	26.85	25.4	28.4
ABANDONO DE TABACO	29.8	30.8	30.9	27.1
TASA DE INICIO 16 Y 24 AÑOS	38.3	37.1	35.8	46.1

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003.

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública

9. El consumo de tabaco en la población escolar y adolescente

Según el estudio de la OMS sobre los estilos de vida relacionados con la salud de los escolares (WHO, 2004), en España los primeros contactos con el tabaco suelen darse entre los 11 y los 13 años, y el salto al consumo diario, en un porcentaje considerable, se produce entre los 14 y los 15 años (tabla 14). Asimismo, este estudio resalta que las chicas españolas mayores de 14 años tienen unos índices más elevados de consumo que los chicos de esta misma edad.

Tabla 14. Consumo de tabaco (%) en escolares españoles de 11, 13 y 15 años en 2002.

	11 AÑOS		13 AÑOS		15 AÑOS	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
FUMA A DIARIO	0.9	0.5	5.0	3.8	16.6	23.2
1 VEZ/SEM AL MENOS	2.8	1.2	7.9	9.0	23.6	32.3
HA PROBADO ALGUNA VEZ	12.6	6.8	38.3	36.2	69.2	66.1

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2004.

Según un estudio de Dirección General de Salud Pública (DGSP, 1999), se confirma que han experimentado con el consumo de tabaco alrededor del 20% de los escolares de 11-12 años, el 40% de los de 13, el 50 % de los de 14 y el 66% de los de más de 14 años (tabla 15). Y por sexo, parece que las niñas se equiparan, o incluso superan ligeramente, a los niños en la experimentación temprana con el tabaco (29% de ellas y 27.5% de ellos reconocen haber fumado al menos una vez).

Tabla 15. Consumo de tabaco entre escolares andaluces por edad (%)
(6° de primaria hasta 3° de E.S.O.) (¿Te has fumado alguna vez un cigarrillo?).

	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	MÁS DE 14 AÑOS	TOTAL
SÍ, UNO ENTERO	5	8.8	17.9	30.9	48.1	12.9
SÓLO HE DADO CALADAS	14	12.8	21.8	19.1	18.5	15.3
NO, NUNCA HE FUMADO	80,6	77,9	59,4	50	32,4	71,3
NO CONTESTA	0,4	0,5	0,9	0	0,9	0,5
Nº CASOS	816	616	234	220	108	1994

Fuente: Dirección General de Salud Pública y Participación, 1999.

Tabla 16. Consumo de tabaco por sexo y curso escolar en Andalucía (%)
(¿Te has fumado alguna vez un cigarrillo?).

	CHICO	CHICA	6º PRIMARIA	1º ESO	2º ESO	3º ESO	TOTAL
SÍ, UNO ENTERO	10.8	15	6.2	12	33.1	35.1	12.9
SÓLO CALADAS	16.7	14	13.7	16.4	17.2	21.5	15.3
NO, NUNCA HE FUMADO	71.9	70.7	79.6	71.3	49.7	43	71.3
NO CONTESTA	0.6	0.3	0.6	0.3	0	0.4	0.5
Nº CASOS	993	1001	1266	317	169	242	1994

Fuente: Evaluación de Objetivos del I PAS. Consejería de Salud. 1999

10. El tabaquismo como problema de salud en el embarazo

En España, la prevalencia de gestantes fumadoras se mantuvo creciente hasta el inicio de los años noventa. En la actualidad parece haberse estabilizado alrededor del 33.5%. En Andalucía se hace preciso recabar datos específicos sobre este colectivo. En general, se podría decir que aproximadamente el 30% de las fumadoras renuncian a seguir su hábito cuando conocen que están embarazadas, pero que sin embargo, alrededor del 70% comenzará a fumar de nuevo después del parto.

En la situación de embarazo no hay que olvidar el riesgo que representa, además de para la mujer, para la salud del futuro bebé, la exposición involuntaria al humo de tabaco.

11. El tabaquismo y los trastornos mentales

Las tasas de tabaquismo son más elevadas entre los pacientes psiquiátricos. En particular, hay varios trastornos relacionados de modo importante con fumar como son la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, el alcoholismo, los trastornos de ansiedad (trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, ansiedad) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En concreto, la prevalencia del consumo de tabaco en la esquizofrenia es dos o tres veces mayor que la que existe en la población general. De igual modo, el porcentaje de depresión es mayor en las personas que fuman respecto a las que no fuman. De un 30% a un 60% de las personas que acuden a los programas clínicos para dejar de fumar han tenido una historia previa de depresión mayor. Es un hecho, además, que la depresión aparece como uno de los síntomas de abstinencia a la nicotina y, con frecuencia, se ha confundido el síntoma con el trastorno.

En cuanto a la asociación entre el tabaquismo y el estrés, ésta ha quedado reflejada en multitud de estudios, y se ha encontrado que en la adolescencia, por ejemplo, se incrementa el nivel de estrés a medida que se incrementa el patrón de consumo regular de tabaco.

12. El tabaquismo en las prisiones

No se conocen datos fiables de consumo en este ámbito, pero podría estimarse que el consumo de tabaco es proporcionalmente más elevado que en la población general.

La población reclusa en los centros penitenciarios españoles a finales de 2004 era 59.375 (54.805 hombres y 4.570 mujeres) y, por Comunidades Autónomas, Andalucía es la que alberga la mayor cantidad de personas internadas (12.325, de las cuales 1.083 eran mujeres).

Síntesis del análisis de situación

- En Andalucía la prevalencia de tabaquismo en 2003 se sitúa en el 33% de la población mayor de 16 años (fuman el 41.1% de los hombres y el 24.9% de las mujeres).
- El consumo de tabaco en la Comunidad Andaluza muestra una desigual distribución provincial. El mayor porcentaje de población fumadora se encuentra en Jaén (39.7%), Córdoba (37.9%) y Cádiz (33.5%) y en el otro extremo, por debajo de la media, se hallan las provincias de Málaga (con el menor porcentaje de población fumadora, 29.7%), Granada, Almería, Sevilla y Huelva.
- El mayor porcentaje de personas fumadoras se mantiene en 2003 en el grupo de edad entre los 25 y 44 años (46.2%, tres puntos menos que en 1999). El grupo de edad de 16 a 24 años también muestra una alta prevalencia (40%, cinco puntos más que en 1999).
- La edad media de inicio en el consumo de tabaco es, según las encuestas andaluzas de salud, alrededor de los 17 años (17.08 años en 1999, 16.89 en 2003). Si bien, diversos estudios reflejan que los primeros contactos con el tabaco suelen darse, en un porcentaje proporcionalmente mayor conforme a la edad, entre los 12 y 16 años.
- Entre 1987 y 2003, el porcentaje de varones fumadores se ha reducido en Andalucía en 17

puntos. Esta disminución ha sucedido (aunque de manera desigual) en todas las provincias, excepto en Jaén. En fumadoras, al contrario, la tendencia general ha sido de incremento (en 6 puntos). No obstante hay, nuevamente, diferencias provinciales y se observa, entre 1999 y 2003, una disminución del porcentaje de fumadoras en Almería, Málaga y Cádiz.

- El porcentaje de personas ex-fumadoras en 2003 fue 14.3%. El mayor número de exfumadores varones aparece, con diferencia, en las provincias de Granada y Málaga; el mayor número de mujeres exfumadoras, en Almería, Granada y Málaga.

II.3. Organización de la asistencia y recursos disponibles.

El tabaquismo es una enfermedad crónica con tendencia a la recidivas, pero se puede tratar y evitar así su excesiva morbimortalidad. Si bien, existe una gran variabilidad en la atención que se presta a las personas fumadoras en los diferentes centros sanitarios, e incluso dentro de un mismo centro.

A lo largo de los años (especialmente desde finales de 2001, cuando se estableció la prohibición de fumar en todas las dependencias de la Consejería de Salud), se ha puesto en marcha el proyecto **Centros Libres de Humo** (CLH), que pretende ir configurando un Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) libre de humo de tabaco y desarrollar, además, una estrategia de prevención y tratamiento del tabaquismo. Para todo ello, este proyecto establece los siguientes objetivos:

- Aplicar un modelo efectivo de intervención que favorezca y refuerce las conductas de control del consumo de tabaco.
- Reducir la prevalencia del tabaquismo y ofrecer ayuda para la deshabituación tabáquica entre las personas trabajadoras en centros de salud.
- Cumplir con el rol efectivo de promotores de salud.
- Avanzar en el cumplimiento de los estándares internacionales relativos a los Centros Libres de Humo.

El proyecto CLH contiene una serie de actividades que se distribuyen en 5 fases (compromiso, sensibilización, desarrollo, seguimiento y evaluación). La mayoría de los centros del SSPA han puesto en marcha medidas tales como: la señalización interna y externa como Centros Libres de Humo, campañas de sensibilización e información dirigidas a profesionales y personas usuarias (materiales didácticos), sesiones formativas, análisis de zonas de especial riesgo de las sugerencias, quejas y reclamaciones que tienen como motivo el consumo del tabaco.

1. Atención primaria

En 1999, los centros de atención primaria¹ andaluces que ponían en práctica el “consejo a personas fumadoras” en consulta eran solamente 269, el 19% del total. Desde 2002, la “atención a personas fumadoras” pasa a incluirse en la cartera de servicios de los distritos de atención primaria

¹ Incluye Centros de Salud, Consultorios locales y Consultorios auxiliares.

del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y así, en la actualidad, según datos de los servicios centrales del SAS (octubre 2005), esta atención se realiza en los 1.478 centros de atención primaria existentes y por la totalidad de los profesionales de salud de este nivel (medicina de familia, enfermería, trabajo social, pediatría, matronas), aprovechando el momento en que la persona fumadora acude al sistema sanitario para consultas de salud o porque demanda una atención específica sobre tabaquismo. Esta atención se trata, en suma, de lo que se ha venido a denominar **intervención mínima** (IM) en consulta, o consejo oportunista en relación al tabaquismo, siendo acompañado de documentación de refuerzo y por un compromiso de seguimiento.

Más recientemente, se ha incorporado en algunos centros de atención primaria la **intervención avanzada** (IA), que consiste en programas personalizados para dejar de fumar, con seguimientos periódicos por parte de un profesional sanitario y que cuenta con la posibilidad de apoyo con terapia psicológica, farmacológica, medición del monóxido de carbono, etc. Estos programas de atención avanzada al tabaquismo se están ofertando, según los últimos datos de los servicios centrales del SAS, en 158 centros de atención primaria, distribuidos de manera desigual en los distintos distritos sanitarios de nuestra Comunidad. (Almería: 16, Cádiz: 39, Córdoba: 26, Granada: 7, Huelva: 5, Jaén: 14, Málaga: 37, Sevilla: 21). El formato de atención viene siendo sobre todo individual, aunque de manera paulatina, se observa un incremento en la atención grupal.

En 2003 se registró un total de 47.955 personas en seguimiento de deshabituación tabáquica en centros de atención primaria, destacando los distritos de Málaga (10.129), Costa del Sol (9.566) y Jerez (8.333). En 2004, el número de personas atendidas y en seguimiento de deshabituación casi se duplicó, ascendiendo a 73.983. Los distritos de atención primaria atendieron a un mayor número de personas fumadoras fueron Málaga (23.665), Sevilla (13.915) y Costa del Sol (10.560).

En el ámbito de la atención primaria se están realizando además, diversas actuaciones con colectivos para los que el tabaco supone un riesgo especial, destacando el comienzo de la protocolización de la atención a la embarazada fumadora, dentro del Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio.

La red de centros ambulatorios de tratamiento de las drogodependencias realiza deshabituación tabáquica en 60 centros públicos y concertados de la red asistencial andaluza, fundamentalmente en las provincias de Córdoba y Jaén. En 2004, iniciaron tratamiento de deshabituación en estos centros 2.121 personas, de las cuales el 30% fueron derivaciones desde los centros de atención primaria de salud mediante los protocolos establecidos de trabajo conjunto.

En un marco de colaboración intersectorial entre las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social, se ha comenzado a organizar la oferta terapéutica a los profesionales de los centros docentes públicos de Andalucía que, por ser un colectivo de referencia social, constituyen un grupo prioritario de atención. Asimismo se ha iniciado el proceso de atención al tabaquismo entre los profesionales sanitarios y el resto de empleados públicos de la Junta de Andalucía. Ambas ofertas van vinculadas con la estrategia de *Centros Libres de Humo*.

Finalmente mencionar que un distrito de atención primaria, el de Málaga, inició la experiencia de configurar una unidad de referencia para los centros de salud, con funciones de formación, coordinación, supervisión y atención a grupos modélicos o especialmente vulnerables. En este distrito se han atendido a 31.045 personas fumadoras durante el año 2003 (23.665 intervenciones mínimas, 2.039 avanzadas, y 5.341 seguimientos), y reforzado la conducta no fumadora de 43.523 personas.

2. Atención especializada

En atención especializada, el SSPA cuenta con 32 hospitales de distinto nivel de complejidad (regionales, comarcales y de especialidades). Todos los profesionales de atención especializada deben realizar intervención mínima en tabaquismo, tanto a la población que acude a consultas externas, como a aquella que esté ingresada, siendo de especial relevancia las consultas por problemas de salud relacionados con tabaquismo y las consultas de anestesia, previas a una intervención quirúrgica.

En la actualidad existen **18 unidades de deshabituación tabáquica** distribuidas en distintos hospitales de nuestra Comunidad Autónoma. La mayoría de estas unidades están adscritas a los servicios de Neumología, aunque también constituye la referencia en algún hospital el servicio de Medicina Preventiva. Estas unidades específicas de tabaquismo realizan fundamentalmente intervención avanzada individual, pero también grupal, y representan un referente de formación y supervisión para los centros que en los últimos años van incorporado esta intervención entre sus servicios. Indudablemente tiene entre su población diana prioritaria, a los profesionales sanitarios fumadores, que constituyen un referente claro para todos los pacientes.

3. Circuito asistencial

El circuito de acceso a la oferta terapéutica es amplio y las personas fumadoras pueden acceder a la asistencia sanitaria por cuatro vías:

- 1- Por el teléfono de información sobre tabaco (900 850 300), único gratuito de estas características en España, donde se da respuesta a las distintas cuestiones que plantean las personas que lo utilizan. En el proceso de elaboración de este Plan, este número se ha incorporado dentro del servicio telefónico Salud Responde, conservando su gratuidad, y con una cobertura de 24 horas al día, 365 días al año.
- 2- A través de algunas oficinas de farmacia, por acuerdo alcanzado entre la Consejería de Salud y diversas organizaciones y fundaciones relacionadas, según el cual el farmacéutico/a puede iniciar el consejo mínimo y derivar al centro de salud o a la consulta de referencia.
- 3- Acudiendo al propio centro de salud, por deseo expreso o por captación a través del consejo profesional. El personal sanitario podrá realizar tratamiento individual con seguimiento en su propia consulta o derivar a la consulta específica según los protocolos de derivación establecidos del centro.
- 4- A través del hospital o de las consultas externas, para revisión de procesos crónicos o con motivo de un ingreso. En algunos casos, existe la posibilidad de acceder directamente a las unidades hospitalarias por iniciativa propia de los usuarios/as.

4. La prevención del tabaquismo en el ámbito educativo

La Consejería de Educación, en colaboración con la Consejería de Salud y la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social vienen desarrollando, desde hace varios años, estrategias de prevención de tabaquismo en el medio educativo, con diferentes objetivos y características según la edad de los grupos escolares. Algunos de estos programas están centrados en la prevención de drogodependencias (“Prevenir para vivir”, “¿Y tú que piensas?”, “DINO”) y otros se centran más

directamente en la intervención sobre el tabaquismo (“E.S.O. sin humo”, “Déjalo y Gana”, “Clase sin humo”). El programa de mayor implantación en la actualidad es **“E.S.O. sin humo”**, que alcanzó en el curso 2004-05 la inscripción de 51.471 estudiantes de 810 centros de enseñanza secundaria.

El programa **“Forma Joven”** presenta también útiles posibilidades. Este programa, que se desarrolla desde el curso 2000-2001 en los Institutos de Enseñanza Secundaria (I.E.S.) de Andalucía, es impulsado por varios organismos de la Junta de Andalucía (Consejería de Educación, Consejería de Salud y Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social) con la colaboración de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias y las Asociaciones de Madres y Padres de Andalucía. Facilita un espacio común a profesionales de salud y educación para abordar los problemas de salud de la población joven, con la ayuda de iguales como mediadores juveniles. Además de para la prevención del tabaquismo este programa podría constituir también un importante apoyo en las tareas de atención, si (previa formación específica) se incorporan las intervenciones mínimas y grupales, y protocolos de derivación a las unidades de deshabituación tabáquica para los casos necesarios.

En las provincias de Cádiz y Córdoba se están llevando a cabo dos proyectos de deshabituación de tabaquismo dirigidos, respectivamente, al profesorado y al alumnado de enseñanza secundaria. En ambos casos se están realizando en el marco de los programas “E.S.O. SIN HUMO” y “Forma Joven”.

A otro nivel, hay que recordar que, puesto que en los entornos escolares se realizan periódicamente revisiones de las condiciones de seguridad e higiénico-sanitarias, cabe incluir en las mismas protocolos de revisión del cumplimiento de la normativa de consumo de tabaco (señalización, presencia de ceniceros, colillas, etc).

Los programas y experiencias señalados, además de los distintos programas de promoción de salud elaborados entre varias Consejerías e instituciones, constituyen un conjunto de opciones complementarias que pueden contribuir en la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. La experiencia atesorada con estas acciones representan un interesante bagaje a la hora de definir y establecer medidas en el ámbito escolar, pero hay que tener presente que la existencia de una oferta excesivamente variada puede comportar también algunos riesgos, como la dificultad de coordinación o la duplicidad de recursos, que pueden restar credibilidad a los programas, amén de que el profesorado perciba una presión adicional para abordar estos temas.

5. Participación social y acción local

En el desarrollo del Plan de actuación sobre el tabaquismo que la Consejería de Salud inició en 2001, se promovieron actuaciones de colaboración con asociaciones ciudadanas, organizaciones científicas y profesionales y ayuntamientos, con el convencimiento de que la unión de esfuerzos a estos niveles fortalece el abordaje de un problema con una dimensión social tal como es el tabaquismo. Destacan en esta línea, intervenciones con un fuerte apoyo institucional concretadas en diversos convenios y subvenciones como las que a continuación se enumeran:

- Convenios de colaboración y financiación con distintas corporaciones locales, para reforzar las estrategias de prevención y el control de la aplicación de normativas sobre el consumo de tabaco, fundamentalmente referentes a la protección de menores.
- Subvenciones a asociaciones de consumidores y usuarios, para la formación y difusión en materia de prevención del tabaquismo y promoción de la salud.

- Apoyo a las actividades realizadas por distintas asociaciones de personas con enfermedades atribuibles al tabaquismo, para la difusión de información y la sensibilización de la población frente al problema del tabaquismo.
- Apoyo a ONGs ciudadanas y profesionales, para el desarrollo de estrategias de prevención y atención al tabaquismo, así como de promoción de la salud en la población general y en colectivos específicos (fundamentalmente personas y familias inmigradas).
- Convenios con organizaciones colegiales, de farmacia y medicina, para la identificación, implementación del consejo mínimo y posible derivación de personas fumadoras a las unidades de deshabituación de los servicios sanitarios públicos.
- Convenios para el desarrollo de unidades de atención al tabaquismo fuera del ámbito sanitario, como en universidades y centros de trabajo.
- Subvenciones específicas a fundaciones sin ánimo de lucro entre cuyos objetivos se encuentran la promoción de la salud o la investigación.

II.4 Marco normativo relativo al tabaco.

El marco normativo en el que se desarrolla el presente Plan Integral es definido por múltiples normas de distinta naturaleza, desde el Tratado Internacional de la OMS, pasando por la normativa comunitaria europea, hasta la legislación nacional y autonómica de diverso rango. En este mismo orden las repasamos a continuación.

1. El Tratado Internacional de la OMS

El “Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco” (que dicho sea de paso es el primer tratado global de salud del mundo), fue aprobado por decisión del Consejo Europeo en junio de 2004, y ratificado por España el 11 de enero de 2005. Entró en vigor en nuestro país el 27 de febrero del 2005, y contiene, los principios básicos y las medidas generales relacionadas con la reducción tanto de la demanda como de la oferta de tabaco. Es ilustrativo citar el objetivo general de este convenio: “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco”.

Numerosas medidas que establece el convenio son ya de aplicación en países de nuestro entorno, y en otros están en procesos normativos para serlo pronto.

2. La normativa comunitaria

Entre la normativa comunitaria, cabe destacar la Directiva 2003/33/CE del Parlamento y del Consejo Europeo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco. Esta Directiva prohíbe el patrocinio y la publicidad del tabaco, fijando un plazo máximo para la transposición de esta Directiva al Derecho Nacional hasta el 31 de julio de 2005, que en nuestro caso ya está previsto en el tercer Título de la “Ley Reguladora de la Venta, el Suministro, el

Consumo y la Publicidad de los Productos del Tabaco para la Protección de la Salud de la Población”.

También ha tenido gran impacto la Decisión de la Comisión, de 5 de septiembre de 2003, aplicable (aunque no es vinculante) a partir del 1 de octubre de 2004, sobre el uso de fotografías en color u otras ilustraciones como advertencias sanitarias en los envases de tabaco.

En este punto conviene realizar un inciso para describir, someramente, la situación de las **políticas de control** del tabaquismo en los distintos países europeos. El documento más reciente al respecto es un exhaustivo informe de la Comisión Europea (The ASPECT Consortium, 2004) en el que se evalúa la aplicación de 6 medidas consideradas como eficaces. Se comparó qué medidas se estaban empleando en cada país de la Unión Europea y en qué grado había disminuido la prevalencia del consumo de tabaco en ellos en el período entre 1985-2003. A cada país se le asignó una puntuación en función de estas dos áreas. Las seis medidas fueron:

- Política de impuestos sobre el tabaco (precio)
- Prohibición de fumar en lugares públicos y en el trabajo.
- Financiación de programas de control del tabaco (prevención).
- Prohibición de la publicidad y del patrocinio del tabaco.
- Advertencias antitabaco en los paquetes.
- Ayuda para dejar de fumar (programas de deshabituación)

Entre los países que obtuvieron mayores puntuaciones y reducciones de prevalencia mayores del 25%, se encontraron Islandia, Reino Unido, Noruega y Suecia. España obtuvo una baja puntuación en relación a la implementación de medidas (32 sobre 100), aunque aparece entre los países en los que ha tenido lugar una reducción de entre un 15% y un 20% en la prevalencia del consumo de tabaco.

Respecto a otros aspectos concretos, mencionaremos las siguientes variaciones:

- Países que prohíben fumar en lugares públicos: Finlandia, Irlanda, Italia, Países Bajos. (Países que preparan legislación para prohibir fumar en lugares públicos: Portugal, Suecia, Reino Unido.)
- Prohibición total de la publicidad del tabaco: Francia, Italia, Portugal, Finlandia, Reino Unido, Irlanda, Países Bajos, Dinamarca, Bélgica. (Restricciones limitadas en materia de publicidad del tabaco: Luxemburgo, Suecia, Grecia, Alemania, Austria.)

3. Normativa nacional y autonómica

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El **Estatuto de Autonomía para Andalucía**, en sus artículos 13.21 y 20.1 respectivamente, confiere a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. Así, la *Ley 2/1998*, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en los artículos 15.8 y 19.3, reconoce a la Administración Sanitaria de Andalucía, la promoción de estilos de vida saludables, y faculta a la misma para establecer prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.

La *Ley 31/1995*, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, obliga a las empresas a proteger la salud de todos sus trabajadores, mediante la adopción de medidas efectivas. Por su parte, el *Real Decreto 486/1997*, de 14 de abril y el *Real Decreto 665/1997*, de 12 de mayo, establecen disposiciones para la protección de los trabajadores y trabajadoras frente a las molestias originadas por el humo del tabaco y obliga al empresariado a garantizar que todo el personal reciba la formación adecuada sobre los riesgos adicionales derivados del humo del tabaco.

La *Ley 4/1997*, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, trata el tabaco como una droga institucionalizada, estableciendo limitaciones tanto a la venta como al consumo. En lo referido a la publicidad, se prohíbe tanto la publicidad directa en determinados espacios, como el patrocinio de actividades deportivas, aunque aún no entra en una regulación más detallada.

El *Real Decreto 192/1988*, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, modificado por el *Real Decreto 1293/1999*, de 23 de julio, establece limitaciones al consumo y a la venta y la habilitación de zonas para personas fumadoras en determinados espacios. En este sentido, la *Ley 4/1997* prohíbe el consumo de tabaco en los lugares no autorizados dentro del ámbito de las Administraciones Públicas, centros docentes, centros sanitarios e instalaciones deportivas cerradas, estableciendo la posibilidad de habilitar zonas para las personas fumadoras, debidamente aisladas y señalizadas. Finalmente, se delega a las Consejerías competentes la facultad de establecer mediante Orden los lugares en los que será de aplicación la prohibición anteriormente referida.

El gobierno de la Junta de Andalucía, en sus sucesivas legislaturas, ha realizado una firme posicionamiento ante el tabaquismo. Esto quedó patente en 2001, con la demanda a las compañías tabaqueras, la primera interpuesta por una Administración Pública en la Unión Europea. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía fue, asimismo, pionera al publicar la Orden de 21 de diciembre de 2001, por la que se estableció la prohibición de fumar en todas las dependencias administrativas de esta Consejería. Para la actual legislatura 2004-08 la apuesta perdura, como queda reflejado en la intervención de la Consejera de Salud ante la Comisión de Salud del Parlamento en junio de 2004, o en la declaración Institucional del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, de mayo de 2005.

En cuanto al resto de las Comunidades Autónomas, todas la que tienen normas específicas sobre el tabaco adoptan la normativa nacional, prohibiendo la publicidad, en los términos establecidos por ésta, así como el consumo en los lugares recogidos en dicha legislación y la venta o suministro a menores de 18 años. Las particularidades de cada Comunidad se refieren fundamentalmente al tratamiento de las áreas reservadas para personas fumadoras y a la delimitación de los lugares donde está prohibida la venta de tabaco.

Resumen Legislativo

DERECHO INTERNACIONAL:

- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

DERECHO COMUNITARIO:

PUBLICIDAD:

- Decisión de la Comisión 5-9-03 sobre fotografías en envases.
- Directiva 2001-37 fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco.
- Directiva 2003-33 sobre publicidad y patrocinio de los productos del tabaco.
- Directiva 89-552 del Consejo sobre radiodifusión. Directiva 97-36-CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 30 de junio de 1997 por la que se modifica la Directiva 89-552-CEE.

RESTRICCIÓN DEL CONSUMO, SALUD EN LUGARES DE TRABAJO

- Directiva 89-654-CEE del Consejo, de 30 de noviembre de 1989, disposiciones mínimas de seguridad y de salud en los lugares de trabajo.
- Directiva 92-85-CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada.
- Recomendación del Consejo, de 2 de diciembre de 2002, relativa a la prevención del tabaquismo y a una serie de iniciativas destinadas a mejorar la lucha contra el tabaco.
- Resolución del Consejo de 26 de noviembre de 1996 sobre la reducción del consumo de tabaco en la Comunidad Europea.
- Resolución del Consejo y de los ministros de sanidad de los estados miembros reunidos en el seno del Consejo de 18 de julio de 1989 sobre la prohibición de fumar.

LEGISLACIÓN NACIONAL

Real Decreto 192/1988, de 4 marzo. Limitaciones en la venta y el uso del tabaco para la protección de la salud de la población. (Modificado por el Real Decreto 1293/99, desarrollado por el Decreto 172/1989).

Ley 25/1994, de 12 de julio. Incorpora la Directiva europea 89/552.

Real Decreto 1079/2002, de 18 octubre. Regula los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco. Desarrollado por la Orden SCO/127/2004.

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Ley 4/1997, de 9 julio. Prevención y asistencia en materia de drogas, incluyendo el tabaco.

Orden de 21 de diciembre de 2001, por la que se establece la prohibición de fumar en todas las dependencias administrativas de la Consejería de Salud.

II.5. Necesidades y expectativas de la población andaluza en relación con el abordaje del tabaquismo.

La calidad asistencial puede medirse de diferentes maneras, y una de estas maneras es recabando la opinión de la ciudadanía. Conocer la percepción que ésta tiene sobre un tema concreto permite adecuar las acciones a la demanda real de la población. Sobre esta base, en la elaboración de este Plan, se han querido tener en cuenta las expectativas de diferentes grupos de población en relación al afrontamiento del problema del tabaquismo. Con este fin, la Escuela Andaluza de Salud Pública, a petición de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud, realizó un estudio de expectativas, con los siguientes objetivos principales:

- Conocer la opinión de diferentes grupos poblacionales sobre las estrategias actuales de prevención, regulación de consumo y deshabituación tabáquica realizadas en los propios centros de trabajo (grupos de colectivos profesionales) y en otros espacios de la vida cotidiana (grupos de población general), y explorar las opiniones y expectativas sobre los servicios sanitarios disponibles.
- Conocer las expectativas y propuestas de mejora de diferentes grupos de población referidas a futuras medidas de intervención.

El estudio se llevó a cabo a través de una **metodología cualitativa**, mediante talleres de trabajo, entrevistas semiestructuradas y cuestionarios, realizados en diferentes provincias andaluzas y con diversos colectivos profesionales (de los ámbitos sanitario, educativo y de la administración pública) y diversos grupos de población (jóvenes, empresarios y empresarias y personal asalariado con y sin cualificación). A continuación se detallan los resultados de un análisis transversal de los aspectos coincidentes y diferenciados de las opiniones y expectativas identificadas en los distintos colectivos.

- Se observa una coincidencia, entre los diferentes grupos, en la consideración de un bajo nivel de **conflictividad en la convivencia** entre personas fumadoras, no fumadoras y ex-fumadoras. Sin embargo, se prevé un mayor grado de conflicto como consecuencia de la introducción de una normativa más estricta, temiéndose una alteración de los acuerdos informales de respeto mutuo existentes hasta la fecha.
- Existe unanimidad en la observación de una **reducción del consumo del tabaco** en la sociedad actual, así como una mayor consideración de los derechos de la población no fumadora, llevando, según la percepción de alguna de las personas entrevistadas, a una situación de “persecución del fumador”. En la mayoría de los grupos, la disminución del consumo de tabaco se atribuye más a un aumento del respeto cívico que a un aumento de la conciencia de los riesgos de salud. Únicamente en el grupo del personal asalariado sin cualificación, así como entre el de jóvenes, se observa una priorización de los motivos de salud, identificándose en ambos grupos la televisión como la principal fuente de información sobre la temática.
- Según los diferentes ámbitos laborales aparecen distintos **grados de regulación** (desde la ausencia de normativas hasta la conversión del centro de trabajo en Espacio Libre de Humo) así como varía el grado de cumplimiento. Si bien, en algunos casos la introducción de una normativa prohibitiva se ve justificada por las características específicas del trabajo desarrollado, existiendo motivos de sanidad, seguridad o higiene.

- En la mayoría de los casos la normativa vigente se impuso sin la **participación** de la plantilla en el **proceso de decisión**, constatándose, sólo en algunos casos, la realización previa de sondeos de opinión u otros cauces.
- Al mismo tiempo que se resaltan las ventajas de la conversión del centro de trabajo en **Espacio Libre de Humo**, se discuten los efectos potenciales de una prohibición total del consumo de tabaco en el ámbito laboral, existiendo opiniones diversas sobre el grado de influencia en la productividad y la pérdida de tiempo de trabajo. Se llega a proponer la conveniencia de la implantación de **áreas específicas para personas fumadoras**, en función de las características de cada trabajo.
- En los diferentes grupos entrevistados, se puede observar una amplia gama de opiniones sobre la futura **Ley de Tabaquismo**. Mientras algunas de las personas entrevistadas valoran favorablemente la mayor regulación prevista en la nueva normativa, otras resaltan los riesgos de un aumento de conflictividad, las dificultades en su puesta en práctica, así como la falta de eficacia de las medidas exclusivamente restrictivas en el abordaje de la problemática.
- En la mayoría de los centros de trabajo, no se han realizado **programas de prevención o ayuda a la deshabituación**, exceptuando algunas administraciones públicas, centros sanitarios y grandes empresas. En algunos centros de trabajo, se observan estrategias de información sobre actividades de ayuda organizadas por otras entidades. La mayoría de profesionales que han participado en las entrevistas coinciden en señalar la contradicción entre la introducción de normativas más estrictas en el ámbito laboral y la falta de ayudas a la deshabituación dirigidas al personal empleado.
- Respecto a la **oferta asistencial** del Servicio Andaluz de Salud, se observa una falta de conocimiento de su contenido y de las vías de acceso a la misma, así como una percepción de masificación de las Unidades de Tabaquismo existentes.
- El personal sanitario de **Atención Primaria**, consciente de su responsabilidad de ofrecer el consejo mínimo, resalta una falta de información sobre los cauces de derivación, lo cual impide ofrecer una ayuda adecuada a pacientes que acuden a la consulta con la intención de dejar el hábito tabáquico.
- Entre las actividades de ayuda desarrolladas, tanto por parte de los centros de trabajo como por el sistema sanitario público, los formatos de **terapia grupal** reciben una valoración especialmente positiva. En cambio, se critica la falta de **prescripción gratuita** de los medicamentos y otros métodos (parches, chicles,...).
- Existen opiniones diferenciadas sobre la **función modélica** del propio colectivo profesional, en función del ámbito laboral, reconociéndose un mayor papel de modelo de conducta en el contacto con el público, sobre todo en los sectores sanitario y educativo.
- Según el ámbito profesional y social, se puede observar una conceptualización diferente del hábito tabáquico como **decisión libre o conducta adictiva**. Esta percepción diferenciada tiene consecuencias, tanto para la importancia otorgada a una reivindicación de tratamientos, como para el grado de regulación deseado. Especialmente, en el grupo del profesorado de Universidad, así como en el del personal asalariado con cualificación, se resalta la importancia

del respeto a la decisión en favor del hábito tabáquico, mientras que el personal de sanidad, de educación (primaria y secundaria) y del empleo público otorga un mayor énfasis a un reconocimiento del tabaquismo como enfermedad.

- En diferentes grupos surge la discusión acerca de la **dimensión macro** de la temática, en el sentido de una reflexión crítica sobre las implicaciones políticas y económicas en las estrategias de promoción de salud, regulación del consumo, y el control de la composición del tabaco a escala internacional.
- Entre las **expectativas y propuestas de mejora** nombradas resaltan, como principales áreas temáticas, las aportaciones relacionadas con las normativas y su cumplimiento, las ayudas a la deshabituación ofertadas desde el propio centro de trabajo, y la mejora de la asistencia sanitaria.
- La coincidencia temporal de la realización de este estudio con un momento de boyante presencia de la temática en los medios de comunicación, se mostró como un factor de influencia en el **clima de trabajo** y en el contenido de las aportaciones, observándose en la mayoría de los grupos entrevistados un alto grado de información previa, sensibilización e interés. Finalmente, participantes de diferentes grupos manifestaron su interés por ser informados sobre el desarrollo del Plan Integral de Tabaquismo y las conclusiones resultantes de las entrevistas realizadas.

II.6. Oportunidades de mejora.

Considerando el diagnóstico de situación del tabaquismo en Andalucía hasta ahora expuesto cabe destacar las siguientes áreas prioritarias de actuación:

1. La información y sensibilización a toda la población sobre el problema del tabaquismo, su prevención y la creación de “*espacios libres de humo*” como zonas de bienestar social. Facilitar la accesibilidad a la educación en habilidades de toma de decisiones y la interiorización de conductas saludables alternativas, alejadas del consumo del tabaco.
2. Que grupos con responsabilidad social o modélicos actúen como agentes promotores de salud; sus acciones y decisiones tienen un efecto multiplicador sobre el resto de la población.
3. Que la totalidad de profesionales sanitarios incorporen la intervención mínima a su práctica diaria y ejerzan labores modélicas, preventivas y terapéuticas con el objetivo de ayudar a las personas a avanzar en su estadio y lograr el abandono del hábito, como una forma de ganar calidad de vida.
4. Actividades preventivas, orientadas a potenciar estilos de vida saludables, con énfasis específico sobre aquellos factores relacionados con el inicio y el mantenimiento del hábito tabáquico, muy especialmente dirigidas a los grupos más vulnerables.
5. Actuaciones en jóvenes y adolescentes, mediante estrategias eficaces de promoción de salud y prevención, adaptadas a las diferentes edades y capacitadoras para reconocer y resistir la presión social.

6. Que los ambientes laborales sean saludables, “libres de humo de tabaco” y en un clima de bienestar social y respeto mutuo. La conciliación como elemento clave.
7. Rediseño del modelo asistencial actual hacia un modelo que nos permita proyectar las intervenciones más adecuadas, en función del estadio de cambio en el que se encuentre la persona. Desde este enfoque alternativo, el objetivo de la intervención se amplía de manera notable, ya que lo que se persigue es ayudar a la persona fumadora a avanzar en su proceso de abandono, garantizándose la continuidad asistencial. Para ello son elementos clave:
 - La ordenación de los recursos bajo la premisa básica de situar el recurso en el lugar necesario.
 - Garantizar una respuesta asistencial eficaz, con circuitos asistenciales claramente definidos y actividades planificadas y organizadas en el tiempo.
 - La mejora en la accesibilidad a los servicios.
 - Disminución de la variabilidad de la práctica clínica, con la realización de aquellas actividades que han mostrado aportar beneficios, y eliminando la inequidad dependiendo del centro o del profesional.
 - Mejorar la coordinación entre niveles y entre profesionales del mismo nivel, adecuando la oferta a las demandas más frecuentes y distribuyendo las tareas según el perfil de competencias de cada profesional.
 - Facilitar herramientas para el seguimiento (con planificación de visitas y sistemas de registro y monitorización que permitan conocer la situación de cada paciente en todo momento) y recaptación.
 - Impulsar un sistema de control de calidad mediante la definición de indicadores, cuya evaluación permita aconsejar las estrategias de mejora pertinentes.
8. Sistemas de información mejorados, capaces de proporcionar datos que puedan ser explotados a nivel de comunidad autónoma y permita identificar con nitidez las desigualdades y los grupos más vulnerables. En este sentido podría contribuir un Centro de Estudios del Tabaquismo que potenciara el desarrollo de la investigación y fuese una asesoría integral sobre el tabaquismo.
9. Desarrollar programas de formación pregrado, postgrado y de formación continuada, que faciliten a los profesionales implicados la adquisición de las competencias necesarias (referidas tanto a conocimientos, como a habilidades y actitudes)
10. Adecuar la dotación de los centros sanitarios para poder llevar a cabo todas las actividades necesarias para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del tabaquismo.
11. Adaptar la normativa andaluza a la ley estatal. Actualizar la legislación vigente en materia de tabaco.
12. Lograr la participación de toda la ciudadanía en el gran pacto social necesario (puesto que a todos afecta, todos pueden participar; si con todos se consensúa, todos cumplirán).

III. OBJETIVOS

El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía perseguirá los siguientes objetivos:

1. Disminuir la incidencia y la prevalencia del tabaquismo en Andalucía.
2. Reducir las complicaciones y la morbimortalidad atribuible al tabaco en la población andaluza.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas fumadoras y no fumadoras.
4. Crear un futuro “Libre de Humo” en un clima de bienestar social y respeto mutuo, potenciando estilos de vida saludables y garantizando la protección del derecho a la salud de todas las personas.
5. Promover la participación ciudadana, buscando su implicación en el desarrollo de cada una de las áreas de intervención que contempla este Plan.
6. Garantizar a las personas fumadoras la mejor atención sanitaria, fundamentada en la evidencia científica disponible.
7. Asegurar la continuidad asistencial como un elemento de calidad integral.
8. Adecuar, de manera efectiva y eficiente, la oferta de los servicios a las necesidades de la población.
9. Aumentar el grado de conocimiento e información de la población general sobre tabaquismo, con especial atención a los grupos modélicos y de relevancia social, así como a otros colectivos de especial vulnerabilidad.
10. Promover la formación de los profesionales y fomentar la investigación en materia de tabaquismo, como medios para avanzar en el conocimiento y en el tratamiento de esta enfermedad y sus consecuencias.

IV. LÍNEAS DE ACCIÓN

Para alcanzar los objetivos definidos se establecen líneas de actuación en los siguientes ámbitos:

1. Comunicación, información y sensibilización a la población.
2. Prevención del tabaquismo y promoción de la salud en diferentes entornos.
 - a. Ámbito educativo
 - b. Ámbito laboral
 - c. Ámbito local
3. Atención sanitaria a personas fumadoras.
4. Atención a colectivos de especial relevancia social.
 - a. Profesionales de centros sanitarios
 - b. Profesionales de centros docentes
 - c. Empleados de las administraciones públicas
5. Situaciones de especial atención
 - a. Mujeres embarazadas
 - b. Personas con problemas de salud mental
 - c. Personas privadas de libertad
 - d. Personas inmigradas
6. Formación y desarrollo profesional
 - a. Competencias profesionales
 - b. Formación pregrado, postgrado y continuada
7. Investigación.
8. Evaluación, calidad y sistemas de Información.
9. Marco legislativo.

IV.1. Comunicación, información y sensibilización a la población

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, tanto individuales como colectivos. En el caso concreto del tabaquismo, la información y la comunicación constituyen influyentes estrategias que pueden contribuir en la prevención del inicio del hábito, en la reducción y/o cesación del consumo de tabaco, o en la facilitación de un clima conciliador y respetuoso entre las personas fumadoras y no fumadoras.

En los últimos años, la comprensión social de la magnitud del problema de salud del tabaquismo está despertando, pero se hace necesario continuar los esfuerzos de comunicación y sensibilización de la opinión pública sobre este tema. En concreto, las actuaciones del Plan Integral de Tabaquismo perseguirán los siguientes **tres objetivos generales**:

1. Posicionar el tabaquismo como el principal problema de salud pública de Andalucía.
2. Favorecer una postura conciliadora y respetuosa que minimice el conflicto entre fumadores y no fumadores y abogue por el derecho al respeto de la salud de todos.
3. Generar una percepción pública favorable al abordaje y control del tabaquismo en Andalucía.

Adicionalmente, y sin menoscabo de las líneas de comunicación específicas que requerirán las diferentes acciones definidas, el plan general de comunicación estará definido por los **3 ejes** siguientes:

- La comunicación externa girará fundamentalmente en relación a la *sensibilización* de los diferentes públicos objetivo, a la promoción de los espacios libres de humo y la acomodación al nuevo marco legislativo. Se pondrá especial énfasis en promover la conciliación en el ámbito laboral entre el personal fumador y no fumador, apoyando el respeto a la salud y considerando los espacios sin humo como lugares de bienestar comunes.
- Se sostendrán *alternativas saludables*, vinculadas a valores democráticos (derechos y libertades, solidaridad, ecología, calidad de vida, bienestar) y valorando por sí misma la opción de no fumar (sin entrar en confrontación con la de fumar, pero sin menoscabo de dejar patente la distancia que enfrenta el universo simbólico asociado al tabaco y las consecuencias reales y cuantificables que provoca).
- Se potenciarán los canales de comunicación bidireccional con la ciudadanía, para captar tendencias, prever cambios y realizar adaptaciones de las estrategias, orientándose todo ello *al servicio de la población*.

Líneas de acción 2005-2010.

- Las instituciones y los centros sanitarios promoverán campañas de información y sensibilización sobre el tabaquismo. Para ello se impulsará la colaboración de asociaciones de afectados y sociedades científicas.
- Garantizar a las personas fumadoras y la población andaluza en general la accesibilidad a la información sobre el tabaquismo y los recursos sanitarios disponibles, para favorecer

de manera continuada la deshabituación tabáquica (Salud Responde: 24 horas/día, 7 días/semana). Asimismo, se complementará este canal de comunicación con un espacio web que contenga información actualizada sobre la normativa, los métodos y guías para dejar de fumar, los recursos sanitarios y programas de deshabituación, trabajos de investigación, etc.

- Editar guías y protocolos con información y consejos, y ponerlos a disposición de las instituciones y empresas que los soliciten.
- Promover, a través de convenios de colaboración, el proyecto 'Empresa libre de humo' dentro del Plan de Empresas Saludables. Informar del proyecto y de las razones para impulsarlo, en términos de beneficios conjuntos y relacionándolo con fines sociales de prevención y promoción de la salud.
- Definir planes específicos de información y comunicación para diferentes poblaciones.
- Incluir la formación sobre tabaquismo en los contenidos de educación para la salud en la escuela.
- Mantener implicada en la prevención del consumo de tabaco a toda la comunidad educativa (AMPAs, profesorado y alumnado), e instar a la función modélica de distintos colectivos (docentes, sanitarios, líderes sociales...).
- Asegurar una mayor difusión y conocimiento de la normativa vigente en materia de publicidad, venta y consumo de tabaco.
- Promocionar espacios de radio y televisión referente a la problemática del tabaco.

IV.2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN DIFERENTES ENTORNOS

Se contemplan a continuación fundamentalmente tres ámbitos: el educativo, el laboral y el de la acción local.

IV.2.1. Ámbito educativo.

La intervención en este ámbito tiene como objetivo evitar o retrasar el inicio de consumo de tabaco entre escolares y adolescentes. Las etapas tempranas de la vida requieren una especial atención, puesto que el consumo precoz de tabaco lleva aparejado un mayor riesgo de adicción en etapas posteriores y, por tanto, una mayor probabilidad de problemas de salud. Dado que un porcentaje muy elevado de adultos fumadores ha tenido sus primeros contactos con el tabaco a lo largo de la adolescencia, se suele considerar que retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco redundará, a medio y largo plazo, en una menor prevalencia de consumo entre las personas adultas. La adolescencia es, por otro lado, una etapa especialmente vulnerable a la presión social hacia el consumo de tabaco, y esta vulnerabilidad no se hace menor con la influencia del marketing de las compañías tabaqueras, el amplio consumo de tabaco entre las personas adultas, su bajo precio, fácil acceso y el consentimiento generalizado.

El sistema educativo debe preparar al alumnado para poder tomar, de manera razonada y libre, decisiones que les vayan a reportar las mejores consecuencias sobre su calidad de vida y la de las personas que les rodean. El espacio educativo ofrece la posibilidad de acceder a todos los chicos y chicas menores de 16 años, y a un porcentaje muy elevado de los de hasta 18 o 20 años.

Prevención de tabaquismo dentro de las estrategias de promoción de la salud

Los programas de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo deben estar integrados en un conjunto más amplio de medidas en la comunidad escolar, cuya finalidad sea la promoción de estilos de vida saludables. Además, deben estar reforzados por un respeto generalizado a la normativa de no fumar en los centros educativos, y una oferta de ayuda para la deshabituación a todos los miembros de la comunidad educativa.

Los programas que mejores resultados están logrando son los que, más allá de la mera transmisión de conocimientos, están basados en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social (del grupo de iguales, de las personas adultas, de los medios de comunicación), conteniendo también información sobre los efectos negativos de fumar, corrigiendo las percepciones erróneas sobre el consumo de tabaco (grado de extensión del tabaquismo entre las personas adultas y jóvenes, beneficios asociados) y aclarando el coste individual y social de este consumo. Independientemente de la duración de la intervenciones, los efectos más duraderos se han logrado con programas que contemplan, además, sesiones de refuerzo o seguimiento.

A continuación se describe el programa de prevención del tabaquismo **“A no fumar, ¡Me apunto!”**, dirigido a los adolescentes que estudian enseñanza secundaria en centros docentes de la comunidad autónoma, y que contiene dentro de sí diversas propuestas.

El programa “A no fumar, ¡Me apunto!” integra contenidos y estrategias dirigidos a la prevención del consumo de tabaco entre el alumnado y la comunidad educativa, dentro de los planes del centro, de manera adaptada a la realidad y a los proyectos de promoción de salud que se están desarrollando. La participación de un centro en el programa implica, como mínimo, el compromiso de cumplir la normativa de consumo de tabaco en el centro y realizar actividades de prevención en el primer ciclo de E.S.O. y, opcionalmente, ofrece la posibilidad de participar en otras actividades, tales como los concursos “Clase sin humo” o “Déjalo y Gana”.

El programa abarca distintas estrategias, la primera y básica dirigida a todo el centro escolar y el resto destinadas a los distintos niveles educativos de enseñanza secundaria. Cada centro docente puede incorporar una o varias de estas estrategias, de acuerdo a sus intereses y características, partiendo de la constitución de un grupo de trabajo. A continuación se describen someramente las estrategias propuestas.

1. Propuestas para todo el centro escolar: “Centros docentes sin humo”

La finalidad de esta propuesta, que se pilotará durante el curso escolar 2005-06, es conseguir un entorno escolar libre de humo, mediante la sensibilización de la comunidad educativa acerca de los riesgos del tabaquismo, la función modélica del profesorado y de las familias, y la importancia de mantener un espacio escolar libre de humo. Asimismo pretende potenciar el cumplimiento de la normativa en los centros y el acceso de los miembros de la comunidad educativa a los servicios de deshabituación tabáquica.

Las actividades, realizadas en colaboración con profesionales de salud, básicamente son: señalización correcta del centro, inspección del cumplimiento de la normativa, información y sensibilización sobre la oferta de los servicios de deshabituación tabáquica.

2. Propuestas para Primer Ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

A) “E.S.O SIN HUMO”

Las actividades se incorporarán en la tutoría de 1º y 2º de E.S.O. y se recogerán en la “Guía para el profesorado”. Contempla actividades para informar de los riesgos del consumo de tabaco para la salud, insistiendo en aspectos que puedan tener más interés para los chicos y las chicas, de manera que los estudiantes conozcan las influencias sociales en el inicio del consumo y el modo de hacerles frente. Estos contenidos se organizan en torno a varias unidades didácticas con diversas actividades adaptadas a los escolares de esta etapa. La duración aproximada es de entre 8 y 10 horas en cada curso escolar, coordinadas por el personal orientador del centro educativo, y contemplando sesiones de refuerzo. La metodología debe ser dinámica, superando la charla explicativa y la exposición de imágenes, mediante la introducción de elementos interactivos (con participación y debate con el alumnado), utilizando métodos tales como el role playing, el teatro y la expresión plástica, proponiendo técnicas de mediación entre iguales y partiendo de ideas previas del propio alumnado.

B) Concurso escolar “CLASE SIN HUMO”

Dirigido específicamente a los cursos 1º y 2º de ESO, este concurso se incorpora, con carácter complementario, a las clases que participan en “E.S.O. sin humo”. Consiste en que una clase, junto con su tutor o tutora, se comprometa a no fumar durante 6 meses y a elaborar un eslogan sobre la prevención del tabaquismo. El mantenimiento de este compromiso posibilita que toda la clase acceda a una serie de premios al finalizar el curso escolar. Esta actividad tiene una dimensión europea - intercambio con clases de otros países europeos, premio de un viaje a otro país de Europa- que añade otros alicientes adicionales (estímulo para el aprendizaje de idiomas, utilización de páginas web). Su realización y evaluación en la provincia de Córdoba (López y García, 2000) ofrece la experiencia y los materiales adaptados para implementarlo.

3. Propuestas para Segundo Ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria/Bachillerato/Ciclos Formativos.

A) ACTUACIÓN ANTE EL TABAQUISMO

Esta propuesta recogerá actividades para sensibilizar a quienes ya hayan iniciado el consumo de tabaco, e incidir en los beneficios de abandonarlo. Además de las actividades preventivas para el resto, recogidas en la “Guía para el profesorado”, se incidirá en la implicación del alumnado que ya fuma en respetar un entorno escolar “libre de humo”. Las actividades, en cualquier caso, deberán adaptarse a los patrones de consumo que se hayan detectado entre el alumnado del centro que curse estos niveles educativos.

B) Concurso “DÉJALO Y GANA”

Este concurso va dirigido al alumnado de 15 a 19 años, independientemente del nivel educativo que curse. En este caso es una actividad individual, que refuerza y complementa la estrategia anterior. Consiste en que un alumno/a se compromete a mantenerse sin fumar durante un mes (tanto si es fumador/a como si no lo es). El mantenimiento de este compromiso a lo largo del concurso le abre

la posibilidad de acceder a premios individuales. También se ha realizado y evaluado en nuestra Comunidad Autónoma y tiene una dimensión europea que puede añadir atractivo al programa.

4. Red de apoyo para el programa “A no fumar, ¡Me apunto!”

A pesar de que las propuestas introducidas en el programa de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo están pensadas para ser llevadas a cabo por el personal docente propio de cada centro, parece necesario contar con una red de apoyo, formada por profesionales sanitarios y de educación, para motivar la participación de la comunidad educativa y, sobre todo, proporcionar asesoría sobre la utilización de los materiales o los modos de abordar un determinado aspecto del programa en el aula. Asimismo, también podría realizar directamente alguna actividad de apoyo en los centros. El programa de asesorías de información-formación “Forma Joven”, prestado por profesionales de la salud, la educación y otros ámbitos y con la colaboración de los propios jóvenes, podría desempeñar este papel. En cualquier caso, para la gestión de los recursos materiales, será necesario contar con el apoyo de los equipos coordinadores y directivos, tanto de las delegaciones provinciales como de los centros escolares y sanitarios, y la colaboración de los centros de enseñanza del profesorado (CEP) para la formación específica en prevención del tabaquismo en el medio educativo. También sería significativo el apoyo de profesionales de los centros de salud formados en tabaquismo y con experiencia en su tratamiento.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010.

- 1) Ofertar un programa integrado de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo, dentro del marco planteado por la Red Andaluza de Escuelas Promotoras de Salud, extendiéndolo progresivamente a todos los centros de Enseñanza Secundaria de Andalucía, y realizando una evaluación sistemática del mismo.
- 2) Promover la disponibilidad de los profesionales para colaborar en una red de apoyo a los centros.
- 3) Establecer medidas estables de acercamiento y coordinación entre los profesionales del ámbito sanitario y educativo.
- 4) Organizar y llevar a cabo un plan de formación de profesionales de educación y salud, así como de mediadores juveniles a nivel de provincias.
- 5) Asegurar las medidas organizativas necesarias para posibilitar la realización del programa de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo en todos los centros de Andalucía.
- 6) Potenciar la figura del personal técnico de Educación para la Salud de los distritos de atención primaria y dotarla de recursos para colaborar en la dinamización de la comunidad educativa en relación a la prevención del tabaquismo.
- 7) Incluir en la cartera de servicios y en el contrato-programa de los distritos sanitarios el programa de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo.

- 8) Ampliar y consolidar el programa “Forma Joven” en todos los centros que impartan Enseñanza Secundaria Obligatoria en Andalucía, e ir extendiéndolo a los lugares de encuentro de los jóvenes fuera de los centros docentes.
- 9) Potenciar la realización de estudios con población escolar para evaluar los cambios y las tendencias del consumo de tabaco entre los y las adolescentes andaluces.
- 10) Avanzar en la definición de estrategias en otras áreas menos abordadas, tales como:
 - La integración de los programas de prevención del tabaquismo en la estrategia global de promoción de la salud.
 - Establecer la idoneidad de adoptar estrategias específicas de prevención del tabaquismo en el alumnado de especial riesgo social y educativo, al igual que para la Educación Primaria.
 - Valorar la integración del programa de prevención del tabaquismo con otros programas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo.
 - Diseñar estrategias específicas dirigidas a jóvenes en ámbitos no docentes.

IV.2.2. Ámbito laboral.

El programa de actuaciones de prevención del tabaquismo en el ámbito laboral, llamado “Empresas Libres de Humo”, se enmarca dentro del Plan Empresas Saludables. Este Plan es una iniciativa conjunta de la Junta de Andalucía (a través de las Consejerías de Salud, Empleo y Desarrollo Tecnológico e Igualdad y Bienestar Social), la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA) y los sindicatos CCOO y UGT. Este Plan, incorporado en el VI Acuerdo de Concertación Social de Andalucía, pretende desarrollar estrategias de participación que introduzcan los objetivos de Salud Pública en las empresas, facilitando la extensión de una cultura de la salud como valor social y la implantación de estilos de vida saludables.

El interés por las actividades de promoción de la salud en el medio laboral, dentro de las que se enmarca la prevención y el control del tabaquismo, nace al final de los años 70, relacionada con el reconocimiento de la influencia del medio ambiente laboral sobre la salud, junto con la evidencia emergente de que las estrategias de promoción de la salud demostraban ser eficaces en la modificación de conductas en el medio laboral.

El objetivo principal de este programa, en lo que atañe a la problemática del tabaco, es alcanzar un ambiente laboral libre de humo de tabaco, en un clima de respeto mutuo y bienestar social, protegiendo el derecho a la salud de todas las personas implicadas y facilitando, lo máximo posible, el inicio y el logro de la deshabituación tabáquica.

Los principios básicos del programa son:

- La participación efectiva de todos los sectores y estamentos, trabajadores y directivos, como una de las condiciones para el éxito.

- La combinación de diversas estrategias: individuales (de tipo formativo); ambientales (restricción y eliminación de la contaminación por humo de tabaco en la empresa), o asistenciales (ofreciendo consultas de deshabituación para los trabajadores y trabajadoras que deseen cesar su hábito), dirigidas todas ellas a facilitar el cambio hacia conductas más saludables.
- Todas las actividades se integrarán en la organización y condiciones de trabajo de la empresa.

En el programa podrán participar todas las empresas que voluntariamente lo deseen. Tras la solicitud y el primer contacto de presentación, la empresa deberá formalizar un convenio específico con la Consejería de Salud en el que quede reflejado el compromiso de las partes a cumplir las medidas de implantación necesarias para el correcto funcionamiento del programa. Tanto este convenio como el resto de las actuaciones recogidas más abajo se ajustarán a lo contemplado en el Plan de Empresas Saludables.

La dirección de la empresa dará a conocer a todo el personal la puesta en marcha del programa y los contenidos del mismo mediante sus canales de comunicación habituales. Asimismo, asegurará la participación de los trabajadores en el desarrollo y evaluación de todas las fases del proyecto.

Antes de iniciar las actuaciones, se realizará una evaluación inicial cuyo objetivo es conocer el patrón de consumo de tabaco en la empresa a través de un cuestionario anónimo, así como otros datos que se consideren relevantes para definir las peculiaridades en la implantación de las medidas en cada empresa concreta. Todos estos datos servirán de base para el seguimiento del programa y su posterior evaluación.

La secuencia completa del desarrollo del programa puede resumirse como sigue:

- 1. Sensibilización.** Desarrollo de una campaña informativa de carácter general sobre el tabaco y los efectos perjudiciales, así como de los beneficios del abandono. También se informará sobre las posibilidades terapéuticas disponibles, los mecanismos de ayuda para conseguir la abstinencia en el ámbito laboral y la facilitación de conductas alternativas saludables. Los instrumentos para esta campaña comprenderán charlas informativas, carteles y folletos o manuales informativos. Además de a la plantilla de la empresa, el público objetivo de esta medida también abarcará a familiares y convivientes, a fin de lograr apoyo fuera del lugar de trabajo.
- 2. Señalización de los espacios libres de humo,** con el objetivo de que la empresa, en su totalidad, se convierta en un Espacio Libre de Humo.
- 3. Programa de deshabituación del tabaquismo.** A todos aquellos trabajadores/as que voluntariamente quieran abandonar el consumo de tabaco, se les ofrecerá la ayuda adecuada según su nivel de dependencia y su estadio de preparación/acción, evaluados previamente a través de la historia clínica individual. Se identifican los dos niveles de intervención siguientes:
 - Fumadores en estadio de preparación/acción con nivel bajo o muy bajo de dependencia (estimado en un 50% de la plantilla fumadora aproximadamente). A estas personas se les

felicitará, se reforzará su conducta, se les entregará la Guía para Abandonar el Tabaco, comentando las mejores pautas para conseguirlo.

- Fumadores en estadio preparación/acción con nivel medio o alto de dependencia (respectivamente, en torno a un 30% y un 20% de la plantilla fumadora). A estos trabajadores se les ofrecerá la posibilidad de integrarse en un programa de deshabituación.

Dentro de cada empresa, y atendiendo fundamentalmente a las peculiaridades de ésta, se podrá optar por fórmulas alternativas para ofertar el tratamiento de deshabituación a los trabajadores:

- Si la empresa cuenta con personal cualificado, el programa correrá a cargo de estos profesionales, con el apoyo necesario, de formación y/o asesoramiento por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- En caso contrario, se facilitará el contacto con las unidades de apoyo en los Distritos de Atención Primaria para organizar la atención necesaria facilitando, siempre que sea posible, que la intervención se realice en el propio entorno laboral.

4. Evaluación y seguimiento. A lo largo de la implantación del programa se recogerá información que haga posible la evaluación permanente y, en caso necesario, la aplicación de medidas de adaptación.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010.

- 1) Desarrollar el Programa de Empresas Libres de Humo en todas las empresas andaluzas que lo deseen, comenzando por aquellas de más de 50 trabajadores.
- 2) Alcanzar el compromiso e implicación de todos los sectores y estamentos implicados (directivos, trabajadores, agentes sociales) para una consecución satisfactoria del programa.
- 3) Asegurar la formación, asesoramiento y apoyo precisos a los profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales.
- 4) Ofrecer programas de deshabituación tabáquica a todos los trabajadores y trabajadoras que deseen dejar de fumar y, a aquellos que deseen seguir fumando, estrategias para afrontar su jornada laboral sin tabaco.
- 5) Realizar la evaluación y el seguimiento del desarrollo del programa en todas las empresas adscritas.

IV.2.3. Colaboración intersectorial, participación y acción local

La salud se relaciona con decisiones y acciones individuales y colectivas. En esta línea, organizaciones ciudadanas y de usuarios/as, junto con entidades profesionales y científicas y organismos públicos deben confluir para emprender acciones conjuntas, que faciliten la consecución de los objetivos de protección de la salud y la reducción de los problemas que origina el tabaquismo. Por lo tanto, una de las actuaciones estratégicas del Plan Integral sobre el Tabaquismo en Andalucía será continuar la colaboración entre los distintos sectores de la administración, así como avanzar en la implicación ciudadana y consolidar la acción local desde los ayuntamientos y las asociaciones.

Como refleja el III Plan de Salud de Andalucía, es especialmente relevante la participación de **la colectividad local**, entendiendo que ésta engloba a:

- El gobierno local, fundamentalmente las Áreas de Salud, Medio Ambiente y Participación Ciudadana.
- Las autoridades sanitarias del territorio.
- Los agentes económicos y sociales: personal trabajador y empresariado.
- La comunidad escolar: alumnado, profesorado y personal de administración, asociaciones de padres y madres.
- Las organizaciones no gubernamentales: asociaciones de voluntariado, grupos de autoayuda y de personas afectadas, consumidores y usuarios/as, jóvenes, mayores, mujeres, ecologistas, vecinales, etc.
- Los medios de comunicación.

La colaboración iniciada con la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP), en la iniciativa 'Ciudades Saludables' de la Consejería de Salud o en la de 'Ciudades libres de drogas' desde la Consejería de Igualdad y para el Bienestar Social, ilustra la necesidad de avanzar en el compromiso local para lograr objetivos en salud.

El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía considera crucial la implicación de asociaciones y organizaciones profesionales en el desarrollo, seguimiento y validación de las estrategias propuestas, así como en la organización de circuitos y modos de atención que faciliten todo lo posible a la población las opciones más saludables.

Ya se han comunicado experiencias con muy buenos resultados de participación de la comunidad en la estrategia de abordaje del tabaquismo (Plan Alerta del Área Sur de Sevilla). Así, asociaciones vecinales, de voluntariado, medios de comunicación, instituciones públicas o federaciones deportivas constituyen una red social que fortalece la intervención de los servicios sanitarios, dándoles sentido en la comunidad. En este sentido, cabe destacar el papel que vienen jugando algunas asociaciones de personas afectadas por patologías relacionadas con el tabaco para facilitar el cumplimiento de la normativa en centros sanitarios o de otro tipo, así como para sensibilizar a la población de la importancia del problema y las posibilidades de intervención. También es destacable el papel de los profesionales de farmacia en el consejo mínimo y la derivación protocolizada a los recursos existentes, iniciativa que ya se ha puesto en marcha en una provincia andaluza con buenos resultados.

A lo largo del presente plan se recogen iniciativas que necesitan ser especialmente potenciadas, como por ejemplo el esfuerzo para convertir a las empresas en espacios libres de humo sin que esto suponga un enfrentamiento entre las personas que fuman y las que no, en un clima laboral de conciliación.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010

1. Se desarrollará una estrategia de subvenciones dirigidas a fomentar la participación de las corporaciones locales, asociaciones, ONGs y otros sectores económicos y sociales en el desarrollo del Plan Integral de Tabaquismo, delimitando claramente las líneas estratégicas de colaboración, el territorio de acción, el o los grupo/s destinatario/s, el catálogo de actuaciones a desarrollar; así como los resultados prácticos esperados, la metodología de trabajo y el sistema de evaluación.
2. La estrategia de colaboración para la prevención del tabaquismo se integrará en estrategias globales de promoción de salud en el nivel local. A tal fin se fomentará, desde los gobiernos locales, la formación de los agentes implicados en esta estrategia y se aprovechará el marco de desarrollo de la Red de Ciudades Saludables.
3. Las corporaciones locales, dada su posición estratégica en la comunidad, incrementarán su compromiso de promover “municipios libres de tabaco”, mediante la inspección y el control de los puntos de venta, el consumo, la publicidad y, en general, del cumplimiento de la normativa sobre el tabaco.
4. Se promoverá la colaboración de asociaciones ciudadanas y profesionales en el diseño, la difusión y el desarrollo de las estrategias de prevención y atención, de modo que cada persona pueda recibir, procedente de un igual, la información más contrastada en su entorno natural y sea posible aproximar al máximo los servicios y recursos a la ciudadanía.
5. De manera especial, se establecerán estrategias de colaboración para alcanzar a la población más vulnerable: menores, adolescentes, personas inmigradas o en cualquier situación de riesgo de exclusión social.
6. Se desarrollará un plan de formación de agentes económicos, sociales y comunitarios, con el apoyo de profesionales que desarrollan el Plan Integral, especialmente las Unidades de Apoyo del SSPA y las asociaciones profesionales.
7. Se desarrollará una red virtual de intercambio de información o de proyectos locales de actuación entre profesionales implicados en el desarrollo del Plan Integral en el nivel local, a fin de reforzar y compartir las buenas prácticas generadas y dar soporte a las estrategias multicéntricas.

IV.3. PROTOCOLIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A PERSONAS FUMADORAS

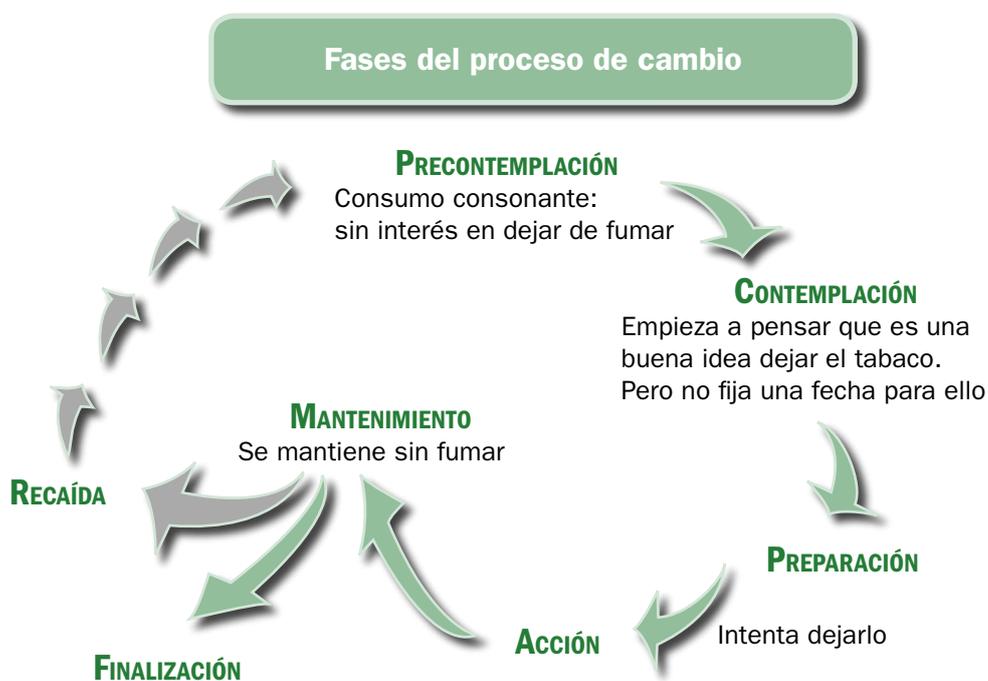
Afortunadamente, cada vez está siendo mayor el número de personas fumadoras que se plantea dejar de fumar y emprende un intento serio de abandono. Una parte de esta población, pese a ello, no puede dejar el hábito por sí misma, y requiere algún tipo de ayuda o tratamiento específico. El Sistema Sanitario Público de Andalucía debe ser capaz de ofrecer esta atención a las personas que así lo requieran.

El Plan Integral del Tabaquismo propone organizar la atención a las personas fumadoras desde el SSPA, con un modelo de atención sanitaria integral, multidisciplinar bajo la perspectiva de la continuidad asistencial, y adecuando la oferta de los servicios a las necesidades de la población.

Se garantiza a la población fumadora que quiere cesar su hábito la mejor atención sanitaria, basada en la evidencia científica más actual disponible. Nuestro punto de partida debe ser, no obstante, que todos los profesionales sanitarios, tanto de atención primaria como especializada, realicen la intervención mínima en consulta, que en ambos niveles se oferte la deshabituación tabáquica según las peculiaridades propias de cada ámbito, y que todos los espacios de los centros sanitarios sean libres de humo.

Las intervenciones en deshabituación tabáquica se centraron en un principio en conseguir que las personas fumadoras abandonaran su hábito mediante tratamientos que, si bien eran de demostrada eficacia, omitían la diferenciación del grado de motivación para dejar de fumar de los pacientes. Este enfoque conducía a un alto porcentaje de fracasos terapéuticos, un mal aprovechamiento de los recursos y la frustración de los profesionales. Ahora se sabe que, para que las intervenciones sean eficaces, es imprescindible valorar el nivel de motivación que cada paciente tiene para el cambio o, más concretamente, el *estadio de cambio* en que se encuentra la persona fumadora. El **modelo transteorético de Prochaska y DiClemente** (1994) establece la existencia de seis estadios o fases de cambio (su secuencia y características generales se presentan en la figura 6). Desde este enfoque el objetivo de la intervención se amplía, ayudando a la persona fumadora a avanzar de manera acorde con su proceso de cambio. Esta es su principal ventaja; permitir adecuar las intervenciones en función del estadio de cambio en el que se encuentre cada persona fumadora, ya en estadios avanzados (*preparación y acción*) ya en otros en donde no se plantea de forma inmediata la cesación (*precontemplación y contemplación*). Asimismo, este planteamiento sirve como punto de convergencia entre diversas estrategias de tratamiento. Este modelo es el que se implantará en todos los centros del SSPA.

Figura 6. Fases de cambio del modelo transteorético de Prochaska y DiClemente (1994)



Los centros de salud se configuran como lugares idóneos y de máxima calidad para la intervención en tabaquismo en la población general debido a sus características (accesibilidad, enfoque integral con gran componente preventivo, abordaje familiar y comunitario) y a la frecuencia, confianza y relación entre los profesionales y la población atendida. Por otro lado, las características de los pacientes hospitalizados y la oportunidad que brinda el ingreso para terapias intensivas, tanto grupales como individuales, hacen del nivel hospitalario un lugar privilegiado para abordar el problema del tabaquismo sin dilación en estos pacientes y en sus familiares.

La acomodación concreta del modelo reseñado a los servicios sanitarios puede plasmarse en una serie de intervenciones (tabla 17) según los distintos contextos de trabajo y la tipología de las personas fumadoras.

En el caso de las personas ingresadas y de sus familiares el proceso de atención será el mismo, quedando a cargo del profesional que atiende al paciente el consejo mínimo y la valoración. En caso de terapia avanzada o grupal, la derivación se realizará a la unidad o equipo que se halla establecido, que adaptará los procesos de derivación y atención a la situación de cada paciente. Si esto no fuera posible, podrá solicitarse, para pacientes ingresados la realización de terapias grupales en el hospital por profesionales de otras unidades externas, en función de la disponibilidad de recursos de éstas. El Plan contempla en sus líneas de acción la edición de una guía específica de actuación en tabaquismo en pacientes ingresados, dadas las características especiales de estos.

Para pacientes ambulatorios, se realizarán las derivaciones a los centros que realicen terapias grupales, tanto en atención primaria como especializada, según la situación individual de cada paciente. La atención a familiares se realizará del mismo modo, procurando una captación oportunista y la adecuación a sus necesidades.

El proceso de atención

El proceso de atención, ante cualquier contacto con el sistema sanitario, se iniciará, en todos los casos, interrogando sobre el hábito tabáquico actual o pasado, lo que permite realizar una clasificación inicial de cada paciente y el registro en su historia clínica mediante un método fácil y visible. Si la información ya está disponible, será posible articular una respuesta más rápida. Cuando se considere oportuno (disponibilidad de tiempo del profesional, motivo de consulta apropiado, etc.) las preguntas ¿quiere dejar de fumar? y ¿quiere intentarlo ahora? permitirán decidir el tipo de intervención más adecuada (Figura 7). En cualquier caso, ante toda persona fumadora, se deberá valorar la dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström simplificado².

Hay que subrayar la importancia de disponer de un sistema de registro (p.ej. mediante iconos) que permita visualmente, en el momento de la apertura de la historia del paciente (datos críticos), identificar a la persona fumadora y su estado de cambio, para poder articular una respuesta inmediata y oportuna. Este sistema de registro debe también reflejar el tipo y número de intervenciones realizadas.

² TEST DE FAGERSTRÖM (simplificado)

- a) ¿Fuma habitualmente más de 20 cigarrillos al día?
- b) ¿Desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo pasa menos de media hora?
- c) ¿El cigarrillo que más le apetece es el primero del día?

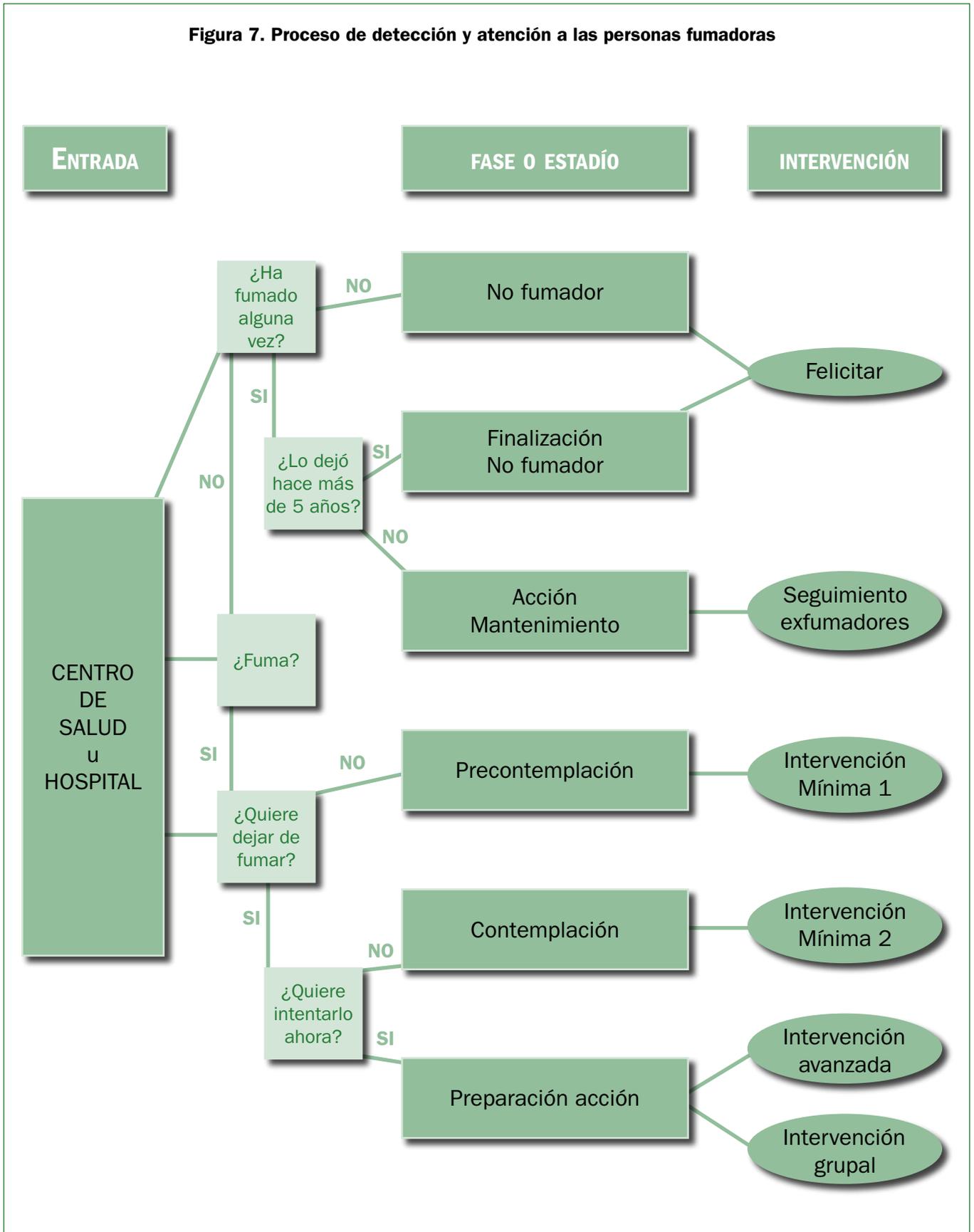
Tabla 17. Intervenciones del programa de abordaje del tabaquismo en el SSPA

¿A QUIÉN? ESTADIO DE CAMBIO	¿QUÉ? INTERVENCIÓN	¿QUIÉN?	¿CÓMO? ESTRATEGIAS	¿CUÁNDO?	¿DÓNDE?	¿CON QUÉ?
Estadio precontemplativo. Fumadores/as consonantes (no desean dejar de fumar)	Intervención Mínima 1	Todos los profesionales de primaria y especializada.	<p>Proporcionar información sobre el tabaco, personalizando la advertencia sobre los riesgos y beneficios del abandono, según el motivo de consulta.</p> <p>Aconsejar dejar de fumar y hacer seguimiento.</p> <p>En dos posibles espacios terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta individual (médica, de enfermería o trabajo social) - Sesiones grupales informativas periódicas en el centro sanitario u otro recurso comunitario. 	Con motivo de cualquier consulta o ingreso hospitalario	En los centros de salud, centros de especialidades y hospitales del SSPA.	Historia clínica. Folletos. Transparencias.
Estadio contemplativo. Fumadores/as disonantes (no tienen intención de dejar de fumar antes de 6 meses o no ponen fecha)	Intervención Mínima 2	Todos los profesionales de primaria y especializada	<p>Proporcionar información sobre el tabaco, personalizando los riesgos y beneficios según el motivo de consulta.</p> <p>Explorar obstáculos y dificultades para realizar un intento de abandono</p> <p>Consejo motivador para la toma de decisión y oferta de ayuda. Hacer seguimiento.</p> <p>En dos posibles espacios terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta individual (médica, de enfermería o trabajo social) - Sesiones grupales informativas periódicas en el centro sanitario u otro recurso comunitario. 	Con motivo de cualquier consulta o ingreso hospitalario	En los centros de salud, centros de especialidades y hospitales del SSPA.	Historia clínica. Folletos. Transparencias.

Tabla 17 (continuación). Intervenciones del programa de abordaje del tabaquismo en el SSPA

¿A QUIÉN? ESTADÍO DE CAMBIO	¿QUÉ? INTERVENCIÓN	¿QUIÉN?	¿CÓMO? ESTRATEGIAS	¿CUÁNDO?	¿DÓNDE?	¿CON QUÉ?
<p>Preparación para la acción. Se ha tomado la decisión de dejar de fumar en un periodo no superior a un mes</p>	<p><i>Intervención Avanzada Individual</i></p>	<p>Todos los profesionales que llevan a cabo el programa de tratamiento del tabaquismo de atención primaria. Profesionales de las unidades de apoyo hospitalarias</p>	<p>Reforzar la motivación para dejar de fumar. Valorar el tipo de abandono (brusco vs. gradual) y la necesidad de tratamiento farmacológico. Trabajar expectativas y percepción de autoeficacia. Fijar fecha de abandono. Requiere de un mínimo de tres sesiones: - valoración de la persona fumadora y establecer plan personalizado - inmediatamente tras la fecha escogida para el abandono para analizar obstáculos y proponer soluciones. - a los 15 días del abandono para reforzar, prevenir recaídas, revisión de tratamiento y fijar sesiones de seguimiento. Sesiones de seguimiento según plan personalizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A petición propia: demanda del paciente para dejar de fumar. - Derivación. - Con motivo de ingreso hospitalario propio o de un familiar. 	<p>Centros de salud de atención primaria. Unidades de apoyo de distritos y hospitales</p>	<p>Historia clínica. Guía para dejar de fumar. Tratamiento farmacológico (según los criterios)</p>
	<p><i>Intervención Grupal</i></p>	<p>Responsable programa de tabaquismo de atención primaria. Profesionales de unidades de apoyo, tanto de atención primaria como especializada.</p>	<p>Tratamiento multicomponente. Formato grupal dirigido por un profesional del centro entrenado con supervisión periódica. Se realiza en 6 sesiones de 2 horas con periodicidad semanal.</p>	<p>Tras derivación por parte de los profesionales</p>	<p>Centros ambulatorios de tratamiento de drogodependencias</p>	<p>Historia clínica. Transparencias. Vídeo. Material de apoyo al grupo (Guía para dejar de fumar)</p>
<p>Mantenimiento. Ex-fumadores/as de hasta 5 años de abstinencia</p>	<p><i>Seguimiento de ex-fumadores (Prevención de recaídas)</i></p>	<p>Todos los profesionales de primaria y especializada.</p>	<p>Felicitar por los logros Prevención y gestión de recaídas Rastrear dificultades. Programar seguimientos. Realizar en consultas individuales Tres seguimientos mínimos (a los 15 días, 3 meses y al año de abandono) y seguimiento oportunista en consultas por otro motivo.</p>	<p>Con motivo de cualquier consulta o ingreso hospitalario</p>	<p>En los centros de salud, centros de especialidades y hospitales del SSPA.</p>	<p>Historia clínica.</p>

Figura 7. Proceso de detección y atención a las personas fumadoras



De entre las actividades propuestas, hay que destacar que la intervención mínima, comparada con la intervención avanzada o grupal, es la de mayor coste-efectividad, dado su impacto poblacional. Asimismo, es importante señalar que, tanto para la intervención mínima como para la avanzada, la implicación ha de ser de todos los profesionales y se debe evitar, por tanto, asignar espacios de atención específicos en el centro de salud o en el hospital, o que la atención recaiga en un determinado profesional.

La tabla 18 resume la evidencia científica disponible sobre la eficacia de las distintas medidas de intervención que han demostrado su utilidad en el tratamiento del tabaquismo. En ellas se basa el modelo de asistencia que propone el Plan.

TABLA 18. Eficacia de la intervención psicológica y farmacológica frente a la no intervención o placebo.

Tipo de intervención	Eficacia OR (IC 95%)	Referencia
Manuales de autoayuda		
o Materiales no personalizados	1.24 (1.07-1.45)	Lancaster y Stead (2003b)
o Materiales personalizados	1.80 (1.46-2.23)	Lancaster y Stead (2003b)
Intervenciones mínimas		
o Consejo médico	1.69 (1.45-1.98)	Sylagy y Stead (2003)
o Consejo de enfermería	1.50 (1.29-1.73)	Rice y Stead (2003)
o Consejo telefónico (personal entrenado)	1.56 (1.38-1.77)	Stead, Lancaster y Perera (2003)
Intervenciones psicológicas (multicomponentes)		
o Terapia individual	1.62 (1.35-1.94)*	Lancaster y Stead (2003a)
o Terapia grupal	2.19 (1.42-3.37)	Stead y Lancaster (2003)
o Procedimientos aversivos	1.98 (1.36-2.90)	Hajek y Stead (2003)
Intervenciones farmacológicas		
o Chicle de nicotina	1.66 (1.52-1.81)	NICE (2002)
o Parche de nicotina	1.74 (1.57-1.93)	NICE (2002)
o Spray nasal de nicotina	2.27 (1.61-3.20)	NICE (2002)
o Inhalador de nicotina	2.08 (1.43-3.04)	NICE (2002)
o Tabletas sublinguales de nicotina	1.73 (1.07-2.80)	NICE (2002)
o Bupropión	2.75 (1.98-3.81)	NICE (2002)
o Nortriptilina	2.80 (1.81-4.32)	Hughes et al. (2003)
o Clonidina	1.89 (1.30-2.74)	Gourlay et al. (2003)

Adaptado de Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). OR= Odds ratio. IC= Intervalo de confianza.

* La intervención psicológica individual tiene mayor eficacia cuando es más intensiva:

1. Tiempo de contacto: 91-300 minutos (OR=3.2); > 300 minutos (OR=2.8)
2. Número de sesiones: 4-8 sesiones (OR= 1.4); > 8 sesiones (OR=2.3)

Las Unidades de Apoyo

La experiencia acumulada en Andalucía pone de manifiesto la importancia de disponer de unidades de apoyo, a nivel de distrito y hospital, que coordinen, impulsen y supervisen el trabajo de los profesionales de los centros de salud o servicios hospitalarios en relación con el abordaje del tabaquismo.

Estas unidades deben contar con profesionales que tengan conocimientos y habilidades en técnicas de modificación de conducta y en las diversas modalidades de tratamiento del tabaquismo. Puesto que esta dependencia es una enfermedad que se manifiesta con conductas inapropiadas para el mantenimiento de la salud del individuo, se entiende que es de capital importancia la terapia psicológica, siempre en el contexto de las estrategias de promoción de salud. Esta perspectiva dinamiza e incluye nuevas visiones en la práctica asistencial de los profesionales de la salud, sin quedar limitada a determinadas categorías profesionales.

Por otro lado, las unidades precisarán del apoyo administrativo y logístico de la institución donde se ubiquen, además de la dedicación parcial o total (en función de las cargas de trabajo y la disponibilidad de recursos de la Institución) de los profesionales que las integren.

Funciones de la Unidades de Apoyo al tratamiento del tabaquismo

Todas las Unidades de Apoyo cumplirán las mismas funciones independientemente de su ubicación en un Hospital o en Atención Primaria. Si bien, sus especificidades dependerán del tipo de demandas y oportunidades que su ámbito de cobertura les plantee. Entre sus tareas fundamentales se incluirán:

Capacitación de profesionales. Las Unidades se encargarán tanto de la capacitación inicial básica de todos los profesionales asistenciales de su ámbito, como de la relacionada con la intervención avanzada individual (entrevista motivacional en talleres) y grupal (formación teórica y práctica de terapeutas mediante coterapia en grupos). Constituye una parte importante para el mantenimiento del programa la formación continuada en los centros de salud y en los servicios hospitalarios, así como la realización de cursos centralizados sobre temas específicos. Esta formación se puede hacer extensible a otras instituciones del SAS y a la Universidad.

Organización del programa de atención al tabaquismo. Lo cual incluye la creación de una red de responsables, que mantendrán comunicaciones periódicas y reuniones acerca de temas cotidianos, conflictos con otros programas o prioridades del centro, suministro de materiales, evaluaciones periódicas e introducción de innovaciones. En la realización de terapias grupales, sería necesario adaptar las demandas de tratamiento a los recursos capacitados existentes. De esta forma podrían facilitarse a empresas o instituciones específicas, terapeutas capacitados para realizar tratamientos "in situ", o bien coordinarse con otras instituciones referentes (centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias, Asociación de Lucha contra el Cáncer, etc.)

Asistencia clínica. Las Unidades de Apoyo realizarán atención directa en determinados casos (grupos de terapia para embarazadas, pacientes ingresados, tratamiento de fracasos terapéuticos de los Centros y Servicios, planes de empresas, grupos modélicos...) o a través de la supervisión clínica de casos de los centros de salud y servicios hospitalarios. Esta última función es básica para consolidar una red de profesionales terapeutas capacitados en el abordaje del tabaquismo.

Investigación. Incluye el desarrollo de líneas prioritarias de investigación en tabaquismo, que se encuentran definidas en el Plan, así como la participación en estudios multicéntricos, la preparación de proyectos para convocatorias de subvenciones y su realización, así como la elaboración de informes y publicaciones.

Promoción de Salud. Las Unidades de Apoyo serán la base organizativa para el desarrollo de las estrategias comunitarias, constituyendo un espacio institucional para articular la acción social local, tanto desde iniciativas locales como autonómicas y estatales (Semana sin Humo de SemFYC, “Día Mundial Sin Tabaco”, etc.).

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010

1. Lograr que, con criterios de calidad, todos los profesionales del SSPA realicen intervención mínima y avanzada a las personas fumadoras.
2. Incluir la intervención mínima, avanzada y grupal en la cartera de servicios del SAS, tanto en atención primaria como en atención especializada.
3. Extender el Programa de Atención al Tabaquismo al 100% de los centros sanitarios, tanto en distritos de atención primaria como en hospitales.
4. Incorporar en los acuerdos de gestión clínica el desarrollo del Programa de Atención al Tabaquismo, tanto en atención primaria como en atención especializada.
5. Incluir como criterio para la acreditación de una Unidad Clínica el desarrollo del Programa de Atención al Tabaquismo, tanto en primaria como en especializada.
6. Definir la atención al tabaquismo utilizando como herramienta la metodología de los procesos asistenciales, siguiendo las directrices del II Plan de Calidad del SSPA y haciendo especial hincapié en el desarrollo de protocolos consensuados para las terapias grupales multicomponentes y el uso de fármacos.
7. Dotar de Unidades de Apoyo a los hospitales y distritos de atención primaria que aún no las dispongan. Complementando las 18 unidades hospitalarias ya existentes, en una primera fase, se dotará al menos de una Unidad a los distritos de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva y Jaén, y con dos unidades a los de Sevilla y Málaga.
8. Definir la cartera de servicios de las Unidades de Apoyo en distritos y hospitales.
9. Establecer los criterios de acreditación de las Unidades existentes y de las que se vayan creando. Iniciar progresivamente el proceso de acreditación a partir de las que lleven mayor tiempo de funcionamiento.
10. Dotar de recursos materiales y humanos a las Unidades de apoyo acreditadas y de cooxímetros a los centros que inicien las actividades del programa.

11. Desarrollar una guía de actuación en tabaquismo para pacientes ingresados y sus familiares.

12. Potenciar la creación de una Red de Centros Sanitarios que realicen el programa, para el intercambio de experiencias y la unificación de criterios de intervención.

IV.4. ATENCIÓN A COLECTIVOS DE ESPECIAL RELEVANCIA SOCIAL

A pesar de la existencia de normativas que prohíben el consumo de tabaco en los centros sanitarios y docentes y en las administraciones públicas, aún queda mucho para alcanzar de manera óptima dicho objetivo, y se precisan acciones específicas que promuevan, en los y las profesionales implicados, conductas comprometidas con el bien común de la prevención del tabaquismo. En consonancia con el papel modélico que las personas empleadas en la función pública detentan ante la población (en especial, los profesionales sanitarios ante sus pacientes y los educadores ante su alumnado), es particularmente importante contribuir a que estos profesionales –caso de que fumen– dispongan de facilidades para acceder a los sistemas de apoyo que les faciliten el abandono de su hábito. Por ello, el Plan Integral de Tabaquismo ofrece estrategias específicas dirigidas a estos colectivos profesionales, continuando e impulsando la línea desarrollada en el Proyecto Centros Libres de Humo, así como otras acciones ya iniciadas en este campo, con el objeto de que su repercusión tenga un efecto multiplicador sobre la población general, dado el papel social que estos grupos representan.

Las principales estrategias que se plantean desde el Plan son las siguientes:

- Facilitar la sensibilización, motivación y formación de los profesionales implicados, acerca del impacto del tabaquismo en la población y la importancia de su papel, como promotores de salud, en el control del tabaquismo.
- Promover cambios estables que permitan lograr administraciones públicas y centros sanitarios y educativos “libres de humo”, como lugares de bienestar comunes favorecedores de conductas saludables, dentro de un marco de respeto por la salud de todos.
- Ofertar una ayuda destinada específicamente a los y las profesionales de estos grupos modélicos que deseen abandonar el tabaco, así como técnicas de afrontamiento del síndrome de abstinencia para los que, no habiendo dejado el tabaco, estén en sus puestos de trabajo sin fumar.
- Conseguir el compromiso de los y las profesionales para la realización de actividades de promoción de la salud, prevención del tabaquismo y apoyo a la deshabituación, en la población donde ejercen su actividad.

Para la consecución de estas estrategias, se buscará la colaboración con los servicios de salud.

Fases de desarrollo

En el desarrollo del proceso se distinguirán las siguientes fases:

1- Fase de compromiso

Mediante un proyecto que asuma el compromiso de cumplir los objetivos del plan, y la suscripción del acuerdo de colaboración pertinente.

2- Fase de sensibilización

Se realizará la difusión informativa adecuada para promover la participación.

3- Fase de desarrollo

Se ofertará ayuda a todas las personas que la requieran (terapia de deshabituación tabáquica a las que deseen abandonar el hábito y mecanismos de afrontamiento ante la deprivación para las que opten por otra opción).

Todas las **administraciones públicas** organizarán, en colaboración con los dispositivos de apoyo de los distritos u hospitales de referencia, una consulta de atención tabáquica en el lugar de trabajo, en el horario y a cargo de los profesionales que se determinen en el acuerdo de colaboración. En caso de que esto no sea posible, o que alguna persona fumadora así lo prefiera, se organizará la atención en los centros sanitarios de referencia. Tras la indicación de las posibilidades de tratamiento, apoyo y seguimiento profesional, las personas que deseen participar serán incluidas en el proceso de deshabituación, según el mismo modelo propuesto en el Plan Integral para la población general.

De igual modo, los **profesionales sanitarios** recibirán la atención en su centro de trabajo. En el caso de que no exista esta posibilidad, se derivarán a la unidad de referencia de su área.

En el caso de los **educadores**, este colectivo podrá asistir a terapia grupal en el centro de salud u hospital de referencia, o bien en su propio centro de trabajo, a través de los profesionales sanitarios de las unidades de tabaquismo.

La terapia se desarrollará, normalmente, de forma semanal durante 6-8 semanas.

4- Fase de seguimiento

Se programarán citas de seguimiento a todas las personas, con el fin de facilitar avanzar en el estadio en que se encuentren (tanto en cese como en precontemplación y contemplación). Estas citas podrán ser a los 3, 6 y 12 meses. En cada visita se efectuará el refuerzo de las conductas deseables, control del cumplimiento de la medicación y posibles efectos secundarios (en caso de utilización de tratamiento farmacológico), evaluación del grado de satisfacción, cooximetría, análisis de dificultades surgidas y prevención de recaídas.

5- Fase de evaluación de resultados

Tras la realización de la evaluación, los resultados se remitirán a los responsables de las Unidades de Apoyo de atención primaria o especializada.

Se espera ir en pos de que los centros de trabajo se conviertan en espacios saludables “libres de humo”, en un clima de respeto mutuo entre personas fumadoras y no fumadoras.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010

- 1- Todas las administraciones públicas organizarán, en colaboración con las unidades de los distritos u hospitales de referencia, la atención a sus trabajadores y trabajadoras, así como las estrategias para ser “Centros Libres de Humo”. Se establecerán acuerdos de colaboración en los que las partes reflejen con claridad sus compromisos y los criterios de evaluación.
- 2- Se establecerán acuerdos de colaboración entre los centros de salud y los centros educativos para la oferta de tratamiento de deshabituación tabáquica a educadores. Los centros educativos se comprometerán a mantenerse como “Centros Libres del Humo” y a implantar y evaluar la estrategia de prevención del consumo entre el alumnado. Todo ello dentro de la estrategia de construcción de la “Red Andaluza de Escuelas Promotoras de Salud”.
- 3- Todos los centros sanitarios ofertarán tratamiento de deshabituación tabáquica a sus profesionales fumadores y serán “Centros Libres de Humo”, continuando el avance del Proyecto CLH y manteniendo las acciones de la fase de desarrollo, seguimiento y evaluación continua, para establecer acciones de mejora en función de los resultados obtenidos.
- 4- Todos los profesionales de salud realizarán actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de tabaco, así como ayuda a la deshabituación de la población fumadora, dentro de su ámbito de trabajo.
- 5- Desde el Plan Integral de Tabaquismo, junto a todas las instituciones implicadas, se asegurará la disponibilidad de la formación y los recursos necesarios para llevar a cabo estas líneas de acción.

IV.5. SITUACIONES DE ESPECIAL ATENCIÓN

IV.5.1. Tabaquismo en el embarazo

El tabaquismo materno durante el embarazo tiene efectos negativos para el desarrollo del feto y el estado de salud del neonato. Se presentan elevados riesgos de bajo peso al nacer, prematuridad (ambos directamente relacionados con la cantidad diaria de cigarrillos fumados) aborto, ingreso neonatal en U.C.I., muerte perinatal y síndrome de muerte súbita.

Las embarazadas continúan fumando porque perciben beneficios inmediatos y anticipan una gran cantidad de costes ante la posibilidad de dejarlo. Además, están sometidas a múltiples demandas, que pueden llevar a vivir la situación como estresante y buscar alivio en el tabaco. Una cierta presión social existente (“fumar es una conducta perjudicial para el bebé”) no se suele ver acompañada del apoyo necesario para facilitar el abandono. Pueden aparecer sentimientos de culpa en la mujer gestante que, en ocasiones, causan la infradeclaración de consumo, el ocultamiento del hábito o la tendencia a minimizar los riesgos potenciales para el bebé.

La implantación, desde el sistema público de salud, de estrategias específicas para el abandono del tabaco en embarazadas puede incrementar significativamente los resultados en la reducción o eliminación del hábito en este grupo, que tiene, además, la peculiaridad de precisar dejar de fumar en un período muy corto de tiempo.

El proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio

Las intervenciones para ayudar a las embarazadas a dejar de fumar deben ser sistemáticas, específicamente diseñadas para ellas, realizadas tanto en consulta como en visita domiciliaria, llevadas a cabo por personal entrenado, con materiales de apoyo específicos y con validación bioquímica. Se debe considerar, además, la inclusión de la pareja, tanto si es fumadora como si no.

Como en otros grupos, las intervenciones (mínima, avanzada y grupal) deben estar basadas en los principios de la entrevista motivacional, conociendo el grado de dependencia y, con una orientación no culpabilizadora, estar centradas en la experiencia de la paciente, bajo un clima de empatía, tolerancia y cooperación mutua, que favorecerán el cambio de actitud (y de hábito). En el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio se contempla esta intervención en todas las visitas previstas, desde la primera consulta, e incluyendo a la pareja en todas ellas.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010

- 1- Extender la intervención propuesta en el proceso asistencial a embarazadas en toda Andalucía:
 - Promover el abandono del tabaco entre las mujeres que se plantean tener descendencia o que están embarazadas.
 - Captar a la embarazada fumadora tan pronto como sea posible.

- Desarrollar intervenciones para aquellas mujeres que siguen fumando durante el embarazo, promoviendo el abandono o la reducción de daños y evitando recaídas, siempre con una estrategia no culpabilizadora.
 - Incluir a la pareja de la embarazada en todas las intervenciones.
- 2- Capacitar a los profesionales de salud en habilidades para el manejo del hábito tabáquico en la mujer embarazada, tanto en pregrado como en postgrado.
 - 3- Desarrollar estudios de prevalencia que permitan conocer y caracterizar la problemática en esta población en nuestra Comunidad Autónoma.

IV.5.2. Población con trastornos mentales

Es necesario revisar el mito que ha unido irrevocablemente los trastornos mentales al hábito tabáquico y pasar a contemplar y estudiar en detalle las posibilidades de deshabituación de esta población, dentro del plan terapéutico prescrito para su problema de salud mental.

Distintos trastornos se revisan a continuación y se mencionan brevemente las estrategias recomendables en relación al tabaquismo.

Tabaquismo y trastornos del estado de ánimo

Diversos estudios demuestran que, en la población fumadora, es mayor el porcentaje de personas con trastornos depresivos. Entre un 30% y un 60% de las personas que acuden a los programas de deshabituación ha tenido una historia previa de depresión, y éstas tienen más posibilidades de sufrir una recaída, aunque en el momento de abandonar el tabaco estuvieran asintomáticas. En estos pacientes son frecuentes las recaídas inmediatas al tratar de cesar el consumo, para evitar los efectos negativos de la abstinencia. Hay que tener en cuenta que la sintomatología depresiva puede formar parte del síndrome de abstinencia de la nicotina y, con frecuencia, se ha confundido el síntoma con el trastorno. A nivel biológico, se ha propuesto que la nicotina alivia algunos de los síntomas del trastorno depresivo mayor, por su acción sobre el sistema de recompensa dopaminérgico mesolímbico, lo que explicaría la comorbilidad entre ambos trastornos, si bien, todavía se desconoce con precisión la causa de la asociación entre tabaquismo y depresión. En el marco de esta asociación, un grupo de especial riesgo son las mujeres, ya que, en ellas, la prevalencia de trastornos del estado de ánimo es doble que en varones.

Tabaquismo, ansiedad y estrés.

La asociación entre fumar y distintos trastornos de ansiedad es conocida desde hace años. También se ha encontrado evidencia consistente de la asociación entre el hábito de fumar y el grado de estrés. Se ha evidenciado, por ejemplo, que en los adolescentes se incrementa el nivel de estrés a medida que se incrementa su patrón de consumo regular de tabaco. En la población adulta, aunque fumar proporciona una sensación subjetiva de relajación, las personas que fuman están, por lo general, más estresadas que las que no lo hacen. Esta observación se ve apoyada por datos que sugieren que, cuando los fumadores dejan de fumar, disminuyen sus niveles de estrés a medida que transcurre el tiempo de abstinencia.

En el proceso de abandono del tabaco y mantenimiento del cese, es importante conocer las estrategias de afrontamiento de las que dispone la persona para controlar el estrés o hacer frente a las situaciones estresantes. Aquellas con menos estrés, o que manejan mejor su estrés, dejan de fumar más que los que presentan un mayor nivel de ansiedad. En este sentido, los programas de deshabituación han de contemplar recursos alternativos para el manejo del estrés, además de procedimientos, con orientación cognitivo-conductual, de inoculación al estrés y entrenamiento en prevención de recaídas.

Tabaquismo y esquizofrenia

La prevalencia del consumo de tabaco en la esquizofrenia es de dos a tres veces mayor que en la población general. Las personas con esquizofrenia probablemente utilizan la nicotina para modular los efectos secundarios de los antipsicóticos, igual que hacen con la cafeína (hipótesis de la “automedicación”). Fumando se incrementa la concentración de dopamina en varios centros cerebrales (como en el núcleo acumbens y en el córtex prefrontal) y, de esta forma, alivian en alguna medida sus síntomas psiquiátricos. Sin embargo, al fumar, debido a que la nicotina altera el metabolismo de los fármacos antipsicóticos, estos pacientes precisan una mayor cantidad de medicación neuroléptica, con lo cual los efectos secundarios de la misma aumentan a corto y a largo plazo. Esto se convierte en una espiral que induce a una mayor la probabilidad de que recurran a la nicotina para aliviar los efectos secundarios.

Tradicionalmente los resultados que se obtienen en el tratamiento para dejar de fumar en los pacientes con esquizofrenia han sido desalentadores. Tanto su enfermedad psiquiátrica, como su concomitante dependencia a la nicotina, hacen más difícil que estas personas dejen de fumar o permanezcan abstinentes. Por ello, la estrategia más idónea, en muchas ocasiones, puede ser la de la reducción del consumo.

Pese a las creencias sobre las dificultades para poner en marcha medidas de restricción tabáquica en este tipo de pacientes, lo cierto es que cuando se han implantado en los centros terapéuticos, los problemas han sido mucho menores de los previstos, especialmente cuando se ha utilizado terapia sustitutiva de la nicotina.

Otras terapias que han demostrado cierta efectividad en este colectivo son: el bupropion asociado a terapia cognitivo-conductual; la terapia de grupo, incluyendo refuerzos positivos, aprendizaje y práctica de conductas alternativas y de estrategias para reducir la ansiedad; y la administración de antipsicóticos atípicos (risperidona u olanzapina) combinada con parches de nicotina. Conviene mencionar nuevamente la necesidad de tener un planteamiento muy flexible y, cuando la abstinencia no sea posible, reconducir el objetivo a la reducción del comportamiento adictivo.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010

1. Lograr que todos los profesionales de atención primaria y salud mental realicen intervención mínima y avanzada en las personas fumadoras con problemas de salud mental, con los mismos criterios de calidad que para la población general.
2. Implicar a las Unidades de Apoyo en la atención a pacientes psiquiátricos con especiales dificultades.
3. Desarrollar protocolos consensuados de terapias grupales multicomponentes y del uso de fármacos recomendados en el abordaje de tabaquismo en este sector de la población.
4. Extender las medidas de control del consumo de tabaco en los centros y dispositivos de Salud Mental para convertirlos en Espacios Libres de Humo.
5. Incluir la intervención mínima, avanzada y grupal en la cartera de servicios que se oferta a los pacientes con trastorno mental, dentro del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
6. Formar a los profesionales que atienden a estos pacientes en las estrategias específicas de tratamiento del tabaquismo en distintos trastornos mentales.
7. Establecer las vías de derivación y comunicación necesarias entre los dispositivos de Atención Primaria/Salud Mental y las Unidades de Apoyo.
8. Fomentar una línea de investigación específica acerca de la comorbilidad entre tabaquismo y enfermedad mental y de estrategias terapéuticas innovadoras.

IV.5.3. Población inmigrante

Diversos estudios sobre los motivos de consulta de la población inmigrante en el ámbito de la atención primaria de salud, ponen de manifiesto que los dos principales motivos son los procesos agudos y los problemas relacionados con la dificultad de adaptación al nuevo entorno (trabajo, vivienda, cultura, idioma...). No obstante, un porcentaje cada vez mayor de personas inmigradas consultan por problemas crónicos de salud.

El análisis de situación realizado en la primera parte de este Plan refleja la relación existente entre el consumo de tabaco y la desigualdad social. En líneas generales, se observa que el consumo de tabaco aumenta según desciende la renta familiar disponible, y las personas con más bajo nivel de renta se incorporan antes al hábito tabáquico, fuman más y tienen más problemas a la hora de abandonar este hábito. No se encuentran disponibles estudios ni datos específicos sobre el tabaquismo en población inmigrante, pero podríamos inferir, por otros elementos culturales, que no todos los grupos y familias de personas inmigradas se comportan de igual manera en este aspecto, lo que también vendrá dado, en alguna medida, por las costumbres, creencias y cultura de los diferentes países de origen.

En Andalucía, la distribución geográfica y temporal de la población extranjera (inmigrante y no inmigrante) es muy desigual, con concentraciones importantes en las provincias de Almería, Málaga y

Huelva, aunque algunas de estas poblaciones son ya muy estables. En distritos de atención primaria con alto número de inmigrantes, tales como Poniente de Almería, se percibe que este colectivo fuma más que la población autóctona (quizá debido a una mayor situación de stress y/o a una mayor accesibilidad, sobre todo económica, al tabaco). Si se constatará esta situación, y persiste, dentro de una década nos encontraríamos con una mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en este colectivo.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010

1. Enfatizar la atención al tabaquismo sobre la población más desfavorecida cultural, social y/o económicamente, teniendo en cuenta las características específicas del colectivo inmigrante, facilitando su integración y accesibilidad a los servicios sanitarios públicos, con los recursos disponibles en cada área.
2. Iniciar estudios de prevalencia del hábito tabáquico, que permitan conocer la distribución real de este problema en la población inmigrante, del que sabemos que no presenta un patrón uniforme, dependiendo de aspectos muy relacionados con la cultura y costumbres de los países de origen.
3. Adaptar las intervenciones mínima, avanzada y grupal propuestas por el Plan a la situación de multiculturalidad de Andalucía. Elaborar materiales específicos segmentados según idiomas y/o elementos culturales relacionados con el consumo del tabaco.
4. Formar profesionales en las zonas de mayor presencia de población inmigrada.

IV.5.4. Población privada de libertad

Entre los problemas de salud mas frecuentes e importantes en el ámbito penitenciario destacan la tuberculosis, las enfermedades de transmisión parenteral (VIH y VHC), las enfermedades psiquiátricas y las adicciones a las drogas; el consumo de tabaco y de otras drogas ilícitas es proporcionalmente más elevado en este medio que entre la población general.

El Plan Nacional sobre Drogas, en su Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2010, contempla la intervención sobre la población interna de los centros penitenciarios, como uno de sus objetivos: recoge la indicación de “extender los módulos terapéuticos a los centros penitenciarios polivalentes y potenciar experiencias como las comunidades terapéuticas penitenciarias” (objetivo 7); igualmente, priorizan programas formativo-laborales para los reclusos drogodependientes (objetivo 8), etc. No se incluye, sin embargo, ningún objetivo específico relativo a la adicción nicotínica, ni, hasta el momento, conocemos de algún programa de deshabituación tabáquica en el medio penitenciario.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010

1. Abrir una línea de trabajo y cooperación con el Ministerio de Justicia y otros organismos implicados que permita:

2. Conocer la prevalencia de tabaquismo en este grupo de población, su perfil de consumo, etc.
3. Diseñar el modelo de las posibles intervenciones a realizar de forma coordinada.
4. Cooperación conjunta en la utilización de recursos de formación y asesoramiento.

IV.6. FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

La Consejería de Salud apuesta por un modelo de desarrollo profesional, basado en una gestión por competencias. Esto conlleva, en primer lugar, la necesidad de identificar los denominados 'mapas de competencias' de los diferentes puestos de trabajo. Estos mapas se han elaborado tratando de responder a las necesidades de un sistema sanitario centrado en la ciudadanía, con esmerada responsabilidad social en la gestión de los recursos públicos y enfatizando entre sus profesionales las labores de prevención y educación para la salud, así como la de la investigación.

En este contexto, la línea de formación del Plan Integral contempla el objetivo de facilitar la adquisición de las competencias profesionales finales, por medio de la elaboración de planes específicos, coordinados y complementarios para cada una de las 3 etapas formativas identificadas (pregrado, postgrado o especialización y formación continuada) y en consonancia con las iniciativas europeas existentes.

Así pues, el primer esfuerzo del Plan Integral de Tabaquismo en el ámbito formativo, ha sido identificar aquellas competencias clave para el éxito, que deben desarrollar los y las profesionales, estableciendo, para cada una de las tres etapas, los planes de formación necesarios para alcanzarlas.

IV.6.1. La capacitación como estrategia de desarrollo y puesta en marcha del Plan Integral de Tabaquismo.

El tabaquismo, a pesar de ser una enfermedad crónica con tendencia a las recaídas, es tratable, y por lo tanto es injustificable que una demanda de tratamiento quede insatisfecha. Los fracasos de las intervenciones del pasado podían atribuirse a la falta de tratamientos efectivos, pero actualmente se tiene evidencia científica suficiente sobre la efectividad de numerosas estrategias, tanto psicológicas como farmacológicas. No obstante, un gran obstáculo sigue radicando en la actitud de una parte del personal sanitario, que sigue percibiendo el tabaquismo como un "vicio" o costumbre con riesgos para la salud, pero cuya modificación depende enteramente del paciente, y consideran que su papel es meramente informar, pero no tratar.

La formación de las y los profesionales es trascendental para la extensión del programa de atención al tabaquismo, y también para la calidad y el contenido de sus prácticas.

En una reciente investigación sobre las prácticas profesionales relacionadas con el tabaquismo, en una muestra representativa de centros de salud de Andalucía (Aranda et al, 2001), se resalta que el 54% de estos centros nunca había dedicado un espacio para la formación en esta materia y, en el periodo de la encuesta, sólo el 28% de los centros lo dedicaba. Esta investigación demuestra que

la formación se utilizó como instrumento para la incorporación del consejo mínimo a las consultas; las diferencias entre provincias en estas actividades formativas puede explicar la variabilidad de la implantación del consejo mínimo en Andalucía. Otro estudio, realizado en los centros de salud del distrito Málaga, reflejó también la variabilidad del contenido de las actuaciones del consejo mínimo o la intervención avanzada (en general, se dirigía a personas adultas de riesgo, más que a embarazadas o a la población general). La mayoría de profesionales identificó la falta de formación como segundo obstáculo para el desarrollo del programa, detrás de la falta de tiempo.

Puede concluirse, por tanto, que la formación es una de las puertas de entrada de los programas a las Instituciones Sanitarias. Dado que, no obstante, no puede implantarse de forma indiscriminada, la formación se dirigirá en dos vertientes fundamentales:

- Para los profesionales que ya desarrollan actividades en este campo, la formación irá dirigida a la puesta en marcha de modalidades grupales de tratamiento.
- En los centros que en la actualidad no hayan iniciado el programa, la formación debe ir más orientada a la motivación y la capacitación en consejo mínimo.

IV.6.2. Perfiles profesionales y Mapas de competencias.

La definición de las funciones necesarias para el desarrollo del Plan dibujan una serie de perfiles profesionales en los que se añaden a las competencias comunes distintas competencias específicas propias de cada uno.

1. Perfil clínico básico (totalidad de profesionales del SSPA) (Tabla 19)

“Cada profesional tendrá capacitación para identificar a los fumadores y fumadoras en los distintos contextos de su práctica, valorar clínicamente a la persona fumadora, establecer un diagnóstico y un pronóstico de su dependencia, ajustar el tratamiento ofertado al estadio de cambio en que se encuentre y realizar intervención mínima, intervención avanzada y seguimiento de las personas ex-fumadoras”.

Tabla 19. Mapa de competencias del perfil clínico básico

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
Reconoce el tabaquismo como enfermedad crónica con tendencia a las recidivas.	Historia natural del tabaquismo.	Manejo del sistema de registro del programa.
Ajusta su práctica a las necesidades y ritmos manifestados por cada paciente sin generar resistencias y evitando la confrontación.	Epidemiología y repercusiones del tabaquismo en la salud.	Práctica de la entrevista motivacional.
Reconoce la motivación para dejar de fumar como un proceso dinámico sobre el que puede incidir.	Principios de la entrevista motivacional.	Realización de historia clínica específica.
Tolera la ambivalencia sin culpabilizar ni frustrarse.	Parámetros para evaluar a la persona fumadora.	Realización de cooximetrías.
Reconoce la importancia del soporte social de sus pacientes.	Contenidos y características del consejo mínimo.	Manejo del consejo mínimo.
	Técnicas no farmacológicas efectivas en terapias avanzadas.	Realización de las técnicas para la intervención avanzada.
	Contenidos y características del seguimiento a la persona ex-fumadora.	Mantenimiento de la adherencia de cada paciente a la terapéutica y seguimiento propuestos.
		Manejo de técnicas de seguimiento a personas ex-fumadoras

De apreciar los profesionales de estamentos no médicos la necesidad de tratamiento farmacológico, realizarán derivación al profesional médico de referencia para la confirmación de la indicación, la valoración de riesgos y beneficios, la prescripción y el seguimiento de la terapia farmacológica.

2. Perfil clínico especializado (todos los profesionales del sistema que realicen intervención grupal) (Tabla 20)

“Al perfil anterior se añade la capacitación para realizar grupos educativos multicomponentes”

Tabla 20. Mapa de competencias del perfil clínico especializado

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
<p>Reconoce el grupo como entidad diferenciada de cada participante individual.</p> <p>Estimula la presentación de las experiencias particulares en el proceso de abandono desde el reconocimiento de la autoayuda como principal recurso terapéutico.</p> <p>Estimula la participación para el cumplimiento de las tareas previstas en la sesión.</p> <p>Fomenta la participación activa y el compromiso, especialmente de personas no participativas.</p> <p>Identifica y neutraliza las manifestaciones individuales que dificulten el desarrollo del grupo</p> <p>Dirige el grupo de forma flexible, no reactiva ni autoritaria</p>	<p>Dinámicas grupales.</p> <p>Técnicas avanzadas de entrevista motivacional.</p> <p>Protocolo de terapia grupal multicomponente.</p> <p>Técnicas grupales empleadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contrato (compromiso de realizar las tareas del programa). 2. Auto registro y representación gráfica del consumo. 3. Información sobre el tabaco. 4. Reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán. 5. Control de estímulos. 6. Actividades para disminuir/eliminar el síndrome de abstinencia. 7. Estrategias de manejo de la ansiedad y control de recaídas 8. Feedback fisiológico. 9. Entrenamiento en estrategias de prevención de recaídas. 	<p>Práctica de, al menos, dos grupos como coterapeuta</p> <p>Realización de cooximetrías.</p> <p>Realización de las técnicas adecuadas para la intervención grupal especializada.</p> <p>Realización de las técnicas adecuadas para el mantenimiento de la adherencia de cada paciente a la terapéutica y seguimiento propuestos.</p> <p>Manejo del registro de sesiones.</p>

3. Perfil de Responsables de las Unidades de Apoyo (Tabla 21)

“A los dos perfiles anteriores, habría que añadir la capacitación para organizar el programa de atención al tabaquismo en la Institución de la que depende y coordinar todos los recursos disponibles de su ámbito, así como para la formación de profesionales asistenciales, la supervisión clínica de casos y grupos, el desarrollo de programas de intervención comunitaria y la investigación en este campo”.

Tabla 21. Mapa de competencias del perfil de responsable de las Unidades de Apoyo

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
<p>Actitud comunitaria: Convencimiento de que el principal recurso de la salud es el propio individuo y los grupos humanos con los que interacciona.</p> <p>Reconocimiento del papel de agente comunitario que desempeñan los servicios de salud.</p> <p>Actitud epidemiológica: Comprensión de la dimensión comunitaria que se aporta en la consulta individual.</p> <p>Valoración de la necesidad de recogida de información de calidad por procedimientos adecuados.</p> <p>Comprensión de la orientación actual de los servicios y la necesidad de una reorientación comunitaria.</p> <p>Actitud hacia la gestión de servicios Reconocimiento del papel trascendente que juegan las y los profesionales sanitarios en el desarrollo de los servicios.</p>	<p>Técnicas avanzadas de Promoción de Salud Comunitaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de programas comunitarios. 2. Gestión de prácticas profesionales. 3. Desarrollo de redes asistenciales. 4. Gestión del cambio organizacional y de la introducción de innovaciones. <p>El tabaquismo como problema de salud pública</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Epidemiología del tabaquismo. 2. Las estrategias de la industria tabaquera. 3. Políticas de control en tabaquismo. 4. Investigación clínica y de salud pública en tabaquismo. 5. Abordaje del tabaquismo en contextos específicos. <p>El tabaquismo en grupos especialmente relevantes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mujeres. 2. Adolescentes. 3. Otros colectivos en situación especial. 	<p>Desarrollo de un programa de intervención comunitaria en tabaco.</p> <p>Prácticas en una Unidad de Apoyo de tabaquismo.</p> <p>Desarrollo de un proyecto de investigación en materia de tabaquismo.</p>

De esta forma, mientras los perfiles 1 y 3 representan puestos de trabajo bien definidos dentro del SSPA, el perfil 2 corresponde a profesionales asistenciales que quieran orientar su práctica profundizando en el abordaje del tabaquismo o a profesionales con especialización en terapias de modificación de conducta.

Estos perfiles son básicos para el desarrollo del Plan y corresponden a las y los responsables asistenciales del programa en los Centros (que estimulan, animan y sirven de ejemplo al equipo) y al personal de las Unidades de Apoyo al tratamiento de tabaquismo. Partiendo de este compromiso, las características de su práctica podrán adquirir rasgos más comunitarios (especialmente en el caso del personal de trabajo social de atención primaria) o más clínico-epidemiológico o investigador (y la capacitación tendrá que ajustarse a su desempeño).

IV.6.3. Estrategias de capacitación

La formación en el campo del tabaquismo tiene que extenderse, no solo a la totalidad de profesionales del sistema a través de la educación continuada, sino también a los ámbitos de la formación de grado y pregrado de todas las profesiones sanitarias y educativas, de forma que en sus currícula se incluya contenidos adaptados a su futuro desempeño profesional. La misma adaptación curricular deberá preverse en la formación postgraduada.

Formación de grado y pregrado. Objetivos y líneas de acción:

Desde 1999 y a propuesta de la WFME (World Federation for Medical Education) se viene trabajando sobre estándares internacionales para la educación médica de pregrado, en los que se defiende la necesidad de desarrollar las acciones formativas apropiadas para la adquisición de competencias en protección de la salud y prevención de las enfermedades, incluida la comprensión de la necesidad del compromiso colectivo en las intervenciones de promoción de la salud.

La Consejería ha trabajado en la incorporación de estos temas como asignaturas de libre configuración, sobre las que cada universidad tiene potestad para diseñar y programar acciones de capacitación que permitan al estudiantado adquirir competencias relativas a la relación “médico-paciente”, así como promover en ellos actitudes de prevención y promoción de conductas saludables, desde el conocimiento de los factores determinantes. En esa línea, se trata de crear y potenciar un nuevo modelo de prácticas durante el periodo pregrado, que sitúe al alumnado preferentemente en los centros de atención primaria, donde podrá desarrollar mejor estas habilidades. Sería interesante contemplar, entre los objetivos docentes de los periodos de prácticas de las distintas asignaturas, el conocimiento del contenido de los programas de deshabituación tabáquica y de los diferentes tipos de intervenciones.

Coincidiendo con la elaboración de este Plan, se está produciendo una revisión de los currícula de las titulaciones sanitarias, lo que plantea la necesidad de establecer una estrecha colaboración con las autoridades educativas y con responsabilidad en la elaboración de los nuevos programas, que permitan consolidar estas líneas de avance. El objetivo final de esta estrategia es que los/las estudiantes de todas las profesiones sanitarias y educativas finalicen sus períodos formativos estando sensibilizados y conociendo la magnitud y trascendencia del tabaquismo como problema de salud pública en Andalucía, así como las estrategias efectivas para su abordaje, especialmente en los grupos de riesgo. El alumnado de las profesiones clínicas deberá, además, estar capacitado para valorar clínicamente a una persona fumadora, para establecer un diagnóstico y un pronóstico de su dependencia y para realizar la intervención mínima. Así mismo, deberá conocer los diferentes tipos de tratamiento ajustados al estadio de cambio de cada paciente, (intervención avanzada, seguimiento de personas ex-fumadoras, terapia grupal), al igual que los planes específicos que la Junta de Andalucía ha puesto en marcha para el abordaje del tabaquismo (Plan Integral de Tabaquismo, ESO sin humo, Forma Joven, Empresas Saludables, etc.).

En suma, durante la vigencia del Plan se trabajará para conseguir los siguientes objetivos:

- Incrementar la relación y coordinación entre las Consejerías de Educación, Innovación, Salud y otras.
- Establecer convenios de colaboración entre Facultades y Escuelas y la red asistencial del

Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- Adaptar los currícula para el cumplimiento de los objetivos señalados.
- Dotar de recursos suficientes a los servicios o unidades que realicen docencia tanto práctica como teórica

Formación postgraduada. Objetivos y líneas de acción

En esta etapa y, en consonancia con la anterior, la Consejería de Salud viene trabajando en la potenciación de competencias de carácter transversal en todas las especialidades en ciencias de la salud. Al mismo tiempo, desarrolla desde hace dos años, un programa de formación común de las especialidades médicas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este programa cuenta con cinco módulos, en cada uno de los cuales se incorporarán las líneas estratégicas de este Plan. En el módulo de organización sanitaria se abordará el conocimiento del Plan Integral de Tabaquismo. En el módulo de “relación médico-paciente”, se trabajarán las actitudes y habilidades necesarias para poder emprender los programas de deshabituación y quienes deben ser sus agentes. La misma línea se seguirá con los siguientes módulos de medicina basada en la evidencia, metodología de investigación y gestión. Cada residente de medicina que finalice una especialidad clínica contará con la capacitación suficiente para: identificar a las personas fumadoras en los distintos contextos de su práctica y valorarlas clínicamente, para establecer un diagnóstico y un pronóstico de su dependencia, ajustar el tratamiento ofertado al estadio de cambio en que se encuentre y realizar intervención mínima, intervención avanzada y seguimiento de ex-fumadores y ex-fumadoras.

En las especialidades de psicología clínica y matronas, los y las residentes finalizarán su formación postgraduada con capacitación para identificar a las personas fumadoras en los distintos contextos de su práctica, realizar su valoración clínica, especialmente en situaciones de riesgo, estableciendo un diagnóstico y un pronóstico de la dependencia. Además, serán capaces de ajustar el tratamiento ofertado a las características de cada paciente, valorando la necesidad de intervención médica para terapia farmacológica. Podrán realizar intervención mínima, avanzada, grupal y seguimiento de las personas ex-fumadoras, así como supervisar casos y grupos de otros profesionales.

Para todo ello, durante la vigencia del Plan, se establecen las siguientes líneas de acción:

- Se reforzarán las comisiones de docencia de los centros sanitarios y de las instituciones que brinden formación posgraduada en la Comunidad Autónoma, con el fin de obtener un programa unificado de formación del tabaquismo acreditado para todas las unidades docentes.
- Los técnicos de las Unidades de Apoyo al tratamiento del tabaquismo (perfil 3) serán formados en los aspectos de Salud Pública en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Para ello durante la implantación del Plan se diseñará y realizará un curso especializado y se formará a la totalidad de responsables de las Unidades existentes.
- Se podrá recurrir a cursos que organicen las Universidades y las Sociedades Científicas, siempre que cumplan las debidas garantías de calidad, y con el apoyo de los responsables de formación del Plan.

Formación continuada. Objetivos y líneas de acción

Esta etapa debe centrarse en el desarrollo específico de las competencias aún no adquiridas, por lo que, dependiendo del perfil competencial de partida, podrá requerir más o menos tiempo. En todo caso, debe de formar parte prioritaria de los planes de formación continuada de cada una de las instituciones sanitarias y sus centros. Es conveniente explorar diferentes tipos de iniciativas docentes y nuevos escenarios de aprendizaje, dentro de las posibilidades de cada medio. En todo caso, la formación continuada debe ser siempre acreditada por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, para garantizar la calidad y la eficacia y eficiencia en la consecución de los objetivos propuestos.

La Escuela Andaluza de Salud Pública organizará los talleres de “formación de formadores” necesarios para la unificación de los criterios docentes mínimos para cada actividad y para la preparación de los materiales docentes. Este requisito será previo a la realización de cualquier actividad docente en este ámbito.

Partiendo de los perfiles 1 y 2 definidos con anterioridad y con el soporte de las Unidades de Apoyo, se propone como estrategia de formación continuada en tabaquismo, la que se desprende de las siguientes líneas de trabajo:

1. Capacitación para el perfil básico

Estará dirigida a la totalidad de profesionales asistenciales del SSPA, especialmente en las instituciones en las que no se realice ninguna actividad del programa. Se llevará a cabo en los lugares de trabajo y en horario de formación continuada. Los contenidos serán: la epidemia de tabaquismo y sus consecuencias, valoración de la persona fumadora, principios de entrevista motivacional, consejo mínimo e intervención avanzada. Con una duración aproximada de 5 horas, será organizada por la estructura responsable de la formación de la Institución y, durante la vigencia del Plan, será ofertada a todas y todos los profesionales asistenciales del SSPA. La realización de este tipo de cursos será requisito básico para la acreditación de las unidades de gestión clínica.

2. Capacitación para responsables asistenciales del programa de abordaje de tabaquismo y/o que realicen terapia grupal (perfil 2).

Esta estrategia está orientada a iniciar actividades de terapia grupal en las instituciones y a crear la estructura organizativa del programa con profesionales especialmente motivados. Se propone la realización de cursos centralizados en las Unidades de Apoyo en distritos y hospitales. Dichos cursos tendrán una duración de 35 horas teóricas y los siguientes contenidos: la epidemia de tabaquismo y sus consecuencias, historia natural del tabaquismo, técnicas de entrevista motivacional, valoración de la persona fumadora, consejo mínimo, intervención avanzada, intervención grupal y organización del programa de asistencia al tabaquismo.

Durante la vigencia del Plan se realizará, al menos, un curso por distrito y hospital. La formación se completará con la asistencia de cada profesional, como coterapeuta supervisado, a 2 terapias grupales con un docente acreditado (30 horas de duración).

3. *Capacitación para responsables de los programas de salud infantil y escolar, de los procesos de embarazo, riesgo cardiovascular y EPOC y otros programas (tanto de atención primaria como especializada).*

Orientada a consolidar las actividades del Plan en grupos de especial atención y riesgo, esta formación va dirigida a responsables de los programas y procesos en las instituciones. Los cursos serán de 20 horas, centralizados y con los siguientes contenidos: la epidemia de tabaquismo y sus consecuencias, repercusiones del tabaquismo en el grupo de riesgo considerado, características del abordaje terapéutico en estos grupos, recursos terapéuticos del sistema e inclusión sistemática de las actividades de abordaje del tabaquismo en cada programa o proceso considerado.

Durante la vigencia del Plan se realizará, al menos, un curso por programa/proceso y área de salud (incluyendo primaria y especializada).

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010:

- Formación y capacitación de la totalidad de profesionales sanitarios en técnicas de deshabituación tabáquica. Los contenidos girarán alrededor de conocimientos y dotación de habilidades, mediante protocolos de fácil implementación.
- Se establecerán los contenidos curriculares necesarios, en técnicas de intervención mínima y avanzada, para la formación grado-pregrado y postgrado de todas las profesiones sanitarias.
- Se promoverá la formación y el entrenamiento de los y las profesionales del SSPA en terapias de grupos y habilidades de deshabituación.
- Se constituirán convenios de colaboración entre Facultades, Escuelas y la red asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Durante la vigencia del Plan, se reforzarán las comisiones de docencia de los centros sanitarios y de las instituciones que brinden formación posgraduada de la Comunidad Autónoma, con el fin de obtener un programa unificado de formación en tabaquismo para todas las unidades docentes acreditadas.
- Se diseñarán e impartirán actividades formativas (taller de “formación de formadores”) a la totalidad de profesionales que el Plan identifique como elementos clave, así como a las personas formadoras de opinión comunitaria y a los “actores sociales” que desempeñen un papel relevante en las acciones comunitarias del Plan.
- El Mapa de Competencias Profesionales de las distintas categorías implicadas en este Plan incorporará los contenidos aquí recogidos.

IV.7. INVESTIGACIÓN

Han transcurrido más de 75 años desde que se hicieron las primeras observaciones sobre la relación entre el consumo de cigarrillos y el desarrollo de cáncer de pulmón y más de 50 años desde que se confirmó su relación causal, y trabajos posteriores han establecido el papel del tabaco en la etiología de otras enfermedades. Aunque la investigación en tabaquismo estuvo centrada, en un primer momento, en los aspectos epidemiológicos y biológicos del consumo de tabaco, en la actualidad, existe una tendencia creciente por investigar los aspectos sociales, humanos, económicos y culturales implicados. Además, en el momento actual seguimos desconociendo numerosos factores que reportarían un mayor éxito en el desarrollo de las actuaciones prevención y control del tabaquismo.

El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía plantea la meta de liderar la investigación en tabaquismo en nuestra Comunidad, identificando, promoviendo y coordinando los recursos de investigación, además de movilizando los recursos financieros que contribuyan a consolidar equipos de investigación con capacidad para obtener resultados que tengan impacto en la reducción de daños causados por el tabaco.

La estrategia principal del Plan será potenciar el desarrollo de grupos de investigación estables, multidisciplinarios, colaborativos en red, y los principios generales sobre los que se basará la investigación sobre el tabaquismo serán:

- Los proyectos de investigación han de estar en línea con las estrategias del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.
- La investigación ha de ser multidisciplinar y multifactorial (prevención, protección, cesación del consumo. etc).
- La investigación debe abarcar los distintos aspectos del tabaco y la salud, tanto en el plano individual como grupal o poblacional.
- Para apoyar la investigación se coordinarán recursos públicos y privados, estableciéndose una red de investigación en tabaquismo en Andalucía, que propicie un clima de innovación y de colaboración interinstitucional e interdisciplinar.
- Se participará en las redes transnacionales de investigación, tanto Europea (Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud Pública), como Mundial (especialmente después de la aprobación del Convención Marco de la OMS para el Control del Tabaquismo).
- Se contribuirá al establecimiento de políticas de salud pública basadas en la evidencia científica, proporcionando conocimiento relevante a los responsables del establecimiento de políticas públicas.
- Se comunicará a la población de forma comprensible y adecuada los resultados de las investigaciones.

Sobre estas premisas, se desarrollarán los siguientes ámbitos de investigación sobre el tabaquismo:

Investigación básica

Conocer la realidad actual del hábito de fumar en Andalucía es preciso para implantar y extender las estrategias de control del tabaquismo en nuestra Comunidad. De igual modo, es necesario partir de un conocimiento de la situación de base para realizar comparaciones en el futuro, evaluar la efectividad e impacto de las intervenciones proyectadas por el Plan y monitorizar la evolución del hábito tabáquico en los próximos años. Por lo tanto, se potenciarán los estudios de prevalencias, características sociodemográficas del consumo en la población, tasas de abandono e inicio en Andalucía, y dedicando especial atención a todos los colectivos resaltados en el Plan. Asimismo, debe analizarse la evolución de la morbimortalidad atribuible al consumo de tabaco y los costes que se originan, como consecuencia del mismo, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Líneas prioritarias de investigación:

- Prevalencia, tasa de abandono y tasa de inicio del tabaquismo en población general, grupos de especial atención, colectivos desfavorecidos y con papel social modélico. Tendencias y análisis de las desigualdades sociales y de género.
- Características sociodemográficas y de consumo de la población fumadora andaluza.
- Características específicas y factores determinantes del hábito de fumar en grupo poblacionales de especial interés: mujer, adolescencia, gestación y postparto
- Morbilidad y mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Andalucía.
- Epidemiología genética y estudios de la interacción genética-medio ambiente.
- Costes generados por el tabaquismo en el SSPA.

Investigación aplicada

Es necesario investigar sobre el impacto de las iniciativas desarrolladas en Andalucía, en la doble perspectiva de efectividad y eficiencia, así como comparar éstas con otras desarrolladas en distintas partes del mundo. Es preciso conocer cuáles son las actividades de prevención del tabaquismo y promoción de la salud de mayor impacto en los distintos ámbitos, y de forma especial, en el medio laboral y educativo. De igual modo, conviene profundizar en las estrategias de comunicación y sensibilización, así como los canales empleados, distinguiendo los grupos poblacionales y sociales a los que se dirigen los mensajes.

La incorporación de las actividades de control del tabaquismo en la atención sanitaria, abre un amplio campo de investigación sobre la organización de los servicios y la evaluación de las distintas intervenciones contempladas (mínima, avanzada y especializada). El desarrollo de este modelo implica, igualmente, la investigación sobre las competencias profesionales y los métodos alternativos de capacitación.

Líneas prioritarias de investigación:

- Estimación del impacto de las políticas públicas en la Comunidad Andaluza y comparación con otros países de la Unión Europea.
- Evaluación del seguimiento de la aplicación de las normativas.
- Valoración de las estrategias de promoción de salud y prevención del tabaquismo en el ámbito educativo.
- Valoración de las actuaciones de control del tabaquismo en el ámbito laboral.
- Estimación del impacto de las estrategias de comunicación y sensibilización.
- Valoración de la colaboración intersectorial y participación comunitaria.
- Evaluación del Modelo de Atención Sanitaria a las personas fumadoras del SSPA:
 - Efectividad y/o coste-efectividad de la intervención mínima, avanzada y grupal.
 - Adherencia y factores asociados a la respuesta al tratamiento.
 - Aplicación a poblaciones específicas de las estrategias de tratamiento: personas inmigradas, reclusas, con trastornos psiquiátricos.
 - Perspectiva de género en las estrategias de deshabituación y promoción de la salud.
- Valoración de las acciones formativas en distintos ámbitos (profesionales sanitarios, estudiantes universitarios en ciencias de la salud, otros profesionales).

Investigación sobre la estructura y composición de los cigarrillos.

Desde la perspectiva de su ingeniería, su estructura física, y su composición química, el cigarrillo es uno de los productos de consumo cotidiano más complejos. En los últimos 50 años se han producido importantes cambios en su estructura y composición, aunque lejos de redundar en un beneficio para la salud pública, han contribuido a aumentar su capacidad adictiva, y por ende, su letalidad. La nicotina es el componente de la planta del tabaco responsable de la adicción a los cigarrillos. Es debido a este componente que las personas fumadoras generan el deseo de repetir su consumo, y encuentran gran dificultad a la hora de querer cesar su hábito. La industria tabaquera ha introducido modificaciones en la estructura y composición de los cigarrillos para favorecer la adicción; dos de estas modificaciones son:

- En cuanto a su estructura física: fabricar cigarrillos con agujeros de ventilación que diluyen el contenido de alquitrán y nicotina, que son medidos con los procedimientos oficiales, pero que no disminuyen la cantidad de estas sustancias que realmente ingieren los fumadores.
- En cuanto a su composición: aumentar, mediante los componentes finales del cigarrillo, la llamada “nicotina libre”, de mayor potencia adictiva debido a su mayor grado de absorción en los tejidos humanos.

Es preciso desarrollar métodos de análisis alternativos a los actuales, así como ampliar el análisis de componentes y aditivos a los que no son contemplados en los análisis habituales. La OMS ha tomado iniciativas a este respecto, coincidente con las líneas de trabajo del laboratorio de tabaco de la Junta de Andalucía.

También es necesario conocer el modo de actuación a nivel molecular y fisiológico de los compuestos, cómo son absorbidos por los tejidos y cuáles son sus efectos sobre el potencial adictivo y, en suma, sobre la salud o las distintas patologías. Se desconoce si los distintos patrones de fumado pueden condicionar distintos efectos biológicos.

Todas estas líneas de investigación pueden servir de apoyo a las acciones judiciales contra las compañías tabaqueras, a las iniciativas reguladoras de los productos del tabaco, y a las actividades de promoción de la salud.

Líneas prioritarias de investigación:

- Análisis de la estructura de los cigarrillos: agujeros de ventilación, eficiencia del filtro etc.
- Análisis de los componentes de los cigarrillos, mediante distintos procedimientos de “fumado”.
- Análisis de los compuestos de los cigarrillos que pueden aumentar la disponibilidad de la nicotina.
- Análisis de los compuestos carcinogénicos y altamente tóxicos constituyentes del alquitrán y la fase gaseosa del humo.
- Análisis de biodisponibilidad y marcadores biológicos.

Investigación de los documentos internos de las compañías tabaqueras.

En 1994, el Estado de Minnesota en EE.UU. inició una demanda contra las principales industrias del tabaco. Tras la conclusión de este juicio en 1998 y el acuerdo posterior al que llegaron la mayoría de estados con las compañías tabaqueras, éstas se comprometieron a sacar a la luz millones de páginas de documentos hasta entonces internos. Se trata de documentos procedentes de los archivos de Philip Morris USA, R.J. Reynolds Tobacco Company, Brown & Williamson Tobacco Corporation (por ella misma o como sucesora de The American Tobacco Company), Lorillard Tobacco Company, The Council for Tobacco Research-U.S.A., y The Tobacco Institute. La revisión de dichos documentos, que se han archivado electrónicamente, y su acceso se ha facilitado a todo el mundo a través de Internet, supone un recurso importante para la lucha internacional contra el tabaquismo. Aunque los millones de páginas disponibles proceden de los archivos de las compañías norteamericanas, su presencia internacional comportó el contacto con tabaqueras de otros países e iniciativas destinadas a la defensa de sus intereses fuera de Estados Unidos, entre otros países, España. La OMS ha recomendado el análisis de estos documentos para mostrar el modus operandi de la industria y su influencia en la opinión pública.

Entre otros hechos, se ha podido constatar:

- el conocimiento de la industria tabaquera sobre la adicción y los efectos negativos de los cigarrillos en la salud,
- sus estrategias generales y específicas, entre las que se destacan los esfuerzos por frenar las iniciativas de la OMS en el control del tabaquismo.
- su proceder en relación con los medios de comunicación.
- los fines de las actividades dirigidas a grupos de población específicos, como mujeres y jóvenes.
- las modificaciones en la composición y el diseño de los cigarrillos para aumentar su adicción.
- los efectos de la contaminación ambiental por el humo del tabaco en locales cerrados.
- los posibles efectos negativos para las compañías tabaqueras de la prohibición de fumar en lugares de trabajo.

Líneas prioritarias de investigación:

Análisis de los contenidos de los documentos internos de la industria del tabaco relacionados con:

- Efectos del tabaco sobre la salud.
- Consumo de cigarrillos en adolescentes, jóvenes y mujeres.
- Consumo de tabaco en el lugar de trabajo.
- Publicidad y promoción de los productos del tabaco.
- Medios de comunicación.
- Aspectos legales.
- Composición y diseño de los cigarrillos.
- Mecanismos para aumentar la biodisponibilidad de nicotina.
- Mecanismos de adicción a la nicotina.

Centro de Estudios del Tabaquismo

La investigación sobre el tabaquismo en Andalucía se vería fortalecida con la creación de un Centro de Estudios del Tabaquismo (CET), con la finalidad de potenciar la investigación en este área y facilitar la cooperación institucional, impulsando y coordinando iniciativas surgidas desde distintas entidades y organismos. El Centro abordaría la investigación del tabaquismo desde las distintas perspectivas (políticas de salud, reducción de daños, organización de servicios, efectos en la salud, aspectos legales, regulación y análisis de laboratorio), y se constituiría como el nodo central de la investigación en tabaquismo en Andalucía, en colaboración con otros organismos e instituciones públicas y privadas, e integrado en la red de Centros de Excelencia en Investigación que está impulsando la Consejería de Salud.

Los principios rectoros de este Centro serían:

- Actuar como instrumento para la mejora continua de las políticas de control del tabaquismo en Andalucía.
- Constituir una alianza estratégica entre los órganos de Gobierno, gestores e investigadores, abordando el problema con una visión integradora de los distintos aspectos del control del tabaquismo: definición de políticas, reducción de daños, efectos en la salud, aspectos legales y análisis físico-químico de los cigarrillos.
- Asumir los principios de excelencia investigadora y de innovación tecnológica propios de los Centros de Excelencia Investigadora de la Junta de Andalucía.
- Trasladar a la sociedad los aspectos, de cualquier índole, más relevantes del tabaquismo.

Apoyo a grupos de investigación

El número y producción científica de los grupos de investigación sobre el tabaquismo existentes en Andalucía es limitado e insuficiente para el análisis de un problema de salud de esta magnitud. Igualmente son escasos los proyectos de investigación que, sobre los distintos aspectos del tabaquismo, se presentan a las convocatorias de ayudas a la investigación, tanto de ámbito autonómico, como nacional y europeo. El Centro de Estudios sobre el Tabaquismo en Andalucía establecerá sinergias con diferentes centros e instituciones, potenciando la creación de grupos de investigación o integrando en redes de colaboración los existentes en las universidades y en centros sanitarios andaluces. Asimismo se debe potenciar la suscripción de convenios de colaboración que permitan el intercambio de resultados y de investigadores, así como el apoyo a iniciativas de carácter multicéntrico y multidisciplinar, con especial mención a la colaboración en el marco de la Unión Europea y de los Centros Colaboradores de la OMS.

IV.8. EVALUACIÓN Y CALIDAD. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El Plan de Calidad del SSPA establece el compromiso social de ofrecer unos servicios de salud de calidad, que respondan a las necesidades y expectativas de la ciudadanía y adoptando un modelo basado en la búsqueda de la excelencia. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía será la encargada de poner en marcha un Modelo de Acreditación que definirá una serie de requisitos de calidad exigibles en la implementación de las líneas de acción del Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía. Desde esta perspectiva, se establecerán los criterios de evaluación continua así como los correspondientes estándares de calidad o patrones de referencia que garanticen, desde el rigor y la independencia, el cumplimiento y mejora continua de las acciones trazadas por el Plan.

Un apoyo importante en la consecución de la calidad asistencial es el que proporciona la creación de un sistema de información sobre el tabaquismo en Andalucía. Este sistema ha de incluir aquellos elementos esenciales que permitan la monitorización y evaluación permanente de los objetivos definidos, al tiempo que faciliten la valoración de sus resultados en términos de salud.

Evaluación continua de las líneas estratégicas

La línea de evaluación continua de las actividades del Plan Integral de Tabaquismo evaluará y valorará los siguientes aspectos:

- Las estrategias de promoción de salud y prevención del tabaquismo en el ámbito educativo: la implantación de los programas preventivos y la consecución de los objetivos intermedios y específicos planteados.
- Las actuaciones de control del tabaquismo en el ámbito laboral: evaluación del Programa Empresas Libres de Humo, el grado de implantación en nuestra comunidad, las dificultades surgidas en la generalización de los programas y la consecución de los objetivos intermedios y específicos planteados.
- El impacto de las estrategias de comunicación y sensibilización: valoración de las estrategias publicitarias y de conciliación dirigidas a los grupos objetivo, funcionamiento del teléfono gratuito de información sobre tabaco y del Portal de Salud de la Junta de Andalucía referente a este tema.
- La colaboración intersectorial y la participación comunitaria: evaluación del número y extensión de los convenios de colaboración con sectores de relevancia social, aprovechamiento y orientación de los recursos aportados por la administración y otras entidades sociales.
- El modelo de atención sanitaria a las personas fumadoras del SSPA, tanto en el nivel de atención primaria como en el nivel hospitalario: inclusión de los servicios de atención al tabaquismo contemplados en este Plan en las carteras de servicios de los centros, extensión de protocolos de actuación comunes, extensión de la intervención mínima, avanzada y grupal.
- Las acciones formativas en distintos ámbitos: cumplimiento de los objetivos planteados en la formación pregraduada y posgraduada, así como en la formación continuada de profesionales sanitarios.

Estándares de calidad en el tratamiento del tabaquismo

La literatura acerca de las intervenciones clínicas en personas fumadoras considera como tratamientos de reconocida efectividad y, por tanto, recomendables los siguientes:

- Las intervenciones psicológicas, como el entrenamiento en solución de problemas, la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán y el apoyo social.
- Los procedimientos farmacológicos, como la terapia sustitutiva de la nicotina, el bupropión, la nortriptilina y la clonidina.
- Los métodos de autoayuda, como los manuales de tratamiento y los folletos.
- El consejo médico sistemático (considerado como la aproximación básica y de primera línea y con la mejor relación coste-efectividad de todas las intervenciones referidas).

Desde el modelo de calidad, estos procedimientos (especificados en la Tabla 22) adquieren el valor de estándares de calidad o patrones de referencia, referidos a las tecnologías asistenciales propuestas en el Plan, y que cumplen los criterios de excelencia que requiere.

TABLA 22. Tecnologías de tratamiento reconocidas como estándares de calidad o patrones de referencia por el Plan Integral de Tabaquismo

Tipo de intervención	Valoración de la evidencia
1. Manuales de autoayuda	Eficaz
2. Intervenciones clínicas mínimas	Eficaz
3. Intervenciones clínicas intensivas (psicológicas)	
• Entrenamiento en solución de problemas	Eficaz
• Fumar rápido	Eficaz
• Otras técnicas aversivas	Eficaz
• Desvanecimiento de nicotina (reducción gradual de nicotina y alquitrán)	Eficaz
• Apoyo social	Eficaz
4. Intervenciones farmacológicas	
• Chicle de nicotina	Eficaz
• Parche de nicotina	Eficaz
• Inhalador de nicotina	Eficaz
• Spray nasal de nicotina	Eficaz
• Bupropión	Eficaz
• Nortriptilina	Eficaz
• Clonidina	Eficaz

Fuente: USDHHS, 2000.

Acreditación de centros y unidades de tratamiento del tabaquismo

La acreditación se entiende como un proceso mediante el cual se observa y reconoce en qué forma la atención que se presta a la ciudadanía en materia de salud, responde a un modelo de calidad. Su finalidad es favorecer e impulsar la mejora continua de las acciones de todos los Planes Integrales de Andalucía. Se parte de un patrón de referencia (estándares con el que los centros, profesionales, unidades, etc. caminan hacia la mejora de sus servicios) y de unas herramientas de gestión de mejora de la calidad (metodologías, áreas de mejora, premios, aplicaciones informáticas... que favorecen un mejor progreso).

La acreditación significa un reconocimiento expreso y público de que el centro o la Unidad de Apoyo específica, por ejemplo, cumple los requisitos necesarios para prestar una asistencia adecuada a las personas fumadoras y ha emprendido una línea de mejora continua de sus actuaciones.

Desde el Plan Integral se propone, como base para la acreditación de los Centros y Unidades de Apoyo del Tabaquismo, las especificadas en el Modelo Organizativo de Atención Sanitaria a los Fumadores. La acreditación de este modelo se hará en base a las siguientes premisas:

- En todos los centros sanitarios –de atención primaria y especializada– habrá un programa de atención al tabaquismo.
- La totalidad de profesionales del sistema realizarán intervención mínima y avanzada, remitiendo al paciente a los dispositivos adecuados para la realización de la intervención grupal, si estuviera indicado.
- Todos los centros del SSPA se constituirán en Centros Libres de Humo.

Tomando como referencia los criterios establecidos en el programa de acreditación de unidades de gestión clínica de la Consejería de Salud (2003), se han de definir un conjunto de estándares que permitirán la acreditación de centros y unidades clínicas, en relación a la atención al tabaquismo. En general, los criterios se refieren a los siguientes aspectos: la satisfacción, la accesibilidad, la actividad, la estructura y los resultados.

Proceso asistencial en tabaquismo

Durante el desarrollo del presente Plan Integral se realizará una revisión exhaustiva de las guías de actuación, planes, programas y protocolos disponibles actualmente en la atención a fumadores con el fin de plantear los objetivos y las estrategias asistenciales más adecuadas. Es preciso diseñar la atención al tabaquismo utilizando como herramienta la metodología de los procesos asistenciales, siguiendo las directrices del Plan de Calidad del SSPA. Se hará especial hincapié en el desarrollo de protocolos consensuados de terapias grupales multicomponentes y del uso de procedimientos farmacológicos en el tratamiento del tabaquismo.

Sistemas de información sobre tabaquismo

El Plan plantea, entre sus líneas de actuación prioritarias, el desarrollo de sistemas y tecnologías de la información orientados a la ciudadanía, que sirvan como soporte al modelo de atención sanitaria a las personas fumadoras. Con el diseño y puesta en funcionamiento de este sistema de información

se pretenden varios objetivos:

- 1) Disponer de datos actualizados acerca de la prevalencia, la incidencia y distribución del hábito tabáquico en la población Andaluza.
- 2) Detectar las fluctuaciones y tendencias temporales del hábito y el impacto de las acciones del Plan.
- 3) Conocer el circuito asistencial que siguen las personas usuarias de las unidades de tabaquismo.
- 4) Monitorizar la calidad de la asistencia a las personas fumadoras sobre la base de los distintos indicadores propuestos.
- 5) Constituir una fuente de información valiosa para la investigación.

Este sistema de información ha de incluir una serie de elementos esenciales que permitan la monitorización y evaluación continua de los objetivos definidos en el Plan, así como la valoración de los resultados, en términos de salud, obtenidos con la implementación de las distintas líneas de acción del Plan. Las características más destacadas del sistema de información sobre el tabaquismo son:

- La historia de salud digital del ciudadano (DIRAYA) incluirá un sistema de información integrado, que identifique a las personas fumadoras, refleje las evaluaciones e intervenciones realizadas, y permita documentar el progreso y los resultados.
- Este sistema de información permitirá la recogida y análisis de los datos relativos al desarrollo del proceso asistencial de tabaquismo y de sus resultados, a través de una serie de indicadores que el propio Plan propondrá.
- El sistema de Información sobre el Tabaquismo dispondrá de la estructura operativa que facilite la identificación, búsqueda y captura de la información científica que facilite la investigación.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010.

- 1- Abrir una línea de evaluación continua de las actividades que desarrollen cada una de estas líneas estratégicas.
- 2- Identificar los mejores estándares de tratamiento y promover análisis de coste-efectividad, con elementos de disminución de las desigualdades.
- 3- Establecer los criterios de acreditación de las unidades de tratamiento de tabaquismo.
- 4- Establecer qué criterios relacionados con el tabaquismo se introducirán en la acreditación de los centros y unidades clínicas.
- 5- Revisar los procesos asistenciales, guías de actuación, planes, programas y protocolos en

funcionamiento para introducir objetivos y estrategias de atención al tabaquismo. Incorporar normas de calidad en relación con esta atención prioritaria.

- 6- Solicitar evaluaciones externas especializadas de las actuaciones intersectoriales ya que, dada su diversidad, precisan de complejos análisis de la realidad para explicar los resultados realmente obtenidos (observados).
- 7- Analizar la situación del tabaquismo en relación a las variables socioeconómicas y culturales en Andalucía, que posibiliten la medición posterior del impacto de estas medidas sobre la población con mayor desventaja.
- 8- Incluir, en los sistemas de información habituales del SSPA, entradas e indicadores que permitan medir y evaluar la actividad de esta línea de atención, tanto en atención primaria como en especializada.

IV.9. MARCO LEGISLATIVO

1. Adaptación de la normativa andaluza a la futura legislación estatal

El pasado 9 de mayo de 2005 fue publicado en el Boletín Oficial del Estado el proyecto de “*Ley reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco para la protección de la salud de la población*”, que proporciona un impulso definitivo a nivel nacional a las políticas de control del tabaquismo. La Ley consta de cuatro Títulos. El primero establece las disposiciones generales, el segundo determina limitaciones a la venta, suministro y consumo de los productos del tabaco, el tercero incorpora a nuestro ordenamiento jurídico la Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003 (donde se establecen importantes medidas en torno a la publicidad de los productos del tabaco) y el cuarto establece el régimen sancionador. Esta Ley, de carácter básico, afectaría en nuestra comunidad en lo establecido en la Ley andaluza 4/97 de 9 de julio, sobre prevención y asistencia en materia de drogas, en la que se trata el tabaco como una droga institucionalizada más.

A pesar de este desarrollo normativo estatal, la Comunidad Autónoma conserva la posibilidad de proceder al desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la correspondiente ejecución. Dada la magnitud del problema del tabaquismo y el importante nivel de concienciación social existente, sería necesaria la adaptación de esta nueva norma básica del estado a nuestro ordenamiento con la promulgación de una nueva Ley exclusiva para el tabaco, considerando al tabaquismo como un fenómeno distinto al de otras drogas. Asimismo, deberían establecerse con claridad los órganos competentes para inspeccionar en cada ámbito el cumplimiento de la normativa sobre tabaquismo, así como el responsable de la instrucción del procedimiento sancionador y posterior sanción si correspondiese en caso de infracción.

2. Análisis del contenido de los cigarrillos y control de las empresas tabacaleras

El *Real Decreto 1079/2002*, de 18 octubre, que regula los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco, establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo exigirá a todos los fabricantes de productos del tabaco la

lista de todos los ingredientes del tabaco y determina los contenidos máximos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los cigarrillos. Este Real Decreto fue desarrollado por la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo 127/2004, de 22 de enero, en la que también se establece el procedimiento para obtener la autorización como Laboratorio de Verificación de los productos del Tabaco. Una de las prioridades del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía será proceder a la solicitud de autorización del laboratorio sobre composición de cigarrillos con el que cuenta la Consejería de Agricultura, Pesca y Alimentación en la ciudad de Sevilla. Esta acreditación será impulsada por la Dirección del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y gestionada por la Consejería de Agricultura Pesca y Alimentación, de la que depende.

3. Estrategias de control del tráfico ilícito

Como ha demostrado la historia, las situaciones de restricción efectiva del consumo, o tráfico legal, de las drogas institucionalizadas llevan parejo un notable incremento del tráfico ilícito. Ciertas marcas de cigarrillos se encuentran, de hecho, entre los cinco productos más falsificados del mundo.

Al margen de la vertiente fiscal y aduanera, que se escapa de la gestión de este Plan Integral, el tráfico ilícito de tabaco lleva implícita consecuencias que sí incumben a este Plan, puesto que al tratarse de un mercado no controlado, el producto carecería de cualquier control sobre su composición, pudiendo ocasionar efectos aún más perniciosos que el tabaco regulado. El mercado ilícito favorece además la falta de control sobre otros aspectos, tales como el etiquetado de las correspondientes advertencias, la venta a menores, etc. Así pues, deberán coordinarse, con las autoridades competentes, las actuaciones pertinentes para el control de este tráfico ilícito, elaborando estrategias comunes e instando a los poderes públicos a actuar en aquellos casos que se considere necesario.

LÍNEAS DE ACCIÓN 2005-2010.

1. Adaptación de la normativa andaluza a la Ley estatal, con la promulgación de una nueva Ley dedicada en exclusiva al tabaco, que potencie los “Espacios libres de Humos”, especialmente en todas las dependencias administrativas de la Junta de Andalucía, y actualice lo relativo a materias de inspección y sanción, con la participación de todos los agentes implicados.
2. Análisis sistemático del contenido de los cigarrillos distribuidos en Andalucía, y en caso de anomalías o incumplimientos, interposición de demandas.

V. RESUMEN

Introducción

El consumo de tabaco, relacionado con más de 25 enfermedades, es la principal causa de muerte en Andalucía, provocando más de 10.000 fallecimientos anuales y originando 23 años de vida perdidos por cada una de estas muertes en la población de entre 35 y 69 años. En la actualidad, no existen dudas de que el humo de tabaco es dañino no solo para las personas fumadoras, sino también para aquellas que lo inhalan involuntariamente por estar expuestas a él. En 1.999 el consumo de tabaco generó en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) un coste de hospitalización próximo a 135 millones de euros. Estas razones justifican la necesidad de crear e implantar un Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía con la finalidad de coordinar las actuaciones sanitarias y los recursos disponibles para la atención a las personas fumadoras, proteger el derecho a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas andaluces, potenciar estilos de vida saludables y crear espacios libres de humo como zonas de bienestar social.

Este Plan Integral pretende ser una herramienta que permita ofertar el mejor abordaje de las distintas fases de la historia natural del tabaquismo, utilizando estrategias globales e intersectoriales que integren las intervenciones más adecuadas en cuanto a su prevención, asistencia y seguimiento, así como la formación e investigación sobre las causas y soluciones de esta enfermedad.

Análisis de la situación

En Andalucía la prevalencia de tabaquismo en 2003 se sitúa en el 33% de la población mayor de 16 años (fuman el 41.1% de los hombres y el 24.9% de las mujeres). El consumo de tabaco en la Comunidad Andaluza muestra una desigual distribución provincial. El mayor porcentaje de población fumadora se encuentra en Jaén (39.7%), Córdoba (37.9%) y Cádiz (33.5%) y en el otro extremo, por debajo de la media, se hallan las provincias de Málaga (con el menor porcentaje de población fumadora, 29.7%), Granada, Almería, Sevilla y Huelva. El mayor porcentaje de personas fumadoras se mantiene en 2003 en el grupo de edad entre los 25 y 44 años (46.2%, tres puntos menos que en 1999). El grupo de edad de 16 a 24 años también muestra una alta prevalencia (40%, cinco puntos más que en 1999).

La edad media de inicio en el consumo de tabaco es, según las Encuestas Andaluzas de Salud, alrededor de los 17 años (17.08 años en 1999, 16.89 en 2003). Si bien, diversos estudios reflejan que los primeros contactos con el tabaco suelen darse, en un porcentaje proporcionalmente mayor conforme a la edad, entre los 12 y 16 años. Entre 1987 y 2003, el porcentaje de varones fumadores se ha reducido en Andalucía en 17 puntos. Esta disminución ha sucedido (aunque de manera desigual) en todas las provincias, excepto en Jaén. En fumadoras, al contrario, la tendencia general ha sido de incremento (en 6 puntos). No obstante hay, nuevamente, diferencias provinciales y se observa, entre 1999 y 2003, una disminución del porcentaje de fumadoras en Almería, Málaga y Cádiz. El porcentaje de personas ex-fumadoras en 2003 fue 14.3%. El mayor número de exfumadores varones aparece, con diferencia, en las provincias de Granada y Málaga; el mayor número de mujeres exfumadoras, en Almería, Granada y Málaga.

Organización de la asistencia y recursos disponibles

En la actualidad existen 1.478 centros de atención primaria en nuestra Comunidad Autónoma, realizándose intervención mínima en todos ellos por la totalidad de los profesionales de salud de este nivel. La intervención avanzada en tabaquismo se efectúa en 158 centros de atención primaria, en distintos distritos sanitarios de nuestra Comunidad. Todos los profesionales de atención especializada han de realizar igualmente intervención mínima en los 32 hospitales del SSPA, en donde se dispone de un total 18 unidades de deshabituación tabáquica.

Por otro lado, la red de centros ambulatorios de tratamiento de las drogodependencias, atiende a la deshabituación tabáquica en 60 centros públicos y concertados de la red asistencial andaluza, fundamentalmente en las provincias de Córdoba y Jaén. Asimismo, se ha comenzado a organizar la oferta terapéutica a los profesionales de los centros docentes públicos de Andalucía e iniciado el proceso de atención al tabaquismo entre los profesionales sanitarios y el resto de empleados públicos de la Junta de Andalucía (ofertas vinculadas con la estrategia de Centros Libres de Humo).

Las personas fumadoras pueden acceder a la oferta terapéutica de deshabituación tabáquica, a petición propia, a través de alguna de las siguientes vías: el propio centro de salud, el teléfono de información sobre tabaco (900 850 300), algunas oficinas de farmacia o a través de los hospitales del SSPA.

En lo que se refiere a estrategias de prevención de tabaquismo en el medio educativo, las Consejerías de Educación, Salud e Igualdad y Bienestar Social vienen desarrollando, entre otras acciones, el programa “E.S.O. sin humo” y “Forma Joven”.

Objetivos del Plan Integral de Tabaquismo

1. Disminuir la incidencia y la prevalencia del tabaquismo en Andalucía.
2. Reducir las complicaciones y la morbimortalidad atribuible al tabaco en la población andaluza.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas fumadoras y no fumadoras.
4. Crear un futuro “Libre de Humo” en un clima de bienestar social y respeto mutuo, potenciando estilos de vida saludables y garantizando la protección del derecho a la salud de todas las personas.
5. Promover la participación ciudadana, buscando su implicación en el desarrollo de cada una de las áreas de intervención que contempla este Plan.
6. Garantizar a las personas fumadoras la mejor atención sanitaria, fundamentada en la evidencia científica disponible.
7. Asegurar la continuidad asistencial como un elemento de calidad integral.

8. Adecuar, de manera efectiva y eficiente, la oferta de los servicios a las necesidades de la población.
9. Aumentar el grado de conocimiento e información de la población general sobre tabaquismo, con especial atención a los grupos modélicos y de relevancia social, así como a otros colectivos de especial vulnerabilidad.
10. Promover la formación de los profesionales y fomentar la investigación en materia de tabaquismo, como medios para avanzar en el conocimiento y en el tratamiento de esta enfermedad y sus consecuencias.

Líneas prioritarias de acción

- 1. Comunicación, información y sensibilización a la población**, posicionando el tabaquismo como el principal problema de salud pública en Andalucía, al tiempo que se favorece una postura conciliadora y respetuosa entre personas fumadoras y no fumadoras.
- 2. Prevención en tabaquismo y promoción de la salud**
 - **en el ámbito educativo: “A no fumar, ¡Me apunto!”**. Este programa abarca distintas estrategias, la primera y básica dirigida a todo el centro escolar (Centro Libre de Humo) y el resto destinadas a los distintos niveles educativos de enseñanza secundaria (“E.S.O. SIN HUMO”, concursos...) e institutos (“Forma Joven”).
 - **en el ámbito laboral: “Empresas Libres de Humo en Andalucía”**. El objetivo principal de este programa es alcanzar un ambiente laboral libre de humo de tabaco, en un clima de respeto mutuo y bienestar social, protegiendo el derecho a la salud de todas las personas implicadas y facilitando, lo máximo posible, el inicio y logro de la deshabituación tabáquica.
 - **en el ámbito local: fomentar la colaboración intersectorial, la participación** de las corporaciones locales, asociaciones, ONGs y otros sectores sociales implicados.
- 3. Atención a las personas fumadoras** mediante un modelo de atención sanitaria integral, multidisciplinar, basado en la continuidad asistencial y en la evidencia científica más actual disponible. En los centros de salud y hospitales del SSPA existirá un programa de abordaje al tabaquismo coordinado desde la unidad de apoyo del distrito o servicio que se acuerde.
- 4. Atención a colectivos de especial relevancia social**, que por su carácter modélico puedan tener un efecto multiplicador en el resto de la sociedad (profesionales de centros sanitarios, docentes y empleados de administraciones públicas).
- 5. Situaciones de especial atención**. Las actuaciones de prevención y control del Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía deberán atender la perspectiva de género y las desigualdades sociales. Además, desde el Plan se abrirán líneas de investigación y acción para ofrecer las mejores alternativas de atención a colectivos tales como: mujeres embarazadas, población inmigrante, población con trastornos mentales, población privada de libertad.

- 6. Formación y desarrollo profesional**, para facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades. Se identifican tres áreas de trabajo: etapa de formación grado-pregrado, etapa postgrado o de la especialidad y etapa de la formación continuada.
- 7. Investigación en tabaquismo**, facilitando la creación y desarrollo de grupos de investigación en las líneas priorizadas por el Plan e impulsando la incorporación de estos grupos en las redes internacionales de investigación, especialmente en el ámbito de la Unión Europea y de la OMS. Se planea la creación de un centro de estudios y asesoría en el abordaje integral del tabaquismo.
- 8. Establecer criterios de evaluación continua**, así como los correspondientes estándares de calidad o patrones de referencia, que garanticen el cumplimiento y la mejora continua de las acciones planteadas por el Plan. Asimismo, se promoverá la creación de un sistema de información sobre el tabaquismo en Andalucía, que permita el seguimiento y evaluación de resultados en términos de salud y, se desarrollará un sistema de acreditación de servicios y profesionales (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía).
- 9. Adaptar la normativa andaluza a la ley estatal** y actualizar la legislación vigente en materia de tabaco, generando y consolidando estructuras de inspección y sanción en esta materia, que garanticen el cumplimiento de la norma.

VI BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (2004). Consulta técnica. Programas de deshabituación tabáquica. Consejería de Salud.
- Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (2004). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. *Monografías sobre la evaluación del riesgo para los humanos, Vol 83*. <http://www.cie.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html>
- Annie J. Sasco, Pascal Mélihan-Cheinin y Delphine d'Harcourt (2003). Legislación sobre el consumo de tabaco en el ámbito laboral y en los espacios públicos de la Unión Europea. *Revista Española de Salud Pública, 77, 37-73*.
- Aranda, J. M. (1997). *Índices de Riesgo Obstétrico para Andalucía*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- Ariza C., Nebot M. (2004) La prevención del tabaquismo en jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones, 16: 359-378*.
- The ASPECT (Analysis of the Science and Policy for European Control of Tobacco) Consortium (2004). *Tobacco or Health in the European Union. Past, Present and Future*. European Comission.
- Ayesta F. J., Corral, L. P., Cortijo, C., Román, J. y Jiménez A. (2004). *Cómo crear una empresa libre de humo*. Madrid: Ibermutuamur.
- Baillie, A., Mattick, R., Hall, W. y Webster, P. (1994). Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. *Drug and Alcohol Review, 13: 157-170*.
- Ballesta Gómez R., Lozano Rojas O. M., Bilbao Acedos I., González Saiz F. (2004). Estudio de evolución del informe "Los andaluces ante las drogas" (1987-2003). Sevilla: Dirección General para las Dependencias y Adicciones. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- Barrueco, M. et al. (2002) "Resultados del primer programa para la reducción del tabaquismo en los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca, España." *Revista Española de Salud Pública, 76: 37-48*.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998a). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dyckinson.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998b). Estado actual de las alternativas terapéuticas para dejar de fumar, *Adicciones, 8: 69-83*.
- Becoña, E. (2000). Tratamiento del tabaquismo. Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones, 12: 77-85*.

- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 24: 48-69.
- Becoña, E. (2004). Monográfico Tabaco. *Revista Adicciones*, 16: supl. 2.
- Borne, I. y Raaijmakers, T. (coords.) (2001). *Entornos laborales libres de humo de tabaco: Mejora de la salud y el bienestar de las personas en el trabajo. Informe de la situación en Europa*.
- Castellanos, M. E., Muñoz, M.I.; Nebot, M., Payá, A., Rovira, M. T., Planas, S.; Sanromá, M. y Carreras, R. (2000). Validez del consumo declarado de tabaco en el embarazo. *Atención Primaria*, 26: 629-632.
- Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Drogas (2000). Informe nº 3 Observatorio español sobre drogas. Cap. 5: Población penitenciaria: indicadores de prisiones [<http://www.msc.es/pnd/publica/pdf/oed-3.pdf>] Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.
- Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo [Becoña, E., Córdoba, R., Díaz-Martoto, J. L., López, V., Jiménez, C., Planchuela, M. A., Salvador, T. y Villalba, J.] (2001). Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones*, 13: 211-216.
- Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía (2003). II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones 2003-2007. Junta de Andalucía.
- Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. VIII Los Andaluces ante las drogas. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Dirección General de Salud Pública y Participación. Plan de actuación sobre el tabaquismo en Andalucía.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. III Plan Andaluz de Salud 2003-2010.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (1999). I Encuesta Andaluza de Salud Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2003). II Encuesta Andaluza de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2003). Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Plan de Atención Integral al Inmigrante en Andalucía. Fundación Progreso y Salud.
- Cox, J.L. (1993). Algorithms for nicotine withdrawal therapy. *Health Values*, 17: 41-48.
- Dirección General de Salud (1999). I Plan Andaluz de Salud. Evaluación de objetivos. Documento interno no publicado.
- DiFranza, J. R. y Lew, R. A. (1995). Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *Journal of Family Practice*, 40: 385-394.

- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., Heyman, R. B., Holbrook, J., Jaén, C. R., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mullen, P. D., Nett, L. M., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A. C., Villejo, L. y Wewers, M. E. (1996). *Smoking cessation. Clinical practice guideline n.º 18*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fiore, M. C., Novotny, T., Pierce, J., Giovino, G., Hatzianandreu, E., Newcomb, P., Surawicz, T. y Davis, R. (1990). Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *Journal of the American Medical Association*, 263: 2706-2768.
- Fiore, M.C., Smith, S., Jorenby, D. y Baker, T. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271: 1940-1947.
- Froján, M. J. y Becoña, E. (1999). El hábito de fumar y su tratamiento: revisión de los avances en los últimos diez años de investigación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52: 463-476.
- Garrido, P., Castillo, I. y Colomer, C. (1995). ¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar?. Meta-análisis de la literatura sobre deshabituación tabáquica. *Adicciones*, 7: 211-225.
- Gil, J. y Calero, M. D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Gourlay, S. G., Stead, L. F. y Benowitz, N. L. (2003). Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Hajek, P. y Stead, L. F. (2003). Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Henningfield, J. E., Cohen, C. y Pickworth, W. B. (1993). Psychopharmacology of nicotine. En C. T. Orleans y J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction: Principles and management* (pp. 25-45). Nueva York: Oxford University Press.
- Hughes, J. R., Fiester, S., Goldstein, M. G., Resnick, M. P., Rock, N. y Ziedonis, D. (1996). American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153: S1-S31.
- Hughes, J. R., Stead, L. F. y Lancaster, T. (2003). Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Kalinka, J. y Hanke, W. (1966). Rola palenia tytoniu jako czynnika ryzyka hipotrofii płodu i porodu przedwczesnego [The role of tobacco smoking as a risk factor for intrauterine growth retardation and preterm delivery]. *Przegl Epidemiol*, 50, 309-313.
- Lancaster, T. y Stead, L. F. (2003a). Individual behavioral counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Lancaster, T. y Stead, L. F. (2003b). Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane

- Review). En The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Lando, H. A. (1986). Long-term modification of chronic smoking behavior: A paradigmatic approach. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 5: 5-17.
 - Lando, H. A. (1993). Formal quit smoking treatments. En C. T. Orleans y J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction. Principles and management* (pp. 221-244). Nueva York: Oxford University Press.
 - Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-819.
 - Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. (1992). Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 518-527.
 - López Pérez P, García Sádaba I. (2000). Evaluación de un programa de prevención del tabaquismo en centros escolares de la provincia de Córdoba. *Semergen*; 26:482-487.
 - Lumley, J.; Oliver, S. y Waters, E. (2000). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database System Review*, 2, CD 001055.
 - Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
 - Melero, J. C. (2003). "Políticas de prevención del tabaquismo en empresas europeas." *Revista Española de Salud Pública*, 77: 75-95.
 - Miller W. R, Rollnick S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.
 - Miller, W. R. y Rollnick. S. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*, 1 (6): 81-89.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan nacional de Drogas (2004). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. [<http://www.msc.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf>].
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. 2003-2007.
 - Misra, D. P y Nguyen, R. H. (1999). Environmental tobacco smoke and low birth weight: a hazard in the workplace?. *Environmental Health Perspectives*, 107: 897-904.
 - Moher, M., Hey, K., Lancaster, T. (2005). Intervenciones en el lugar de trabajo para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En La biblioteca Cochrane Plus, 1. Oxford: Update Software Ltd.
 - Moller, A. M. y Tonnesen, H. (1999). Rygestop og graviditet [Smoking cessation and pregnancy]. *Ugeskr Laeger*, 161: 4985-4986.

- Mullen, P. D., Nett, L. M., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A. C., Villejo, L., Wewers, M. E., Baker, T., Fox, B. y Hasselblad, V. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Navarro J. (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.
- Nebot, M. (1996). El consejo médico en atención primaria. *Actas de las XXII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Nerín, I. et al. (2000) Intervenciones sobre tabaquismo en el mundo laboral. *Prevención del Tabaquismo 2 (2): 113-20*.
- Nerín, I. et al. (2002). Evaluación de una intervención sobre tabaquismo en el medio laboral: experiencia en una empresa con 640 empleados. *Archivos de Bronconeumología 38 (6): 267-71*.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2002). *Guidance on the use of nicotine replacement therapy and bupropion for smoking cessation*. Londres: National Institute for Clinical Excellence.
- Niura, R. y Abrams, D.B. (2002). Smoking cessation: Progress, priorities, and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 494-509*.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1984). Neuroregulators and reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. *Neuroscience biobehavioral explanation. Neuroscience Biobehavior Review, 8: 503-513*.
- Raaijmakers, T. y I. van den Borne (2003). Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo. *Revista Española de Salud Pública 77: 97-116*.
- Raw, M., McNeill, A. y West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax, 53 (Suppl.), S1-S19*.
- Rice, V.H. y Stead, L.F. (2003). Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software.
- Saiz Martínez-Acitores, I., Rubio Colavida, J., Espiga López, I., Alonso de la Iglesia, B., Blanco Aguilar, J., Cortés Mancha, M., Cabrera Ortega, J. D., Pont Martínez, P., Saavedra Rodríguez, J. M., Toledo Pallarés, J. (2003). Plan Nacional de Prevención y control de tabaquismo. (2003-2007). *Revista Española de Salud Pública, 77: 441-473*.
- Salvador Llivina, T., Alonso Viteri, S., Orpella García, X, Plana Almuni, P. (2003). Manual de intervención sobre tabaquismo en el medio laboral. Trabajar *"En Compañí@"* por una empresa Libre de Humo. Madrid: Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el trabajo y GlaxoSmithkline.

- Salvador, T. (1996). *Tabaquismo*. Madrid: Aguilar.
- Sánchez, J., Olivares, J. y Rosa, A.I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10: 535-549.
- Sasco, A., P Mélihan-Cheinin, y D. D'Harcourt (2003). Legislación sobre el consumo de tabaco en el ámbito laboral y en los espacios públicos de la Unión Europea. *Revista Española de Salud Pública*, 77: 37-73.
- Schwartz, J. L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13: 365-380.
- Secades, R., Díez, A. B. y Fernández, J. R. (1999). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7: 107-118.
- Shiffman, S., Mason, K. M. y Henningfield, J. E. (1998). Tobacco dependence treatments: Review and prospectus. *Annual Review of Public Health*, 19: 335-358.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G. y Lodge, M., (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *The Lancet*, 343: 139-142.
- Silagy, C. y Stead, L. F. (2003). Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Soto-Mas F, et al. (2003). Los documentos internos de la industria tabaquera y la prevención del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*, 17(Supl 3): 9-14.
- Stead, L. F., Lancaster, T. y Perera, R. (2003). Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2003). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software.
- University of York (1999). *Effective Health Care. Preventing the uptake of smoking in young people*.
- USDHHS (United States Department of Health and Human Services) (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Service.
- USDHHS (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service.
- USDHHS (2000). *Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health.

- USDHHS. Center For Disease Control and Prevention. *Making your workplace smokefree. A decision maker's guide*. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/environmental/fullguide.pdf.
- Viswesvaran, C. y Schmidt, F. L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77: 554-561.
- Ward, S. (1999). Addressing nicotine addiction in women. Role of the midwife. *Journal of Nursery and Midwifery*, 44: 3-18.
- World Health Organization (2004): Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Ed. Candace Currie ... [et al.] Cap. 3: *Young people's health and health-related behaviour. Tobacco Smoking*, pp. 63-72. [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationsources/publications/catalogue/20040518_1]
- Windham, G. C.; Eaton, A. y Hopkins, B. (1999). Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 13: 35-57.
- Windsor, R. A.; Woodby, L. L.; Miller, T. M.; Hardin, J. M.; Crawford, M. A. y DiClemente, C. C. (2000). Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in medicaid maternity care. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 182: 68-75.

VII. ABREVIATURAS

AETS:	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
ACV:	Accidente cerebrovascular
CCOO:	Comisiones Obreras
CEA:	Confederación de Empresarios de Andalucía
CLH:	Centros Libres de Humo
CNPT:	Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo
CO:	Monóxido de Carbono.
CVA:	Catarro de vías altas
DUE:	Diplomado Universitario en Enfermería
EASP:	Escuela Andaluza de Salud Pública
ECERS:	Estilos de vida de los escolares relacionados con la salud
ENS:	Encuesta Nacional de Salud
ENYPAT:	Red Europea de Jóvenes y Tabaco
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESO:	Educación Secundaria Obligatoria
FAMP:	Federación Andaluza de Municipios
GAD:	Grupo de Atención a Drogodependientes
IA:	Intervención Avanzada
IAM:	Infarto Agudo de Miocardio
IES:	Instituto de Enseñanza Secundaria
IM:	Intervención Mínima
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SAS:	Servicio Andaluz de Salud
SSPA:	Sistema Sanitario Público de Andalucía
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos
UGT:	Unión General de Trabajadores
VCH:	Virus de la Hepatitis C
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WFME:	World Federation for Medical Education

VIII. AUTORÍA Y COLABORACIONES

AUTORÍA

Pilar Mesa Cruz (coordinadora)

Mercedes Amo Alfonso

José Manuel Aranda Regules

Javier Blanco Aguilar

Germana Caballero López

Antonio Daponte Codina

Carmen Escalera de Andrés

José Expósito Álvarez

Javier García León

Asunción González Villalba

M^a Dolores Gutiérrez Palomino

Luis Lara García

Carmen Lavado Pérez

Pilar López Pérez

Pedro Mateos Vilches

Carlos Moreno Medina

Teresa Muela Tudela

Enrique Otero Chuliá

Justa Redondo Écija

Pedro Romero Palacios

Francisco Manuel Ruiz Domínguez

Fuensanta Sánchez Fernández

Cristina Torró García-Morato

Arturo Vellisco García

Román Villegas Portero

COLABORACIÓN

Guadalupe Gil de Montes Paredes

Mariano Hernán García

Carmen Lineros González

Mauricio Lozano Navarrete

Inmaculada Mateos Rodríguez

Juan Nieto Vera

Sara Ortiz Molina

M^a Ángeles Prieto Rodríguez

Mercedes Sánchez Lanuza

M^a Teresa Varón García

Antonio Vela Rubio

Elisa Vizquete Rebollo