

PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo



Plan integral de tabaquismo de Andalucía





Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo, 2022

Maquetación: Juan A. Castillo Gujarro. Escuela Andaluza de Salud Pública.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

Autoría:

Grupo de trabajo:

Daniel Jesús López Vega
Ana Ruiz Bernal
Pedro Antonio López Cabello
Inmaculada Reina Ceballos
Eva Carranza Miranda
Vidal Barchilón Cohen
Susana Rodríguez Gómez
María Jose Mora Luque
José Manuel Ruíz Plaza
Fco. Javier Dolz López
Arturo Vellisco García
Amparo Lupiañez Castillo
Marcos Garcia Rueda
Maria Concepcion Torrejon Lopez
Eduardo Mayoral Sanchez
Juan Pedro Vaquero Prada
Maria Angeles Lopez Valverde
María Dolores Fernández Pérez
Antonio Hernández Jiménez
Pablo Garcia Cubillana
Francisco Ruiz Domínguez
M.ª Ángeles Viedma Romero
Aurora Martinez Loscertales
Ruben Moncada Díaz
Rafael Angel Maqueda

Colaboraciones:

Eugenio Martínez Concepción
Carmen Zamora Fuentes
Alberto Fernández Ajuria
Maite González García
Jesús Serrano Martín
Lucia Tunez Rodriguez
Arantxa Irastorza Aldasoro

Revisión:

Antonio Marín Larrea
Amparo Lupiañez Castillo
Marcos García Rueda
Ana Ruiz Bernal
Arturo Vellisco García
Mª Dolores Fernández Pérez

Cita sugerida:

García Rueda, M. ; Ruiz Bernal, A. ; Fernández Pérez, MD.
Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. 2ª Edición. Sevilla.
Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía; 2022.
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

INTRODUCCIÓN.....	7
METODOLOGÍA.....	10
ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	12
Resumen.....	13
Consumo de tabaco en España	13
Situación epidemiológica en España.....	13
Cesación del consumo del tabaco en España	15
Consumo de tabaco en Andalucía.....	16
Prevalencia del consumo de tabaco.....	16
Consumo diario medio	21
Edad de inicio del consumo	22
Consumo de tabaco en edad escolar.....	23
Abandono del consumo de tabaco.....	23
Intentos previos de abandono.....	24
Motivación para dejar de fumar.....	24
Personas exfumadoras	25
Mortalidad vinculada al consumo de tabaco	26
Mortalidad atribuible al tabaco.....	27
MARCO NORMATIVO Y DE COSTE-BENEFICIO	29
Marco normativo	30
Convenio marco para el control de tabaco (OMS).....	30
Normativa europea.....	30
Normativa nacional.....	31
Normativa autonómica.....	31
Costes económicos del tabaquismo y beneficios de las medidas ante el mismo.....	32
PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO EN ANDALUCÍA.....	34
Objetivo general	35
Líneas estratégicas y objetivos.....	35
Disminución de la prevalencia del tabaquismo y productos relacionados:.....	36
Prevención del tabaquismo y promoción de la salud	42
Objetivo general:.....	42
Espacios libres de humo.....	45
Objetivo general:.....	45
BIBLIOGRAFÍA	47
GLOSARIO.....	50

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La epidemia de tabaquismo es el principal problema de salud pública a nivel mundial. Una de las principales causas de muerte, enfermedades y empobrecimiento al ser factor de riesgo o etiológico de múltiples patologías. Así mismo es la primera causa identificada de mortalidad y morbilidad evitables en Andalucía, constituyendo la exposición pasiva al humo de tabaco ajeno (el tabaquismo pasivo) la tercera.

Fumar ocasiona, al menos, unos 10 años de vida perdidos⁽¹⁾ y hasta un 21% de todas las muertes según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la causa principal de muerte por cáncer, enfermedad cardiovascular y pulmonar⁽²⁾.

El tabaco mata a la mitad de todos aquellos que lo consumen durante su vida, falleciendo anticipadamente el 50% de ellos en edades medias (entre 35 y 69 años de edad), cifra que, conforme avanzan las series epidemiológicas en estudio, va alcanzando valores mayores del 60-66% ⁽¹⁾, y eso sin tener en cuenta que el efecto del tabaquismo sobre la Calidad de Vida relacionada con la Salud es muy relevante, ya que, a la pérdida de años de vida que sufre el fumador por morir antes de lo que le correspondería, hay que añadirle que, una buena parte de los años que vive, lo hace en peores condiciones de salud, constituyendo este hecho un daño sustancial, tanto para la persona como para sus seres queridos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco mata cada año a más de 8 millones de personas en el mundo: más de 7 millones son consumidores directos y casi 1.2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno ⁽³⁾. En España, se han atribuido directamente al tabaco 51.870 muertes anuales a lo largo del periodo 2010-2014 ⁽⁴⁾, cifras que, incluso, se han visto incrementadas hasta unas 56,124 en estudios posteriores. En relación con Andalucía, se ha estimado que en 2017 la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en mayores de 35 años ascendería a 8218 hombres y 1251 mujeres con una razón hombre/mujer de 8,5 en ese mismo año ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾.

Existe una vasta evidencia científica de que el tabaquismo es causa y factor de riesgo de un elevado número de enfermedades, entre las que destacan muchos tipos de cáncer (pulmón, renal, vejiga, colon, etc), enfermedades respiratorias (entre ellas la EPOC) y cardiovasculares a nivel de circulación coronaria (angina de pecho, infarto agudo de miocardio), cerebrovascular (ictus) y periférico (claudicación intermitente).

También son bien conocidos los efectos del tabaco sobre la salud perinatal, especialmente la prematuridad y el bajo peso al nacer.

Así, los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud se han evidenciado en todo el organismo ⁽⁷⁾, no solo a nivel físico sino también con un fuerte impacto a nivel psicológico.

Por ello, en el año 2003 la OMS impulsó políticas preventivas para el control del tabaquismo mediante el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) ⁽⁸⁾, suscrito a partir de 2005 por más de 180 Estados miembros que representan el 90% de la población mundial, y que se ha convertido en uno de los tratados más ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas. Este tratado ofrece a los países asistencia práctica para reducir el consumo de tabaco y la morbilidad, discapacidad y mortalidad asociadas al tabaquismo activo y pasivo. Todo ello se encaja en la estrategia *MPOWER*, acrónimo en inglés de sus seis acciones:

M	<i>Monitor:</i> monitorizar el consumo de tabaco y las políticas de prevención.
P	<i>Protect:</i> proteger a la población del humo ambiental de tabaco.
O	<i>Offer:</i> ofrecer ayuda para dejar el tabaco.
W	<i>Warn:</i> advertir de los peligros del tabaco.
E	<i>Enforce:</i> hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
R	<i>Raise:</i> aumentar los impuestos al tabaco.

De esta manera, en nuestro medio se ha desarrollado un sólido marco normativo de medidas de control del tabaquismo, que ha favorecido el avance de las políticas más coste-efectivas propuestas por el CMCT y que esperamos que siga contribuyendo a reducir de forma importante el impacto del tabaquismo en la población española y andaluza.

A fin de dar adecuada respuesta al grave problema que supone en nuestra comunidad el consumo de tabaco, desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se promovió en el año 2005 la elaboración del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (P.I.T.A)⁽⁹⁾, vigente hasta la actualidad. Si el III Plan Andaluz de Salud (PAS), estrategia de salud en la que se enmarca el P.I.T.A, ponía el acento sobre las políticas de promoción de la salud, entre ellas la lucha contra el tabaquismo, el IV PAS ⁽¹⁰⁾ considera al tabaquismo como uno de los factores de riesgo sobre los que hay que intervenir, a fin de contribuir a alcanzar el compromiso de *aumentar la esperanza de vida en buena salud*. Tal y como señala el propio IV PAS, *la prevención del tabaquismo es la actuación de salud pública más importante que se puede realizar para la prevención del cáncer, de enfermedades respiratorias y cardiovasculares* ⁽⁸⁾.

No obstante, la realidad actual manifiesta diferencias sustanciales con respecto al momento en el que se gestó el P.I.T.A, tanto por el desarrollo del propio plan, cambios normativos, avances científicos, la dura crisis económica afrontada en nuestro país...así como también por los hábitos de comportamiento de la población y las nuevas formas de consumo (cigarrillos electrónicos, cachimbas, mezclas con otras sustancias como el hachís, etc.).

Así pues, los cambios sociales y económicos operados en el consumo de productos derivados del tabaco y en los escenarios de prevención han impuesto la necesidad de revisar y actualizar el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, para adaptarlo a las necesidades de las personas fumadoras, su perfil actual y la sociedad en general. Al mismo tiempo, la evaluación de las actuaciones desarrolladas en el marco del P.I.T.A, puede ser la base para la necesaria toma de decisiones en cuanto a la forma de continuar el trabajo desarrollado en tabaquismo desde el sistema sanitario público andaluz, las autoridades sanitarias y el conjunto de actores implicados.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Se constituyó un equipo coordinador en el que participaban profesionales de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica del Área de Promoción de la Salud, la dirección del actual Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y profesionales de la EASP que realizaron el apoyo metodológico y coordinaron los diferentes grupos de trabajo. En el seno de este equipo coordinador se definieron los principales pilares del Plan Integral para diseñar las acciones correspondientes y se configuraron los grupos de trabajo con perfiles multidisciplinares en aras a un enriquecimiento mayor del contenido del documento resultante.

A partir de la formación del grupo coordinador la metodología de trabajo del documento se ha realizado en tres fases:

La primera fase se ha realizado de manera presencial en dos reuniones con los integrantes de los grupos de trabajo donde se consensuó y realizó la asignación de tareas para cada miembro del grupo, posteriormente la información se fue incorporando en un documento único, presentado en gran grupo para las aportaciones correspondientes.

La segunda fase de la elaboración del documento se llevó a cabo de manera telemática.

Dentro de esta fase, en primer lugar se realizó el análisis y mejora del documento previo que comprendía las líneas estratégicas, realizado por el grupo de trabajo al completo.

Seguidamente el Servicio de Promoción de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica redactó un resumen de los documentos presentados sobre la situación actual del tabaquismo en Andalucía (Balance anual del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y un informe del Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la misma Consejería) para enmarcar el análisis de situación como punto de partida.

La tercera y última fase la ha llevado a cabo el grupo coordinador, que se ha encargado de integrar las diferentes partes del documento y las aportaciones realizadas por los miembros del grupo de trabajo a las líneas estratégicas del Plan, proporcionando la estructura al documento final.

Por otro lado, y tras la evaluación de los datos epidemiológicos, conviene mencionar la relevancia del consumo de tabaco como marcador de desigualdad social, que ha dictado la necesidad de abordar específicamente, en las líneas estratégicas desarrolladas, la intervención en poblaciones más desfavorecidas, colectivos vulnerables o en grupos con más prevalencia, especialmente en aquellos con bajo nivel socioeconómico.

Asimismo, el conocimiento de las desigualdades de género y de su vinculación con la edad, unido a los factores socioeconómicos, resulta imprescindible para abordar la conducta de cualquier población respecto al tabaco. Por ello, es fundamental trabajar desde la perspectiva de género en todas aquellas actuaciones vinculadas al inicio del consumo de tabaco, prevalencia y abandono del hábito tabáquico

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Resumen

El tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España, después del alcohol. Según la *Encuesta Nacional de Salud 2017*, el 25,6% de hombres y el 18,8% de mujeres fuman a diario. La población que fuma diariamente se concentra entre los 25 y 54 años, con porcentajes en torno al 30%. A partir de los 55 años esta prevalencia disminuye sensiblemente, sobre todo en mujeres. Comparado con los datos de las distintas encuestas de salud de 28 países europeos, España ocupa el decimonoveno lugar, superando la media europea de población fumadora mayor de 15 años (19,7%, *Eurostat* 2019). Su posición es notablemente mejor si se considera exclusivamente la población joven (de 15 a 24), donde la prevalencia es del 17,9% en España (lugar 17 entre los 28).

Según la *Encuesta Andaluza de Salud 2015*, la prevalencia de tabaquismo en Andalucía es del 27,9%. Esto la sitúa en el noveno lugar dentro de España. Dentro de la región las prevalencias más elevadas se localizan en las provincias más occidentales. El consumo diario en hombres (31,4%) continúa siendo mayor que en mujeres (24,6%), aunque la distancia se va acortando respecto a encuestas anteriores. La edad media de inicio del tabaquismo en ambos sexos es prácticamente igual en toda la serie, situándose en la edad de 16,5 en hombres y en 17,6 en mujeres.

Consumo de tabaco en España

Situación epidemiológica en España

El 25,6% de hombres y el 18,8% de mujeres fuman a diario según la Encuesta Nacional de Salud 2017¹ (si bien encuestas realizadas en periodo peripandemia por la COVID 19 muestran cifras menores: 23,3% de los hombres y 16,4% de las mujeres).. Según esta encuesta, un 61,2% de mujeres y un 39,5% de hombres nunca han fumado. La población que fuma diariamente se concentra entre los 25 y 54 años, con porcentajes en torno al 30%. A partir de los 55 años esta prevalencia disminuye sensiblemente (en mayor medida entre las mujeres). El 2,0% de las mujeres y el 2,7% de los hombres se declaran fumadores ocasionales. Tanto en hombres como en mujeres el porcentaje más elevado de fumadores ocasionales corresponde al grupo de edad de 25 a 34 años (4,3% en los hombres y 2,8% en las mujeres).

Según la "*Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*" (EDADES 2021)², la prevalencia del consumo diario de cigarrillos electrónicos y/o nuevos dispositivos de liberación de nicotina es aún muy reducida en la población general (inferior al 2%), si bien se ha de mencionar que aproximadamente el 44,3% de la población joven ha probado alguna vez estos dispositivos (ESTUDES 2021)².

El mayor porcentaje de personas fumadoras se presenta entre las clases sociales de bajo nivel socio-

¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2020), Encuesta Europea de Salud en España, Madrid, INE. .

[consultado 1 Noviembre 2022]. Disponible en:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

² Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293 p [Internet]. Disponible en:

<http://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>

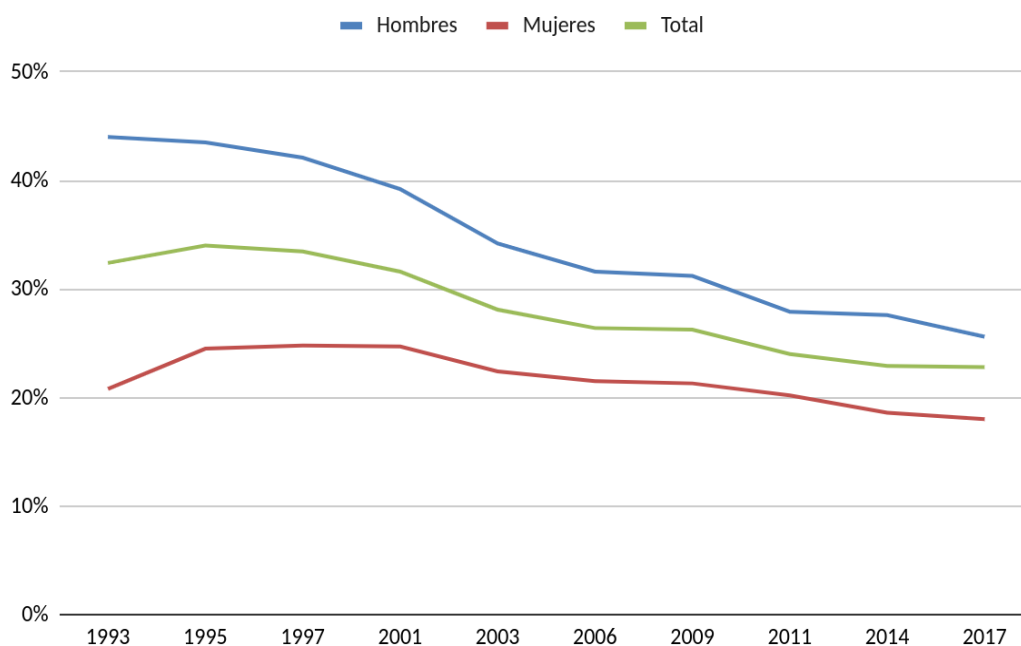
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

económico y con un nivel de estudios intermedio, siendo más apreciable en los hombres que en las mujeres.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017, se puede apreciar una *tendencia de disminución* de la prevalencia del consumo de tabaco en España, más acusada en hombres que en mujeres, aunque éstos se mantienen con una prevalencia superior (Figura 1).

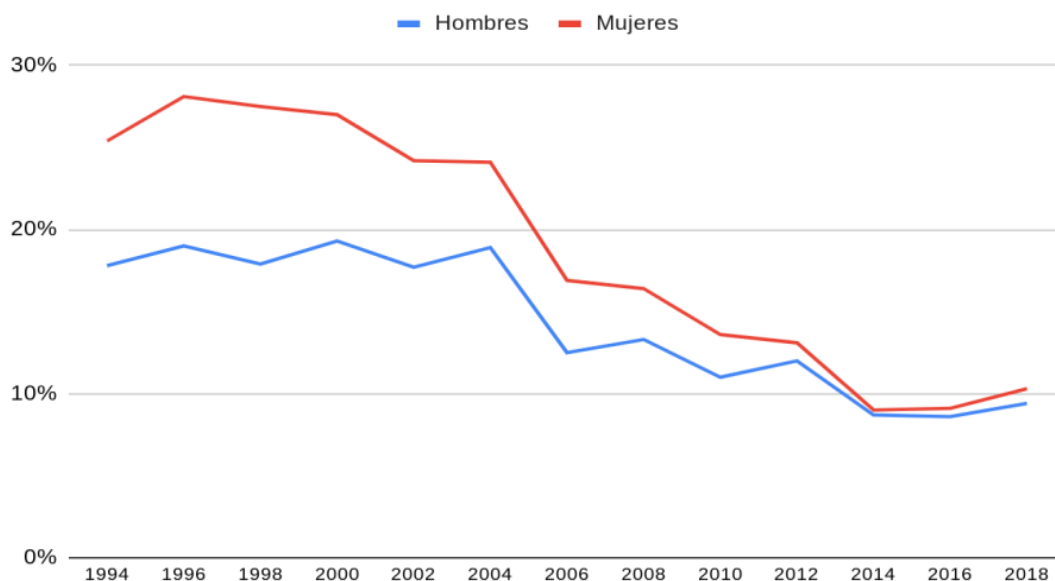
La irrupción en el año 2020 de la pandemia por la COVID 19 y la pléyade de cambios producidos a distintos niveles, ha permitido objetivar un descenso en la prevalencia del tabaquismo, tanto en España como en Andalucía, al menos inicialmente.

Fig. 1 Prevalencia del de Tabaquismo en España por sexos



El descenso más notable se observa entre la población joven (de 14 a 18 años), habiendo descendido desde 1994 a menos de la mitad y, desde la modificación de la Ley 28/2005 en 2010, algo más de dos puntos porcentuales (Figura 2).

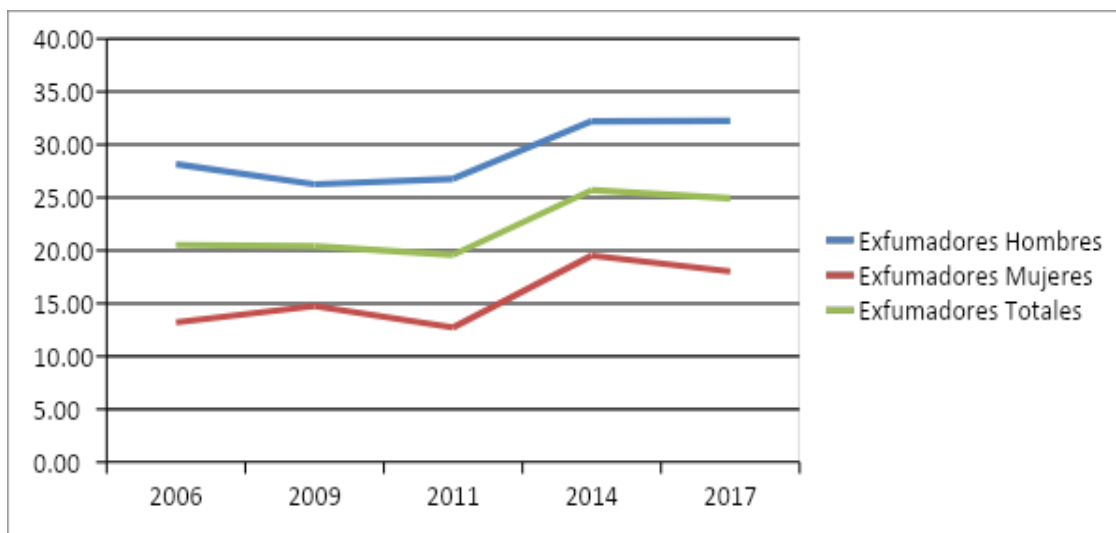
Fig. 2 Prevalencia del consumo diario de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de 14 18 años según sexo



Cesación del consumo del tabaco en España

El porcentaje de personas exfumadoras ha tendido a aumentar en la última década según la Encuesta Nacional de Salud 2017. El número de exfumadores hombres es muy superior al de mujeres (debido también a su mayor prevalencia). No obstante, mientras que en los hombres esta tendencia tiende a estabilizarse, el número de exfumadoras parece desacelerarse en los últimos años (Figura 3).

Fig. 3 Porcentaje de exfumadores/as (Fuente: ENSE 2017)

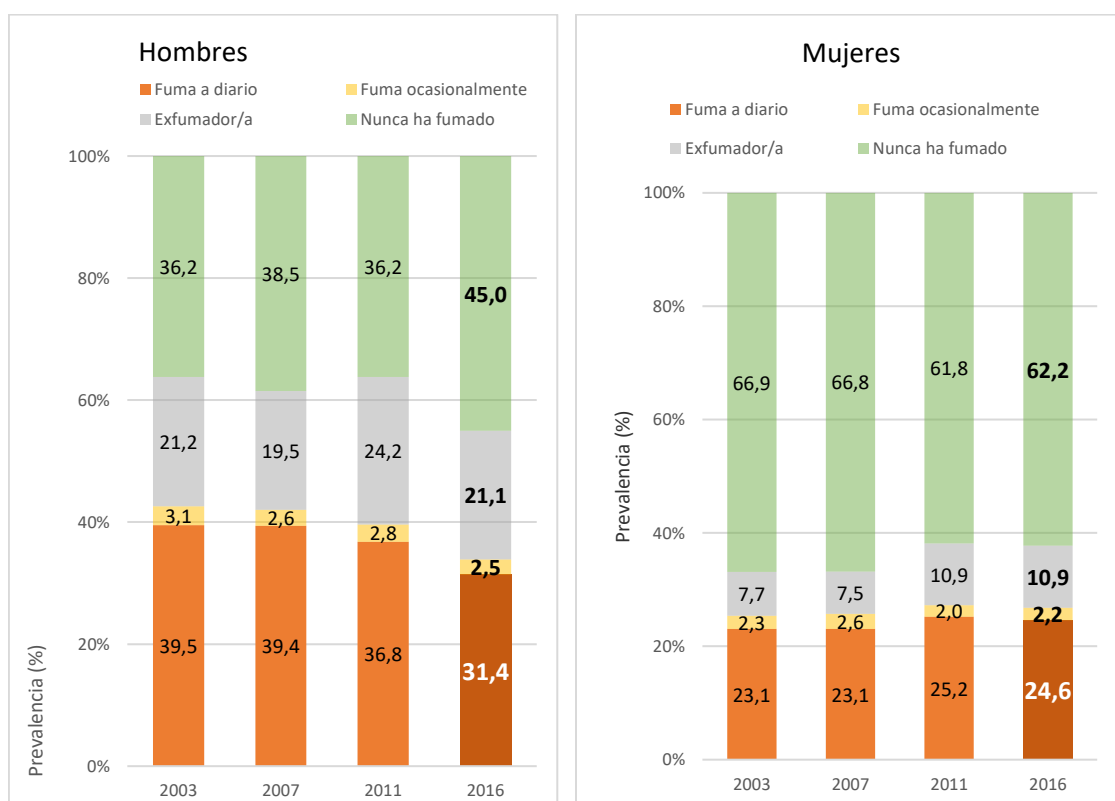


Consumo de tabaco en Andalucía

Prevalencia del consumo de tabaco

Según la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 2015, el 27,9% de la población andaluza mayor de 16 años consume tabaco a diario. La prevalencia es mayor en hombres (31,4%) que en mujeres (24,6%) (Figura 4) y en edades de 25 a 55 años, en las que llega a superar el 35% (Figura 5). Aunque empezamos a disponer de datos procedentes de otro tipo de encuestas más recientes realizadas en plena pandemia por la COVID 19 y que, por tanto, hay que valorar con cierta cautela, que reflejan prevalencias menores (26.8% en hombres y 17.7% en mujeres).³

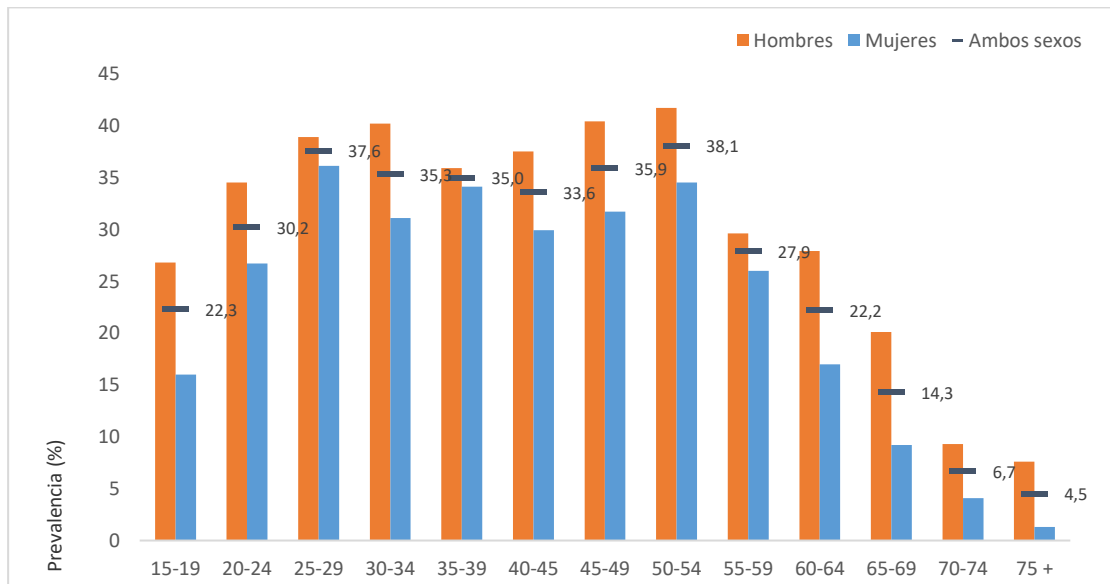
Fig.4: Patrón de consumo de tabaco en Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



³ Sánchez-Cantalejo, C. & Cabrera-León, A. (2022). Promoción de una vida saludable: análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud (EAS2015/16). Escuela Andaluza de Salud Pública.

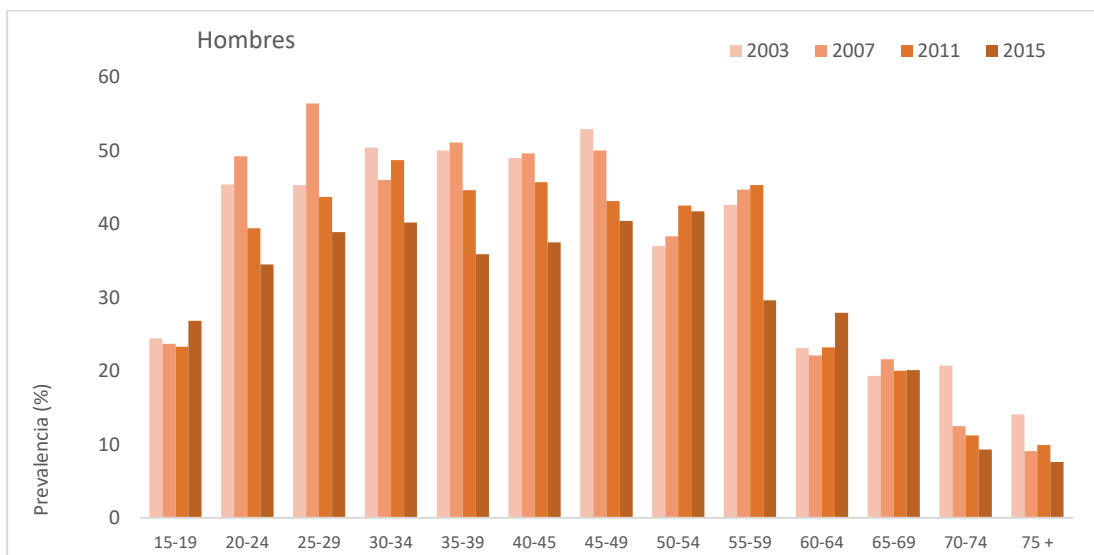
Sánchez-Cantalejo, C.; et al. Impact of COVID-19 on the Health of the General and More Vulnerable Population and its Determinants: Health Care and Social Survey–ESSOC, Study Protocol. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 8120.

Fig. 5: Prevalencia de tabaquismo diario en Andalucía por sexo y grupos de edad. Encuesta Andaluza de Salud, 2015.

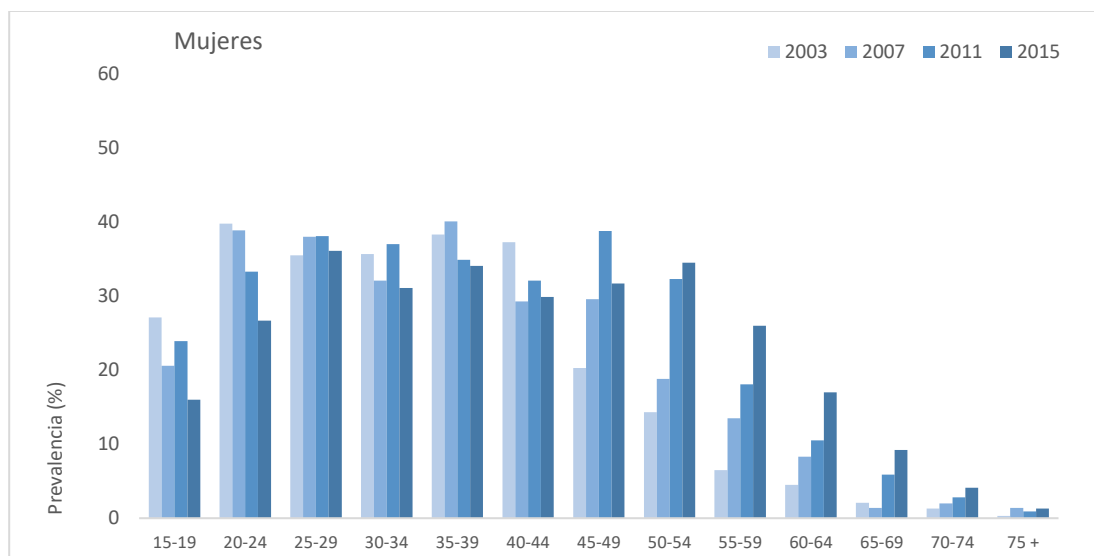


La prevalencia global de tabaquismo diario se ha reducido en 3 puntos respecto a la del año 1999. En general la tendencia es descendente, pero al estratificar los resultados por grupos de edad y sexo (Figura 6), se aprecian excepciones aisladas en los hombres más jóvenes, de 15 a 19 años y en algunos grupos de edades medias, así como en las mujeres a partir de 45 años.

Fig. 6: Evolución de la prevalencia de fumadores diarios en Andalucía, por sexo y grupos de edad. Encuesta Andaluza de Salud 2003-2015



ANÁLISIS DE SITUACIÓN



Considerando el área geográfica, las provincias con una mayor prevalencia de fumadores diarios son las de Cádiz y Huelva, con niveles ligeramente superiores al 30%, en tanto que Málaga y Córdoba destacan los valores más reducidos, en torno al 25% en ambos casos (Figura 7). La evolución del consumo en los últimos años muestra una tendencia descendente en la mayoría de las provincias, con excepción de Granada, que presenta un cierto incremento, o Cádiz, que se ha mantenido estable (Figura 8).

En los últimos diez años, la prevalencia de tabaquismo diario sólo ha aumentado en las personas con los menores niveles de ingresos (menos de 1.000 € mensuales), mientras que en el resto se ha producido un descenso más o menos pronunciado (Figura 9).

Fig. 7: Prevalencia de consumo diario de tabaco en Andalucía, por sexo y provincia. Encuesta andaluza de Salud 2015

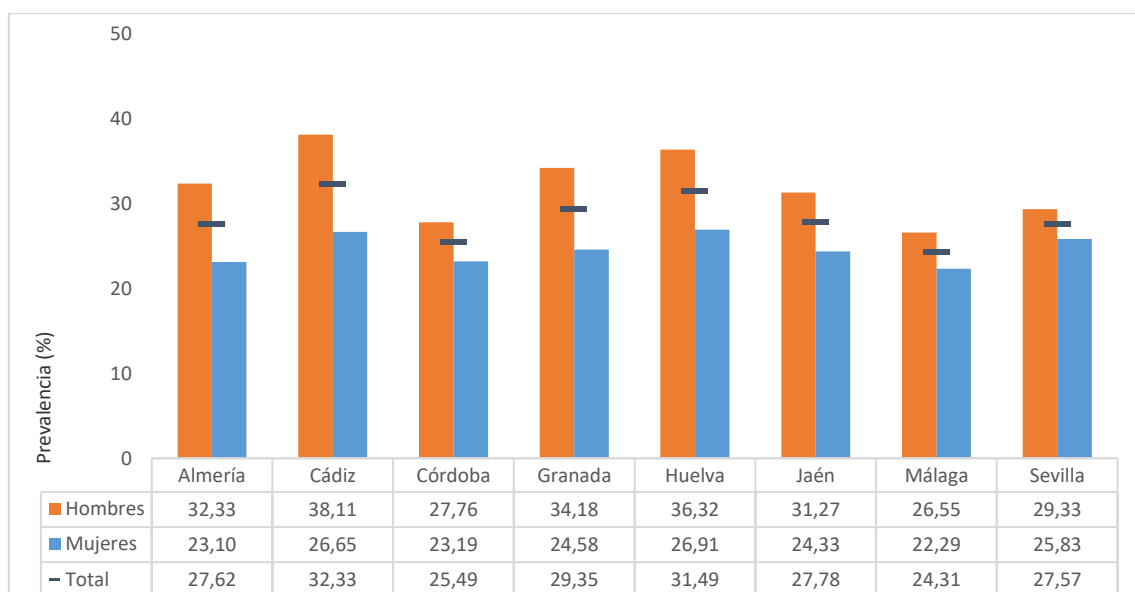


Fig. 8: Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud 2003-2015

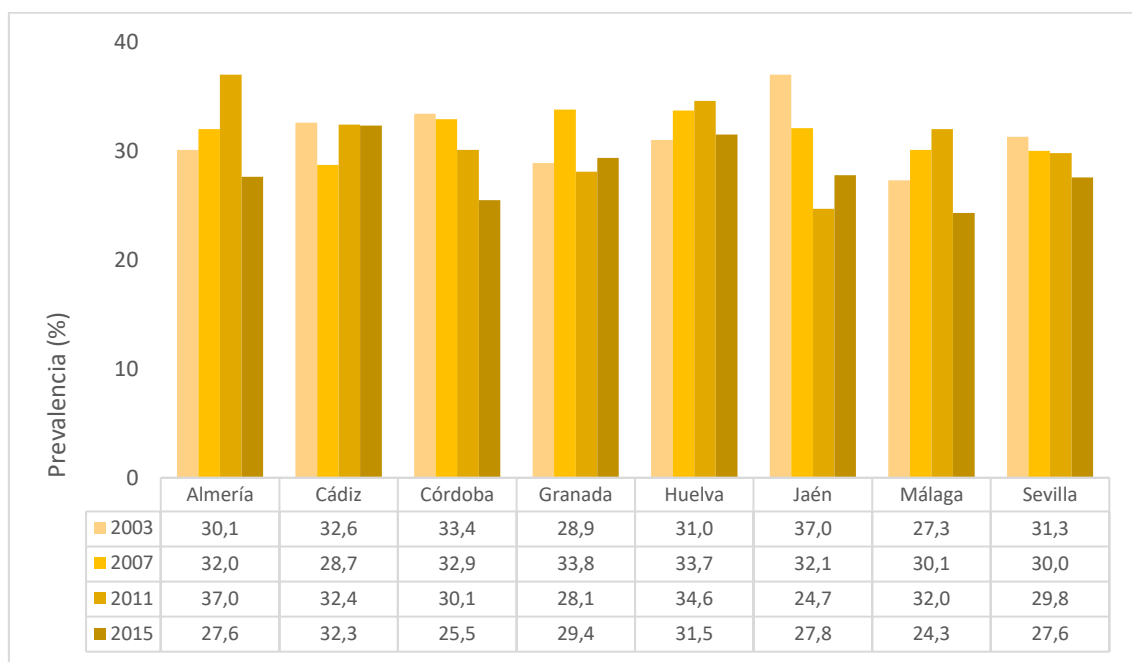
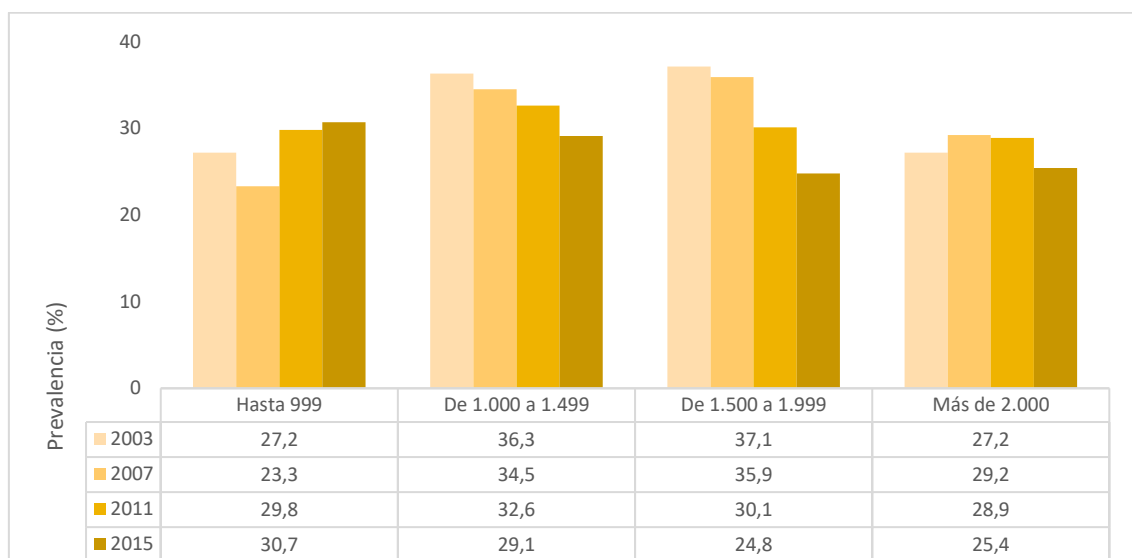


Fig. 9: Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en Andalucía, según nivel de ingresos mensuales. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



Atendiendo al nivel de estudios, los extremos muestran menores prevalencias con un consumo diario de tabaco en personas sin estudios (12%) o con estudios universitarios (19,8%) inferior que en aquellas con estudios secundarios (32,2%) o primarios (27,3%).

A mayor nivel de estudios, menor es la diferencia de prevalencia entre sexos (Figura 10), y más pronunciada la disminución de la prevalencia de tabaquismo diario respecto al año 1999 (Figura 11). Entre 2011 y 2016 es destacable un importante descenso (superior a ocho puntos) de la prevalencia de tabaquismo diario en las personas con estudios universitarios.

Fig. 10: Prevalencia de consumo diario de tabaco en Andalucía según sexo y nivel de estudios. Encuesta Andaluza de Salud, 1999-2016

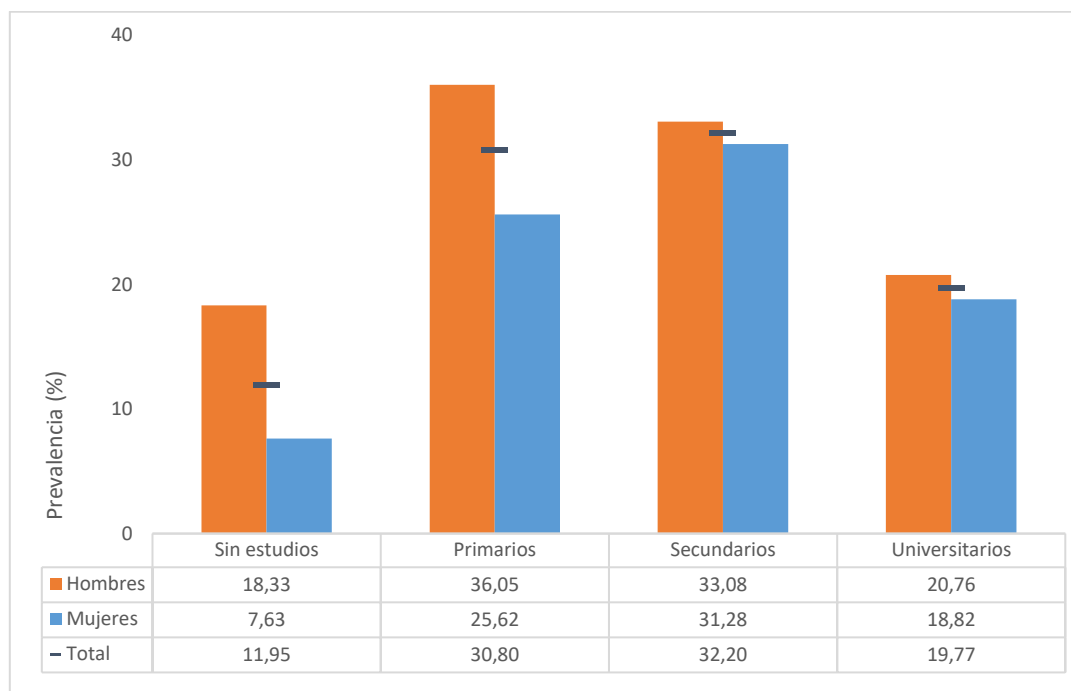
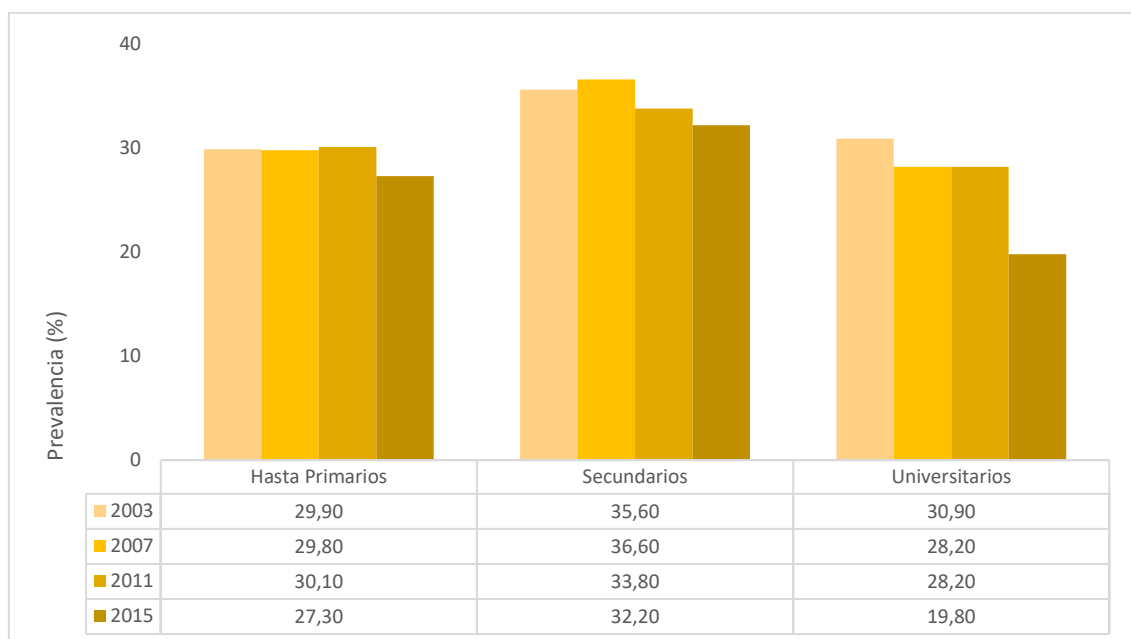


Fig. 11: Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en Andalucía según nivel de estudios. Encuesta Andaluza de Salud, 1999-2015



En relación con la actividad laboral desarrollada, el consumo diario de tabaco es superior entre la población activa (más entre la desempleada que en la que trabaja), y mucho más reducido entre la población inactiva, como personas jubiladas, amas de casa o estudiantes (Figura 12). La diferencia en el consumo de tabaco entre personas trabajadoras y personas desempleadas se ha incrementado de manera significativa en los últimos años, pasando de poco más de 2 puntos en 2003, a casi 10 puntos en 2016 (Figura 13).

Fig.12: Prevalencia de consumo diario de tabaco en Andalucía según actividad laboral y sexo. Encuesta Andaluza de Salud, 2015

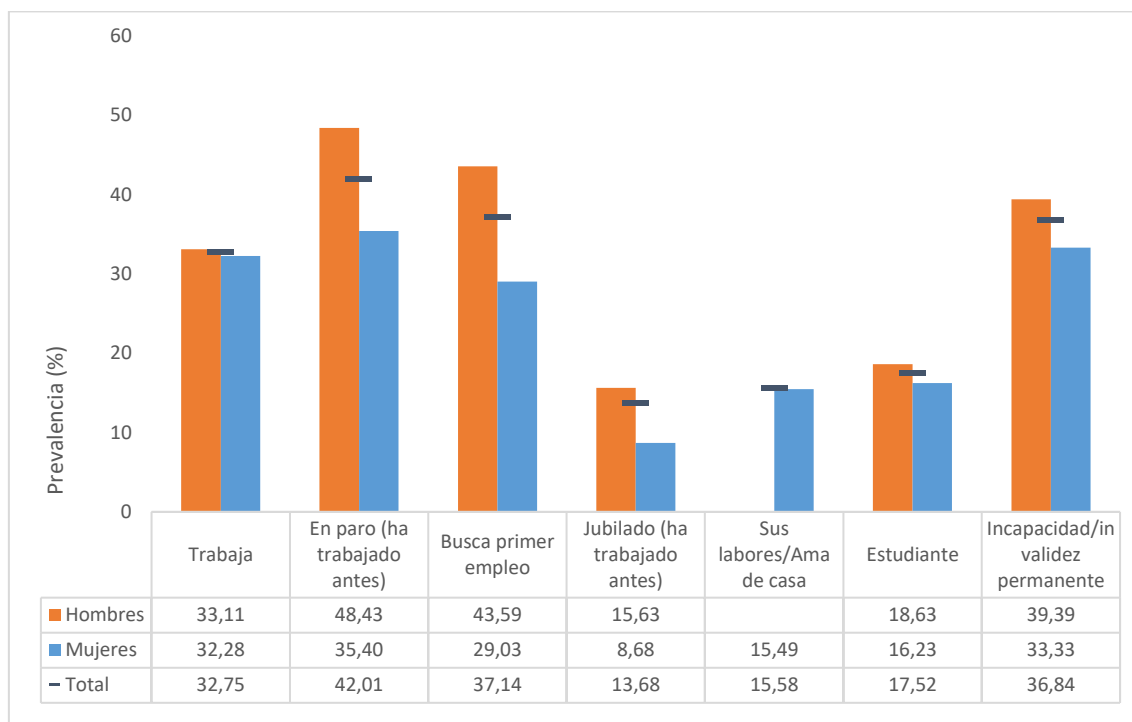
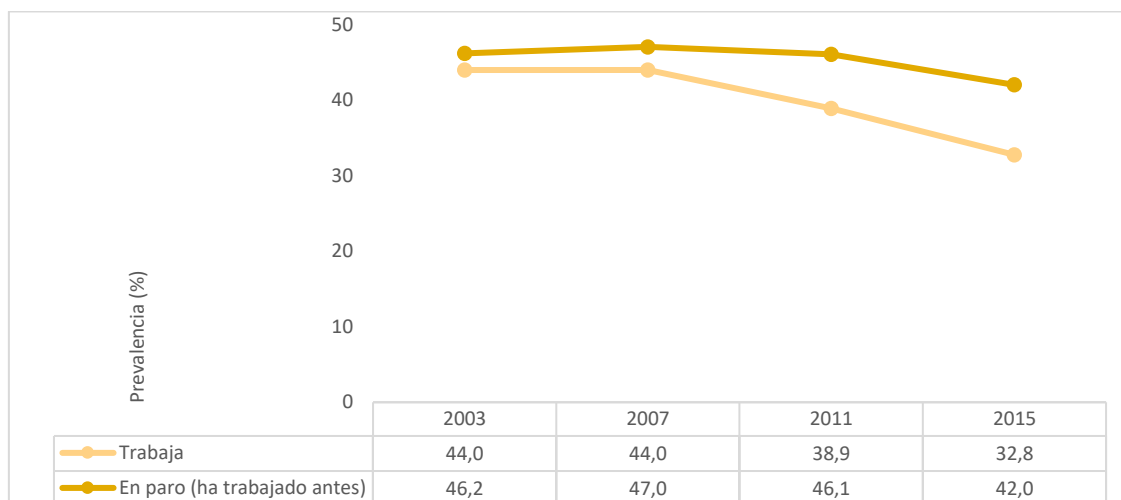


Fig. 13: Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en Andalucía según actividad laboral. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



Consumo diario medio

En 2015, la población fumadora consumía diariamente un promedio de 12,6 cigarrillos. El consumo medio diario de cigarrillos en los hombres es superior al de las mujeres (14 cigarrillos ellos, frente a casi 11 ellas). Desde el año 2003 se ha producido una *continuada y significativa disminución* del número medio de cigarrillos consumidos diariamente, tanto entre hombres como entre mujeres, que en total supone casi 5 cigarrillos diarios menos (Figura 14).

Atendiendo a la provincia de residencia, no se observan diferencias importantes entre provincias en cuanto

al consumo medio diario, el consumo medio diario es superior en hombres y el comportamiento en los últimos 12 años es similar, caracterizado por su progresiva disminución.

Fig. 14: Evolución del consumo medio diario de cigarrillos. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015

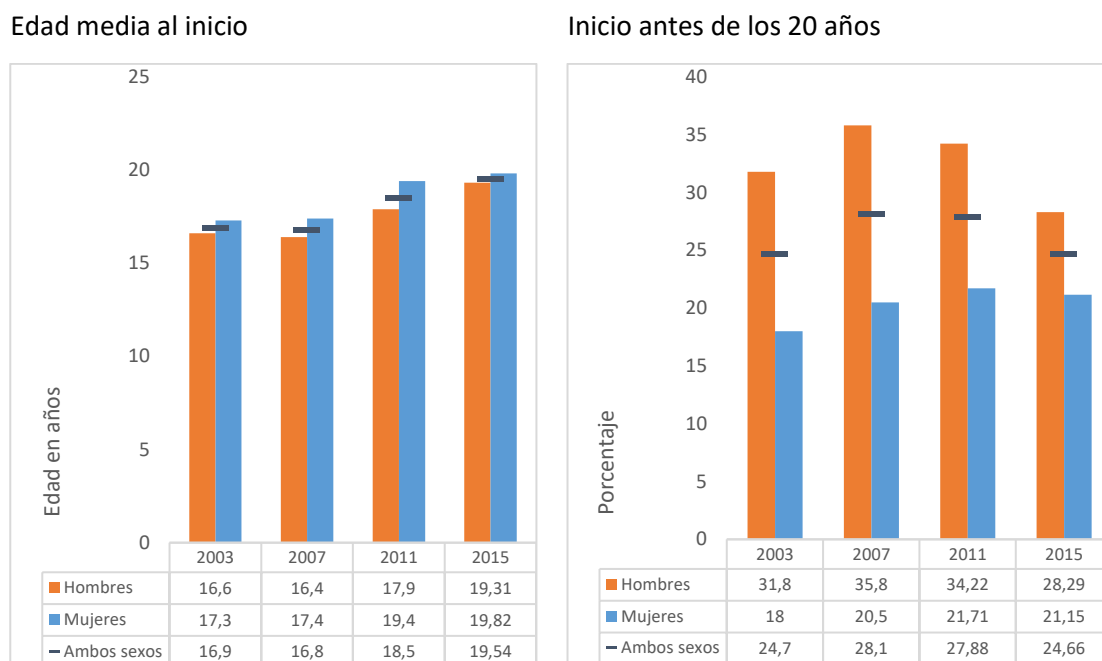


Edad de inicio del consumo

En el año 2015, la edad media de inicio en personas con consumo (habitual o esporádico) de tabaco era de 19,5 años, prácticamente igual en hombres que en mujeres. Respecto a 2003, la edad media de inicio ha aumentado en unos 2 años y medio (Figura 15).

Por otra parte, el porcentaje de población fumadora que ha iniciado el consumo antes de los 20 años se ha reducido en hombres (pasando del 32% en 2003 al 28% en 2015), pero ha aumentado (algo más de tres puntos) en las mujeres.

Fig. 15: Inicio del consumo de tabaco por sexos. Encuesta Andaluza de Salud, 1999-2015



Consumo de tabaco en edad escolar

Según los datos que ofrece la encuesta *Health Behaviour in School-aged Children* de 2018 sobre hábitos de salud en la población escolar de entre 11 y 18 años referida a Andalucía, la gran mayoría de escolares entre 11 y 18 años nunca ha fumado (concretamente el 80,4% de los chicos y el 78,5% de las chicas) y solamente el 3,7% de los chicos y el 3,0% de las chicas han consumido tabaco en los últimos 30 días o más.

Como es de esperar, el contacto con el tabaco aumenta con la edad y el 43,45% de la población joven de 17-18 años manifiesta haberlo probado alguna vez.

Resulta interesante citar que, cuando se pregunta si han probado alguna vez las cachimbas o pipas de agua (que no necesariamente han de contener tabaco, pero pueden representar una vía de entrada), el porcentaje es bastante elevado (77,1%), siendo algo superior en chicas (80,1%) que en chicos (74,0%).

Abandono del consumo de tabaco

Deseo de dejar de fumar

En el año 2015, el 56% de la población fumadora de Andalucía declaraba su deseo de dejar de fumar, esto representa unos cinco puntos porcentuales menos que en 2011, y parece significar una estabilización de la intención de dejar de fumar (Figura 16).

Fig. 16: Personas a las que les gustaría dejar de fumar, por sexos. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



Aunque hombres y mujeres muestran resultados muy similares en su conjunto, el análisis por grupos de edad pone de manifiesto que el interés por dejar de fumar es mayor en los hombres entre 55 y 75 años, mientras que en el resto de las edades es mayor en mujeres. Los mayores porcentajes de personas que desean dejar de fumar (alrededor del 60%) se encuentran a partir de los 45 años.

Intentos previos de abandono

Hasta un 43,5% de las personas fumadoras ha intentado dejar de fumar alguna vez, según datos de la EAS de 2015. No se observan diferencias importantes entre hombres (43%) y mujeres (44,2%). La media de ocasiones en las que las personas fumadoras han intentado dejar de fumar se sitúa en 2,5, dándose en mayor medida entre las personas con mayor edad.

Motivación para dejar de fumar

Según los datos de la Encuesta Andaluza de Salud de 2015, la gran mayoría de las personas exfumadoras declara que abandonó el hábito tabáquico por motivos personales (concretamente el 86,4%). Sólo en un 13,6% de los casos se manifiesta que el motivo para dejar de fumar fue por consejo médico. Esta tendencia a dejar de fumar por decisión personal es aún más acentuada en mujeres que en hombres (Tabla 1).

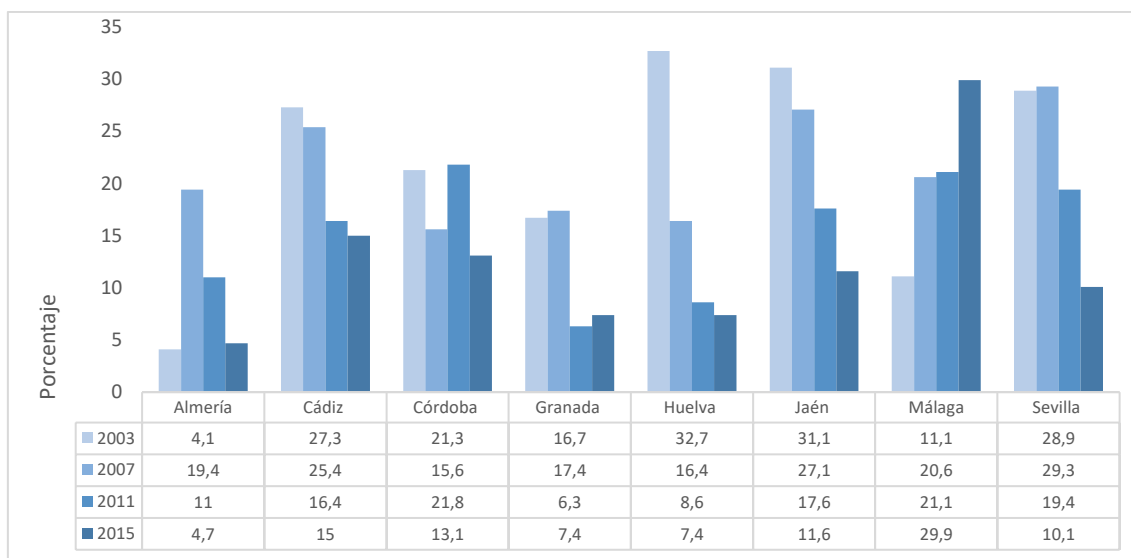
Entre los principales motivos personales aducidos para dejar de fumar cabe destacar por propia voluntad (46,4% de los casos) y por sentir molestias a causa del tabaco (11,9%).

Tabla 1: Motivos de abandono del tabaco por decisión personal. EAS 2015.

	Hombres %	Mujeres %	Total %
Me lo aconsejó el médico	16,6	8,0	13,6
Sentía molestias por causa del tabaco	11,7	12,2	11,9
Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos	8,2	6,1	7,4
Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico o físico	3,6	3,3	3,5
Lo decidí por propia voluntad	43,1	52,6	46,4
Otros motivos	2,8	5,5	3,8
NS/NC	14,0	12,2	13,3

Conviene mencionar que existe una importante desigualdad territorial en este aspecto (Figura 17). Por ejemplo, un 30% de las personas en Málaga manifiestan que han abandonado el tabaco por consejo médico, mientras que en otras provincias (como Almería, Granada o Huelva) se observan valores muy inferiores, en torno a 5%-7%.

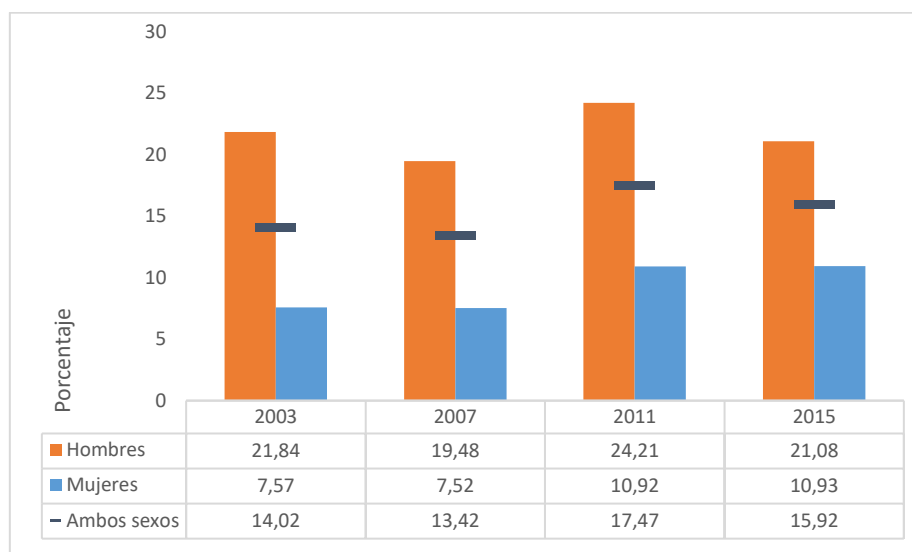
Fig. 17: Evolución del consejo médico como motivo de abandono del tabaco, por provincias. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015



Personas exfumadoras

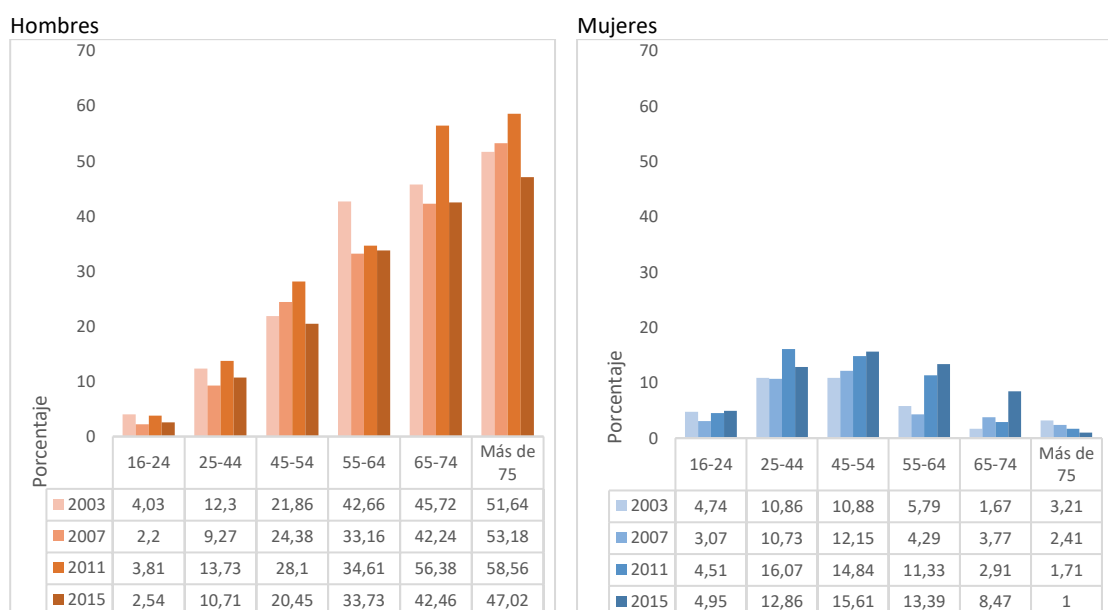
En el año 2015, un 16% de la población adulta de Andalucía era exfumadora. La prevalencia de exfumadores (hombres) duplica prácticamente a la de exfumadoras (mujeres): 21,1% versus 10,9%, respectivamente. Esta diferencia se viene manteniendo en los últimos años, aunque se ha reducido debido a un ligero aumento de la prevalencia de exfumadoras (Figura 18).

Fig. 18: Personas exfumadoras. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015.



El porcentaje de personas exfumadoras se incrementa con la edad, con una abrumadora presencia de hombres en las edades superiores (Figura 19), debido también a la mayor prevalencia del consumo de tabaco en ellos.

Fig.19: Personas exfumadoras por sexo y grupos de edad. Encuesta Andaluza de Salud, 2003-2015.



Mortalidad vinculada al consumo de tabaco

El consumo de tabaco es la causa más importante de morbimortalidad evitable en Andalucía. Existe la máxima evidencia científica disponible de que el tabaquismo es causa y factor de riesgo de aparición de un elevado número de enfermedades, entre las que destacan muchos tipos de cáncer (especialmente el de pulmón), la EPOC y las enfermedades cardiovasculares a nivel de circulación coronaria (angina de pecho, infarto agudo

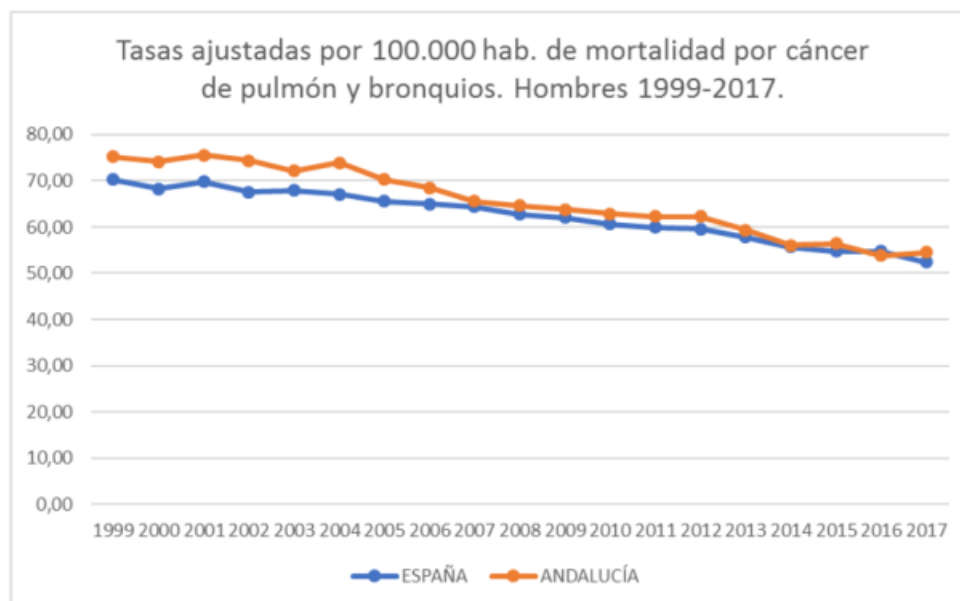
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

de miocardio), cerebrovascular (ictus) y periférico (claudicación intermitente).

El papel del tabaco en la enfermedad cardiovascular es múltiple. A largo plazo, favorece el desarrollo y progresión de las lesiones de arteriosclerosis, que constituyen el mecanismo fisiopatológico principal de base en la enfermedad vascular, y contribuye a empeorar el perfil de riesgo cardiovascular, a través de sus efectos sobre otros factores de riesgo (aumento de la presión arterial o alteraciones lipídicas). Por otro lado, a corto plazo favorece la formación de trombos, a través de mecanismos de inflamación y disfunción endotelial y por estímulo de la agregación plaquetaria. Estos efectos protrombóticos son manifiestos incluso a niveles bajos de exposición, como los que sufren los fumadores pasivos, y serían los responsables de los episodios cardiovasculares agudos (síndrome coronario agudo, ictus). Por otro lado, explicarían también los beneficios que empiezan a manifestarse inmediatamente después del cese de la exposición al tabaco (ambiental o no).

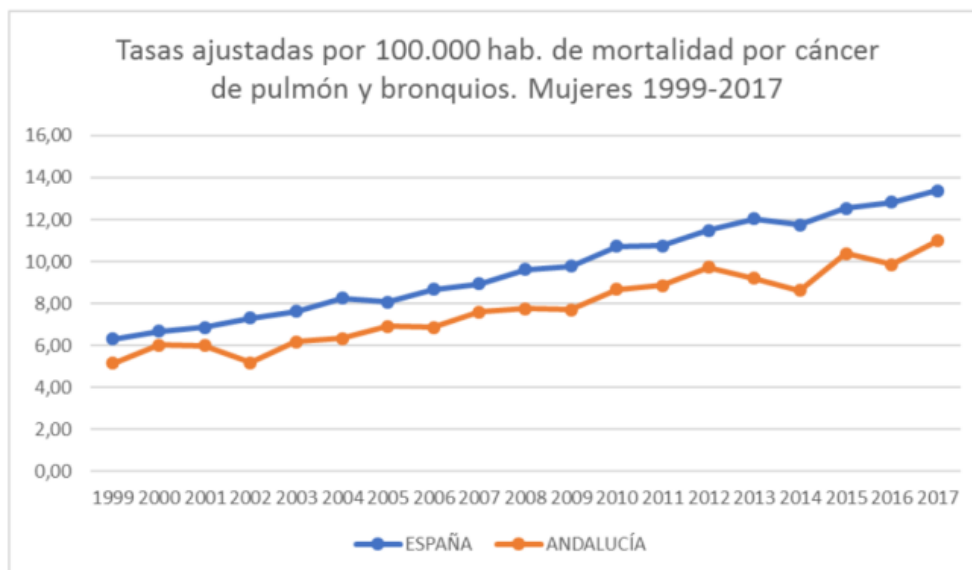
Hoy en día disponemos de suficientes evidencias del efecto de leyes favorecedoras de los espacios libres de humo, que implican un impacto beneficioso a nivel poblacional (como la reducción de los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio). A continuación se mencionan brevemente las enfermedades y causas de muerte estrechamente vinculadas al consumo de tabaco

Mortalidad atribuible al tabaco



Fuente: Portal estadístico. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN



En cuanto a la mortalidad por cardiopatía isquémica, la tendencia es descendente hasta los 74 años de edad tanto en hombres como en mujeres, particularmente desde finales de los años 90, y con descensos anuales medios en torno al 3%. La cifras son similares en España y en Andalucía.

Respecto a la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, la tendencia es también claramente decreciente (con descensos medios entre el 4% y el 5%), si bien ligeramente inferiores que en España.

MARCO NORMATIVO Y DE COSTE-BENEFICIO

Marco normativo

El marco normativo en el que se apoya el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía contiene normas de diversa naturaleza, desde el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS hasta directivas y recomendaciones de la Unión Europea, y desde la legislación nacional hasta la autonómica. A continuación se repasan las líneas generales más destacables del mismo.

Convenio marco para el control de tabaco (OMS)

El "Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco" es el principal tratado de Salud Pública internacional actualmente vigente ⁽³⁾⁽⁸⁾. Ha sido refrendado por 182 partes signatarias o adheridas, lo que significa más del 90% de la población mundial. España lo ratificó el 11 de enero de 2005, entrando en vigor en ese mismo año.

El Convenio contiene diversas secciones que detallan y establecen su objetivo principal ("*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*"), principios básicos y obligaciones, así como diversas medidas relacionadas con la reducción tanto de la demanda como de la oferta de tabaco, entre otras cuestiones.

El conjunto de las partes signatarias del Convenio componen la Conferencia de las partes, las cuales tienen también la potestad de definir y adoptar directrices y protocolos que detallan ciertas disposiciones del Convenio. La Secretaría del mismo se encarga de elaborar informes de progreso a nivel mundial, que muestran los logros alcanzados y las áreas de desarrollo aún pendientes.

Normativa europea

El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea ⁽¹¹⁾ establece que la acción de la Unión Europea en materia de Salud Pública se encaminará a mejorar la salud, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica, todo ello de manera complementaria a las políticas nacionales.

A lo largo de los años, se han dictado diversas recomendaciones y directivas que han sido transpuestas al Derecho Nacional en base a estipulaciones, en muchos casos, relacionadas con otras materias (como agricultura, política comercial o protección de la población trabajadora). Cabe mencionar los siguientes ejemplos destacables:

- 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 tabaco⁴;
- Recomendación del Consejo, de 30 de noviembre de 2009, sobre los entornos libres de humo⁵;
- Directiva 2011/64/UE del Consejo, de 21 de junio de 2011, relativa a la estructura y los tipos del impuesto especial que grava las labores del tabaco⁶.

⁴<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:02003L0033-20030620&from=EN>

⁵<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A32009H1205%2801%29>

⁶<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/es/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0064>

- Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE⁷.

Normativa nacional

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 las medidas preventivas, prestaciones y servicios que sean necesarios.

En materia de tabaquismo la norma de mayor importancia histórica y trascendencia en nuestro país es la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco⁸. Esta reúne un detallado contenido en los siguientes epígrafes: disposiciones generales y adicionales; restricciones a la venta, suministro y consumo de los productos del tabaco; regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de los mismos; medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación; y régimen de infracciones y sanciones.

Esta norma ha experimentado varias modificaciones y actualizaciones a lo largo del tiempo, siendo las más significativas las articuladas a través de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, cuando se unificaron todos los lugares públicos cerrados como espacios libres de humo, y el Real Decreto-Ley 17/2017, de 17 de noviembre, para la incorporación de determinados preceptos de la Directiva 2014/40/CE. No obstante, la citada Directiva ha sido incorporada en su mayor parte al ordenamiento jurídico español a través del Real Decreto 579/2017, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados⁹. Conviene mencionar a si mismo que, en los últimos años, están apareciendo diferentes productos novedosos relacionados con los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina y que, en la actualidad, están considerándose otras posibles modificaciones de la norma de referencia nacional para equiparar todas estas nuevas variantes como productos del tabaco.

Finalmente, las circunstancias extraordinarias ocasionadas por la denominada epidemia de la COVID-19 han propiciado la publicación de diversas disposiciones y órdenes de salud pública que restringen notablemente la conducta fumadora en espacios al aire libre y terrazas, pero que aún no han sido dictadas de manera unánime ni homogénea en el territorio nacional.

Normativa autonómica

El artículo 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía¹⁰ establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Asimismo, establece que le corresponde la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia

⁷<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:02014L0040-20150106&from=EN>

⁸https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Ley28_2005consolidado_nov2017.pdf

⁹<https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-20138-consolidado.pdf>

¹⁰<https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/19/2/con>

exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, socio sanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población; la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana; la sanidad alimentaria; la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica; el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público; así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria.

La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en el artículo 68.g) indica que las Administraciones Públicas de Andalucía prestarán especial atención a la promoción de la salud de todas las personas en Andalucía y que sus actuaciones de promoción de salud se dirigirán, entre otras, a evitar, retrasar o que se abandone el consumo de tabaco. Asimismo, el artículo 41.d) insta a incluir actuaciones de "lucha contra el tabaquismo" entre el contenido mínimo de los Planes Locales de Salud.

Con motivo del desarrollo normativo que fue preciso tras la entrada en vigor de la Ley 28/2005 antes mencionada, surgieron las siguientes normas autonómicas.

- DECRETO 285/2007, de 4 de diciembre, por el que se regula el ejercicio de las competencias inspectoras y sancionadoras en materia de consumo, venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco.¹¹
- DECRETO del Presidente 7/2006, de 11 de octubre, por el que se atribuyen competencias en desarrollo de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.¹²
- DECRETO 150/2006, de 25 de julio, por el que se desarrolla la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en materia de señalización y zonas habilitadas para fumar.¹³

Costes económicos del tabaquismo y beneficios de las medidas ante el mismo

El Libro Verde de la Unión Europea en pos de una Europa sin humo de tabaco¹⁴, resalta que la epidemia de tabaquismo representa una elevada carga económica para el conjunto de la Unión, derivada tanto de los costes sanitarios directos, que entrañan las enfermedades causadas por el tabaco, como de los costes indirectos (como impuestos y cotizaciones de seguridad social no recibidos de víctimas del tabaquismo, inferior productividad de las personas trabajadoras que realizan pausas para fumar, mayor número de bajas

¹¹ BOJA del 20 de diciembre de 2007 (nº249, pp.8-9)

¹²BOJA del 19 de octubre de 2006 (nº 203, p. 44)

¹³BOJA del 1 de agosto de 2006 (nº147, pp.11-13) Este decreto contiene artículos que habrían quedado anulados por las modificaciones experimentadas en la Ley 28/2005.

¹⁴https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_es.pdf

por enfermedad, etc.). El Banco Mundial realizó en 1999 una evaluación de ambos tipos de costes y la pérdida económica ascendía a 200.000 millones de dólares anuales y otros estudios más recientes indican que la cuantía es aún superior ^(12, 13).

A largo plazo, a partir de la aplicación de políticas que disminuyan la epidemia del tabaquismo, la mejora en la salud de la población puede conllevar importantes beneficios netos a la sociedad y a las arcas públicas. A corto plazo, los hogares de las personas fumadoras también podrían ver una mejora en su renta disponible.

En la Unión Europea, es relativamente bajo el porcentaje de empleos relacionados con la industria tabaquera (cultivo de tabaco, transformación y fabricación; en 2000, estos empleos representaron solo el 0,13 % del total). Por ello, no sería muy resaltable una posible disminución del número de puestos de trabajo en este sector. Asimismo, el Convenio Marco para el Control del Tabaco prevé ayudas 1) a los cultivadores de tabaco para llevar a efecto la transición de la producción agrícola hacia cultivos alternativos de manera económicamente viable; y 2) a los trabajadores del sector del tabaco para desarrollar de manera económicamente viable medios de subsistencia alternativos apropiados que sean económicamente y legalmente viable.

Conviene sopesar también la posible disminución de los ingresos de los Estados miembros por impuestos especiales e IVA sobre los cigarrillos. Si bien esta cuestión no está exenta de debate ya que hay voces que opinan que esos impuestos no constituyen un monto tan elevado y que, en todo caso, la diferencia se podría compensar a través del aumento de la fiscalidad de los productos del tabaco (para lo cual aún existe un holgado margen en España, que tiene una de las más reducidas de Europa). Según la estrategia MPOWER de la OMS los impuestos al tabaco son el medio más coste-eficaz de reducir el consumo de tabaco y los costes de la atención en salud: Esta medida parece ser especialmente eficaz en una población joven o de bajos ingresos, también entre población adulta ⁽¹⁴⁾ y, a la par, ha permitido aumentar los ingresos en diversos países ^(15, 16).

Finalmente, conviene resaltar que, entre las intervenciones de Promoción de la Salud que más claramente han demostrado el retorno de la inversión, se encuentran precisamente aquellas realizadas para el control del tabaco que en determinados casos incluso han representado un retorno del doble de lo invertido ⁽¹⁷⁾.

PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA

Objetivo general

Mejorar la calidad de vida de la población andaluza reduciendo la morbimortalidad y otras consecuencias relacionadas con productos del tabaco tanto los clásicos como los novedosos, así como los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina, con especial atención a las desigualdades sociales y las diferencias de género.

Líneas estratégicas y objetivos

Línea Estratégica	Objetivos específicos
<p>Disminución de la prevalencia del tabaquismo y productos relacionados</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar la calidad de la atención a las personas fumadoras basada en la mejor evidencia. 2. Disminuir la prevalencia de tabaquismo en los grupos de especial vulnerabilidad (mujeres jóvenes y gestantes, personas en situación de desigualdad social, adolescentes y jóvenes, personas con trastorno mental y personas privadas de libertad) y en los grupos de alto riesgo (personas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, oncológicas, ...). 3. Disminuir la prevalencia de tabaquismo en colectivos modélicos (profesionales sanitarios, comunidad educativa, personal de las administraciones públicas). 4. Atender las diferencias de sexo en las intervenciones (IB e IA) en tabaquismo. 5. Mejorar las herramientas de los profesionales sanitarios para abordar el tabaquismo en su práctica clínica diaria. 6. Potenciar la coordinación entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Centros de Tratamiento de Adicciones y los programas de atención al tabaquismo. 7. Asegurar la formación a todos los profesionales implicados en el abordaje del tabaquismo. 8. Promover la investigación relacionada con el consumo de productos del tabaco tanto los clásicos como los novedosos, así como los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina. 9. Promover la investigación relacionada con la exposición al humo ambiental de los productos del tabaco (tanto los clásicos como los novedosos) y a los aerosoles generados por los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina. 10. Identificar el tabaquismo pasivo en el entorno.

<p>Prevención del tabaquismo y promoción de la salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colaborar con organizaciones, grupos y comunidades en el desarrollo de actividades de concienciación sobre las consecuencias negativas productos del tabaco tanto los clásicos como los novedosos, así como los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina. 2. Favorecer el retraso en la edad de inicio del consumo de tabaco. 3. Promover en adolescentes actividades de ocio saludable. 4. Informar sobre los productos del tabaco tanto los clásicos como los novedosos, así como los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina basándose en la mejor evidencia científica.
<p>Espacios libres de humo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcanzar la inclusión de todos los centros sanitarios del SSPA y farmacias comunitarias en la Red Andaluza de Servicios Sanitarios y Espacios Libres de Humo (RASSELH). 2. Vigilar el cumplimiento de la normativa vigente (HTA). 3. Reducir la exposición del HTA en lugares privados (hogares, vehículos,...). 4. Fomentar las políticas de espacios libres de humo ambiental de productos del tabaco (tanto los clásicos como los novedosos) y de aerosoles generados por los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina

Disminución de la prevalencia del tabaquismo y productos relacionados:

Objetivo general:

Promover en la población fumadora el abandono del consumo de tabaco y productos relacionados.

Objetivo 1	Acciones	Indicadores
<p>Garantizar la calidad de la atención a las personas fumadoras basada en la mejor evidencia.</p>	<p>Acción 1 Potenciar la sensibilización de los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo como prioridad en su práctica diaria basada en la mejor evidencia científica.</p>	<p>Nº sesiones de sensibilización los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo como prioridad en su práctica diaria basada en la mejor evidencia científica.</p>
	<p>Acción 2 Desarrollar acciones comunitarias de atención a la persona fumadora (Semana sin Humo, Día Mundial Sin Tabaco...) promoviendo la implicación de los profesionales sanitarios</p>	<p>Nº de acciones comunitarias desarrolladas</p>

Objetivo 2	Acciones	Indicadores
<p>Disminuir la prevalencia de tabaquismo en los grupos de especial vulnerabilidad (mujeres jóvenes y gestantes, personas en situación de desigualdad social, adolescentes y jóvenes, personas con trastorno mental y personas privadas de libertad) y en los grupos de alto riesgo (personas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, oncológicas, ...).</p>	<p>Acción 1 Editar material de autoayuda para dejar de fumar teniendo en cuenta la perspectiva de género y desigualdades en salud (inmigración, nivel alfabetización...).</p>	<p>Nº materiales editados de autoayuda para dejar de fumar teniendo en cuenta la perspectiva de género y desigualdades en salud</p>
	<p>Acción 2 Implementar programas de IB e IA a la persona fumadora en Zonas Desfavorecidas en el 100% de las UGC.</p>	<p>% de UGC que realizan intervenciones en zonas desfavorecidas Nº de intervenciones básicas que se realizan en zonas desfavorecidas Nº de intervenciones avanzadas que se realizan en zonas desfavorecidas</p>
	<p>Acción 3 Desarrollar líneas de investigación en tabaquismo desde la Red de profesionales del PITA, teniendo en cuenta las perspectivas de género y de desigualdades en salud.</p>	<p>Nº de líneas de investigación iniciadas durante el año Nº de líneas de investigación en desarrollo durante el año Nº de líneas de investigación finalizadas durante el año</p>
	<p>Acción 4 Promover que las unidades especializadas de tratamiento del tabaquismo realicen intervención con poblaciones desfavorecidas en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.</p>	<p>% de unidades que realizan intervención especializada con población desfavorecida en Atención Primaria % de unidades que realizan intervención especializada con población desfavorecida en Atención Hospitalaria</p>
	<p>Acción 5 Elaborar protocolo para facilitar la accesibilidad a los programas de los grupos de alto riesgo y a los colectivos desfavorecidos o en situación de vulnerabilidad.</p>	<p>Elaboración de protocolo</p>
	<p>Acción 6 Implementar programas de intervención especializada en adolescentes fumadores en el 100% de los DS y AGS.</p>	<p>% programas de intervención especializada en adolescentes fumadores en el 100% en DS % de programas de intervención especializada en adolescentes</p>

		fumadores en el 100% de AGS
Objetivo 3	Acciones	Indicadores
Disminuir la prevalencia de tabaquismo en colectivos modélicos (profesionales sanitarios, comunidad educativa, personal de las administraciones públicas).	Acción 1 Incrementar la atención al profesional fumador de los colectivos modélicos a través de los programas de promoción de salud en lugares de trabajo	Nº de profesionales fumadores de colectivos modélicos atendidos En PSLT. Nº de profesionales fumadores de colectivos modélicos atendidos en RASSELH. Nº de profesionales fumadores de colectivos modélicos atendidos en las Universidades. N.º de UGC y Centros de Trabajo de colectivos modélicos con compromisos de adscripción a PSLT
	Acción 2 Promover la atención al tabaquismo en las revisiones médicas periódicas de salud laboral de los colectivos modélicos	Nº de intervenciones básicas en tabaquismo en la revisión periódica de salud laboral. Nº de intervenciones avanzadas en tabaquismo en la revisión periódica de salud laboral

Objetivo 4	Acciones	Indicadores
Atender las diferencias de sexo en las intervenciones (IB e IA) en tabaquismo.	Acción 1 Formar a los profesionales sanitarios en el conocimiento de las diferencias de intervenciones en tabaquismo (IB e IA) según el sexo de la persona fumadora	Nº de cursos de formación en conocimiento de las diferencias de intervenciones en tabaquismo (IB e IA) que tienen en cuenta el sexo de la persona fumadora
	Acción 2 Editar material de autoayuda para dejar de fumar teniendo en cuenta la diferencia de sexo de la persona fumadora.	Nº de materiales editados que tienen en cuenta el sexo de la persona fumadora

Objetivo 5	Acciones	Indicadores
<p>Mejorar las herramientas de los profesionales sanitarios para abordar el tabaquismo en su práctica clínica diaria.</p>	<p>Acción 1 Actualizar el sistema de registro para facilitar el abordaje del tabaquismo en la práctica diaria de los profesionales.</p>	<p>Nº de actualizaciones realizadas en el sistema de registro en el abordaje del tabaquismo (gestor de informes y módulo de hábitos)</p>
	<p>Acción 2 Crear explotación de los sistemas de registro para la evaluación de la morbimortalidad en el consumo de tabaco.</p>	<p>Creación de la explotación del sistema de registro (módulo hábitos) Creación de la explotación del sistema de registro (gestor de informes)</p>
	<p>Acción 3 Actualizar plan de formación para profesionales sanitarios.</p>	<p>Plan de formación actualizado</p>
	<p>Acción 4 Incluir los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en el sistema informático de SAS para facilitar el conocimiento a los profesionales sanitarios, incluyéndose en receta electrónica.</p>	<p>Inclusión de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en el sistema informático de SAS, incluyéndose en receta electrónica.</p>
	<p>Acción 5 Proporcionar el acceso en DIRAYA al material de apoyo al profesional sanitario para facilitar su intervención de tabaquismo en la consulta</p>	<p>Acceso al material de apoyo en DIRAYA</p>
	<p>Acción 6 Proporcionar el acceso en DIRAYA al material de información sobre productos derivados del tabaco, nuevas formas de consumo y sus consecuencias.</p>	<p>Acceso al material de apoyo en DIRAYA</p>
	<p>Acción 7 Dotar a los profesionales sanitarios referentes de cooxímetros para la medición del CO en el aire expirado</p>	<p>Nº de cooxímetros facilitados por UGC de AP Nº cooxímetros facilitados en atención hospitalaria</p>

Objetivo 6	Acciones	Indicadores
Potenciar la coordinación entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Centros de Tratamiento de Adicciones y los programas de Atención al Tabaquismo.	Acción 1 Elaboración de un protocolo de derivación a AP de la personas fumadoras al alta del ingreso hospitalario.	Protocolo de derivación
	Acción 2 Crear comisiones para la coordinación interniveles periódica dentro de cada zona básica de salud entre los profesionales de Atención Primaria, Atención Hospitalaria (fundamentalmente las que atienden enfermedades cardiovasculares, respiratorias y oncológicas, Centros de Tratamiento de Adicciones y Atención al Tabaquismo para evaluar los resultados de los programas desarrollados y analizar las dificultades.	Nº de comisiones creadas en zona básica de salud
	Acción 3 Incluir en los cursos de formación para los profesionales sanitarios de Atención Hospitalaria, la necesidad de añadir tanto en el informe de alta hospitalaria, como en el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) la intervención en tabaquismo realizada durante el ingreso en los procesos de derivación entre dispositivos sanitarios (altas hospitalarias, desplazamientos temporales,...).	Nº de cursos en los que se ha incluido la necesidad de añadir tanto en el Informe de alta hospitalaria, como en el de Continuidad de Cuidados (ICC) la intervención en tabaquismo realizada durante el ingreso hospitalario

Objetivo 7	Acciones	Indicadores
Asegurar la formación a todos los profesionales implicados en el abordaje del tabaquismo.	Acción 1 Realizar formación para los profesionales sanitarios pertenecientes al SSPA.	Nº de cursos en tabaquismo realizados Nº de personas formadas desagregadas por sexo.

	<p>Acción 2 Desarrollar actividades formativas para otros profesionales implicados en la atención a las personas fumadoras (salud laboral de empresas, personal de farmacia, teleoperadores de Salud Responde, prevención de riesgos laborales, ...</p>	<p>Nº de actividades formativas realizadas para otros profesionales</p>
	<p>Acción 3 Incluir la formación sobre tabaquismo a nivel de grado y postgrado.</p>	<p>Nº cursos incluidos sobre tabaquismo en la formación de grado Nº cursos incluidos sobre tabaquismo en la formación postgrado</p>
	<p>Acción 4 Realizar formación en tabaquismo en los colegios profesionales de ciencias de la salud</p>	<p>Nº de cursos realizados en colegios profesionales de ciencias de la salud Nº de personas formadas desagregadas por sexo</p>
	<p>Acción 5 Incluir la formación en el abordaje de tabaquismo en el itinerario formativo de los profesionales Internos Residentes de Medicina, Enfermería, Psicología y Farmacia en todas las áreas básicas de salud y hospitales.</p>	<p>Nº de áreas básicas de salud y hospitales que han incluido la formación en el abordaje de tabaquismo en el itinerario formativo de dichos profesionales Internos Residentes Nº de residentes de medicina formados en el abordaje de tabaquismo desagregados por sexo Nº de residentes de enfermería formados en el abordaje de tabaquismo desagregados por sexo Nº de residentes de psicología formados en el abordaje de tabaquismo desagregados por sexo Nº de residentes de farmacia formados en el abordaje de tabaquismo desagregados por sexo</p>

Objetivo 8	Acciones	Indicadores
Promover la investigación relacionada con el consumo de productos del tabaco tanto los clásicos como los novedosos, así como los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina.	Acción 1 Desarrollar diferentes líneas de investigación en tabaquismo relacionada con el consumo de productos del tabaco tanto los clásicos como los novedosos, así como los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina.	Nº de líneas de investigación iniciadas durante el año. Nº de líneas de investigación en desarrollo durante el año. Nº de líneas de investigación finalizadas durante el año.

Objetivo 9	Acciones	Indicadores
Promover la investigación relacionada con la exposición al humo ambiental de los productos del tabaco (tanto los clásicos como los novedosos) y a los aerosoles generados por los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina.	Acción 1 Desarrollar diferentes líneas de investigación en tabaquismo relacionadas con la exposición al Humo Ambiental de Tabaco y a los aerosoles generados por los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina.	Nº de líneas de investigación iniciadas durante el año. Nº de líneas de investigación en desarrollo durante el año. Nº de líneas de investigación finalizadas durante el año.

Objetivo 10	Acciones	Indicadores
Identificar del tabaquismo pasivo en el entorno.	Acción 1 Potenciar el registro en las historias clínicas y la atención hacia el tabaquismo pasivo y sus consecuencias.	Nº personas con tabaquismo pasivo registrado en el sistema de registro del SAS (segregadas por sexo y edad)

Prevención del tabaquismo y promoción de la salud

Objetivo general:

Prevención del tabaquismo mediante la promoción de estilos de vida saludables en el ámbito familiar, educativo y comunitario.

Objetivo 1	Acciones	Indicadores
<p>Colaborar con organizaciones, grupos y comunidades en el desarrollo de actividades de concienciación sobre las consecuencias negativas del consumo de los productos del tabaco tanto los clásicos como los novedosos, así como los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina.</p>	<p>Acción 1 Realizar campañas en colaboración con organizaciones, grupos y comunidades con influencia sobre la población, que muestren el riesgo del tabaquismo y promuevan hábitos saludables.</p>	<p>Nº campañas realizadas en colaboración con organizaciones, grupos y comunidades con influencia sobre la población,</p>
	<p>Acción 2 Establecer alianzas entre las distintas asociaciones (comunidades) relacionadas con el sector de la salud que se adhieren a la RASSELH</p>	<p>Nº asociaciones adheridas a RASSELH</p>
	<p>Acción 3 Promover que los miembros de la RASSELH realicen campañas comunitarias de información, sensibilización y prevención de tabaquismo dirigido a la población general (oficinas de farmacia, clubs deportivos, ...) en los municipios andaluces.</p>	<p>Nº de campañas comunitarias de información, sensibilización y prevención de tabaquismo dirigido a la población general (oficinas de farmacia, clubs deportivos, ...) en los municipios andaluces, realizadas por los miembros de la RASSELH.</p>
	<p>Acción 4 Desarrollar campañas de concienciación a través de los medios de comunicación audiovisuales y redes sociales insistiendo en la importancia de los modelos ejemplarizantes que ejercen los progenitores, profesionales de la educación, de la salud, de la política y personajes públicos relevantes de la sociedad (deportistas, artistas, influencers,...) en el consumo de tabaco y demás productos relacionados.</p>	<p>Nº de campañas de concienciación realizadas en los medios de comunicación audiovisuales y redes sociales</p>

Objetivo 2	Acciones	Indicadores
Favorecer el retraso en la edad de inicio del consumo de tabaco.	<p>Acción 1</p> <p>Apoyar la prevención del tabaquismo en el medio escolar a través de programas específicos coordinados junto a la Consejería competente en materia educativa.</p>	<p>Nº centros educativos con línea de tabaquismo Forma Joven</p> <p>Nº actuaciones línea tabaquismo en centros Forma Joven</p> <p>Nº de centros que se inscriben en Creciendo en Salud en la línea prevención del consumo de sustancias adictivas</p> <p>Nº actuaciones línea prevención del consumo de sustancias adictivas en Creciendo en Salud</p>
	<p>Acción 2</p> <p>Realizar actividades para el Día Mundial Sin Tabaco (DMST) y Semana Sin Humo (SSH) en el ámbito educativo</p>	<p>Nº de actividades en centros educativos para DMST</p>
	<p>Acción 3</p> <p>Realizar actividades de sensibilización para la comunidad educativa en coordinación con la AMPAS.</p>	<p>Nº actividades de Centros Educativos Forma Joven (línea tabaquismo) sensibilización para la comunidad educativa</p> <p>Nº actividades de Centros Educativos Creciendo en Salud (línea prevención del consumo de sustancias adictivas) sensibilización para la comunidad educativa</p>

Objetivo 3	Acciones	Indicadores
Promover en adolescentes actividades de ocio saludable.	<p>Acción 1</p> <p>Desarrollar acciones de sensibilización de ocio sin tabaco dirigida a la población joven.</p>	<p>Nº de acciones de sensibilización de ocio sin tabaco</p>
	<p>Acción 2</p> <p>Colaborar con la estrategia de hábitos de vida saludable en la elaboración de noticias y materiales dirigidas a promover un ocio saludable en los adolescentes</p>	<p>Nº de colaboraciones con la estrategia de "Hábitos de vida saludable" dirigida a adolescentes</p>

Objetivo 4	Acciones	Indicadores
Informar sobre los CE, PTC, otros DSLN y otras formas de consumo basada en la mejor evidencia científica.	Acción 1 Desarrollar campañas de sensibilización en centros educativos, sanitarios, deportivos, redes sociales y de ocio sobre los CE, PTC, otros DSLN y otras formas de consumo (Tabaco sin combustión y cachimbas) basada en la mejor evidencia científica.	Nº de campañas de sensibilización realizadas

Espacios libres de humo

Objetivo general:

Proteger a la población andaluza de Humo Ambiental de Tabaco.

Objetivo 1	Acciones	Indicadores
Alcanzar la inclusión de todos los centros sanitarios del SSPA y farmacias comunitarias en la Red Andaluza de Servicios Sanitarios y Espacios Libres de Humo (RASSELH).	Acción 1 Incluir el nivel de acreditación conseguido en la RASSELH, como criterio de calidad necesaria para los niveles de acreditación en los estándares de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)	Inclusión de los estándares de la RASSELH en el sistema de acreditación de la ACSA

Objetivo 2	Acciones	Indicadores
Vigilar el cumplimiento de la normativa vigente (HTA).	Acción 1 Auditar el recinto interior y exterior de los espacios públicos libres de humo	Nº auditorías realizadas
	Acción 2 Gestionar los incumplimientos en materia de tabaco, elaborando un procedimiento de sanciones a la ciudadanía o profesionales que incumplan la normativa vigente	Elaboración del procedimiento sancionador
	Acción 3 Señalización exterior e interior de edificios y recintos, dentro del SSPA	Nº de edificios y recintos del SSPA con señalización

	<p>Acción 4</p> <p>Incluir en los contratos laborales de los centros sanitarios del SSPA y de las subcontratas, respecto a la obligación del cumplimiento a la norma de espacios sanitarios libres de humo.</p>	<p>Nº de centros sanitarios que incluyen en sus contratos laborales la obligación del cumplimiento a la norma de espacios sanitarios libres de humo.</p>
	<p>Acción 5</p> <p>Realizar inspecciones en materias de tabaquismo en los diferentes sectores (hostelería, establecimientos sanitarios y no sanitarios, ...)</p>	<p>Nº de inspecciones realizadas</p>
	<p>Acción 6</p> <p>Consensuar el procedimiento de actuación de sanciones de las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas sociales</p>	<p>Procedimiento consensuado en las Delegaciones</p>

Objetivo 3	Acciones	Indicadores
<p>Reducir la exposición del HTA en lugares privados (hogares, vehículos...).</p>	<p>Acción 1</p> <p>Campañas de sensibilización desde los medios de comunicación públicos</p>	<p>Nº campañas publicitarias</p>

Objetivo 4	Acciones	Indicadores
<p>Fomentar las políticas de espacios libres de Humo Ambiental de productos del tabaco (tanto los clásicos como los novedosos) y de aerosoles generados por los Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina.</p>	<p>Acción 1</p> <p>Promover la incorporación a la RASSELH de la sociedad civil a través de sus organizaciones en la lucha contra el tabaquismo.</p>	<p>Nº de organizaciones adheridas a la RASSELH</p>
	<p>Acción 2</p> <p>Realizar la campaña "playas y piscinas " libres de humo para todos los municipios de Andalucía</p>	<p>Nº de municipios de Andalucía adheridos a la campaña</p>

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* [Internet]. 2004 Jun 26 [cited 2014 May 26]; 328 (7455):1519. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=437139&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
2. United States Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress A Report of the Surgeon General. *A Rep Surg Gen* [Internet]. 2014; 1081. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva mayo de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/> (acceso 19-may-2021).
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
5. Pérez-Ríos M., Schiaffino A., Montes A. , Fernández E. , López M.J. , Martínez Sánchez J. M., et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *ArchBronconeumol.*2020;56:559-563
6. Rey J et al. Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas de España, 2017. *Rev Esp Cardiol.* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.10.018>
7. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
8. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2003). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf?ua=1> (acceso 19-may-2021)
9. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2005. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/plan-integral/paginas/pita.html> (acceso el 19-may-2021)
10. IV Plan Andaluz de Salud Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf (acceso el 19-may-2021)
11. Versión consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea - TERCERA PARTE: POLÍTICAS Y ACCIONES INTERNAS DE LA UNIÓN - TÍTULO XIV : SALUD PÚBLICA - Artículo 168 (antiguo artículo 152 TCE) Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A12008E168> (acceso 29-4-2021).
12. Curbing the epidemic: governments and theeconomics of tobacco control. *Tobacco Control* 1999; 8:196-201. Disponible en: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/8/2/196> (acceso 7-5-2021).
13. Wacker, M., Holle, R., Heinrich, J. et al. The association of smoking status with health care utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. *BMC HealthServ Res* 13, 278 (2013). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23866993/> (acceso 7-5-2021).
14. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/ (acceso 7-5-2021).

BIBLIOGRAFÍA

15. McKay AJ, Patel RKK, Majeed A. Strategies for tobacco control in India: a systematic review. PLoSOne [Internet]. 2015 Apr 9;10⁽⁴⁾:e0122610. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25856462>
16. Hu X, Wang Y, Huang J, Zheng R. Cigarette Affordability and Cigarette Consumption among Adult and Elderly Chinese Smokers: Evidence from A Longitudinal Study. Int J Environ Res PublicHealth [Internet]. 2019 Dec 1;16(23). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31805685> (acceso 7-5-2021).
17. Masters R, Anwar E, Collins B, et al Return on investment of public health interventions: a systematic review J Epidemiol Community Health 2017; 71: 827-834. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/jech/early/2017/03/07/jech-2016-208141.full.pdf> (acceso 7-5-2021)
18. García M. Estrategias de prevención y tratamiento del tabaquismo. En: Tratado de Tabaquismo (4ª Edición) [Internet] Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO (eds). EioSalud 2021. Disponible en: <https://tratadodetabaquismo.com/>

GLOSARIO

GLOSARIO

ACSA	Agencia de calidad sanitaria de Andalucía
AGS	Área de Gestión Sanitaria
AP	Atención Primaria
AMPAS	Asociación de padres y madres del alumnado
CMCT	Convenio Marco del Control del Tabaquismo
DS	Distrito Sanitario
DMST	Día Mundial Sin Tabaco
DIRAYA	Sistema de soporte de la historia clínica electrónica
EAS	Encuesta Andaluza de Salud
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
EDADES	Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España
ESTUDES	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HTA	Humo de tabaco ambiental
IB	Intervención Básica
IA	Intervención Avanzada
ICC	Informe de Continuidad de Cuidados
OEDT	Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAS	Plan Andaluz de Salud.
PITA	Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía
PSLT	Promoción de Salud en Lugares de Trabajo
RASSELH	Red Andaluza de Servicios Sanitarios y Espacios Libres de Humo
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SSH	Semana Sin Humo
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
UGC	Unidad de Gestión Clínica

GLOSARIO

A efectos del presente documento se establecen las siguientes definiciones:

Productos del tabaco: productos que pueden ser consumidos y constituidos, total o parcialmente, por tabaco, genéticamente modificado o no. Algunos de ellos son: cigarrillos, picadura para liar, tabaco de pipa, tabaco para pipa de agua, cigarros puros, cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco de uso nasal o tabaco de uso oral y los productos de tabaco calentado en sus diferentes variantes.

Producto del tabaco novedoso es un producto del tabaco que:

- No está comprendido en ninguna de las siguientes categorías: cigarrillos, picadura para liar, tabaco de pipa, tabaco para pipa de agua, cigarros puros, cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco de uso nasal o tabaco de uso oral y se ha comercializado después del 19 de mayo de 2014.

Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina: un producto, o cualquiera de sus componentes, que pueda utilizarse para el consumo de nicotina y que no se encuentre incluido en las definiciones previas.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo