

**PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN
Y CONTROL DEL TABAQUISMO
(PIT)
2024-2027**

MINISTERIO DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública
y Equidad en Salud
Abril de 2024



COORDINACIÓN

Unidad de Prevención y Control del Tabaquismo

Susana Verdejo Fernández

REDACCIÓN Y REVISIÓN

Equipo técnico de la Unidad de Prevención y Control del Tabaquismo. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud (DGSPyES). Ministerio de Sanidad

M^a Cristina Gómez-Chacón Galán

Javier Panero Pérez

Julio César Doncel Barrera*

Aarón Rebollar Álvarez*

Francisco Javier Fernández Bonilla*

Susana Verdejo Fernández

Andrea Martín Moro

Eva María Pérez Sacristán*

* Personal externo TRAGSATEC

AUTORES

Equipo técnico de la Unidad de Prevención y Control del Tabaquismo

M^a Cristina Gómez-Chacón Galán

Javier Panero Pérez

Julio César Doncel Barrera

Aarón Rebollar Álvarez

Francisco Javier Fernández Bonilla

Susana Verdejo Fernández

Eva María Pérez Sacristán

Grupo de Responsables de Tabaquismo en el marco de la Estrategia de Salud Pública y Prevención (EPSyP) del SNS

Andalucía. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA). Consejería de Salud y Consumo.

Marcos García Rueda

Ana Ruiz Bernal

Antonio Hernández Jiménez

Aragón. Departamento de Sanidad.

Carmen Baranguán Badía

Begoña Muñoz Zaragoza

Cantabria. Consejería de Salud. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo

Blanca María Benito Fernández

M^a Emma del Castillo Sedano

M^a Antonia Rueda Gutiérrez

Catalunya. Departament de Salut

Josep María Suelves Joanxich

Castilla y León. Consejería de Sanidad. Consejería de Familia-Comisionado Regional para la Droga

Rogelio Arranz Gallego

Susana Redondo Martín

Montserrat Robledo Poncela

M^a Begoña González Bustillo

M^a del Carmen Estébanez Álvarez

María Teresa Jiménez López

Fernando Martínez González

Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad.

Julia María Ruiz Redondo

Carlos Alonso Sanz

Ciudad Autónoma de Ceuta. Consejería de Sanidad, Consumo y Gobernación. Plan Integral de Tabaquismo

Cleopatra Rkaina Liesfi

Ciudad Autónoma de Melilla

Luisa Fernanda Hermoso Castro

Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad

Antonio Torres Lana

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Consejería de Salud

Adelaida Lozano Polo

Olga Monteagudo Piqueras

Comunidad Autónoma del País Vasco/ Euskal Autonomia Erkidegoa. Departamento de Salud y Osakidetza

Lorena Fernández López

Irune Urbitarte Artano

Mari Luz Peña González

Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud

M^a Isabel Felipe Rodríguez
M^a Isabel García Matarranz

Comunidad Foral de Navarra. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

Nerea Egüés Olazábal
Irene Morales Loró
Alejandro García Hernández
Alaitz Berriozabalgoitia Galán
Luisa Iribarren López

Comunidad Valenciana. Servicio Programes de Salut i Avaluació de Polítiques de Salut.
Direcció General de Salut Pública

Joan Quiles Izquierdo

Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Servicio Extremeño de Salud. Junta
de Extremadura

Mercedes Cortés Mancha
M. Pilar Morcillo Sánchez

Galicia. Consellería de Sanidad. Programa de Promoción de una Vida sin Tabaco
María Jesús García Blanco

Illes Balears. Consejería de Salud y Consumo/ Plan Autonómico de Tabaquismo

Francisca Bibiloni Guasp
Mercedes Alemany Alemany
Helena Girauta Reus

La Rioja. Servicio de Promoción de la Salud. Sección de Adicciones
Cristina Nuez Vicente

Principado de Asturias. Consejería de Salud

Alejandra Menéndez Robledo
Marta María Rodríguez Suarez
Pilar Alonso Vigil

COLABORADORES

Unidades de la DGSPyES y otras Direcciones del Ministerio de Sanidad

Ministerio de Sanidad

Dirección General Salud Pública y Equidad en Salud: Pedro Gullón Tosio, Pilar Aparicio Azcárraga.

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención: Estefanía García Camiño, María Soledad Justo Gil, Ana Gil Luciano, María Vicenta Labrador Cañadas, Elena Pola Fernández, Roberto Ravelo Mireles.

Subdirección General de Calidad Asistencial: Yolanda Agra Varela, Rocío Fernández González, Sonia Peláez Moya, María Dolores Perea Aceituno.

Subdirección General de Información Sanitaria: Mercedes Alfaro Latorre, Alicia Estirado Gómez, Félix Miguel García.

Subdirección de Sanidad Ambiental y Salud Laboral: Covadonga Caballo Diéguez.

Subdirección General de Farmacia: María Dolores Fraga Fuentes.

Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional: Pilar Carbajo Arias.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Delegado Joan R. Villalbí Hereter.

Observatorio de Salud de la Mujer: Rosa María López Rodríguez.

Otros Departamentos Ministeriales

Centro de Investigación y Control de Calidad (CICC)
Dirección General de Tráfico
Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)
Instituto de la Juventud (INJUVE)
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades
Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030
Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes
Ministerio de Hacienda
Ministerio del Interior
Ministerio de Juventud e infancia
Ministerio para la Transformación digital y de la Función Pública
Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico

Sociedades científicas y entidades:

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT)
Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)
Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
Iniciativa ciudadana XQNS!
Institut Català d'Oncologia (ICO)
Nofumadores.org
Socidrogalcohol
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Expertos en Tabaquismo (SEDET)
Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Sociedad Española de Medicina General Médicos Generales y de Familia (SEMG)
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS)
Universidad de Zaragoza. Dpto. Medicina, Psiquiatría y Dermatología. Facultad de Medicina

AGRADECIMIENTOS

Al Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y a la Sociedad Española de Epidemiología por su especial aportación y apoyo en la difusión.

PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO (PIT) 2024-2027

PRESENTACIÓN GENERAL DEL DOCUMENTO

Tras la experiencia del anterior Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007 y habiendo transcurrido más de una década desde que se produjo la última modificación sustancial 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*, que colocó a España a la cabeza de Europa por el carácter pionero de varias de sus medidas, en esta legislatura, el Ministerio de Sanidad ha considerado urgente impulsar las acciones frente al tabaquismo. Con ello, el Ministerio de Sanidad se impone el objetivo de lograr una política de prevención y control integral del tabaquismo acorde con los estándares y recomendaciones actuales tanto en el marco de la Unión Europea como a nivel global por parte de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*.

Esta iniciativa recoge el alto grado de consenso existente entre los órganos responsables públicos de las comunidades y ciudades autónomas, las sociedades científicas que agrupan a profesionales del ámbito sanitario, organizaciones y asociaciones que trabajan frente al tabaquismo, así como la propia ciudadanía, que no cesa de reclamar que se adopten medidas más contundentes y eficaces. De esta forma, en la elaboración del Plan han participado las sociedades científicas y entidades relacionadas, así como el Grupo de Trabajo Técnico de Responsables de Tabaquismo en las Comunidades Autónomas, habiendo tenido una acogida muy positiva destacando su decisiva colaboración en la configuración y desarrollo del Plan por su experiencia en desarrollo de planes similares ya existentes en su ámbito territorial. También otros departamentos ministeriales como el Ministerio de Hacienda han contribuido con la propuesta de medidas de mejora y refuerzo del control de los operadores y de los productos de tabaco.

Las diferentes medidas incluidas en el Plan pueden ser clasificadas en varios ámbitos. Así, estas pueden ser de tipo sanitario cuando, por ejemplo, estén vinculadas con la atención en el Sistema Nacional de Salud de la persona fumadora. Otras medidas deben ser recogidas necesariamente en una norma para poder ser vinculantes, ya sea a través de ley o bien mediante real decreto. También existen medidas relacionadas en esencia con la protección del entorno y, por último, otras van encaminadas a mejorar la comunicación y el trabajo conjunto de las diferentes administraciones implicadas en función de su ámbito de competencia. De esta forma, el Plan se vertebra en 4 ejes básicos de actuación:

- Sanitario
- Normativo
- Protección del medio ambiente
- Coordinación

Se han definido 5 Metas y 23 Objetivos. Para lograr estos últimos se aborda la realización de acciones específicas y de carácter integral que conforman las bases de la política de prevención y control del tabaquismo. Las líneas de acción se agrupan en “líneas estratégicas” y, según el cronograma de su realización, se consideran acciones a corto, medio y largo plazo o acciones de proceso.

La monitorización del Plan y el seguimiento de su cumplimiento se llevará a cabo bienalmente mediante la recogida de los indicadores obtenidos, de proceso y de resultados en salud. Se contará con las comunidades y ciudades autónomas en la valoración de la utilidad, factibilidad y validez de los indicadores, de tal forma que puedan ser calculados a partir de los sistemas de información disponibles en el Sistema Nacional de Salud.

ÍNDICE

● GLOSARIO DE ABREVIATURAS	11
● JUSTIFICACIÓN	15
● MARCO NORMATIVO:	18
1. Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT)	18
2. Legislación europea	19
3. Legislación nacional	21
4. Legislación autonómica y local	24
● ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL:	25
datos de prevalencia/morbimortalidad (desagregados por sexo, edad, nivel socioeconómico)	
– Edad de inicio en el consumo	26
– Preferencias de productos consumidos	27
– Prevalencia del consumo	28
– Consumo en relación a clase social	32
– Cesación en el consumo	33
– Exposición al humo ambiental de tabaco	34
– Mortalidad atribuible al tabaco	35
● PRINCIPIOS:	38
– Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud en todas las políticas	38
– Formación y capacitación de los profesionales sanitarios y educativos	40
– Empoderamiento de la ciudadanía	41
– Eficiencia y sostenibilidad	42
– Enfoque global	42
– Enfoque de género	43
– Equidad en la prevención y el abordaje del tabaquismo	45
● LÍNEAS TRANSVERSALES:	48
– Ámbito multisectorial	48
– Coordinación	48
● EJES DE ACTUACIÓN	51
● OBJETIVO GENERAL	52

– Reducir la prevalencia del consumo de tabaco y productos relacionados y de la exposición ambiental a sus emisiones	52
● METAS/ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	54
META 1. Prevenir el inicio del consumo de tabaco y de productos relacionados	54
META 2. Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar	56
META 3. Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica	59
META 4. Promover la investigación aplicada y la monitorización en el control del tabaquismo	63
META 5. Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas	64
● METAS/ OBJETIVOS/ ESTRATEGIAS /LÍNEAS DE ACTUACIÓN (tablas):	67
META 1. Prevenir el inicio del consumo de tabaco y de productos relacionados	69
META 2. Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar	74
META 3. Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica	78
META 4. Promover la investigación aplicada y la monitorización en el control del tabaquismo	82
META 5. Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas	85
● INDICADORES	88
● EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	113
● SISTEMA DE INFORMACIÓN Y FUENTES DE DATOS	116
● IMPACTO ECONÓMICO	117
BIBLIOGRAFÍA	118
– Bibliografía genérica	118
– Bibliografía sobre humo ambiental	123
LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS	127
ENLACES DE INTERÉS	128
ANEXO I: Tabla resumen de Metas, Estrategias, Líneas de actuación, Indicadores/ Tipo/Periodicidad, Actores implicados	132

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

AGE: Administración General del Estado

AP: Atención Primaria

BBPP: Buenas Prácticas

BDCAP: Base de datos clínicos de Atención Primaria

CCAA: Comunidades y ciudades autónomas

CIAP-2: Clasificación Internacional de Atención Primaria de la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia)

CIBER (ISCIII): Centro de Investigación Biomédica en Red, MP del Instituto de Salud Carlos III

CICC: Centro de Investigación y Control de Calidad. Secretaría General de Consumo

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS

CSPCISNS: Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CMBD-H: Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización

CMCT: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

CNPT: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

COP: Conferencia de las Partes

CTE: Código Técnico de la Edificación

DGSPyES: Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad

DGT: Dirección General de Tráfico. Ministerio de Interior

DSLN: Dispositivos susceptibles de liberación de nicotina. (Popularmente se les conoce por cigarrillos electrónicos (e.cigs) con nicotina)

DSS: Determinantes sociales de la salud

EESE: Encuesta Europea de Salud en España

EDADES: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

EX: Personas Exfumadoras durante un periodo definido de 12 meses

EM: Estado Miembro de la Unión Europea

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EPSP: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS

ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España

ESDAM: Estudio sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España

ESDIP: Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias.

FEMP: Federación Española de Municipios y Provincias

FCSE: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

FD: Fumadores/as Diarios

FO: Fumadores/as Ocasionales

GNTH: Global Network for Tobacco Free Healthcare Services

ICO: Instituto Catalán de Oncología

HAT: Humo ambiental del tabaco

HBSC: Estudio “Health Behaviour in School-aged Children”- Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados

HC: Historia Clínica

ISCI: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades

INJUVE: Instituto de la Juventud. Ministerio de Juventud e Infancia

JATC: Joint Action on Tobacco Control

LGTBI: Colectivo de personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales

MAPA: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación

MCIU: Ministerio de Ciencia e Innovación y Universidades

MDSCA: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

MEFPD: Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes

MH: Ministerio de Hacienda

MITERD: Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico

MPOWER: estrategia de la OMS para hacer frente al tabaquismo mediante las siguientes actuaciones: Monitor: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención / Protect: proteger a la población del humo de tabaco / Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco / Warn: advertir de los peligros del tabaco / Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco / Raise: aumentar los impuestos al tabaco)

MS: Ministerio de Sanidad

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

ONG: Organización no Gubernamental

OMS: Organización Mundial de la Salud

RECS: Red Española de Ciudades Saludables

PAC: Política Agraria Común

PIT: Plan Integral de Prevención y Control de Tabaquismo 2024-2027

PNSD: Plan Nacional sobre Drogas

PPL: Población Privada de Libertad

PTC: Productos de Tabaco Calentado

QUITLINE: Línea telefónica de ayuda a la persona fumadora

RAE-CMBD: Registro de Actividad de Atención Especializada

RD: Real Decreto

SEE: Sociedad Española de Epidemiología

SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSCC: Sociedades científicas

TFUE: Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea

TSN: Terapia sustitutiva con Nicotina

UE: Unión Europea

XQNS!: Iniciativa ciudadana Porque Nosotros Si

JUSTIFICACIÓN

El consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad y muerte prevenible a nivel mundial constituyendo un factor de riesgo para algunas de las principales causas de mortalidad en España.

Para cambiar esta situación, llevar a cabo la efectiva promoción de la salud y la necesaria reducción de la mortalidad por tabaquismo, es necesario crear un Plan Integral que englobe todas las actuaciones necesarias para reducir el consumo y fije los pasos a seguir durante los próximos años por todos los sectores implicados, haciendo partícipe a la población general.

Por ello, se habilitarán los instrumentos necesarios para poder contar con una *Generación libre de tabaco*, en España y en Europa, adelantándose a los desarrollos previstos. Así, antes del año 2025, la Comisión Europea propondrá actualizar la Recomendación del Consejo sobre los entornos libres de humo, incrementando los mismos, especialmente los espacios exteriores, y ampliando la cobertura de dichos espacios a entornos libres de otros productos emergentes, como los cigarrillos electrónicos y los Productos de Tabaco Calentados (PTC¹). Además, el sistema de trazabilidad de la UE se ampliará a todos los productos del tabaco para 2024.

El Plan Integral para la Prevención y Control del Tabaquismo, en adelante el Plan, intenta aunar y afianzar las actuaciones, planes y estrategias que en prevención y control del tabaquismo vienen desarrollando desde hace años las diferentes CCAA, ayuntamientos y el gobierno del Estado. De esta forma surge para dar continuidad a las líneas de actuación recogidas en el documento *Líneas de Actuación 2019-20 en el Ámbito de la Prevención y Control del Tabaquismo*¹, aprobado el 9 de mayo de 2019 por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), y a los compromisos anunciados por el Gobierno en sede parlamentaria.

El objetivo principal del Plan es reducir la prevalencia del consumo de tabaco de manera continua durante los próximos años, lo que incluye la adopción de medidas de acción interdisciplinarias y contar con la participación coordinada de los diferentes agentes implicados, tanto a nivel de administraciones públicas como del tercer sector.

Por otra parte, la propuesta responde a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente a su punto 3.4, para alcanzar en 2030 la reducción en un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. Además, tiene en cuenta las recomendaciones establecidas por la cuarta edición del *Código Europeo Contra el Cáncer*², en relación a evitar el consumo de tabaco y productos relacionados², el mantenimiento de un hogar y lugar de trabajo libre de humo ambiental de tabaco, así como a los objetivos marcados por el *Plan europeo de*

¹ Definición según la WHO. http://www.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/heated-tobacco-products/en/

² Entre los productos relacionados cabe citar, sin carácter exclusivo, los cigarrillos electrónicos, con y sin nicotina, los productos a base de hierbas para fumar/shisha, las bolsitas de nicotina o “nicotine pouches” y cualquier otro producto con contenido en nicotina, ya sea natural o sintética, como sin ella, que se utilice con carácter recreativo y/o que imite el acto de fumar, lo induzca o guarde relación en cuanto a su consumo tradicional y/o social.

*lucha contra el cáncer*³, presentado recientemente por la Comisión Europea al Consejo y al Parlamento Europeo. Dicho Plan establece como meta a lograr que, en 2040, menos del 5% de la población consuma tabaco, frente al 25% de media actual en Europa.

Como objetivo intermedio para España, se plantea alcanzar la meta establecida por la OMS de una reducción relativa del 30% en el consumo de tabaco para el año 2025, comparado con los datos de 2010. Así, si tomamos como referencia los datos de prevalencia de 2009-2020 de la ENSE, implicaría alcanzar una prevalencia diaria de 18,3% para 2025. Si tenemos en cuenta que los datos recientemente publicados de la EESE 2020⁴ reflejan una prevalencia diaria del 19,8% en población de 15 años en adelante, supondría conseguir una reducción de la prevalencia aproximadamente de un punto y medio porcentual para el año 2025. Este objetivo sería factible siempre y cuando se pongan en marcha cuanto antes las medidas recogidas en este Plan Integral y que supondrán la base de la política nacional sobre tabaquismo.

Asimismo, el Plan supone avanzar en las actuaciones ya emprendidas frente al desafío de los productos emergentes que han aparecido en el mercado y que, por su atractivo para los jóvenes, suponen una puerta de entrada al tabaquismo. A ese respecto cabe referenciar el acuerdo adoptado por el CISNS: *Productos del tabaco y relacionados: implicación de su consumo en la Salud Pública*⁵. Además, debido a la pandemia producida por la COVID-19 y a las publicaciones científicas sobre el papel de la nicotina al contraer la enfermedad producida por el coronavirus en la evolución de sus síntomas, se aprobó un documento de *Posicionamiento en relación al consumo de tabaco y relacionados durante la pandemia por COVID-19*⁶.

Antes de que se declarara la pandemia por COVID-19, el 1 de enero de 2020, se inició el Programa de financiación de los tratamientos farmacológicos sujetos a prescripción médica para la cesación tabáquica, con la inclusión de la vareniclina, el bupropión y posteriormente la citisina en la financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS). En la financiación de estos medicamentos se consideró como requisito indispensable que la prescripción se realice en el marco de una intervención integral en tabaquismo, con el programa de apoyo (individual y/o grupal) en el tratamiento del tabaquismo que esté implementado en cada CCAA. Además, se incluyó la limitación de una única prescripción por paciente al año, con el objetivo de potenciar la valoración de los aspectos psicológicos y de motivación que se integran en estos programas de apoyo y que deben utilizarse junto al tratamiento farmacológico. La inclusión responde a una petición muy demandada por las sociedades científicas y los profesionales sanitarios quienes, en su intervención a nivel de Atención Primaria y Hospitalaria, necesitaban una herramienta crucial que, con la aprobación de este Plan, queda potenciada y acompañada de cara a los próximos años.

Igualmente, el Plan aborda alternativas al cultivo del tabaco y consideraciones medioambientales tanto del producto agrícola como respecto a la huella de su consumo y la eliminación de residuos. Para lograr los objetivos de inversión en investigación se requiere la necesaria voluntad para crear alianzas y afianzar esfuerzos entre los diferentes Departamentos administrativos y sectores implicados.

Gran parte de las medidas se materializarán a través de la modificación legislativa que el Gobierno se ha comprometido a llevar a cabo en la presente legislatura y que afectará a la Ley

28/2005⁷ y al Real Decreto 579/2017⁸, normativas básicas en materia de tabaquismo. De esta forma, se podrán cubrir ciertas limitaciones observadas en la última década, adaptando la normativa a los cambios producidos en el mercado con la aparición de nuevos productos y logrando un avance en la regulación de espacios sin humo. Se plantea, además, adoptar medidas ya implementadas por otros países del entorno europeo, que son avaladas por la experiencia y ampliamente solicitadas por las sociedades médico-científicas.

Las medidas propuestas en el Plan Integral estarán sujetas a desarrollos y adaptaciones teniendo en cuenta las capacidades, objetivos y prioridades establecidos por las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias en materia de salud pública, el trabajo coordinado entre los Estados miembros en el seno de la Unión Europea y con las demandas de las sociedades científicas y entidades civiles relacionadas^{9,10}, así como con los compromisos acordados internacionalmente en el contexto del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS y con las directrices de su estrategia *MPOWER*¹¹.

MARCO NORMATIVO

1. Convenio Marco para el Control del Tabaco

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado internacional de Salud Pública, hasta ahora el único, negociado bajo los auspicios de la *Organización Mundial de la Salud*. Fue adoptado el 21 de mayo de 2003 por la Asamblea Mundial de la Salud y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. Desde entonces, se ha convertido en uno de los tratados más rápida y ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas.

El CMCT se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco y es un instrumento basado en la adopción de medidas de prevención y control soportadas por la evidencia científica, que reafirma el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud. El Convenio representa un hito para la promoción de la salud pública y proporciona nuevas perspectivas jurídicas de cooperación internacional en materia de salud. Actualmente cuenta con 183 Partes, que representan a más del 90% de la población mundial.

España ratificó el tratado el 11 de enero de 2005 y ese mismo año entró en vigor, en concreto el 11 de abril. Además, la Comisión Europea también es parte en el mismo.

En cuanto a su organización, la Conferencia de las Partes (COP) es el órgano rector del CMCT. A su vez, la Secretaría del Convenio elabora los informes de progreso a nivel mundial y la base de datos de su aplicación, mostrando los logros obtenidos y las áreas en las que es necesario seguir avanzando.

Las Partes también han adoptado, por consenso, directrices para la aplicación de las principales disposiciones del CMCT. Estas directrices ayudan a las Partes a cumplir sus obligaciones legales, con acciones recomendadas que tratan con mayor detalle las disposiciones del Convenio. Las directrices se han elaborado mediante procesos intergubernamentales y han sido adoptadas en las reuniones de la COP³.

El Convenio está dividido en secciones:

- Artículos 3 a 5: establecen el objetivo, los principios básicos y las obligaciones generales que engendra el tratado
- Artículos 6 a 14: medidas relacionadas con la reducción de la demanda
- Artículos 15 a 17: medidas relacionadas con la reducción de la oferta
- Artículo 18: protección del medio ambiente
- Artículo 19: responsabilidad
- Artículos 20 a 22: cooperación y comunicación
- Artículos 23 a 26: arreglos institucionales y recursos financieros
- Artículo 27: solución de controversias

³ <https://fctc.who.int/who-fctc/overview/treaty-instruments>

- Artículos 28 y 29: desarrollo del Convenio
- Artículos 30 a 38: «Disposiciones finales», relativas a asuntos legales, como las formas de adherirse al Convenio, la entrada en vigor y otras cuestiones

El primer Protocolo del CMCT, el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* supone un nuevo tratado internacional en sí mismo y fue adoptado en la COP5, celebrada en 2012 en Seúl, República de Corea.

2. Legislación europea

Respecto a la política desarrollada por la Unión Europea en materia de salud pública, cabe destacar, a título introductorio, el gran crecimiento producido en su reconocimiento e importancia debido a su progresiva incorporación al texto de los tratados. Con el tiempo se ha ido fortaleciendo la base legal para adoptar medidas relativas a la protección de la salud, ampliándose a temas como el medio ambiente y la protección al consumidor requiriendo que las medidas legales que establece el mercado único aseguren un nivel elevado de protección de la salud.

Respecto al actual Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) debemos acudir a su artículo 168, dedicado a la salud pública, el cual reconoce los objetivos anteriores y promueve que la acción de la Unión Europea se encuadre dentro de una estrategia global y coherente, obligando a ésta y a los Estados miembros a tener en cuenta la protección de la salud cuando acuerdan otras políticas comunitarias. Sin embargo, al analizar el artículo 168 vemos que la competencia en materia de salud pública se configura sólo como complementaria de las políticas nacionales, lo cual limita mucho su capacidad de actuación. No obstante, esta colaboración implica que la Unión debe garantizar un alto nivel de protección de la salud humana al formular todas sus políticas y acciones. Además, debe fomentar la cooperación con terceros países, organizaciones internacionales y entre los Estados miembros en las materias señaladas y, en caso necesario, prestar apoyo a las acciones emprendidas por estos.

De lo anteriormente dicho puede observarse la dificultad de adoptar medidas uniformes. En materia de lucha contra el tabaquismo, se han producido problemas a la hora de aprobar directivas, las cuales, posteriormente, han sido confrontadas en los tribunales alegando la ausencia de base legal para dictarlas. Es por ello que la legislación adoptada por parte de las instituciones europeas se ha fundamentado no solo en el artículo 168, sino que ha sido necesario recurrir a diferentes estipulaciones dentro del tratado, relacionadas con la agricultura, la política comercial o la protección de las personas trabajadoras. Cabe destacar, en este sentido, el artículo 114 relativo al establecimiento y funcionamiento del mercado interior, el cual ha posibilitado la adopción de la legislación en esta materia.

Con todo, la política llevada a cabo por parte de la Unión Europea en cuanto al control del tabaquismo puede considerarse como abundante y diversa, a pesar de las limitaciones en su capacidad de actuación que han sido expuestas al analizar la base jurídica con la que cuentan sus instituciones. Así, las acciones puestas en marcha incluyen medidas de reducción de los

perjuicios del humo de tabaco sobre la salud de las personas expuestas⁴, restricciones en la venta de productos de tabaco a menores de edad, normas relativas al etiquetado del producto y advertencias sanitarias, restricciones o prohibiciones de la publicidad y el patrocinio de dichos productos, junto a la promoción de la salud y de medidas educativas.

Los primeros ejemplos de estas medidas los encontramos a principios de los años 80 a través de la adopción por el Consejo de varios planes de acción denominados «Europa Contra el Cáncer» los cuales incluían propuestas para una serie de iniciativas en la reducción del daño causado por el cáncer y por el tabaquismo. Posteriormente, los sucesivos Programas Comunitarios de Salud Pública han permitido financiar una serie de redes de trabajo y proyectos que implementan los diferentes aspectos de los planes de acción contra el cáncer. Además, el artículo sobre la salud pública del Tratado fue utilizado para adoptar medidas no armonizadoras (por ejemplo, recomendaciones del Consejo) en cuanto a la prohibición de fumar en lugares públicos o de reducción del daño producido por el tabaco que tiene una justificación basada en la protección de la salud pública. Cabe mencionar aquí el sistema de indicadores de salud que permite monitorizar y medir los cambios producidos en la población de la Unión Europea en cuanto a determinantes de salud, incluyendo entre ellos el consumo de tabaco. Junto a estas medidas, otros artículos del Tratado han conllevado el desarrollo de legislación o políticas que también afectan al tabaco en diferentes aspectos. Ejemplo de ello son las disposiciones de la Política Agrícola Común que han sido utilizadas para apoyar la producción de la materia prima (hoja de tabaco), la legislación sobre Televisión sin Fronteras, que prohíbe la publicidad de los productos del tabaco en televisión y el patrocinio de programas en apoyo de tales productos, junto a las medidas en materia de publicidad, promoción, contenido y etiquetado de los productos de tabaco adoptadas como normas de armonización del mercado interior.

Finalmente, utilizando la posibilidad reconocida por el Tratado de celebrar acuerdos internacionales, la Unión Europea y sus Estados miembros negociaron y accedieron como partes al Convenio Marco Internacional para el Control del Tabaco de la *Organización Mundial de la Salud*.

De manera esquemática, cabe reflejar las normas y recomendaciones más relevantes adoptadas a nivel europeo:

- 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 tabaco¹²
DOUE: L 176, 5.7.2011, p. 24–36
- Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco¹³
DOUE: L 152, 20.6.2003, p. 16–19

⁴ Los términos “fumador pasivo o fumador involuntario”, actualmente en desuso, se refieren a la persona que se encuentra expuesta a las emisiones ambientales del humo del tabaco consumido por combustión. Al sustituirlo por “exposición ambiental”, se engloba de forma general a todo tipo de emisiones, tanto de los productos del tabaco (por combustión o por calentamiento), como de los productos relacionados (cigarrillos electrónicos).

- 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 relacionados⁵ y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE¹⁴
DOUE: L 127, 29.4.2014, p. 1–38
- Directiva Delegada (UE) 2022/2100 de la Comisión, de 29 de junio de 2022, por la que se modifica la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a la retirada de determinadas excepciones aplicables a los productos de tabaco calentado
DOUE: L-2022-81604, P. 4 a 6.
- Recomendación del Consejo, de 30 de noviembre de 2009, sobre los entornos libres de humo
DOUE: C 296 de 5.12.2009, p. 4/14¹⁵
- Libro Verde *Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE*¹⁶

Para más información sobre actos legislativos, documentos políticos, informes y jurisprudencia puede utilizarse el siguiente enlace:

https://ec.europa.eu/health/tobacco/key_documents_es

3. Legislación nacional

La normativa nacional en materia de prevención y control del tabaquismo se centra fundamentalmente en 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*⁷. No obstante, al ser un producto con características especiales existe también abundante normativa en el ámbito fiscal. Por otro lado, debido a los diferentes desarrollos experimentados en el mercado, debemos tener en cuenta también otro tipo de productos relacionados^c entre los que destacan los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, más popularmente conocidos como cigarrillos electrónicos. De manera más detallada, y por temáticas, los ámbitos de actuación serían los siguientes:

Restricciones a la venta, suministro y requisitos de etiquetado, fabricación y comercialización

La imposición de restricciones a la venta, suministro y consumo de cigarrillos se recoge en el Capítulo II de la Ley 28/2005. En concreto, el artículo 3 regula las condiciones generales de venta y suministro de los productos del tabaco, el artículo 4 lo relativo a las máquinas expendedoras y el artículo 5 la prohibición de venta en determinados lugares.

Por su importancia, cabe destacar también la norma que desarrolla lo establecido en la ley, es decir, el *Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los*

⁵ Se refieren a los cigarrillos electrónicos con nicotina (DSLN) y a los productos a base de hierbas para fumar.

*productos relacionados*⁸. Para mayor información puede consultarse la nota informativa elaborada al respecto¹⁷.

La Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria, establece el régimen general de fabricación, distribución y comercialización de productos de tabaco, y establece un régimen de comercialización minorista a través de la red de expendedurías de tabaco y timbre del Estado mediante monopolio, que favorece y refuerza el control público del mercado de tabacos.

Deben destacarse las actuaciones de control y supervisión efectuadas por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda) sobre el conjunto de los operadores del mercado y sus instalaciones. En particular, en materia de control etiquetados, envasados, presentaciones y denominaciones, habiendo revisado entre los años 2020 y 2023 más de 3.000 nuevos productos de tabaco, y detectado más de 130 incumplimientos de la normativa que han sido corregidos antes de llegar al mercado.

Trazabilidad y medidas de seguridad

En el marco de la normativa internacional de lucha contra el comercio ilícito de tabaco, los Estados de la Unión Europea han adoptado el sistema de trazabilidad que permite identificar de forma única cada envase que se fabrique o comercialice en la Unión Europea y seguir su rastro a lo largo de toda la cadena de suministro, desde la fabricación hasta la venta al consumidor final, regulado en la Directiva 2014/40/UE, y transpuesto a la normativa española mediante el RD 579/2017, de 9 de junio. Además, los productos de tabaco incluyen nuevas medidas de seguridad, incorporadas a las precintas fiscales, para garantizar la autenticidad de los productos.

El objetivo principal es facilitar a las autoridades públicas de los Estados la lucha contra toda clase de comercio ilícito de productos del tabaco, mejorar el control sobre la producción, distribución y comercialización de tabaco, luchar contra la falsificación y aumentar la protección de la salud. El sistema de trazabilidad junto con las medidas de seguridad, cuya regulación, control e inspección corresponden al Ministerio de Hacienda y al Comisionado para el Mercado de Tabacos, contribuyen a fortalecer el control sobre todos los operadores y sobre los productos de tabaco que llegan al mercado, favoreciendo el cumplimiento normativo de los productos y los operadores y la lucha contra el fraude y la falsificación.

Regulación de espacios sin humo

En cuanto al consumo, el artículo 6 lo limita a aquellos lugares donde no exista la prohibición total de fumar o donde se puedan habilitar zonas para fumar. El listado de lugares se recoge en el artículo 7. En el artículo 8 se recogen las condiciones de habilitación de zonas para fumar.

Cabe destacar el papel pionero que tuvo la norma en cuanto al reconocimiento de los espacios libres de humo, no sólo en espacios cerrados sino también en otros al aire libre con especial relevancia, por su carácter ejemplar, de los espacios de juego de la infancia, centros de enseñanza y ámbito sanitario.

Imposición de las labores del tabaco

La imposición sobre las labores del tabaco se enmarca dentro de los impuestos especiales y tiene un enfoque común en todos los países de la Unión Europea al haber sido objeto de una importante armonización. Cabe destacar en cuanto a la regulación europea las directivas iniciales de 1992 (*Directivas 92/79/CEE y 92/80/CEE*¹⁸) y la más reciente *Directiva 2011/64/UE*¹⁹.

En la normativa nacional destaca la *Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales*²⁰, la cual ha sido actualizada en numerosas ocasiones para adaptarla a la evolución del mercado. La última actualización se produjo en el año 2016, a través del *Real Decreto-ley 3/2016, de 2 de diciembre, por el que se adoptan medidas en el ámbito tributario dirigidas a la consolidación de las finanzas públicas y otras medidas urgentes en materia social*. Dicho Real Decreto-ley incrementó el peso del componente específico frente al componente *ad valorem* a la vez que se efectuó el consiguiente ajuste en el nivel mínimo de imposición, tanto para cigarrillos como para picadura para liar.

Para más información sobre la política impositiva puede consultarse el informe publicado al respecto en la página web del Ministerio de Sanidad²².

Control de la publicidad, promoción y patrocinio

El régimen de control de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco y de los productos relacionados se encuentra recogido en el Capítulo III de la ley y en su Disposición adicional decimotercera. Cabe destacar el amplio margen que la entidad legisladora quiso otorgar en esta materia al incluir las acciones que conlleven, aun de forma supletoria e indirecta, la promoción de un producto. Esto es así debido al importante papel que tiene este tipo de actividades en cuanto a la expansión del consumo y su influencia en las actitudes de las personas. De manera supletoria, cabe mencionar también la *Ley 13/2022, de 7 de julio, General de Comunicación Audiovisual*²³.

También debe mencionarse el régimen previsto en el artículo 6 de la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria, de control previo de las actividades de publicidad y promoción de productos de tabaco, que permite al Comisionado para el Mercado de Tabacos suspender cualquier actividad promocional o publicitaria que incumpla la normativa.

El Comisionado para el Mercado de Tabacos desde entre los años 2020 y 2023 ha revisado más de 5.000 campañas promocionales y publicitarias, suspendiendo casi un centenar de ellas por incumplir la normativa. En relación con el control de publicidad en internet y redes sociales, ha realizado numerosas actuaciones de inspección, habiéndose iniciado más de un centenar de procedimientos sancionadores a operadores por publicidad en estos medios.

Dispositivos susceptibles de liberación de nicotina

Adicionalmente a la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio, mencionada en el punto anterior, los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina cuentan con una abundante regulación técnica relacionada principalmente con la seguridad de los productos y con la normativa básica de bienes de consumo. Por su parte, la Ley 28/2005, establece lo que se entiende por tales dispositivos mediante la inclusión de su definición en la norma. Además, la

ley limita su consumo en determinados espacios entre los que se encuentran las dependencias de las Administraciones Públicas, los establecimientos sanitarios, los centros docentes y formativos, los medios de transporte público urbano e interurbano y los recintos de los parques infantiles. Asimismo, existen una serie de obligaciones de control sanitario establecidos en el Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, mencionado anteriormente.

4. Legislación autonómica y local

La organización territorial del Estado en comunidades y ciudades autónomas ha facilitado la gestión sanitaria, haciéndola más accesible y cercana a la ciudadanía. En este sentido, la Constitución, en su artículo 148.1. 21º, reconoce la posibilidad de que las autonomías adquieran competencias en materia sanitaria a través de sus respectivos Estatutos.

En el marco de dichas competencias sanitarias se encuentran las políticas de prevención y promoción de la salud, entre las que se incluye la prevención y control del tabaquismo en su ámbito territorial. Así, en virtud de estas competencias, algunas autonomías han avanzado en la lucha contra el tabaquismo aprobando sus propias normas reguladoras que abarcan la delimitación de espacios sin humo, la financiación de medicamentos para dejar de fumar o la creación de programas de atención a las personas fumadoras, entre otras materias, todo ello bajo el paraguas de la normativa estatal vigente.

Finalmente, hemos de mencionar la labor que se realiza a nivel local en la lucha contra el tabaquismo a través de diferentes iniciativas como es el caso de las playas sin humo que han contado con el apoyo de diferentes gobiernos regionales.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

La información acerca de la situación epidemiológica sobre el tabaquismo se obtiene a través de distintas encuestas tanto nacionales como internacionales. La *Encuesta Nacional de Salud de España* (ENSE) se realiza con una periodicidad de 2 ó 3 años, según las circunstancias, y proporciona información en todos los rangos de edad desagregada por sexo, estrato o clase social y nivel de estudios. Por su parte, la *Encuesta Europea de Salud en España* (EESE), se elabora también cada 2 ó 3 años. La ENSE y la EESE se alternan para complementar los datos en los distintos periodos de tiempo, por ello, han llegado a asimilar los cuestionarios y la presentación de los resultados de forma que sean directamente comparables entre sí. Tal es la convergencia actual que se acordó con el INE dejar atrás la visión de dos encuestas coexistentes y dar el salto a una única encuesta, que pasará a denominarse *Encuesta de Salud de España – ESE*, estando previsto realizar la primera en el año 2025⁶. También contamos con los *Barómetros Sanitarios*, tanto nacional como europeo, que recogen aspectos más concretos sobre tabaquismo relacionados con la permisividad de las familias ante el consumo, la percepción de riesgo o el cumplimiento de la ley en espacios sin humo.

En relación a la recogida de datos más restringidos sobre tabaquismo y relacionados con el consumo de otras sustancias, legales e ilegales, son de referencia las encuestas llevadas a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), como son la *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España* (EDADES), que abarca los rangos de edad entre 15 y 64 años, y la *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España* (ESTUDES) que abarca a estudiantes desde los 14 a los 18 años. Asimismo, en 2019/2020 se realizó la *Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años en España* (ESDAM). Este último estudio se compone de 1443 cuestionarios válidos, respondidos por la población de personas mayores de 64 años. La muestra se recoge en todo el territorio y es representativa a nivel nacional.

Junto a estas encuestas cabe destacar el Estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) o *Estudio sobre las conductas saludables de las y los jóvenes en edad escolar*, un proyecto auspiciado por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) en el que participan casi 50 países. En España, el Ministerio de Sanidad financia y apoya su realización, que dirige y coordina científicamente la Universidad de Sevilla. La última edición data del año 2018 y cuenta con informes publicados a nivel nacional y específicos de cada comunidad autónoma. Este informe aporta datos sobre el consumo de sustancias, entre ellas de tabaco, en relación a diferentes ámbitos (relaciones familiares, relaciones con los iguales, etc.) y entornos (familiar, escolar, vecindario, etc.) de los jóvenes escolarizados.

⁶ Encuesta de Salud de España 2023 (Proyecto Técnico). Subdirección General de Estadísticas Sociales (INE), Subdirección General de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad). Marzo 2023.
https://www.ine.es/normativa/leves/cse/proyecto_saludEspa%C3%B1a.pdf

Coincidiendo con el primer estado de alarma y una vez finalizado el periodo de confinamiento decretado del 14 de marzo al 21 de junio de 2020 por la pandemia por COVID-19 en España, el Ministerio de Sanidad, en colaboración con el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y las Comunidades Autónomas de La Rioja y Región de Murcia, realizaron una encuesta entre el 4 y el 22 de mayo de 2020, sobre el uso de tabaco y otras formas de consumo y su relación con el confinamiento por COVID-19. El objetivo principal del estudio era conocer el impacto que el confinamiento había tenido en los patrones de consumo de tabaco y otros productos relacionados, y en la motivación de los fumadores para dejar de consumirlo. Como segundo objetivo, se planteó saber si la literatura que relaciona COVID-19 y nicotina ha hecho cambiar la percepción de riesgo de la población española respecto a contraer la enfermedad y/o a tener un pronóstico más desfavorable en la misma.

El avance de resultados del estudio se presentó con motivo del *Día Mundial Sin Tabaco*, el 29 de mayo de 2020, a través de una nota de prensa²⁴. Con posterioridad, se elaboró un informe completo²⁵ que ha sido objeto de publicación como artículo en la *Revista Española de Salud Pública*²⁶.

Los principales indicadores epidemiológicos respecto a la situación actual del tabaquismo en España son los siguientes:

Edad de inicio del consumo

En la población escolarizada de 14 a 18 años, la edad de inicio en el consumo, así como el inicio en el consumo diario ha permanecido estable durante los últimos 30 años, permaneciendo entre los 13-14 años y los 14,5-15 respectivamente (figura 1). Con los últimos datos vemos que la edad media de inicio en el consumo diario se sitúa en 14,7 años.

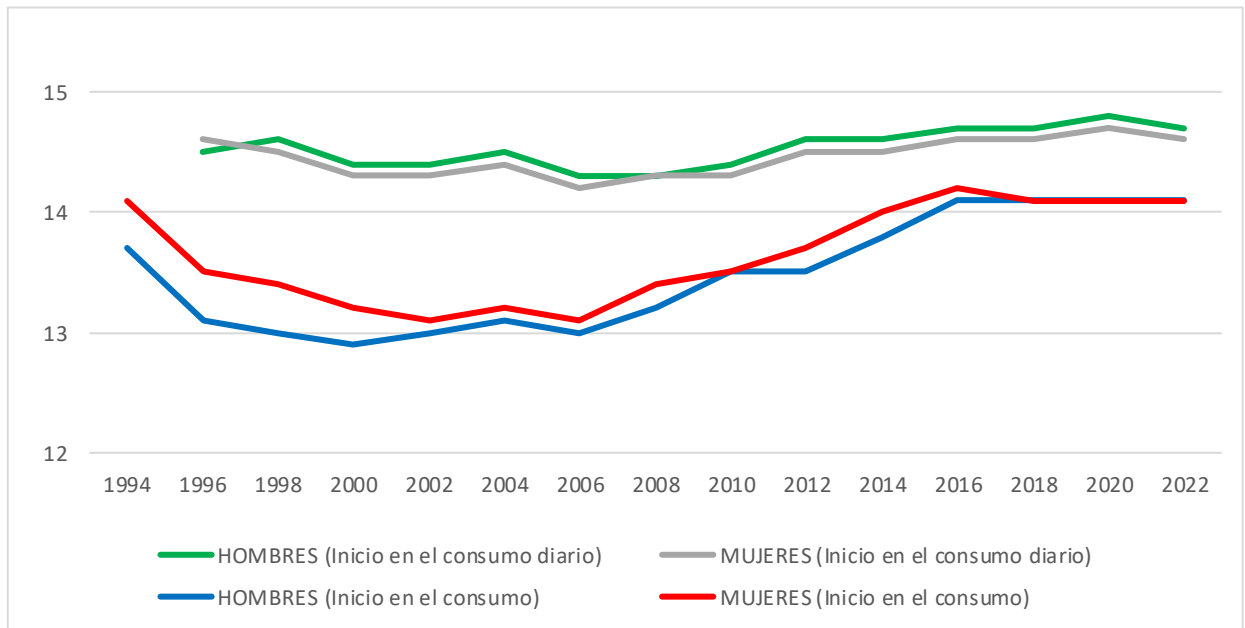


Fig.1 Edad de inicio en el consumo (Fuente: ESTUDES, 2023)

Atendiendo a estos datos, la previsión es que esta tendencia continúe y se mantenga en 14,1 años para el inicio en el consumo y 14,8 años para el inicio en el consumo diario en los últimos 30 días en el año 2040. Otras encuestas como el *Eurobarómetro Europeo 2020* sitúan la edad de inicio en el consumo en España en torno a los 17,5 años. En ESTUDES se encuesta a estudiantes de entre 14 y 18 años de edad mientras que en el caso del Eurobarómetro, se encuesta a personas de 15 años en adelante, de ahí las diferencias existentes.

Preferencias productos consumidos

En España actualmente el consumo mayoritario sigue siendo el de los cigarrillos convencionales (figura 2).

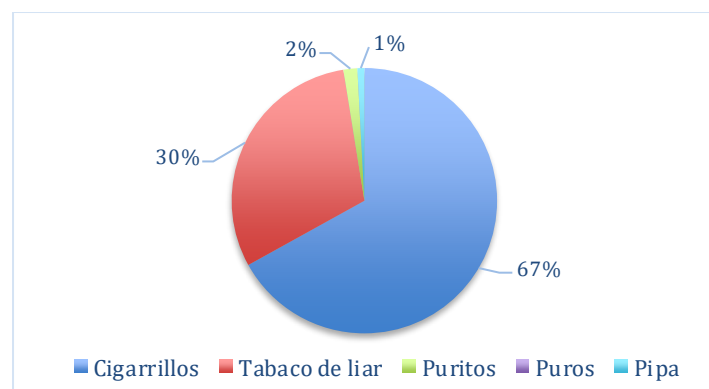


Fig.2 Productos de tabaco preferentemente consumidos (Fuente: Datos del Eurobarómetro Europeo, 2021)

En los últimos años, como muestra la figura 3, ha aumentado el consumo de tabaco de liar y picadura de pipa, previsiblemente debido a la diferencia de precio con el cigarrillo.

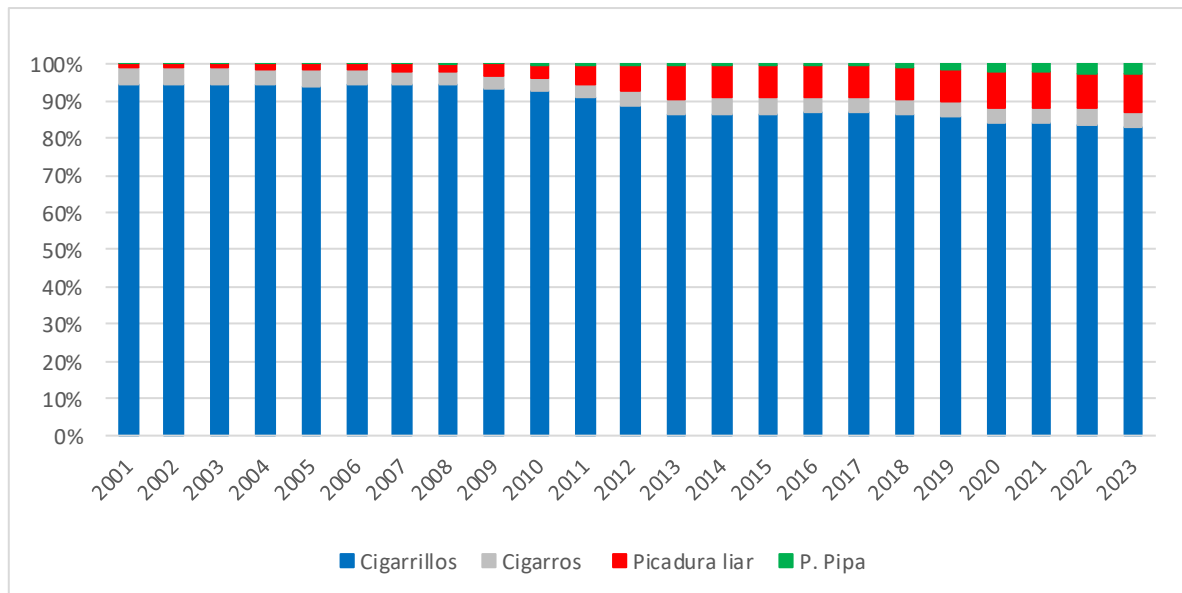


Fig.3 Comparativa de la evolución de la cuota de mercado de labores de tabaco (Fuente: Datos publicados por el Comisionado para el Mercado de Tabaco años 1999-2023)

Prevalencia del consumo

Aunque varias encuestas reflejan la prevalencia en el consumo de tabaco en España, nos centraremos en los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España por ser los más generales, permitiendo obtener así una visión más completa de la situación epidemiológica.

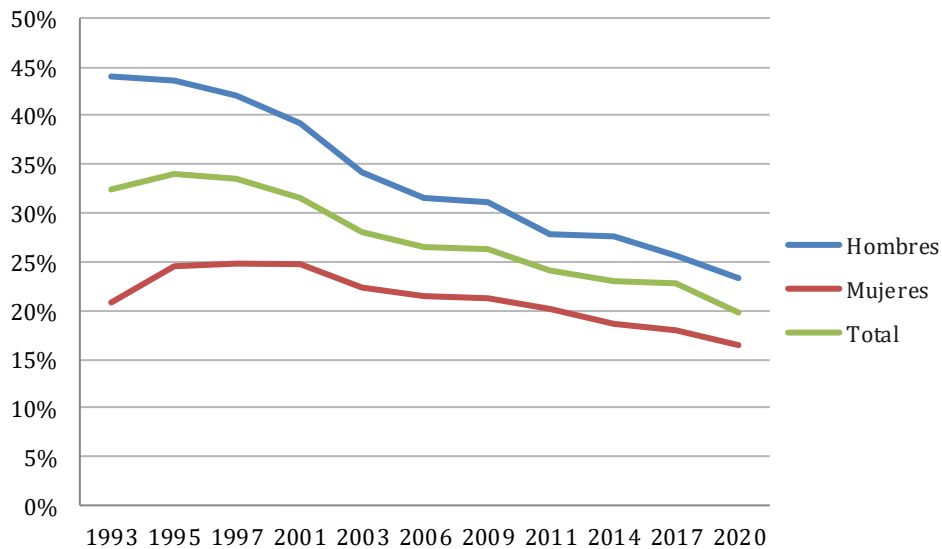


Fig.4 Prevalencia del consumo de tabaco diario en España (Fuente: Datos de EESE 2020)

Se puede apreciar una tendencia a la disminución gradual de la prevalencia a través del tiempo (figura 4). Esta disminución es más acusada en hombres que en mujeres, pero aún se mantienen con una prevalencia superior. Estos datos muestran que España se mantiene en la Fase III de la epidemia de tabaquismo en el caso de las mujeres y en la Fase IV en el caso de los hombres²⁷.

De acuerdo a los datos de la figura 5, referida a los rangos de edad, se observa más variabilidad. Así, las mayores prevalencias recaen en los tramos de edad intermedios (de 25 a 64 años aproximadamente), aunque en todos estos rangos (excepto el de 55 a 64 años que está estabilizado desde 2014), existe una tendencia descendente a lo largo de las últimas encuestas.

El resto de los tramos de edad también mantiene una tendencia a la baja, excepto el de 75 a 84 años, que se mantienen relativamente estables, lo cual es esperable dado que tienen una prevalencia muy baja. Destaca el rango de 15 a 24 años, que ha bajado del 26,9 al 15% en poco más de 10 años. Estas cifras hacen prever una disminución de la prevalencia general en los próximos años. Asumiendo que la prevalencia sigue una distribución lineal, la previsión para el futuro es que disminuya al 18,3 % en el año 2025, al 14% en el año 2030, y en torno al 6-8% en el año 2040.

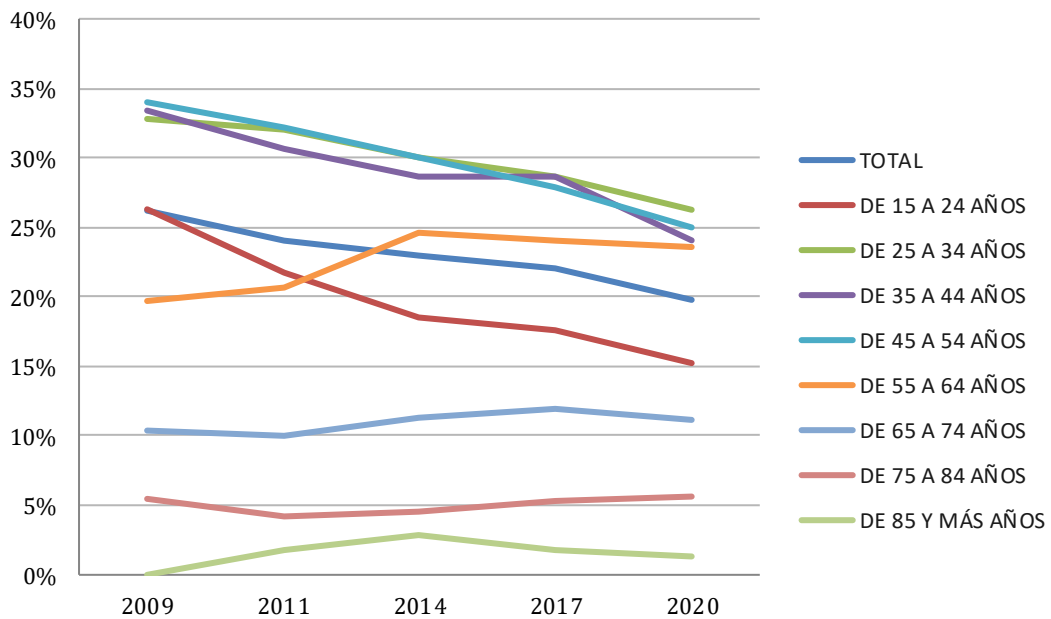


Fig.5 Prevalencia del consumo diario de tabaco en España por grupos de edad (Fuente: Datos de EESE 2020)

Si observamos la prevalencia del consumo diario entre jóvenes de 14 a 18 años (figura 6), vemos que la trayectoria es descendente. Desde 1994, la prevalencia ha descendido a menos de la mitad y, desde la modificación de la Ley 28/2005 en el año 2010, ha descendido entre 4 y 5 puntos porcentuales.

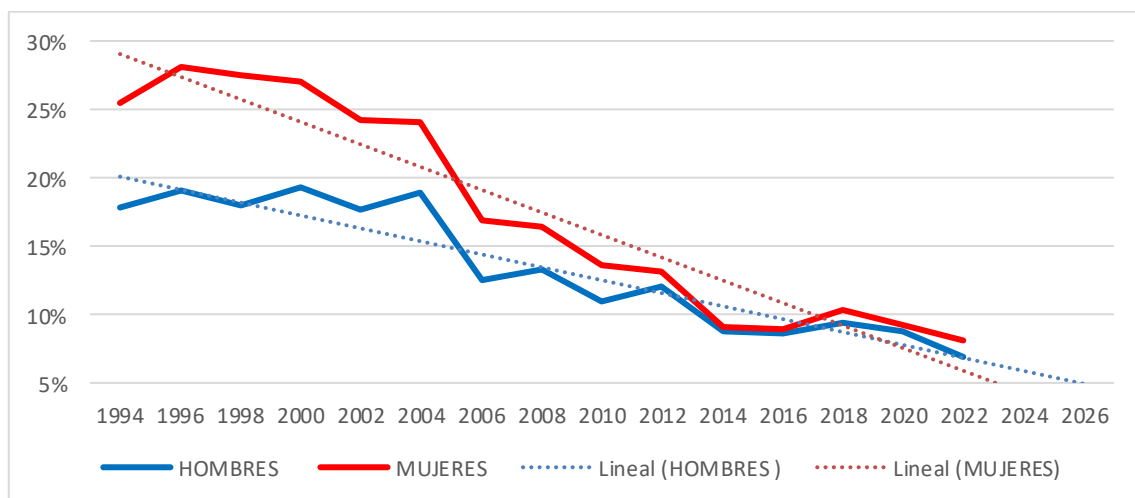


Fig.6 Prevalencia del consumo diario de tabaco en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2023)

Si bien es cierto que la tendencia en el consumo de los estudiantes es claramente descendente desde 2006 en adelante, es importante señalar una ralentización a partir de 2014 con un ligero aumento en 2016. Entre 2018 y 2021 se observa un descenso en el consumo en ambos sexos,

encontrándose ambos cerca del 9%. Hay que tener en cuenta las especiales condiciones de este último intervalo debido a la pandemia global de la enfermedad por SARS-COV-2. Es previsible que estas especiales circunstancias favoreciesen ese descenso en la prevalencia, no obstante esta tendencia a la baja se refuerza en la última encuesta (2023).

A la vista de esta gráfica y del cambio de tendencia experimentado en los últimos años, se hace necesario el impulso de nuevas medidas que permitan avanzar hacia la meta de una Generación libre de Tabaco para 2040, alineados con las estrategias de la OMS y la UE.

En un análisis bajo una perspectiva de género, es reseñable que en el tramo de edad de 14-18 años la prevalencia diaria en las chicas es superior a la de los chicos (a pesar de que estas diferencias se van reduciendo y haciéndose poco significativas con el paso de los años). Esto hace pensar que, en este tramo inicial de edad, las medidas y campañas enfocadas a la prevención del tabaquismo realizadas en las últimas décadas no parecen haber impactado de igual forma en ambos sexos, lo que requerirá tomar medidas específicas y diferenciales.

En cuanto al consumo dual de tabaco con otras sustancias estupefacientes en estudiantes de 14 a 18 años destaca el binomio tabaco-cannabis. Según la encuesta ESTUDES (figura 7), existe relación entre el consumo de tabaco y el consumo de cannabis. En anteriores encuestas más de un 80% de los consumidores de cannabis reconocía mezclarlo con tabaco, si bien, en la última encuesta (2023) este dato ha sufrido una notable reducción hasta un 75%.

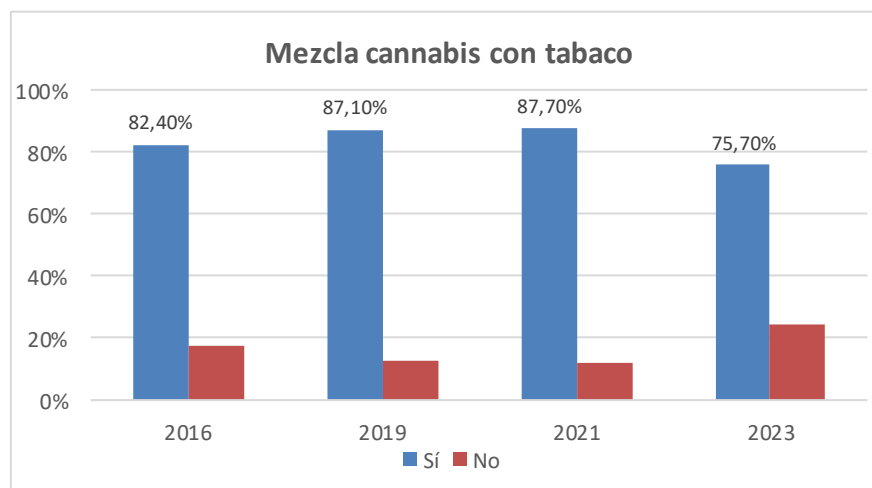


Fig.7 Consumo dual tabaco-cannabis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias entre 14-18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2023)

Es importante tener en consideración la alta relación de consumo de estos dos productos, pues trabajando también en la prevención del consumo de cannabis se puede disminuir el consumo de tabaco.

Con la inclusión de nuevas formas de consumo de nicotina, como los cigarrillos electrónicos (e.cigs) y las pipas de agua, es necesario conocer la prevalencia de estos.

En la misma encuesta ESTUDES 2023, vemos que el consumo de tabaco en pipas de agua (o cachimbos) está aumentando entre los más jóvenes. Según estos datos, más del 50% de jóvenes de 15-16 años han probado alguna vez las pipas de agua, y más del 60% en el caso de los jóvenes de 17-18 años (figura 8).

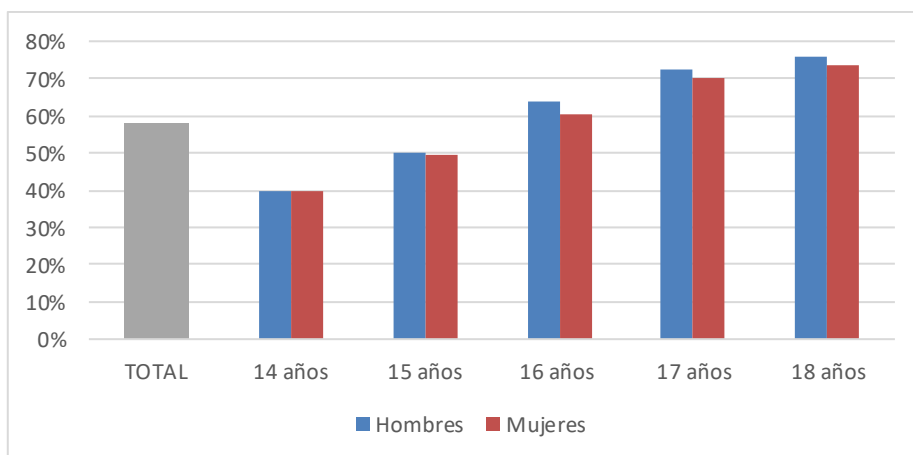


Fig.8 Consumo de pipas de agua alguna vez en la vida en estudiantes (Fuente: Datos ESTUDES 2023)

En cuanto a los cigarrillos electrónicos, vemos que en los últimos años el consumo de estos productos entre los más jóvenes se ha incrementado. La encuesta ESTUDES 2023 refleja que un 55% de los estudiantes de secundaria ha probado alguna vez cigarrillos electrónicos (figura 9). De estos, la mayoría dijo haberlo usado con cartuchos sin nicotina (60,7%), un 14,9% lo había hecho con nicotina y el 24,4% restante había utilizado cartuchos o líquidos de los dos tipos. Sin embargo, en la encuesta de 2020 se observa un ligero descenso en la tendencia, probablemente debido a que la situación epidemiológica derivada de la COVID-19 produjo un sesgo en los datos. Superadas las restricciones debidas a la pandemia, en la actualización de 2023 observamos un fuerte repunte en todas las modalidades de consumo.

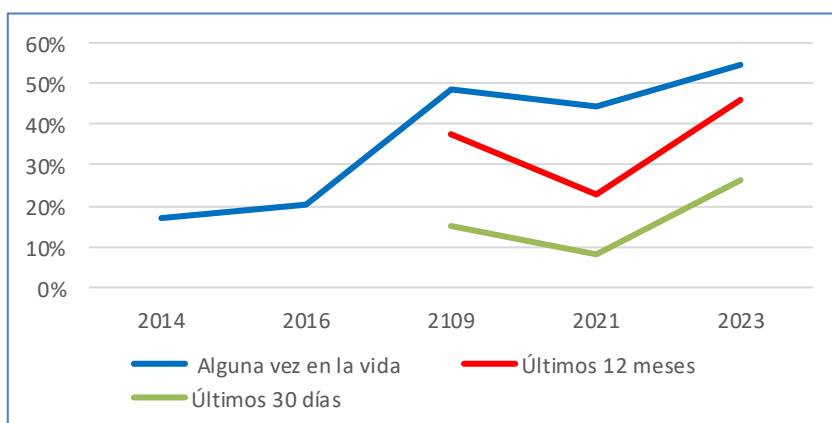


Fig.9 Prevalencia del consumo alguna vez de e.cigs en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2023)

En cambio, en la población general más de un 10% declaran haberlos utilizado alguna vez en la vida, porcentaje muy inferior a los estudiantes. El problema es que, siguiendo la serie histórica, se observa que el consumo de dichos productos se ha duplicado entre 2015 y 2022.

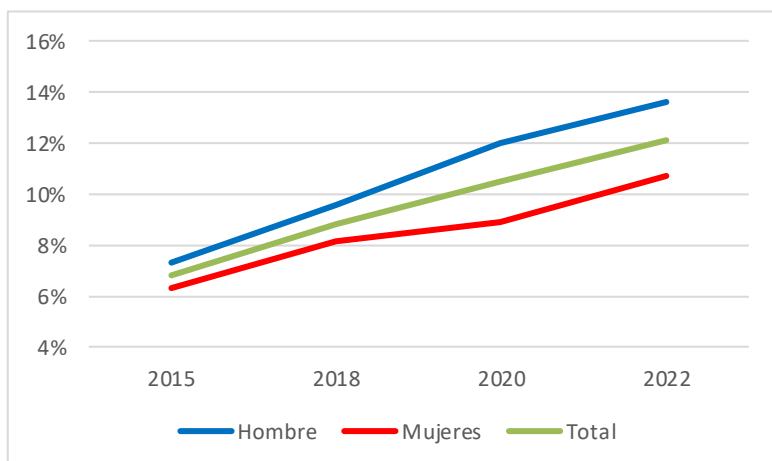


Fig.10 Prevalencia consumo e.cigs alguna vez en la vida en tramo de edad 15-64 años

(Fuente: Datos EDADES 2022)

Consumo en relación a clase social

La prevalencia en el consumo de tabaco en España presenta tradicionalmente un gradiente en función de la clase social del consumidor. En la figura 11 vemos que las clases sociales más altas presentan una prevalencia casi un 10% inferior a las más bajas.

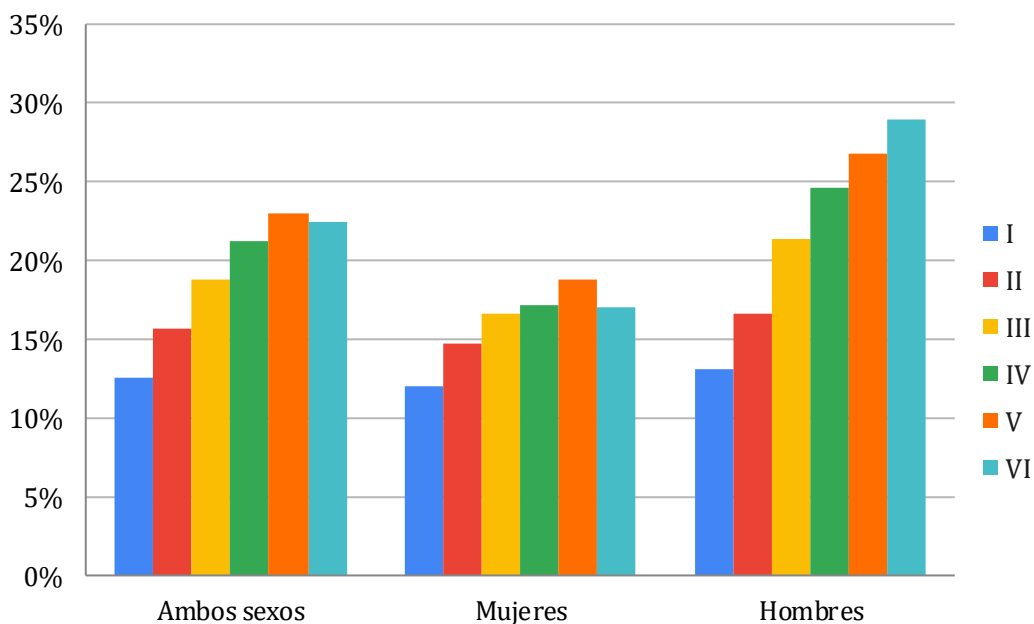


Fig.11 Prevalencia del consumo de tabaco en España por sexo y por clase social. (Fuente: Datos de EESE 2020)

I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias

- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas**
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia**
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas**
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as**
- VI. Trabajadores no cualificados**

Este tipo de gradientes son habituales en otro tipo de indicadores de salud, como puede ser el consumo de alcohol o la obesidad²⁸. En el caso concreto del consumo de tabaco, vemos que ese gradiente también varía según el sexo. En hombres, el gradiente ascendente para las clases sociales más desfavorecidas se mantiene de forma muy clara. En cambio, en mujeres ese gradiente se pierde en la última clase social. Exceptuando la clase I, que no llega al 13%, el resto de las clases tienen una prevalencia de entre el 15 al 19%. De alguna forma parece que la clase social no tiene tanto efecto en el consumo de tabaco de las mujeres en España. Este patrón es similar al visto en años anteriores.

En general en España, las desigualdades sociales en tabaquismo se observan a nivel global en distintos indicadores como la clase social, nivel de estudios y asociados a variables como el desempleo o el territorio, existiendo desigualdades por barrios dentro de las ciudades. Los gradientes de mayor consumo en las clases sociales más desfavorecidas se observan en el conjunto de la población y claramente en los hombres. En las mujeres, por su posterior incorporación al consumo, se aprecia más igualdad en los datos de las distintas clases.

Los análisis de las tendencias por nivel educativo indican que las desigualdades sociales en consumo de tabaco podrían aumentar, por lo que es necesario que las políticas de control y prevención del tabaquismo aborden estas desigualdades.

Cesación en el consumo

Atendiendo a la Encuesta Nacional de Salud en España, el porcentaje de personas exfumadoras ha tendido a aumentar en la última década (figura 12). Sin embargo, comparando los datos del 2020 con los inmediatamente anteriores, el año 2017, vemos que el número de exfumadoras ha descendido en este tramo de 3 años casi 2 puntos porcentuales (5 puntos en el caso de los hombres). Si bien es cierto que la prevalencia general ha disminuido, un descenso tan importante en el número de exfumadores podría indicar una futura estabilización de esta caída de la prevalencia. Por tanto, es importante actuar con medidas que promuevan la cesación del consumo en los próximos años.

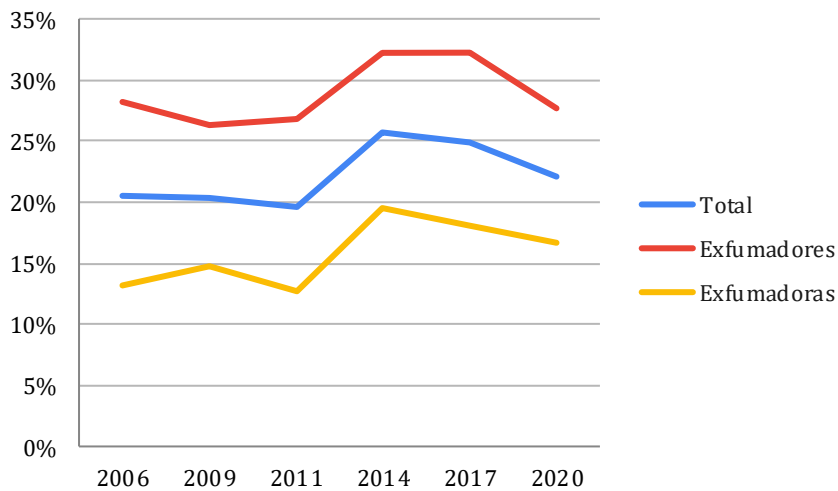


Fig.12 Porcentaje de exfumadores/as (Fuente: Datos de EESE 2020)

Exposición al humo ambiental de tabaco

Se considera Humo Ambiental de Tabaco (HAT) al humo al que se ve expuesta una persona no fumadora por su entorno. Es una mezcla del humo exhalado por la persona que fuma y el emitido por el dispositivo que se utilice para fumar. Se ha demostrado en numerosos estudios (ver Bibliografía humo ambiental) que el HAT tiene un efecto negativo en la salud de las personas no fumadoras relacionándose con patologías propias del consumo activo como puede ser el cáncer de pulmón, la EPOC y la cardiopatía isquémica.

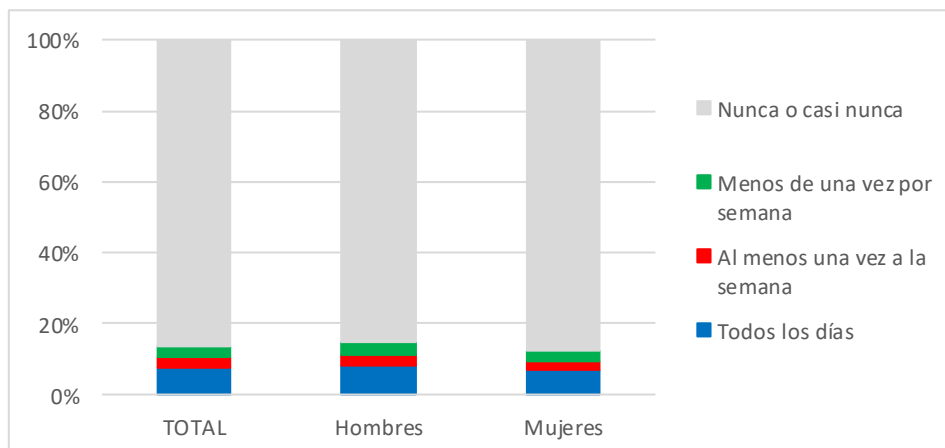


Fig.13 Exposición a HAT en función del género (Fuente: EESE 2020)

En la última edición de la Encuesta Nacional de Salud de España (figura 13) se preguntó sobre la exposición al HAT durante su jornada diaria. Más de un 80% de las personas participantes dijeron que se veían expuestas “nunca o casi nunca” y en torno al 7-8% manifestaron estar expuestas “todos los días”. Los datos son muy constantes entre ambos sexos siendo casi idénticos entre hombres y mujeres.

En cuanto a la relación entre la exposición al HAT y la clase social, vemos en la figura 14 que existe un gradiente, siendo las clases más altas las menos expuestas.

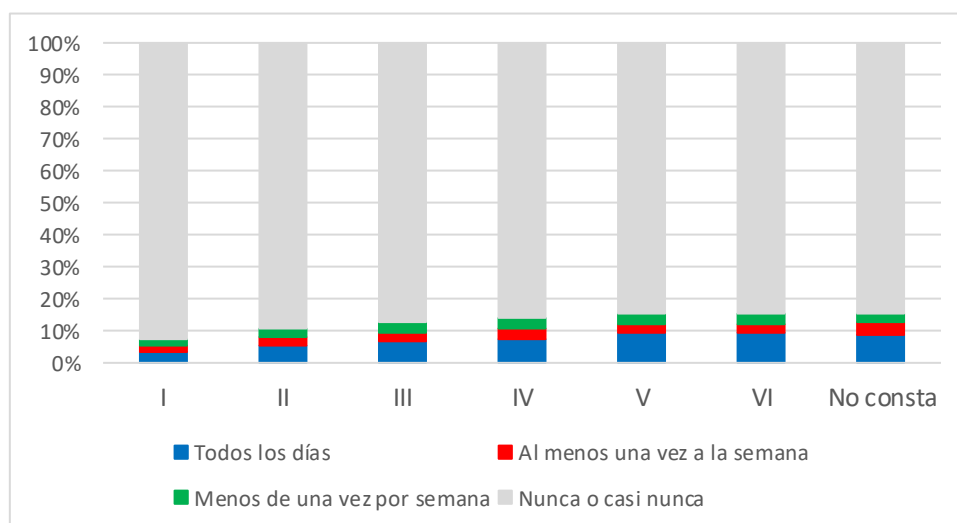


Fig.14 Exposición a HAT en función de la clase social. (Fuente: Datos de EESE 2020)

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias**
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas**
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia**
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas**
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as**
- VI. Trabajadores no cualificados**

Mortalidad atribuible al tabaco

Los últimos datos disponibles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) apuntan a una media de 51.870 muertes al año en el periodo 2010-2014. Ello es debido a que desde hace años viene descendiendo el número de fumadores y, con ello, la mortalidad asociada a su consumo. Además, el consumo de tabaco está asociado con la producción de 35 enfermedades (Doll et al., 2004). En España, la EPOC, el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, son las patologías que más se relacionan con la mortalidad en fumadores (Hernández-García et al., 2010).

El grupo de trabajo en tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología³⁰, estima unas 50.000 muertes anuales atribuibles al tabaquismo, siendo las muertes más habituales las relacionadas con cáncer de pulmón (en torno al 30%), seguidas de patologías respiratorias como EPOC y otras enfermedades cardiovasculares.

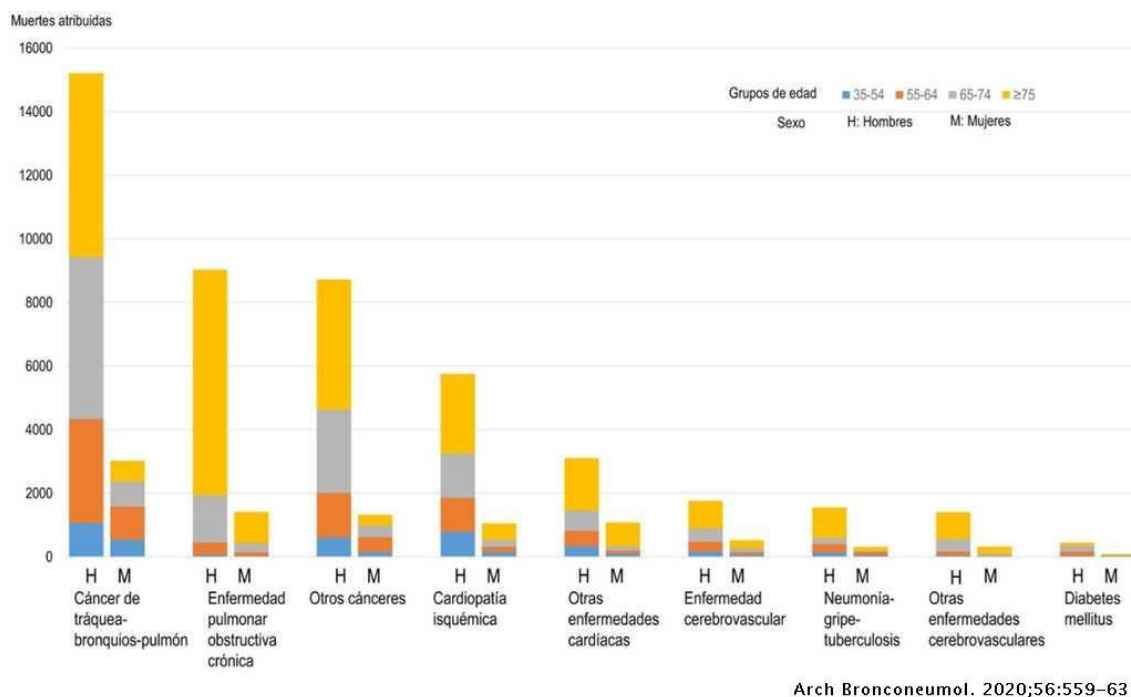


Fig. 15 Muertes atribuibles al consumo de tabaco (Fuente: Grupo de trabajo tabaquismo Sociedad Española de Epidemiología 2020)

Como se puede ver en la figura 15, la mortalidad por enfermedades atribuibles al tabaco en hombres supera a las de las mujeres en todos los casos. Es preocupante, no obstante, que enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco que tradicionalmente eran muy poco frecuentes en mujeres, están disminuyendo las diferencias entre ambos sexos, lo cual conllevará un aumento esperable de defunciones en este grupo debido a causas relacionadas con dicho consumo.

Cabe destacar además el factor sinérgico existente entre la exposición a radón residencial y el consumo de tabaco, con el consiguiente riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. Así, la evidencia científica muestra cómo la exposición al radón hace que el riesgo para un fumador de sufrir cáncer de pulmón aumente en hasta 25 veces comparado con un no fumador. Esto supone que, de haber vivido en una zona libre de este gas, las posibilidades de desarrollar cáncer serían mucho más bajas³¹.

En cuanto a la percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco, se observa un aumento gradual a lo largo del tiempo, siendo mayor entre las personas que no fuman. En la encuesta EDADES, se pregunta a sus participantes si creen que fumar un paquete de cigarrillos diario tiene un efecto perjudicial en varios aspectos de la salud.

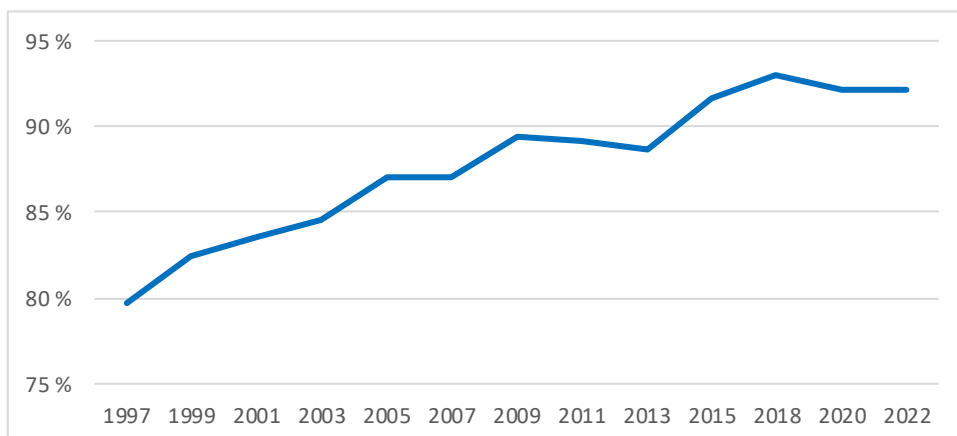


Fig.16 Porcentaje de personas que creen que fumar un paquete al día genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de EDADES 2022)

Sin embargo, la percepción de riesgo sobre nuevas formas de consumo, como los cigarrillos electrónicos, no es aún tan elevada entre los estudiantes. Según los últimos datos, un 38,8% cree que consumir esporádicamente cigarrillos electrónicos daña la salud. Este dato es interesante porque en 2019 se había producido un descenso severo de la percepción de riesgo frente a estos productos (18,3%) si bien dicha percepción ha ido aumentando paulatinamente en las dos encuestas siguientes (ESTUDES 2023).

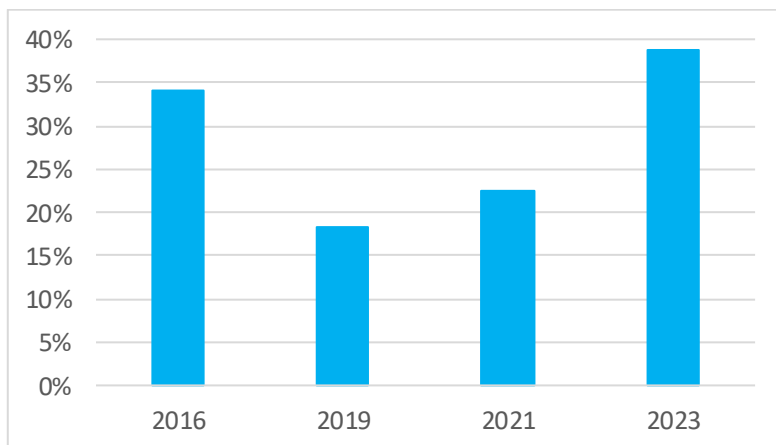


Fig.17 Porcentaje de estudiantes 14-18 años que creen que consumir e.cigs esporádicamente genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de ESTUDES 2023)

PRINCIPIOS

Respeto al marco institucional y competencial

Las comunidades autónomas y los municipios tienen atribuidas, y ejercen, competencias en materia de salud pública. De hecho, varias de ellas cuentan con normativa y organismos propios que desarrollan dichas atribuciones. Cada una de las administraciones públicas competentes en materia sanitaria y de salud pública organiza internamente los recursos públicos y los instrumentos de gestión que utiliza para ejercer las atribuciones que le correspondan en función de sus ámbitos de actuación, competencias y estructuras.

En este marco, las Comunidades Autónomas desarrollan políticas de prevención, protección y promoción de la salud, entre las que se incluye la prevención y control del tabaquismo en su ámbito territorial. Dado el carácter transversal de la protección de la salud, del trabajo en salud pública y de la lucha frente al tabaquismo y, puesto que las Comunidades Autónomas y los municipios tienen atribuidas competencias en la materia, así como en la configuración y puesta en marcha de las medidas recogidas en el Plan Integral de Control y Prevención del Tabaquismo, deben establecerse las necesarias fórmulas de cogobernanza, comunicación, formalización de acuerdos y coordinación entre las distintas administraciones públicas competentes.

Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud en todas las políticas

La salud depende, entre otros factores, de las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias vienen marcadas por factores intrínsecos de la persona, como la edad, sexo, factores genéticos y los estilos de vida aprendidos, pero además engloban todo aquello que rodea al ser humano y que es externo a él, como las condiciones socioeconómicas, la cultura y valores de la sociedad, las políticas que estén en marcha, el tipo y las condiciones de trabajo, la educación, las condiciones de vivienda, el acceso a los servicios sanitarios, etc. A estas circunstancias externas se las denomina determinantes sociales de la salud (DSS)³².

Por ello, las estrategias y políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienen que abordarse desde un punto de vista multidisciplinar, bajo el enfoque de lo que se

conoce como “Salud en todas las políticas”. Teniendo en cuenta este enfoque, y tal y como se ha nombrado con los DSS, las políticas que se hacen en diferentes sectores que no son el sanitario influyen en el estado de salud y, por tanto, en el tabaquismo. Por eso, en el diseño de este plan se contempla la necesidad de diálogo con otros departamentos ministeriales y otros sectores del poder ejecutivo, así como de la sociedad, para poder realizar acciones que actúen sobre los DSS.

En la actualidad, el consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad y muerte prevenible a nivel mundial, siendo factor de riesgo de primer orden de las principales enfermedades crónicas: enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedad respiratoria crónica (ver tabla 15).

Una gran parte de las condiciones de salud crónicas y de sus factores de riesgo pueden ser prevenidas. En este sentido, la promoción de estilos de vida saludables es una línea de acción esencial para la mejora de la salud de la población que implica acciones dirigidas a modificar las condiciones personales, sociales, ambientales y económicas en las que se vive.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla mediante acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, pero, también, mediante acciones dirigidas a modificar los determinantes sociales de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Igualmente, la participación y la intersectorialidad son esenciales para sostener la acción en materia de promoción de la salud, así como la función modélica que ejercen los profesionales de la salud y educadores.

Así, en el marco del Plan de implementación de la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*, se desarrolló la *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (EPSP)*, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013, cuya misión es *facilitar un marco para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a lo largo del ciclo vital, potenciando su desarrollo y concreción en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, implicando activamente a otros sectores de la sociedad y promoviendo la participación de los individuos y de la población para incrementar su autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud*. A su vez, la Estrategia tiene como objetivo general fomentar la salud y el bienestar de la población, promoviendo entornos y estilos de vida saludables.

Entre los factores que aborda la EPSP, que corresponden a aquellos que tienen mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad, se encuentra el tabaquismo, una de las principales causas de morbilidad actualmente, y propone un abordaje integral con el resto de estilos de vida (alcohol, alimentación, actividad física y sedentarismo) desde el entorno sanitario, esencialmente desde Atención Primaria de Salud (APS), enlazado con un abordaje en colaboración con las Entidades Locales y potenciando la participación comunitaria, teniendo en cuenta que las acciones que se proponen han de contemplar la perspectiva de equidad y género y deben potenciar la autonomía personal y el empoderamiento de las personas y las comunidades.

Asimismo, la *Estrategia del Cáncer en el SNS*³³ establece como prioritaria “la intervención en la promoción de la salud para la prevención del cáncer”, actuando sobre el tabaquismo como uno de los factores de riesgo más importantes. Para ello, propone abordar el consumo y la exposición al humo ambiental del tabaco y productos relacionados en los ámbitos laboral, sanitario, familiar, comunitario y educativo. Por su parte, la *Estrategia en Salud Cardiovascular* define al tabaco como uno de los principales factores de morbi-mortalidad cardiovascular prematura⁽⁷⁾ y la *Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024* define un campo de actuación en “drogas legales” que recoge explícitamente nombradas: tabaco y alcohol.

Formación y capacitación de los profesionales sanitarios y educativos

Uno de los ejes de la estrategia *MPOWER* es la ayuda a las personas fumadoras para que puedan abandonar el tabaco. En las políticas de prevención del tabaquismo destaca la importancia de la formación de los profesionales sanitarios en su abordaje. En este sentido, existen distintos métodos para el abordaje del consumo de tabaco entre los que se encuentran el consejo sanitario y la intervención educativa individual y grupal. Para este abordaje se atenderá a la evidencia científica recopilada en este campo.

La intervención en tabaquismo se enmarca perfectamente en las líneas de actuación propuestas por la EPSP que contempla, como uno de sus pilares para fomentar la implementación, la formación de profesionales sanitarios sobre metodología de promoción de la salud (consejo sanitario, educación individual, educación grupal), así como protocolos de actuación y otras intervenciones.

Atendiendo a estos objetivos, todos los equipos de profesionales de la salud deben implicarse en proporcionar una atención adecuada a las personas fumadoras, garantizando ayudas para dejar de fumar, así como apoyo durante todo el proceso, desde la motivación previa al abandono hasta la prevención de recaídas, siendo todos estos esfuerzos entre profesionales necesarios y complementarios. Igualmente deben implicarse en informar a la población de los riesgos de la exposición al aire contaminado de humo de tabaco, en apoyar las iniciativas preventivas puestas en marcha en la comunidad o en los centros educativos, en secundar y favorecer las iniciativas legislativas puestas en marcha, en definitiva, colaborar activamente en un abordaje integral del consumo de tabaco. Por ello, es muy importante centrar todos los esfuerzos en proporcionar información y recursos para hacerlo adecuadamente, así como facilitar datos para conocer los perjuicios del tabaquismo y la situación respecto al consumo de tabaco en nuestro país.

En conclusión, es imprescindible capacitar al personal sanitario, a los educadores y a todos los sectores implicados para realizar intervenciones exitosas con la población a la que atienden, tanto las dirigidas a prevenir el tabaquismo activo, el involuntario, así como a fomentar la cesación tabáquica.

7

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf

A este fin y dentro del marco de capacitación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, se ha elaborado un curso online dirigido a la capacitación de los profesionales sanitarios sobre el *Abordaje del Tabaquismo desde Atención Primaria*³⁴. La elaboración del curso finalizó en 2020 y ya se han realizado varias ediciones del mismo en diferentes comunidades autónomas.

Finalmente, debemos resaltar la necesidad de incluir la formación en tabaquismo en los planes curriculares de los grados de ciencias de la salud, fundamentalmente en aquellos que formen a futuros profesionales sanitarios, como son medicina, enfermería, psicología o farmacia.

Empoderamiento de la ciudadanía

Las ciudadanas y ciudadanos tienen derecho a respirar un aire limpio, a conocer los riesgos asociados al consumo de tabaco y a la exposición al humo de segunda, tercera y cuarta mano⁸, y a conocer los riesgos para la salud asociados a la sinergia entre el consumo de tabaco y la exposición al radón. A su vez deben estar informados y ser partícipes de las opciones que tienen disponibles actualmente para luchar contra el tabaquismo, bien para tratar su adicción o bien para hacer valer sus derechos a la hora de respirar aire limpio.

Es por ello obligación de las autoridades sanitarias y de todos los sectores implicados en la lucha contra el tabaquismo transmitir de una forma clara e inequívoca los conocimientos necesarios a la ciudadanía, evitando generar confusión.

Potenciando además la participación ciudadana en el proceso de diseño, implementación y evaluación de las políticas sanitarias públicas, no solo la dotamos de conocimientos para tomar decisiones correctas en la mejora de su salud, sino que la capacitamos también para denunciar situaciones de incumplimiento de las leyes, en especial en los espacios libres de humo y apoyar las medidas legislativas dirigidas a reducir el consumo de tabaco.

Este Plan Integral debe potenciar la autonomía personal y el empoderamiento de las personas y de las comunidades. La participación ciudadana es muy importante para la consecución de los objetivos en la reducción del tabaquismo y, por ello, es necesario dotar a la ciudadanía del conocimiento necesario mediante campañas formativas y de marketing social, fomentar la participación en los órganos del sistema sanitario, facilitar el acceso a la atención sanitaria y a los tratamientos de deshabituación disponibles, así como disponer de una legislación fuerte y clara que permita obtener unos resultados mucho más rápidos y efectivos.

⁸ La exposición al humo de segunda mano hace referencia al humo que se inhala de forma involuntaria al estar expuesto a un ambiente donde otros han fumado; tercera mano es el residuo que se deposita en la ropa, objetos, muebles, alfombras, coches, pudiendo permanecer durante mucho tiempo después de que se haya consumido el cigarrillo; y cuarta mano, hace referencia al impacto medio ambiental y los riesgos para la salud de las colillas de los cigarrillos.

Eficiencia y sostenibilidad

Las bases de la asistencia en tabaquismo han sido establecidas por norma general en Atención Primaria, complementadas con las Unidades Especializadas de tratamiento, Unidades específicas de Salud Mental y Servicios de Medicina y Enfermería del Trabajo.

Para mejorar la eficiencia y armonización territorial en la lucha contra el tabaquismo, la intervención frente al mismo, mediante programas de apoyo, tanto conductual como farmacológico, de efectividad ampliamente probada, debería incluirse como prestación sanitaria en la cartera de servicios de todas las CCAA, ampliando las actuaciones a todos los ámbitos posibles, incluyendo a la Atención Hospitalaria, puesto que durante el ingreso hospitalario se ha observado que la consecución del objetivo en la cesación y la continuidad de los tratamientos hasta el final supone uno de los mejores escenarios en relación coste-efectividad³⁵. Asimismo, es importante unificar los sistemas de registro y la retroalimentación bidireccional entre los niveles de atención, de especial relevancia en algunos casos (pacientes pre-quirúrgicos, cáncer, eventos cardiovasculares, patología respiratoria, etc.) y establecer indicadores de actividad en ambos niveles, lo que facilitaría mucho un buen nivel de actuación.

Para lograr este objetivo es necesario coordinar de una forma más eficiente los diferentes ámbitos asistenciales, adecuar los tratamientos a los resultados de las evaluaciones y desarrollar planes de formación continuada acreditada dirigida a los diferentes perfiles profesionales de la salud.

Enfoque global

Las políticas para hacer frente a las desigualdades deben tener un enfoque global e integral e incluir diferentes niveles; desde el más general, actuando sobre los determinantes sociales de la salud, incluido el género, a otras medidas más concretas como las estrategias poblacionales de control y prevención del tabaquismo (como la comentada estrategia *MPOWER* de la *OMS*, que debe ser aplicada con enfoque de equidad y género) y las estrategias específicas para colectivos vulnerables (embarazadas, personas con trastornos mentales, personas menores de edad en riesgo, personas con bajos recursos, etc.).

Dado que el tabaquismo es un problema con múltiples dimensiones que exige una respuesta coordinada e integral de actuaciones, tanto preventivas como asistenciales, el Plan se ha concebido como una herramienta de abordaje global e intersectorial que permita, desde una estrategia global:

- 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 con rol o función ejemplarizante y colectivos en situaciones desfavorecidas o de especial vulnerabilidad (embarazadas, personas con trastornos mentales, personas menores de edad en riesgo, personas con bajos recursos, etc.)
- impulsar la colaboración intersectorial y la participación de todas las asociaciones y organizaciones que realizan una labor activa

- y poner en marcha los programas de formación e investigación necesarios, 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 y sobre la base de potenciar entornos y estilos de vida saludables, promueva mejores opciones y alternativas al tabaquismo. Todo ello en un clima de conciliación, libertad y respeto mutuo, favoreciendo la participación e implicación de toda la población.

Respecto a la ayuda para el abandono del consumo de tabaco desde los servicios sanitarios, es importante contemplar la influencia de los determinantes sociales de la salud, incluido el género, y las potenciales herramientas para abordarlos, especialmente en los grupos más vulnerables. Por ello, en el abordaje del tabaquismo será de utilidad que las intervenciones contemplen los potenciales sesgos y barreras de género, socioeconómicas o de otro tipo, y aborden sus consecuencias diferenciales.

Las intervenciones que han mostrado evidencia a nivel poblacional, como la intervención sanitaria en tabaquismo desde Atención Primaria, son también efectivas en poblaciones vulnerables si son adaptadas para ser accesibles y apropiadas para estos grupos, incorporando, por tanto, la perspectiva de equidad y género para gestionar las barreras y promover los elementos facilitadores específico.

Enfoque de género

El consumo de tabaco va mucho más allá de una decisión individual, en su génesis influyen numerosos factores en el marco de los determinantes sociales de la salud. Así, es conocida la relación entre el tabaquismo y factores como el género, la edad, el nivel socioeconómico, la etnia, la salud mental o la existencia de otras adicciones. Hay suficientes evidencias³⁶ de que el tabaquismo, tanto en la iniciación como en el abandono, tienen condicionantes propios de género, por lo que se aconseja adecuar los mensajes a los distintos colectivos.

Resulta importante resaltar la interacción género-nivel socioeconómico y edad; así, el consumo de tabaco es mayor en el nivel socioeconómico alto para las mujeres mayores, sin embargo, en las mujeres más jóvenes, ya se ven patrones de mayor consumo en las clases más desfavorecidas. En este sentido se ha comprobado también que tiene impacto en la mortalidad atribuible al tabaco³⁷, siendo enfermedades como el cáncer de pulmón cada vez más frecuentes entre las mujeres, cuando hasta ahora eran enfermedades casi exclusivamente de hombres.

Para analizar el tabaquismo desde una perspectiva de género, no sólo se requiere disponer de datos desagregados por sexo. Es necesario tener una perspectiva que permita analizar estas diferencias de modo que pueda esclarecerse, en la mayor medida posible, cuándo éstas se deben a factores meramente biológicos (anatómicos, fisiológicos, hormonales, etc.), cuándo se deben a factores socioculturales ligados a los respectivos papeles vinculados al género y cuándo se deben a otros factores asociados. Es necesario por tanto seguir mejorando las encuestas de salud y otras encuestas sobre el consumo de tabaco y atención al tabaquismo, para que aporten

información que permita un análisis desde la perspectiva de género, tal como: horas de trabajo remunerado y no remunerado, cargas familiares, horas dedicadas al cuidado de la infancia, personas mayores y/o enfermas y acerca de otras responsabilidades u otras variables con sensibilidad para estimar las condiciones de vida y salud vinculadas al género.

Las diferencias de género en tabaquismo en España se aprecian especialmente en la evolución del consumo de tabaco por sexo²⁹, siendo las mujeres las que se inician en el consumo de tabaco por motivaciones diferentes a las de los hombres. Entre ellas, cabe destacar:

- La baja autoestima o la preocupación por el peso corporal y su imagen en general son algunos de los factores que más influyen en el inicio del consumo de tabaco en las mujeres, incluso en su mantenimiento, especialmente entre las adolescentes. En algunos estudios también se ha encontrado mayor riesgo de tabaquismo en chicas, en comparación con los chicos, cuando en su grupo de amistades hay otra mujer que fuma.
- Durante décadas, la publicidad presentó el hecho de fumar asociado, no solo a una imagen social de delgadez, sino al concepto de igualdad entre hombres y mujeres (liberación, poder, triunfo en el ámbito social y laboral, etc.). Hasta hace poco, algunas mujeres todavía fumaban para mantener una determinada imagen y para ganar aceptación. El hecho de adoptar comportamientos típicamente masculinos hasta hace unas décadas, como fumar o consumir alcohol, es otro factor social que ha influido en el incremento del tabaquismo en las mujeres durante el siglo XX. En el siglo XXI, el rol de la mujer independiente, sofisticada y dueña de sí misma supone un papel importante en la prevalencia de consumo, que es mayor entre las mujeres de las clases sociales más altas, con mayor nivel de estudios y en edades comprendidas entre 25 y 40 años respecto a otros grupos de edad, niveles más bajos de estudios y niveles socioeconómicos más desfavorecidos. La prevalencia de consumo de tabaco en este grupo de población es mayor que en los hombres del mismo tramo de edad y similar nivel socioeconómico.
- Con frecuencia, el estrés promueve el inicio del consumo de tabaco y la propia recaída cuando se ha dejado de fumar. Esto es más relevante en el caso de las mujeres. Las mujeres utilizan la nicotina con mayor frecuencia que los hombres, como paliativo para hacer frente a la ansiedad, con la idea equivocada de su efecto ansiolítico, tendiendo a fumar más en estados de soledad, incertidumbre, frustración, ansiedad, etc, llegando a asociar el cigarrillo a un instrumento que facilita sentirse bien, en un estado de confort, que ayuda a disminuir la irritabilidad y/o el nerviosismo.

Por todo lo indicado, la adicción tabáquica en las mujeres puede estar más influenciada por componentes conductuales y menos por la dependencia de la nicotina que en los hombres, lo cual es importante cuando se diseñan programas de deshabituación, en los que habrá que tener en cuenta esta perspectiva de género en cuanto a las motivaciones diferentes. Para los hombres, fumar entra dentro del ámbito de buscar nuevas sensaciones y las mujeres siguen utilizando el tabaco como un elemento de socialización o reconocimiento social.

En cuanto a los factores biológicos, algunos estudios han identificado factores genéticos asociados al inicio del tabaquismo femenino. Parece que las mujeres con familiares fumadores muestran más niveles de estrés inducido por la ansiedad hacia el tabaco que los hombres.

Asimismo, se ha encontrado correlación entre los niveles de estrógenos y una mayor sensibilidad a los efectos gratificantes de la nicotina⁶⁷. Y en algunos estudios se ha observado que durante la fase folicular, es decir, cuando los estrógenos están más altos, parecen intensificarse aspectos como la ansiedad y el riesgo de recaída en el período de abstinencia de nicotina⁶⁸.

Asimismo, se están realizando estudios respecto a la diferente respuesta de mujeres y hombres a los tratamientos farmacológicos existentes para ayudar en la cesación. En el caso de las mujeres, cuando van a entrar en un proceso de deshabituación tabáquica, el temor a aumentar su peso es una de las barreras más importantes.

En relación con el embarazo, es frecuente que resulte una motivación para dejar el tabaco, pero es muy alto el porcentaje de mujeres que vuelven a fumar transcurrido el período de gestación, muchas veces por el estrés y ansiedad generados durante la primera etapa de la crianza (postparto-puerperio), en el que la mujer se enfrenta a un gran cambio en su vida, precisamente por el rol de los cuidados, teniendo en muchos casos que renunciar a su vida laboral.

En relación con los programas de prevención del tabaquismo en el medio escolar y familiar, se han centrado en determinar la efectividad global y los componentes clave de los programas, pero no se ha realizado un esfuerzo sistemático para desarrollar y evaluar intervenciones preventivas con perspectiva de género, más aún cuando la prevalencia de tabaquismo entre las jóvenes está superando a la de los chicos.

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

El análisis de la situación actual del tabaquismo en España sugiere que las actuaciones de prevención del tabaquismo que se han venido llevando a cabo durante años no han tenido el mismo impacto en hombres y mujeres, siendo en las mujeres mucho menor, por lo que éstas se están quedando atrás en cuanto a la prevención. Esto hace necesario replantearnos las medidas adoptadas hasta ahora y comprometernos a reforzar la equidad de género en todas las intervenciones para la prevención y el control del tabaquismo, que es lo que se persigue con este Plan.

Equidad en la prevención y el abordaje del tabaquismo

Partiendo del hecho de que el tabaco es un determinante de pobreza, en España, entre las personas en situación más desfavorecida, las desigualdades sociales en tabaquismo se observan a nivel global en distintos indicadores, como la clase social y el nivel de estudios, y aparecen asociados a variables como el desempleo o el territorio, existiendo desigualdades por barrios dentro de las ciudades. Así mismo, las desigualdades se manifiestan también a nivel de etnia,

como podemos apreciar en los datos obtenidos por la *Encuesta Nacional de Salud a la Población Gitana 2014*³⁸ donde se muestran estas desigualdades. Más de la mitad de los hombres gitanos (54,1%) declara fumar diariamente, prevalencia mucho más elevada (más del doble) que en la población masculina general. En las mujeres, en cambio, el porcentaje de fumadoras es menor entre las mujeres gitanas (16,7%) que en la población femenina general. Estas diferencias se mantienen en todos los grupos de edad. Así mismo, en la población gitana de ambos sexos encontramos un mayor porcentaje de personas que consumen 20 cigarrillos o más al día.

Además de la exposición y vulnerabilidad diferenciales, se han observado desigualdades sociales en el acceso a los tratamientos para la cesación tabáquica y para las enfermedades asociadas al consumo desde el sistema sanitario.

Es por ello evidente que el tabaquismo incrementa las desigualdades sociales en salud. Diversos estudios muestran que actualmente las tasas de abandono del consumo de tabaco son más altas en los grupos socioeconómicos más favorecidos. También la tasa de inicio al consumo de tabaco en la adolescencia presenta un marcado gradiente social, tanto en hombres como en mujeres, ya que la prevalencia del tabaquismo más alta se encuentra en los individuos con menor nivel de estudios y la más baja en aquellos con estudios superiores. Los datos disponibles en este sentido indican que si la probabilidad de abandono del tabaquismo sin ayuda es baja en la población fumadora en general, dejar de fumar es más difícil para aquellas personas que viven en condiciones económicas adversas y/o que tienen que hacer frente a acontecimientos estresantes. También se han observado mayores niveles de dependencia de la nicotina en estos grupos de población.

Asimismo, se ha observado un mayor consumo de tabaco en algunos colectivos como el de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGTBI). Las causas pueden incluir factores de riesgo individuales y del entorno (homofobia interiorizada, estrés de minoría, reacciones negativas asociadas a declarar voluntaria y públicamente la tendencia sexual) u otras que las hacen especialmente vulnerables a la depresión, consumo de sustancias, discriminación laboral, etc, factores que se asocian a niveles más altos de consumo de tabaco.^{39,40}

Además de las variables biológicas habituales, como la edad y el sexo, en los siguientes análisis se incluyen otras como situación laboral y condiciones de trabajo, nivel de renta o nivel de escolarización. Con ello se trata de describir con mayor precisión la distribución de las prevalencias del consumo de tabaco.

- **La situación laboral:** 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 consumo; éste es mayor entre los varones que disponen de un puesto de trabajo que entre los que no lo tienen.

Respecto a las mujeres, aquellas que declaran dedicarse a “tareas domésticas” presentan un consumo de tabaco menor y dejan de fumar en mayor número que las que trabajan fuera de casa o están desempleadas, siendo estas últimas las que más fuman.⁴¹

- **La renta familiar disponible:** en las mujeres, pero sobre todo en los hombres, a menor renta familiar disponible, mayor consumo de tabaco y más dificultades presentan para

dejar de fumar en relación con los grupos de la misma edad y sexo que tienen rentas superiores.

Según los datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, en hombres entre 15 y 24 años aquellos con rentas más altas se inician menos en el consumo de tabaco que aquellos con rentas bajas. La prevalencia de fumadores diarios entre aquellos con menos de 1100 euros mensuales es de un 17,51% frente al 12,90% de aquellos que tienen entre 1650 y 2300 euros mensuales. Sin embargo, si atendemos al tramo de ingresos más alto de (más de 3800 euros mensuales) la prevalencia es algo superior a las rentas más bajas (19,18%).

En cuanto a las mujeres de 15 a 24 años las rentas más altas tienen una prevalencia de fumadoras diarias en torno al 7-8%, mientras que las rentas de menos de 1100 euros mensuales presentan un 18,55%.

- **Respecto al nivel de estudios:** 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 que 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. En cuanto al abandono del tabaco, al igual que los hombres, las mujeres con credenciales universitarias dejan más el tabaco que aquellas con menor nivel escolar.
- **Respecto a la clase social:** teniendo en cuenta el nivel de renta disponible y el nivel escolar 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 desfavorecidas con menos renta y nivel escolar y éstos dejan menos el tabaco que los de las clases sociales con mayor renta y mejor nivel escolar. Las personas fumadoras de la clase más desfavorecida son los que más se incorporan al consumo de tabaco entre los 16 y 24 años.

La situación en las mujeres es similar a la de los hombres. Si atendemos a las edades, el mayor consumo de tabaco se da en las mujeres de 16 a 44 años de la clase más desfavorecida y en las mujeres de 45 a 64 años de las clases con mayor renta y nivel escolar.

Entre los factores destacados para la intervención con perspectiva de género y equidad se encuentran la participación, el empoderamiento, la actuación ante el entorno, las condiciones de vida y los determinantes más estructurales, así como las actividades comunitarias.

LÍNEAS TRANSVERSALES

Ámbito multisectorial

El tabaquismo no es un conjunto de problemas con múltiples abordajes, sino un único problema que debe ser abordado desde distintas estrategias y disciplinas complementarias.

Por ello, con este Plan se pretende unificar los esfuerzos de todos los colectivos implicados, promoviendo la colaboración intersectorial con el fin de conseguir un abordaje global del tabaquismo. Además, participa de las orientaciones y estrategias internacionales de la OMS y de la UE.

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

Finalmente, este Plan se ha de articular de tal forma que no se produzcan contradicciones entre los sectores implicados, así como evitar duplicidades innecesarias para la consecución de los objetivos comunes, mediante el consenso de las líneas de actuación entre los colaboradores, de manera que exista homogeneidad de planteamientos con respecto al modo de actuar de cada parte implicada, clarificando funciones y responsabilidades en la realización de los distintos proyectos.

Coordinación

El Plan ha sido coordinado por la Unidad de Prevención y Control del Tabaquismo de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad. Responde a un compromiso institucional, estando liderado por las autoridades sanitarias quienes promueven y coordinan las acciones que se desarrollen en este campo.

En su elaboración se ha contado con la participación de las diferentes Unidades/Áreas que se detallan a continuación:

- **Ministerio de Sanidad**, han aportado propuestas de mejora y han colaborado en la redacción de los aspectos en que estaban implicados las siguientes Unidades:
 - Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:
 - Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención
 - Área de Promoción de la Salud y Equidad
 - Área de Prevención
 - Unidad de Programas de Cribado Poblacional
 - Subdirección General de Calidad Asistencial
 - Área de Calidad: Estrategias de EPOC, Cáncer y Salud Cardiovascular
 - Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
 - Observatorio de Salud de las Mujeres
 - Dirección General de Salud Digital y Sistemas de la Información del SNS

- Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia
 - Subdirección General de Farmacia
 - Dirección General de Ordenación Profesional
 - Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional
 - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
 - Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)
- **Comunidades y Ciudades Autónomas, a través del Grupo de Trabajo de Responsables de Tabaquismo**, constituido en el marco institucional de la Estrategia (EPSP), en el cual están representados los planes autonómicos sobre drogas en muchos casos, han llevado a cabo la elaboración del Plan en colaboración con la Unidad de Prevención y Control del Tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, presentando aportaciones y colaborando en las diferentes revisiones antes de su aprobación
- **Otros Ministerios:**
- **Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030:**
 - Centro de Investigación y Control de Calidad (CICC)
 - Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN)
 - **Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes**
 - **Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades**
 - Instituto de Salud Carlos III
 - **Ministerio de Cultura**
 - **Ministerio de Juventud e Infancia**
 - Instituto de la Juventud (INJUVE)
 - **Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico**
 - **Ministerio de Hacienda**
 - Comisionado para el Mercado de Tabacos
 - Dirección General de Tributos
 - **Ministerio del Interior**
 - Dirección General de Tráfico (DGT)
 - **Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública**
 - Dirección General para el Avance Digital
 - **Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación**
 - Subdirección General de Cultivos Herbáceos e Industriales y Aceite de Oliva
- **Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)**, con las diferentes actuaciones y programas a nivel local enmarcados en la Red Española de Ciudades Saludables
- **Tercer Sector:** Sociedades Científicas en el ámbito del Tabaquismo, ONGs y Asociaciones de Pacientes
- **Otros Organismos:** En este grupo se incluyen también a Centros de Investigación de referencia en Tabaquismo pertenecientes a la Universidad de Zaragoza y al Instituto

Catalán de Oncología (Unidad de Control del Tabaco), como Centro Colaborador de la OMS^{42,43}

EJES DE ACTUACIÓN

El plan define cuatro ejes básicos de actuación:

- **Sanitario**
- **Normativo**
- **Protección del medio ambiente**
- **Coordinación**



OBJETIVO GENERAL

Reducir la prevalencia del consumo de tabaco y productos relacionados y de la exposición ambiental a sus emisiones

La prevalencia del consumo de tabaco en España se ha ido reduciendo gradualmente en las últimas décadas, siendo según la EES 2020, del 22,1%. Esta disminución de la prevalencia sufre descensos más acusados en años donde se implantan medidas enfocadas a la prevención del tabaquismo, como son modificaciones del marco legislativo que impliquen una ampliación de los espacios sin humo, la presión fiscal o restricciones en publicidad y promoción del tabaco. También se observan bajadas en la prevalencia en momentos donde se establecen programas concretos para la cesación del consumo. Otro pilar importante para la reducción de la prevalencia son las campañas de sensibilización y concienciación. El objetivo de estas campañas es tanto informar a la población sobre los riesgos para la salud que supone el consumo de tabaco y sensibilizar sobre los efectos de la epidemia del tabaco en la sociedad, como dar a conocer los recursos a su disposición para cesar en el consumo. Estas campañas pueden desarrollarse a nivel general o en poblaciones concretas donde la prevalencia acumulada de tabaquismo sea especialmente preocupante. De igual manera, en zonas que de acuerdo a la clasificación de municipios de la CTE⁴⁴ existe una alta presencia de radón, se pueden desarrollar campañas específicas para informar a la población sobre los riesgos para la salud que supone la sinergia del consumo de tabaco y la exposición al radón residencial. En el contexto actual estamos en una situación privilegiada para conseguir un hito más en la prevención del tabaquismo en España. La Comisión Europea prevé reducir la prevalencia de consumo diario de tabaco a menos del 5% para el año 2040, y la previsión de este Plan para 2028 es alcanzar un 6% en jóvenes de 14-18 años, con mayor reducción de la prevalencia en chicas (de 2 puntos con respecto a 1 punto en los chicos), y una cifra inferior al 20% en población de 15 años en adelante.

Para disminuir la prevalencia hay dos medidas fundamentales: prevenir el inicio en el consumo y aumentar el número de personas exfumadoras, que son las dos metas fundamentales que se consideran en el Plan y que se van a describir a continuación.

Otro aspecto a considerar es la exposición a las emisiones derivadas del consumo de tabaco y productos relacionados. La bibliografía es muy rica en este aspecto y describe como la exposición a estas emisiones genera problemas de salud similares a los generados por el consumo del producto⁴⁵. Son especialmente sensibles a la exposición a estas emisiones los niños y niñas y las personas dependientes que conviven con fumadores. Es un objetivo de este Plan aumentar los espacios públicos sin humo. Si bien se han conseguido grandes avances en este sentido en revisiones normativas previas, es importante continuar haciendo un esfuerzo para seguir incrementando estos espacios libres de emisiones y así conseguir que una persona no fumadora pueda desempeñar su día a día sin verse expuesta. Otro caso es el del ámbito privado. En este sentido, cabe hacer hincapié en la concienciación sobre fumar en espacios privados cuando se convive con alguien más (tanto en el hogar, coche etc.) y especialmente en el caso de niños y niñas y personas con problemas de salud.

Además de las emisiones hay que concienciar sobre el humo de tercera mano que, como definimos anteriormente, son los restos de nicotina y otras sustancias tóxicas que quedan adheridas a las superficies de los ambientes donde se ha consumido tabaco o DSLN. Este humo de tercera manotiene efectos negativos para la salud^{46,47} y a diferencia del HAT no es necesario que la persona expuesta esté presente en el momento de consumo de tabaco o DSLN. Esto lleva a que este tipo de exposición requiere un esfuerzo extra en concienciación hacia quien consume para que no exponga de forma involuntaria a sus convivientes.

METAS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En el Plan se han definido 5 Metas y 23 Objetivos específicos:

Meta 1. Prevenir el inicio de consumo de tabaco y productos relacionados

Para lograr esta meta se han probado estrategias eficaces definidas en la Estrategia *MPOWER* de la OMS como son: evitar la promoción de los productos de tabaco, incluyendo la propia imagen de marca en las cajetillas del producto; la atención especial a las nuevas vías de promoción encubierta como son las redes sociales, y, por último, controlar la venta y el acceso de las personas más jóvenes a estos productos. Algunos países, como Nueva Zelanda o Reino Unido, han planteado en los últimos años las estrategias de “Generaciones libres de tabaco”, según la cual los nacidos a partir de una fecha no podrán comprar o consumir tabaco al llegar a la edad legal de consumo. Todavía es pronto para juzgar su efecto, pero es un área de interés para los próximos años.

La publicación *La prevención ambiental en el consumo de drogas, ¿Qué medidas podemos aplicar?*⁴⁸ recoge en el capítulo 5 una justificación y análisis de la eficacia y aplicabilidad de las 15 medidas principales derivadas de la estrategia *MPOWER*, para el control del consumo de tabaco en España. Estas medidas, que abarcan ámbitos legislativos, educativos y de concienciación de la población, se recogen como líneas de actuación a lo largo de este Plan.

Aunque las diferentes medidas han demostrado ser muy eficaces deben ser apoyadas por la desnormalización del consumo del tabaco. Para ello se amplían los espacios sin humo, haciendo que sea posible desarrollar una rutina diaria alejada de un ambiente afectado por el humo.

También es un tema fundamental conocer los factores que llevan a la población juvenil a experimentar con el tabaco e iniciarse en su consumo. En este sentido, es importante disminuir el atractivo del producto; una forma de lograrlo es eliminar los sabores y aromas que enmascaran el sabor propio del tabaco en combustión y que hacen más agradable la experiencia de inicio en el consumo cuando aún no se ha desarrollado dependencia de la nicotina.

Por último, en el contexto actual, hay que ser conscientes de las nuevas formas de consumo de nicotina como son los cigarrillos electrónicos (DSLN) y el tabaco calentado. El objetivo de estos productos es intentar hacer un lavado de cara del consumo de nicotina debido a la mayor concienciación por parte de la población sobre los riesgos del tabaco tradicional. Estas nuevas formas de consumo son especialmente atractivas para la juventud al dar una imagen más tecnológica y transmitir la sensación de que disminuyen el riesgo para la salud. Además, ya existe bibliografía sobre los efectos dañinos para la salud del consumo de estos productos; una revisión de revisiones sistemáticas publicada en 2023 concluía que existía evidencia consistente en su asociación con daños por quemadura, adicción, y daños pulmonares⁶⁹. Es importante equiparar

su promoción y publicidad a la de las formas de consumo más tradicionales tanto en los dispositivos que utilicen líquidos, cartuchos o recambios con nicotina como los que no la contengan, pues estos últimos son los más utilizados por la población joven y son puerta de entrada al consumo de tabaco y la adicción posterior^{48bis}. Otra de las nuevas formas de consumo que tiene una amplia extensión entre la población más joven es el consumo a través de pipas de agua, shishas o cachimbos, cuyo uso se produce fundamentalmente en entornos de ocio. Se trata de una realidad que es necesario regular al tratarse de una fuente de consumo ocasional y puerta de entrada a un consumo más regular y a la adicción en etapas sucesivas⁴⁹ y que presenta riesgos añadidos al del consumo de tabaco. Por ello, el plan, tal y como recoge el Anexo I de este documento, se avanzará en la equiparación de la legislación sobre venta, consumo, publicidad, promoción y patrocinio a los productos de tabaco tradicional, siempre manteniendo la coherencia con la legislación europea en la materia.

Tampoco se puede olvidar la relación entre el consumo de tabaco y cannabis, de especial relevancia en la población joven. En estos grupos, el cannabis se considera una sustancia menos peligrosa que el tabaco y sus niveles de consumo en estudiantes de enseñanzas secundarias son equiparables a los del tabaco (prevalencia de consumo de cannabis: 26,9% alguna vez en la vida, 21,8% en el último año y 15,6% en el último mes)⁵⁰. Esto supone un doble riesgo: el consumo desapercibido de tabaco, como parte de la mezcla con el cannabis (forma más habitual de consumo) y como puerta de entrada a la adicción a la nicotina.

Desde hace años se han descrito los efectos del consumo de cannabis, tanto a nivel psiquiátrico (rumias, ansiedad y ataques de pánico, trastornos del sueño, hiperactividad, agitación e irritabilidad),⁵¹ como a nivel fisiológico (complicaciones cardíacas, pulmonares, neurológicas, digestivas, renales, e incluso dermatológicas).⁵²

El proyecto EVITC (Grupo de trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España) señala que los datos epidemiológicos sobre el uso de tabaco, cannabis y alcohol en España muestran la existencia de una fuerte relación entre el uso de estas sustancias. Además, remarca el hecho de que el uso de tabaco y de cannabis se inicia en la adolescencia y su consumo es muy prevalente entre la población general, y especialmente entre los jóvenes⁵³. Por tanto, a su juicio, es fundamental atacar este binomio para combatir el tabaquismo, sobre todo en los tramos de edad más jóvenes.

De cara a reforzar el cumplimiento de la legislación vigente, el Plan contempla una serie de indicadores que permitirán mejorar la monitorización de dicho cumplimiento en lo relacionado con las medidas encaminadas a la prevención y control del tabaquismo. Se realizará a partir de la información aportada por las comunidades y ciudades autónomas y demás autoridades competentes en materia de vigilancia, inspección y control.

Objetivos

- 1.1- Reducir el porcentaje de jóvenes que inician el consumo de tabaco y productos relacionados
- 1.2- Reducir por debajo del 5%, la prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días en estudiantes de 14-18 años de ambos sexos, y por debajo del 11%, la prevalencia diaria en población de 15 años en adelante

- 1.3- Desnormalizar el consumo de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y en el ámbito privado
- 1.4- Impulsar la sensibilización y capacitación de profesionales de la educación y profesionales de la salud, especialmente aquellos en contacto con personas menores de edad
- 1.5- Reforzar el cumplimiento y el seguimiento de la legislación vigente

Meta 2. Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar

Cuando las medidas de prevención no han sido suficientes o han fallado y las personas se han convertido en consumidoras regulares de tabaco y productos relacionados o han desarrollado una dependencia/adicción a la nicotina es imprescindible poner a su disposición todas las herramientas posibles para facilitar el abandono del tabaquismo.

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

La mejor manera de reducir la morbilidad atribuible al consumo de tabaco, y ahora también a todos los productos relacionados con el tabaco y la nicotina, se basa en el reconocimiento del tabaquismo como una enfermedad crónica y el conseguir que todos los profesionales sanitarios utilicen las mismas estrategias de tratamiento de esta enfermedad, que han demostrado su eficacia y basados en la más que amplia evidencia científica.

Las intervenciones dirigidas a tratar el tabaquismo, cuando se realizan de manera oportuna y eficaz, pueden reducir rápidamente el riesgo de sufrir enfermedades debidas al consumo de tabaco. Es difícil identificar otra enfermedad que presente a la vez tal combinación de letalidad, prevalencia y desatención, a pesar de disponerse de intervenciones seguras, eficaces y costo-efectivas.

Es esencial que los profesionales y los sistemas sanitarios identifiquen y documenten de forma consistente el estado de consumo de tabaco, de productos relacionados y de cannabis y promuevan, mediante técnicas de entrevista motivacional, la decisión de abandonar el consumo y de iniciar un proceso de tratamiento. Esta detección e intervención se debe hacer de forma integrada junto a otros factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas como el consumo de alcohol, la alimentación poco saludable o la inactividad física, tal y como establece el Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta⁵⁴ de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Tradicionalmente, la Atención Primaria ha sido el pilar del abordaje del tabaquismo y el lugar donde la gran mayoría de pacientes reciben ayuda para tratar su adicción. En la actualidad se quiere potenciar este sistema, siendo la Atención Primaria el acceso de las y los pacientes a los tratamientos frente al tabaquismo, a la vez que se amplía la red de profesionales y se refuerza la Atención Hospitalaria y otros ámbitos sanitarios, con el fin de abordar el tratamiento de una forma más completa (ampliando la oferta a nivel presencial y no presencial) y eficiente con unos

resultados mucho más satisfactorios. Asimismo, es importante resaltar el papel que desempeñan los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas y, de forma muy especial, de aquellos servicios de prevención propios que abordan diariamente el tabaquismo de la población trabajadora.

Como en otras enfermedades crónicas, a los profesionales debería dotárseles de formación apropiada, tiempo y recursos para dar a las personas que fuman consejo breve para dejar de fumar, apoyarles mediante terapia conductual y facilitarles el acceso a las medicaciones apropiadas. Es importante que estos profesionales sepan que la valoración y el tratamiento del consumo de tabaco generalmente conllevan una mayor satisfacción de las y los pacientes con la asistencia sanitaria.

Siendo el centro de salud el lugar ideal para el tratamiento del tabaquismo en la población general, en pacientes con otras patologías que requieren hospitalización el abordaje debe realizarse o, al menos, iniciarse durante el ingreso hospitalario, siendo este periodo de hospitalización el más apropiado y el que ha demostrado tener mejores resultados en la cesación. En este sentido, merece la pena destacar los buenos resultados obtenidos a través de los programas de cesación desarrollados por los centros integrados en alguna de las redes autonómicas englobadas a su vez en la *Global Network for Tobacco free Health Care Services*. Estos mejores resultados se deben principalmente a la situación de vulnerabilidad que perciben las y los pacientes en esos momentos a los riesgos de fumar, estando más motivados a hacer un intento de cesación; también ese ingreso hospitalario puede haberse producido directamente a consecuencia del consumo de tabaco o haber sido agravado por el mismo, poniendo de relieve los riesgos de seguir fumando. A estos dos motivos se debe sumar la prohibición de consumo de tabaco en los hospitales, que aumenta el periodo de abstinencia y, por tanto, puede aumentar la motivación a la cesación. Todos estos motivos hacen del periodo de hospitalización una oportunidad para promover el abandono del consumo de tabaco al igual que el tratamiento farmacológico durante el ingreso aumenta las probabilidades de que el paciente una vez recibe el alta continúe en el proceso de dejar de fumar. Es fundamental realizar un adecuado seguimiento programado, ya sea en el propio centro o mediante una buena coordinación con Atención Primaria, ya que, cuantos más profesionales intervengan en el proceso de dejar de fumar, más fácilmente se mantendrá al paciente abstinentes tras el alta hospitalaria.

La farmacia comunitaria es otro recurso relevante en la cesación tabáquica ya que puede detectar personas fumadoras y efectuar consejo, así como iniciar tratamientos en caso de no estar sujetos a prescripción médica y favorecer la adherencia a los fármacos dispensados para la cesación y evaluados por los organismos competentes.

Además de la intervención clínica directa existen recursos útiles y costo-efectivos de ayuda para dejar de fumar recomendados por la OMS. Entre ellos se encuentra la puesta en funcionamiento de líneas telefónicas de ayuda gratuita y accesible para la población, a nivel nacional y regional, (*quitlines*), recursos web y aplicaciones en móviles y demás dispositivos electrónicos. Las *quitlines* tienen una eficacia científicamente probada y son una buena herramienta de ayuda; su implantación ayuda a normalizar el abandono del tabaco y a promover intentos de cesación. Finalmente cabe mencionar diferentes aplicaciones que permiten realizar intervenciones de cesación y hacer seguimiento online.

Existe la necesidad de disponer de estrategias de asesoramiento innovadoras y más eficaces, con especial relevancia en la adolescencia, el embarazo, así como en colectivos en que la prevalencia del tabaquismo sigue siendo particularmente elevada, como en población de nivel socioeconómico bajo, de bajo nivel sociocultural y/o educativo. Además, se debe abordar de una forma específica y adaptada en pacientes con enfermedades mentales, incluyendo trastornos por consumo de otras sustancias.

Es necesario invertir en nuevas investigaciones y esfuerzos de comunicación para favorecer el acceso a los tratamientos para que las personas que fuman intenten dejarlo y lo consigan, cada vez en mayor proporción.

Para facilitar estas intervenciones existen políticas institucionales que incluyen actuaciones como la implantación de un sistema de identificación de los consumidores en todos los centros sanitarios mediante la historia clínica, el proporcionar una adecuada formación, recursos e información para que profesionales de la salud utilicen de forma homogénea tratamientos efectivos, y el evaluar la prestación de estos tratamientos. Se valora necesario, además, incluir la formación en tabaquismo en todos los grados de ciencias de la salud, e implicar a profesionales de psicología y farmacia para conseguir ampliar en lo posible a todos los ámbitos la coordinación profesional de los tratamientos.

De este modo, en este Plan Integral, uno de los objetivos debe ser el poner en marcha todas las herramientas de ayuda para la cesación tabáquica y las medidas de coordinación de los profesionales implicados en esta tarea, con una adecuada formación que permita un acceso global, equitativo, con perspectiva de género y especializado en los casos concretos que se requiera.

Objetivos

- 2.1- Incrementar el porcentaje de personas exfumadoras (EX) con respecto a los que han fumado (EX+F) en 3 puntos porcentuales para el 2025
- 2.2- Garantizar dentro del SNS, la equidad a toda la población en el acceso a programas de cesación tabáquica con intervenciones de eficiencia reconocida
- 2.3- Favorecer la intervención a la persona fumadora en todos los niveles asistenciales y activos comunitarios
- 2.4- Desarrollar actuaciones específicas de cesación para colectivos vulnerables y de especial interés
- 2.5- Promover estándares homogéneos en la intervención en tabaquismo en las CCAA a todos los niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria y farmacia comunitaria)
- 2.6- Promover la formación sobre tabaquismo en formación continuada de profesionales sanitarios

Meta 3. Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica

La Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, por ello, y en su desarrollo, la Ley 28/2005 contempló limitaciones en el consumo de tabaco, por ejemplo, en los entornos laborales, que fueron posteriormente ampliadas en el año 2010 mediante el aumento de los espacios sin humo, garantizando el derecho de la población no fumadora a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco. Así, tal y como expresa el Preámbulo de la norma: “Si bien el establecimiento de espacios sin humo es una actuación prioritaria de protección de la salud para la población en general, lo es en mayor medida en el caso de los menores. Cabe señalar la importancia del papel modélico de los profesionales docentes y sanitarios, en su labor educativa, de sensibilización, concienciación y prevención, fomentando modos de vida sin tabaco”.

Por su parte, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco establece en su artículo 8:

“Protección contra la exposición al humo de tabaco

1. Las Partes reconocen que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

2. Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales”.

Teniendo en cuenta la senda marcada por esa normativa, además de los recientes desarrollos en el mercado a través de la introducción de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, la modificación operada en la legislación en el año 2017, introdujo también medidas de protección frente a tales productos. Esta medida será ampliada y reforzada a través de la anunciada modificación de la normativa mediante la adopción de nuevas medidas frente a los productos relacionados y el establecimiento de espacios al aire libre de protección reforzada. Gracias a esta nueva modificación, contemplada en el Plan Integral, España volverá a ser pionera, como ya lo fue gracias a la modificación de 2010, ofreciendo un reconocimiento especial de protección de determinados lugares y de sus espacios circundantes, como es el caso de los centros sanitarios, educativos, sociales o parques infantiles entre otros. En este sentido, el Plan contempla la ampliación de los espacios sin humos de uso público, mediante las modificaciones legislativas pertinentes, de cara a la reducción de la exposición ambiental a las emisiones de tabaco. Además, se plantean estrategias encaminadas a la concienciación y sensibilización para reducir el consumo del tabaco y productos relacionados en el ámbito privado, especialmente ante la presencia de embarazadas, personas menores de edad, entre otros.

Por último, en cuanto a los datos disponibles, cabe decir que la exposición al humo ambiental de tabaco continúa asociándose a una importante carga de morbilidad y mortalidad para la población, donde niños/as y mujeres embarazadas constituyen grupos de especial riesgo. Se estima que el número de muertes atribuibles al humo ambiental en España ascendió a 1.028 fallecimientos en 2011⁵⁵.

Por otro lado, y respecto a los aspectos ecológicos, cabe decir que las repercusiones negativas del consumo han sido largamente obviadas. Así, contrariamente a los aspectos sanitarios más conocidos, la incidencia del consumo de productos de tabaco en el medio ambiente, en el riesgo de pobreza, o en los niveles de desarrollo global han quedado habitualmente en un segundo plano y fuera de agenda sin que hayan sido constatados y comunicados como se merecen. Por este motivo, la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) incluyó medidas de apoyo a la reconversión del sector de tabaco y de protección del medio ambiente a través de los artículos 17 y 18 del Convenio Marco.

Artículo 17

Apoyo a actividades alternativas económicamente viables

Las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, promoverán según proceda alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco.

Artículo 18

Protección del medio ambiente y de la salud de las personas

En cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el presente Convenio, las Partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en relación con el medio ambiente por lo que respecta al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco, en sus respectivos territorios.

Acorde a ello, dedicó el Día Mundial sin Tabaco 2023 a la reconversión de cultivos de tabaco para aliviar la actual crisis alimentaria, bajo el slogan *Cultivemos alimentos, no tabaco* y el de 2022 a la protección medioambiental, éste llevaba el título de: *Envenena nuestro planeta*. El Día Mundial Sin Tabaco de 2017 se centró en la necesidad de incrementar la concienciación sobre estas repercusiones, en parte ocultas, del consumo de tabaco. Así, bajo el lema *Di no al tabaco: Protege la salud, Reduce la pobreza y promueve el Desarrollo*⁵⁶ la OMS instó a “luchar contra el tabaco en favor de la salud, la prosperidad, el medio ambiente y el desarrollo de los países”. En este sentido, la OMS publicó los siguientes datos^{57,58} respecto a cuestiones como impacto económico, generación de pobreza, educación, infancia y género:

- Según la OMS, el consumo de tabaco se lleva la vida de más de 8 millones de personas cada año y tiene un costo económico enorme en el que se incluyen los elevados costos sanitarios de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debida a su morbilidad

- Cerca del 80% de los mil cien millones de personas fumadoras que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos. Varios estudios indican que, en algunos hogares de los países de ingresos bajos, más del 10% de los ingresos se gasta en comprar productos de tabaco, un dinero que no se destina a alimentos, educación y atención sanitaria u otras necesidades básicas como la vivienda. La fuerte dependencia que causa este producto dificulta que se pueda corregir ese gasto
- El cultivo del tabaco evita que las niñas y los niños reciban educación. Entre el 10% de los niños y el 14% de las niñas de familias que cultivan esta planta no asisten a la escuela porque trabajan en campos de cultivo. En algunos países, las niñas y los niños de los hogares pobres trabajan en el cultivo de tabaco para aumentar los ingresos familiares. A esa edad, son especialmente vulnerables a la enfermedad del tabaco verde causada por la nicotina absorbida por la piel al manipular hojas de tabaco húmedas
- Casi la mitad de las niñas y los niños respiran habitualmente aire contaminado por humo de tabaco en los lugares públicos. El humo de tabaco ajeno causa anualmente más de 1,2 millones de muertes prematuras en el mundo. 65. 000 niños/as fallecen cada año por enfermedades causadas por este humo
- Entre el 60% y el 70% de las personas que trabajan en el sector agrícola en el cultivo de tabaco son mujeres y están expuestas directamente a productos químicos peligrosos
- El consumo de tabaco tiene un costo económico enorme que incluye los elevados costos sanitarios de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debida a su morbilidad

Además, el informe *El tabaco y su impacto medioambiental: una visión de conjunto*⁵⁹, aporta los siguientes datos:

- Los residuos de tabaco contienen más de 7.000 sustancias químicas tóxicas que envenenan el medio ambiente, algunas de ellas cancerígenas para el ser humano
- En el humo de tabaco se liberan miles de toneladas de productos cancerígenos para el ser humano, sustancias tóxicas y gases de efecto invernadero, y los residuos de los productos de tabaco son el tipo de basura más numeroso, conteniendo además plástico
- Cerca de 10.000 millones de los 15.000 millones de cigarrillos vendidos diariamente en el mundo se desechan al medio ambiente
- Las colillas de cigarrillo representan entre el 30% y el 40% de los objetos recogidos en las actividades de limpieza costera y urbana⁶⁰

Ese impacto negativo en el medio ambiente es analizado también por otros informes, como la revisión publicada en la revista *Tobacco Control*⁶¹ junto con cuestiones como la deforestación, las interrupciones en los ecosistemas globales, la inseguridad alimentaria o la responsabilidad de la industria tabaquera.

A esto se une el hecho de que la presencia de colillas en los espacios urbanos y en espacios naturales es signo de consumo de tabaco y aumenta su visibilidad, contribuyendo a la

normalización de conductas y a la aceptación social de las mismas, con la consiguiente influencia en el aumento de la prevalencia⁶². En el aspecto ecológico cabe indicar además que los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina generan residuos por sus componentes eléctricos (pertenecen a la fracción de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos -RAEE), que no están exentos de riesgos potenciales para la salud pública y para el medio ambiente. Por su impacto medioambiental deberían ser considerados también contaminantes derivados de la adicción a la nicotina.

Por último, la Directiva sobre plásticos de un solo uso ⁶³ establece una serie de medidas para los 10 artículos de plástico que más frecuentemente aparecen en las caracterizaciones de las basuras marinas al objeto de reducir el impacto ambiental que ocasionan dichos productos como consecuencia de su abandono o incorrecta gestión, especialmente en el medio marino. Las medidas son variadas y van desde la restricción, aplicación de la responsabilidad ampliada del productor hasta el marcado o sensibilización en función del tipo de producto. Entre esos 10 productos se encuentra los productos del tabaco con filtro y los filtros comercializados para utilizarse en combinación con productos del tabaco.

Para este tipo de productos las medidas fijadas en la directiva son, por un lado, el etiquetado de los productos para indicar el contenido en plástico y las advertencias sobre el impacto medioambiental derivado del abandono de los cigarrillos con filtros de plástico. Etiquetado que ha de reflejarse desde julio de 2021 y ha de ser conforme con el *Reglamento de Ejecución (UE) 2020/2151 de la Comisión, de 17 de diciembre de 2020, por el que se establecen normas sobre las especificaciones armonizadas del marcado de los productos de plástico de un solo uso enumerados en la parte D del anexo de la Directiva (UE) 2019/904 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la reducción del impacto de determinados productos de plástico en el medio ambiente*. Además de lo anterior, se deberán llevar a cabo medidas de sensibilización y, por último, la aplicación desde enero de 2023 de la responsabilidad ampliada del productor de forma que los productores tendrán que financiar los costes asociados a la recogida de los residuos de dichos productos desechados en los sistemas públicos de recogida y la limpieza de los vertidos de esos residuos y su tratamiento posterior, los costes asociados a las obligaciones de información y los costes vinculados a las campañas de sensibilización.

Todas estas obligaciones han quedado recogidas en el Título V de la Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular, de 9 de abril de 2022. En la actualidad está finalizando la tramitación del Real decreto específico para aplicar la responsabilidad ampliada del productor, esperando que esté aprobado en el segundo semestre de 2024.

En relación con esto debemos mencionar las diferentes iniciativas de protección del litoral mediante la adopción de las iniciativas *Playas Sin Humo*⁶⁴, que han visto un importante incremento en nuestro país durante los últimos años y que abogan por una mayor concienciación sobre las consecuencias negativas del consumo tanto en la calidad del agua como en la afectación a los seres vivos de nuestros mares y océanos. Estas propuestas inciden en la debida protección de los entornos naturales y cuentan con un amplio respaldo de la ciudadanía⁶⁵ y una destacada implicación de las diferentes comunidades autónomas y municipios.

Objetivos

- 3.1- Promover la modificación y el cumplimiento de la ley en espacios sin humo con una correcta señalización de estos espacios
- 3.2- Promover campañas de sensibilización a la población sobre la exposición al HAT y otros contaminantes como riesgo para la salud
- 3.3- Impulsar medidas para reducir los efectos medioambientales ocasionados por el tabaco y productos relacionados en coordinación con el MITERD
- 3.4- Buscar alternativas al cultivo de tabaco en coordinación con el MAPA

Meta 4. Promover la investigación aplicada y la monitorización en el control del Tabaquismo

A la hora de dirigir las medidas enfocadas a la prevención del tabaquismo es fundamental basarse en el conocimiento adquirido y la evidencia científica obtenida. Esto permite conocer la situación actual del tabaquismo en España y el resto del mundo y adaptarse a los cambios y nuevas tendencias que aparecen en el consumo de tabaco y productos relacionados.

Este conocimiento se obtiene principalmente de dos fuentes. Por un lado, encuestas y sondeos que dibujan el perfil de consumo de estos productos dentro de la población general o grupos específicos. Estas encuestas reflejan preferencias de consumo, cantidad y frecuencia, edad de la persona consumidora y edad de inicio en el consumo etc. Con esta información se pueden enfocar medidas dirigidas a situaciones concretas o grupos específicos donde las más generales no estén surtiendo el efecto esperado.

La segunda fuente, es el avance en el conocimiento científico relacionado con el tabaquismo. Aunque existe mucha literatura sobre el efecto perjudicial del consumo de tabaco, en el contexto actual es relevante conocer los efectos de las nuevas formas de consumo que han aparecido en el mercado, tanto los riesgos para la salud del consumidor como de personas expuestas al aerosol ambiental. Principalmente estas nuevas formas de consumo son el tabaco calentado, los cigarrillos electrónicos y las shishas o pipas de agua, aunque debido al estigma social que ha ido adquiriendo el tabaco tradicional, no es aventurado esperar que pudiesen aparecer otras nuevas formas en los años venideros.

Se hace también necesario potenciar la investigación en otros aspectos relevantes como son:

- Intervenciones de prevención primaria del tabaquismo en adolescentes, jóvenes y en colectivos vulnerables (inmigrantes, población gitana, personas LGTBI, entre otros)
- Intervenciones para promover espacios sin humo
- Intervenciones para dejar de fumar, segmentadas según características concretas de la población y adaptadas a colectivos o grupos específicos

Para fomentar el avance científico se deben promover sinergias en investigación y actividades formativas entre grupos de trabajo de sociedades científicas, centros de investigación (por ejemplo, en el marco de los CIBER) o los institutos nacionales o universidades, para formar una red de colaboración entre los mismos. Esto incluye la promoción de eventos de difusión científico-técnica.

Por otra parte, el capítulo de financiación pasa por subvencionar proyectos de investigación para estos campos de conocimiento, tanto a través de los Proyectos de I+D+i del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación (ISCIII, Ministerio de Ciencias y Tecnología, PNSD, etc.), como de subvención de proyectos I+D+i autonómicos y los posibles proyectos europeos que puedan surgir.

A nivel europeo se continuará participando en los Programas de Acción Conjunta sobre el Control del Tabaco, desarrollados y financiados por la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea, propuestos para apoyar a los Estados miembros en la implementación de las mejores prácticas en el área de control de tabaquismo; en *la Joint Action on Tobacco Control (JATC)*, que se encarga del avance del conocimiento sobre distintos aspectos relacionados con el tabaquismo, como son la toxicidad y facilitación de la adicción conferida por los distintos ingredientes de los productos, o los efectos para la salud y patrones de consumo de los cigarrillos electrónicos y nuevas formas de consumo; y en la nueva *Joint Action on Cancer and other NCDs prevention-action on health determinants*, que intenta reducir la prevalencia del cáncer así como de otras enfermedades no transmisibles a través de la identificación y prevención de sus principales factores desencadenantes, en este sentido el tabaco tiene un capítulo específico por ser el promotor de casi el 90% de los cánceres de pulmón y, por lo tanto, la causa de muerte evitable más abordable. Hay que indicar también que el programa de la Comisión Europea *Europe's Beating Cancer Plan*, incluye una línea prioritaria de investigación en control del tabaquismo.

Objetivos

- 4.1- Potenciar la investigación en epidemiología, prevención y tratamiento del tabaquismo considerando los determinantes de salud.
- 4.2- Impulsar la investigación relacionada con los efectos en la salud del consumo y de la exposición de los productos del tabaco, de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, productos a base de hierbas para fumar y otras formas de consumo.
- 4.3- Estimular la investigación sobre los aromas usados en tabaco y cigarrillos electrónicos
- 4.4- Fomentar la investigación de la relación entre el consumo de tabaco y otras conductas adictivas.
- 4.5- Promover la investigación sobre la huella ecológica del tabaco y de los productos relacionados.

Meta 5. Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas

El Plan Integral se asienta sobre la pretensión de constituirse como una herramienta útil para avanzar en la política nacional de prevención y control del tabaquismo y, para ello, se estima necesario contar con el consenso de todos los sectores implicados. Asimismo, resultan imprescindibles la cogobernanza y la cooperación con otras administraciones, habida cuenta de

las competencias de las comunidades y ciudades autónomas en materia sanitaria, en salud pública y en la lucha contra el tabaquismo.

Desde el punto de vista de los poderes públicos, el Plan prevé estrechar la relación entre el Ministerio de Sanidad y el resto de órganos y departamentos con competencia en la materia, tanto de la propia Administración General del Estado como de las comunidades y ciudades autónomas y entidades locales, consciente de la necesidad de que los esfuerzos en la lucha contra el tabaquismo deben basarse en aunar esfuerzos y establecer sinergias. Asegurar la multidisciplinariedad y multisectorialidad mediante la reactivación del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, para que se pueda escuchar las sensibilidades de todos los colectivos implicados en el control, la prevención y el tratamiento del consumo de tabaco y productos relacionados, es una de las actuaciones previstas en el Plan.

Respecto a las relaciones con las comunidades y ciudades autónomas se prevé continuar con las reuniones trimestrales con los responsables en tabaquismo de las diferentes autonomías, sin perjuicio de la comunicación continua entre la Unidad de Control y Prevención del Tabaquismo y los mencionados responsables. Todo ello con el fin de llevar a cabo una política coordinada, especialmente en materia de incumplimientos de la normativa y en el seguimiento del consumo, tanto del tabaco como de los productos emergentes.

En la misma línea, se ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer una comunicación fluida con otros Departamentos ministeriales y órganos del Estado con competencias relacionadas con la fabricación, comercialización y consumo del tabaco y de los productos relacionados. Además, y en línea con los objetivos perseguidos por el Plan, se pretende extender la coordinación a los Departamentos con competencias en protección del medioambiente, entre otros, así como estrechar la colaboración con el Centro de Investigación y Control de Calidad (CICC), dependiente del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, para actividades de análisis de muestras.

Por otra parte, resulta especialmente importante para la consecución de los objetivos del Plan contar con la colaboración y la participación de la ciudadanía, tanto desde un punto de vista individual como colectivo. Así, se anima a todos los interesados a participar en el Plan a través de las herramientas de atención al ciudadano tal y como han venido haciendo hasta ahora exponiendo de manera periódica sus ideas y sugerencias de mejora.

También es necesario impulsar la participación y estrechar la colaboración con los profesionales que participan en la lucha contra el tabaquismo, con especial referencia a sociedades científicas como las integradas en el CNPT -Comité Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, en la Red Europea de Prevención del Tabaquismo o la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Aportaciones relevantes como la *Declaración de Madrid-Por la salud y el avance de la regulación del tabaco en España*⁹ suponen un destacable punto de orientación clave acerca de cuáles son las medidas que deben ser adoptadas. Igualmente, con ocasión de la situación de pandemia por COVID-19, resulta imprescindible contar con la orientación científica inicial realizada por

publicaciones de diferentes entidades ante las implicaciones y retos que suponen riesgos emergentes relacionados con el consumo de tabaco y productos relacionados⁶⁶.

No menos importante resulta contar con la participación del denominado tercer sector, formado por organizaciones y asociaciones sin ánimo de lucro que llevan a cabo acciones de prevención y lucha contra el tabaquismo y que resultan, en la práctica, un interlocutor necesario con la ciudadanía. Así, cabe destacar la labor realizada por estas entidades, entre otras por la *Asociación Española Contra el Cáncer* (AECC), por su labor preventiva, la asociación *Nofumadores.org*, en su defensa del cumplimiento de la normativa vigente, por asociaciones de pacientes como la Fundación Más que Ideas, por su claro compromiso y su trabajo en formación y sensibilización frente al problema del tabaquismo, o por la iniciativa Ciudadana XQNS! que tuvo, a modo de ejemplo, una labor decisiva de apoyo en un momento crucial como fue la ampliación de los espacios sin humo en 2010.

A nivel internacional hay que reseñar a la *Global Network For Tobacco Free Healthcare Services*, que es una asociación independiente y sin ánimo de lucro de servicios y profesionales sanitarios, de la que son miembros varias comunidades autónomas y algunos centros de manera independiente, que están implicados en la implantación sustancial y efectiva de las políticas de gestión y cesación del tabaquismo de conformidad con el *CMCT-OMS*. Esta red propone un acercamiento sistemático de los centros mediante el cumplimiento de 8 estándares establecidos.

Por último, el Plan pretende valorar las opciones económicamente sostenibles al cultivo de tabaco con el fin de ofrecer alternativas productivas al sector, teniendo en cuenta lo establecido en el Convenio Marco para el Control del Tabaco para evitar la interferencia de la industria del tabaco.

Cabe destacar, asimismo, la voluntad de reunir a todos los sectores anteriormente citados con carácter bienal, con el fin de examinar y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del Plan y mejorar su ejecución.

Finalmente, el Plan recoge la coordinación a nivel internacional. En el ámbito de la Unión Europea, esta colaboración es indispensable por cuanto la normativa sobre el tabaco ha alcanzado un alto grado de armonización, siendo necesario, no obstante, adoptar una actitud proactiva en lo que se refiere a la comunicación con las instituciones comunitarias y Estados miembros y en el impulso de una actualización normativa que permita acomodar la legislación comunitaria a las nuevas formas de consumo. Además de la actuación a nivel europeo, no se debe olvidar el papel de España como estado parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco por lo que el Plan recoge, igualmente, la colaboración con los organismos internacionales competentes en materia de tabaquismo y con terceros estados, especialmente con la *Organización Mundial de la Salud*.

Con el fin de monitorizar estas sinergias, el Plan prevé indicadores relativos al número de reuniones mantenidas con cada uno de los actores mencionados, lo que permitirá evaluar el grado de coordinación y medir la colaboración entre todos los implicados en la lucha contra el tabaquismo.

Objetivos

- 5.1 Promover la coordinación institucional
- 5.2 Fomentar la participación social y del Tercer Sector
- 5.3 Promover la coordinación internacional

METAS/OBJETIVOS/ESTRATEGIAS /LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Para cada Meta, se definen unos Objetivos, los cuales se logran a través una serie de líneas de acción que se agrupan en las siguientes Estrategias: Estrategia Legislativa, Estrategia de Control, Estrategia de Comunicación, Estrategia de Capacitación, Estrategia Asistencial, Estrategia de Investigación/Evaluación y Estrategia de Coordinación/Participación.

A continuación, se incluyen las tablas resumen de las líneas de actuación de cada meta propuesta:

Meta 1: Prevenir el inicio del consumo de tabaco y productos relacionados

- **Objetivo 1.1. Reducir el porcentaje de jóvenes que inician el consumo de tabaco y productos relacionados**
- **Objetivo 1.2. Reducir por debajo del 5% la prevalencia de consumo diario de tabaco en estudiantes de 14-18 años de ambos sexos y, por debajo del 11%, la prevalencia diaria en jóvenes en el tramo de 15 -24 años**
- **Objetivo 1.3. Desnormalizar el consumo de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y en el ámbito privado**
- **Objetivo 1.4. Impulsar la sensibilización y capacitación de profesionales de la educación y profesionales de la salud, especialmente aquellos en contacto con menores de edad**
- **Objetivo 1.5. Reforzar el cumplimiento y el seguimiento de la legislación vigente**

Estrategia

Líneas de Actuaciones

Estrategia Legislativa	● Avanzar en la equiparación por ley de la publicidad, promoción y patrocinio de productos relacionados y nuevos productos a la existente para productos del tabaco ● Regular la venta y el consumo de productos relacionados con el tabaco (con y sin nicotina), avanzando en la equiparación de la legislación para productos del tabaco ● Revisar la cuantía de las sanciones ● Modificar el Real Decreto 579/2017 para introducir: - prohibición de aditivos que confieren aromas en tabaco y en productos relacionados (en línea con lo que se acuerde por la UE) ●
Estrategia de Control	● Incrementar la inspección y las actividades de seguimiento para el cumplimiento de la legislación en relación al tabaco, cannabis y los productos relacionados con el tabaco ● Elaborar e implementar un Plan anual de verificación y control de acuerdo al Plan Sectorial para la vigilancia del mercado de productos del tabaco y otros productos relacionados. En dicho plan, elaborado anualmente por el MS se recogen los procedimientos de muestreo e inspección homogéneos. ● Control y seguimiento del consumo y de la venta, tanto directa como online, a menores de productos de tabaco y relacionados ● Control y seguimiento de la publicidad encubierta y de la promoción en redes sociales y plataformas ● Promover que los contenidos audiovisuales que incluyan el uso de productos del tabaco o relacionados incluyan advertencias de su consumo

	● Incluir en el Formulario de denuncia de infracción de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, un apartado para poder denunciar publicidad encubierta o promoción en las redes sociales ● Actuaciones de control aduanero de venta de productos ilegales o falsificados. ● Refuerzo de actuaciones de control del Comisionado para el Mercado de Tabacos en materia de etiquetados, denominaciones y presentaciones de productos de tabaco ● Impulso de actuaciones de control del Comisionado para el Mercado de Tabacos en materia de publicidad y promoción de productos de tabaco, incluyendo en el ámbito de las redes sociales e internet
Estrategia de Comunicación	● Realizar campañas con el objetivo de desnormalizar el consumo de tabaco y sus productos relacionados ● Campañas de sensibilización dirigidas a jóvenes con enfoque de género y equidad (nivel socio económico, etnia, etc.) ● Campañas informativas orientadas a conseguir una generación libre de humo (en el curso de la vida y dirigidas a diferentes colectivos clave) -Publicación de notas informativas, campañas o planes de formación dirigidos a operadores del mercado de tabacos para dar a conocer la normativa en materia de etiquetados, publicidad y promoción
Estrategia de Capacitación	● En etapas tempranas (infantil y primer ciclo de primaria), impulsar programas de promoción de la salud en entornos escolares, basados en la educación para la salud sobre estilos de vida saludable ● En las otras etapas de escolarización (resto de educación primaria, educación secundaria obligatoria, bachillerato y algunos tramos de formación profesional) potenciar la implantación generalizada de programas integrales de prevención sobre adicciones

	basados en criterios de calidad, fomentando la evaluación de su efectividad, para ser promovidos ● Promover los centros laborales saludables mediante mediante estrategias de promoción de la salud basadas en la educación para la salud sobre estilos de vida saludables ● Difundir y promover aquellas intervenciones destacadas dentro de programas eficaces (evaluados por el Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras Adicciones- BBPP Adicciones) en el entorno escolar, familiar, laboral y comunitario en general ● Potenciar la formación en tabaquismo a docentes y profesionales socio-sanitarios que trabajan con menores ● Organizar cursos de formación dirigidos a colectivos específicos de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sobre la importancia de las medidas de control para lograr una generación sin humo ● Realizar cursos de formación dirigida a colectivos de interés (periodistas, agentes de salud...)
Estrategia de Investigación/Evaluación	● Realizar estudios que permitan conocer los diferentes factores (de riesgo/protección) que conducen a la juventud a la adicción a la nicotina/cannabis, incluyendo el enfoque de género y equidad ● Revisión de la evidencia científica sobre: - la motivación y causas de inicio de consumo en la adolescencia, en las nuevas formas de consumo (cigarrillos electrónicos) con perspectiva de género y equidad - los patrones de uso, preferencias de los diferentes productos y sus motivaciones

Estrategia de Coordinación/ Participación	● Incrementar la coordinación de inspecciones y actividades de seguimiento para el cumplimiento de la normativa vigente: DGSPyES, CCAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado ● Garantizar el cumplimiento de la legislación sobre la venta a menores de productos del tabaco y relacionados y su consumo, contando con la participación de los sectores implicados: Educación, Salud Pública, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad ● Participar en la formación que se da a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad ● Seguimiento y actuaciones ante posibles interferencias de la industria para asegurar el cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT ● Supervisar la implementación del Convenio Marco de la OMS y del Protocolo del Comercio Ilícito de Productos del Tabaco en España ● Coordinar actuaciones en el entorno local ● Establecer Convenios de colaboración y proyectos subvencionados con sociedades científicas y ONGs ● Impulsar la coordinación con los programas de promoción de la salud que promueven un estilo de vida libre de humo, en los diferentes ámbitos comunitarios: local, laboral, educativo y sanitario
--	---

META 2: FOMENTAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO Y FACILITAR LA AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR

- **Objetivo 2.1. Incrementar el porcentaje de personas exfumadoras (EX) con respecto a los que han fumado (EX+F) en 3 puntos porcentuales para el 2025**
- **Objetivo 2.2. Garantizar, dentro del SNS, la equidad a toda la población en el acceso a programas de cesación tabáquica con intervenciones de eficiencia reconocida**
- **Objetivo 2.3. Favorecer la intervención a la persona fumadora en todos los niveles asistenciales y activos comunitarios**
- **Objetivo 2.4. Desarrollar actuaciones específicas de cesación para colectivos vulnerables y de especial interés**
- **Objetivo 2.5. Promover estándares homogéneos en la intervención en tabaquismo en las CCAA**
- **Objetivo 2.6. Promover la formación sobre tabaquismo en la formación continuada de profesionales sanitarios**
-

- Estrategias Líneas de Actuación

Estrategia Legislativa	● Incluir en la Cartera de Servicios común del SNS la intervención en tabaquismo en el ámbito hospitalario ● Modificar los criterios de inclusión de las personas fumadoras en el programa de cesación del tabaquismo con fármacos financiados ● Proponer la incorporación a las prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud, de aquellos medicamentos que, atendiendo a la evidencia científica y eficiencia económica, son adecuados para el tratamiento de la adicción al tabaco
Estrategia de Comunicación	● Difundir material informativo de ayuda para dejar de fumar, con perspectiva de género, especialmente en colectivos vulnerables y grupos de interés identificados ● Campañas destinadas a promover la cesación o abandono del tabaco en el curso de la vida y con perspectiva de género
Estrategia Educativa/ Formativa	● Proporcionar formación continuada acreditada en abordaje del tabaquismo para profesionales de la salud
Estrategia Asistencial	● Diseñar un protocolo con estándares homogéneos en la intervención para unificar los programas de cesación desarrollados por las CCAA a todos los niveles asistenciales.

	● Implantar, normalizar y extender en la Historia Clínica a todos los niveles asistenciales, el registro sobre consumo de tabaco y productos relacionados, utilizando la codificación sobre tabaquismo existente en CIE-10 ● Habilitar los medios para facilitar la disponibilidad de los tratamientos farmacológicos de probada evidencia que, en el ámbito de sus competencias, hayan sido determinados por el Ministerio de Sanidad ● Implementar nuevas estrategias de ayuda no presenciales (Quitlines, App, herramientas informáticas...) ● Elaborar actuaciones específicas dirigidas a poblaciones de especial interés: - profesionales de la salud - profesionales educativos - periodo de embarazo/postparto y adolescencia - personas con patologías ocasionadas por el tabaco - personas con trastorno mental - colectivo LGTBI - etnia gitana - otros colectivos socioeconómicamente desfavorecidos. ● Armonizar y realizar el seguimiento de los programas de cesación implantados en las CCAA
Estrategia de Investigación/ Evaluación	● Evaluación continua de la utilización de los medicamentos financiados y no financiados y sus resultados en salud
Estrategia de Coordinación/	● Coordinación multidisciplinar de actuaciones en el sistema sanitario:

Participación	○ elaborar/actualizar el protocolo de mínimos de intervención hospitalaria en tabaquismo coordinada y protocolizada con Atención primaria y otros niveles asistenciales ○ promover el abordaje del tabaquismo desde los servicios de salud laboral ○ elaborar un protocolo de coordinación de actuaciones entre AP y oficinas de farmacia para el abordaje del tabaquismo
-----------------------------	---

META 3: Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica

- **Objetivo 3.1. Promover la modificación y el cumplimiento de la ley en espacios sin humo con una correcta señalización de estos espacios**
- **Objetivo 3.2. Promover campañas de sensibilización a la población sobre la exposición al HAT y otros contaminantes como riesgo para la salud**
- **Objetivo 3.3. Impulsar medidas para reducir los efectos medioambientales ocasionados por el tabaco y productos relacionados en coordinación con el MITERD**
- **Objetivo 3.4. Buscar alternativas al cultivo de tabaco en coordinación con el MAPA**

Estrategia

Líneas de Actuaciones

Estrategia Legislativa	• Ampliación legislativa de los espacios sin humo de tabaco y sin aerosoles de cigarrillos electrónicos y productos relacionados en determinados espacios de uso público o colectivo, especialmente aquellos con presencia de personas menores de edad • Prohibición de los dispositivos de un solo uso relacionados con el tabaco • Establecer cauces de colaboración con el MITERD en la implementación de la Ley de residuos y suelos contaminados para una economía circular • Colaboración con las Entidades Locales para impulsar el desarrollo de ordenanzas municipales de prohibición de arrojar colillas en vías públicas y espacios naturales
Estrategia de Control	• Incrementar la inspección y las actividades de seguimiento para el cumplimiento de la legislación en espacios sin humo, principalmente en lugares de especial protección (centros sanitarios, educativos y sociales) • Utilización del Formulario de Denuncia de infracción de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre de incumplimiento de espacios sin humo (facilitado por el MS) • Refuerzo de las actuaciones de control del Comisionado para el Mercado de Tabacos sobre ingredientes y emisiones de los productos de tabaco

Estrategia de Comunicación	• Sensibilizar a la población sobre las consecuencias de convivir en espacios donde se fuma, se consumen productos de tabaco calentado o se utilizan cigarrillos electrónicos, especialmente en aquellas zonas de actuación prioritaria de radón o ante la presencia de personas vulnerables como embarazadas, personas menores de edad, etc. • Realizar campañas de sensibilización en colaboración con el MITERD, DGT, etc. • Difundir la normativa sobre espacios sin humo a través de materiales divulgativos. • Informar a la población sobre su derecho a respirar aire no contaminado y los mecanismos de denuncia del no cumplimiento • Difusión en la web del Formulario de Denuncia de infracción de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre • Organizar campañas de sensibilización sobre la contaminación medioambiental del tabaco y sus desechos (colillas) • Diseño homogeneizado de cartelería para informar y sensibilizar sobre la prohibición de fumar adaptado a la nueva normativa • Señalización de los espacios libres de humo
Estrategia de Capacitación	• Formar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sobre los espacios libres de humo • Evaluar y aprobar proyectos de actuación en municipios para promover entornos libres de humo y prevención del tabaquismo a través del trabajo coordinado (convenio) entre el Ministerio de Sanidad y la FEMP
Estrategia Asistencial	

	● Impulsar la participación de centros sanitarios y espacios libres de humo en la Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (GNTH)
Estrategia de Investigación/ Evaluación	● Incluir en encuestas existentes a nivel nacional: EESE, Barómetro Sanitario, y autonómico, la consulta de opinión sobre espacios sin humo
Estrategia de Coordinación/ Participación	● Promover iniciativas de ocio” libres de humo” a través de la FEMP, CCAA, asociaciones y ONGs. ● Coordinar actuaciones de vigilancia y seguimiento de la legislación con: - Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado - FEMP - Centros Sanitarios públicos y privados - Centros educativos y sociales - Tercer Sector ● Colaborar con el MITERD en organizar campañas de sensibilización sobre el impacto en el medio ambiente del tabaco y sus desechos (colillas) ● Solicitar información al MAPA sobre las modificaciones de la PAC y los cultivos alternativos al tabaco, su objetivo y alcance

META 4: PROMOVER LA INVESTIGACIÓN APLICADA Y LA MONITORIZACIÓN EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO

- **Objetivo 4.1. Potenciar la investigación sobre epidemiología, prevención y tratamiento del tabaquismo y sus enfermedades asociadas considerando los determinantes de salud**
- **Objetivo 4.2. Impulsar la investigación relacionada con los efectos en la salud del consumo y de la exposición de los productos del tabaco, de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, productos a base de hierbas para fumar y otras formas de consumo**
- **Objetivo 4.3. Estimular la investigación sobre los aromas usados en tabaco y cigarrillos electrónicos**
- **Objetivo 4.4. Fomentar la investigación de la relación entre el consumo tabaco y otras conductas adictivas**
- **Objetivo 4.5. Promover la investigación sobre la huella ecológica del tabaco y de los productos relacionados**

Estrategias

Líneas de Actuación

Estrategia Legislativa	● Fomentar el establecimiento de convenios con sociedades científicas ● Impulsar una línea de subvenciones (concurrencia pública competitiva siguiendo las directrices del CMCT) para proyectos de investigación sobre tabaco ● Promover la investigación con perspectiva de género de los aspectos relacionados con el tabaquismo y la salud pública, como línea prioritaria en las convocatorias nacionales y autonómicas ● Promover ayudas y subvenciones a proyectos orientados a: ○ prevención primaria en adolescentes /jóvenes y en colectivos vulnerables ○ intervenciones para dejar de fumar orientadas a colectivos específicos
Estrategia de Comunicación /Formativa	● Apoyar, promover y facilitar la difusión de informes/documentos técnicos basados en la evidencia sobre consumo de tabaco y productos relacionados
Estrategia de Investigación/ Evaluación	● Monitorizar los proyectos de investigación sobre tabaco que se presentan en la línea de subvenciones ● Establecer sinergias en investigación entre centros y grupos de investigación

	● Colaborar con programas de investigación sobre el tabaco y productos relacionados y sobre el nudo tabaco/cannabis ● Promover y difundir investigaciones sobre los efectos en la salud del uso de cachimbas ● Avanzar en el estudio de los efectos en la adicción que originan ciertos aromas (mentol y derivados) añadidos a los productos del tabaco y cigarrillos electrónicos y su atracción a jóvenes ● Participación en programas coordinados y patrocinados por la Comisión Europea (Programa de la <i>Joint Action Tobacco Control –JATC; Joint Action Prevent NCDs</i>) y difusión de los resultados ● Realización de encuestas y estudios de mercado sobre preferencias de consumo de los diferentes tipos de productos y de los productos del tabaco novedosos⁹ ● Promover la investigación sobre cultivos alternativos al tabaco sostenibles promoviendo el cumplimiento del CMCT-OMS
--	--

⁹ Definición recogida en el art. 3 ad) del real Decreto 579/2017, de 9 de junio.

META 5: POTENCIAR LA COORDINACIÓN Y EL ESTABLECIMIENTO DE ALIANZAS

- **Objetivo 5.1. Promover la coordinación institucional**
- **Objetivo 5.2. Fomentar la participación social y del Tercer Sector**
- **Objetivo 5.3. Promover la coordinación internacional**

Estrategias

Líneas de Actuación

Estrategia Legislativa	• Promover el desarrollo legislativo necesario para la ejecución del Plan garantizando la participación y el apoyo de la ciudadanía, de profesionales y entidades implicadas • Seguimiento de la actividad legislativa de los Estados miembros de la UE • Fomentar la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en todos sus artículos (CMCT-OMS)
Estrategia de Control	• Realizar seguimiento de las actividades legislativas de las comunidades y ciudades autónomas y de las normas desarrolladas por otros departamentos de la AGE en relación al tabaquismo y en su ámbito de competencias

	- Asistir a reuniones de coordinación con los diferentes departamentos de la AGE (MITERD, etc.) en su ámbito de competencia - Realizar seguimiento de las iniciativas ciudadanas, profesionales, de sociedades científicas, asociaciones de pacientes, ONG's y otras entidades privadas - Efectuar control y seguimiento de las actividades de la industria tabacalera, en especial para evitar su injerencia - Verificar el cumplimiento de España del Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT-OMS)
Estrategia de Comunicación	- Informar de los distintos aspectos del Plan a las comunidades y ciudades autónomas - Informar del avance del Plan periódicamente en la CSP
Estrategia de Investigación/Evaluación	Participar en las encuestas internacionales sobre venta y consumo, cumplimiento del Convenio Marco y cualquier otro seguimiento normativo
Estrategia de Coordinación/Participación	- Realizar alguna actuación colaborativa con el sector hostelero para favorecer el cumplimiento normativo - Fomentar la participación ciudadana en el cumplimiento de los objetivos de este Plan - Coordinar las acciones en materia de control y prevención con otros Departamentos de la AGE (Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda), INJUVE, Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad), Dirección General de Tráfico...) - Realizar reuniones periódicas, al menos de carácter cuatrimestral con los órganos competentes de las comunidades y ciudades autónomas en materia de tabaquismo - Promover la reactivación del Observatorio de Prevención del Tabaquismo

	• Participar activamente en el avance de la legislación europea sobre control y prevención del tabaquismo • Promover una mejor coordinación con los Estados miembros de la UE, mediante el intercambio de información y armonización de criterios sobre la Política de control del Tabaquismo • Incrementar y garantizar la coordinación con la Conferencia del Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT-OMS)
--	--

INDICADORES

La realización de las actuaciones planificadas se mide mediante indicadores. El indicador se define como la representación cualitativa o cuantitativa, observable, establecida mediante la relación entre dos o más variables, que permiten medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado.

El cumplimiento del Plan Integral se determina mediante la valoración de dos tipos de indicadores:

- **De proceso:** muestran el estado de cada actividad y el avance de cada una de ellas mediante la medición de alguna característica específica y observable, con el fin de mostrar los cambios y el progreso que se está llevando a cabo. Se refieren, por ejemplo, al proceso de modificación legislativo, el grado de implantación de la ley, la calidad en la estrategia de comunicación y difusión, la efectividad en la coordinación de los agentes implicados, entre otros.
- **De resultado:** describen en términos cuantitativos o cualitativos las condiciones del problema y su cambio en el tiempo por la implementación de acciones para conseguir los objetivos específicos de cada meta; es decir, son aquellos elementos que servirán como base para medir el logro de los resultados. Se obtienen a través de valores obtenidos mayoritariamente de fuentes de información, BBDD o encuestas, gestionadas por el Ministerio de Sanidad, Administraciones autonómicas, locales, nacionales y europeas (indicadores generales de prevalencia, morbi-mortalidad, indicadores de percepción, edad de inicio...), o se calculan a partir de fórmulas definidas.

En el Plan se han definido además dos categorías de indicadores:

- **Indicadores Generales:** son indicadores de resultados que están referidos a datos epidemiológicos esenciales en tabaquismo, que hay que considerar y que se pueden obtener directamente de Bases de Datos y encuestas elaboradas a nivel nacional o europeo cada 2 o 3 años. Estos indicadores valorarían la consecución del objetivo general del Plan y de varios objetivos específicos, por lo que no podrían ser incluidos en una meta específica, sino que son el resultado de diferentes líneas de actuación aplicadas. Se recopilan, por tanto, en una tabla específica.
- **Indicadores Específicos de cada meta:** Son indicadores o bien de resultados o de proceso que se encuentran relacionados con líneas de acción específicas y, por tanto, se incluyen en su meta correspondiente.

Para cada indicador se establece la siguiente información:

- la descripción del indicador
- la herramienta de obtención o la fórmula para su cálculo (con la definición de los términos de la fórmula)
- el valor estándar (en caso de que se fije)
- la periodicidad de obtención /cálculo
- los actores responsables de su cálculo

A continuación, se incluyen los indicadores del Plan agrupados en tres tablas:

- Indicadores Generales (son todos de resultados)
- Indicadores Específicos:
 - De Proceso
 - De Resultados

Tabla 1: Indicadores Generales del Plan

DESCRIPCIÓN	DEFINICIÓN TÉRMINOS	PERIODICIDAD	FUENTE
- Prevalencia de consumo de tabaco en población > o = 15 años (% por edad, sexo y nivel socioeconómico)	FD: % de fumadores diarios (Criterio: < 17% en 2025; <5% en 2040) FO: % de fumadores ocasionales FD+FO=FT: % total de fumadores (Criterio:< 20% en 2025; <10% en 2040)	2-3 años	ENSE-EESE (ESE)
- Prevalencia de exfumadores en población > o = 15 años (por sexo, grupos de edad y nivel socioeconómico)	EX=% de personas exfumadoras % Abandonos: EX/(FD+FO+EX)	2-3 años	ENSE-EESE(ESE)
- Prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 12 meses en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Edad media de inicio en el consumo ocasional de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (por nivel socioeconómico y sexo)		2 años	ESTUDES

- Edad media de inicio en el consumo diario de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (por nivel socioeconómico y sexo)		2 años	ESTUDES
- Consumo de tabaco en pipa de agua, alguna vez en la vida, entre estudiantes de 14 a 18 años (% por grupo de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Consumo de tabaco en pipa de agua, en los últimos 30 días, entre estudiantes de 11 a 18 años (% por grupo de edad y sexo)		4 años	HBSC
- Edad media de inicio en el consumo de cachimbas entre estudiantes de 11 a 18 años (por sexo)		4 años	HBSC
- Prevalencia del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Consumo de cannabis en los últimos 30 días entre estudiantes de 11 a 18 años (% por grupos de edad y sexo)		4 años	HBSC
- Edad media de inicio en el consumo de cannabis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (por sexo)		2 años	ESTUDES
- Prevalencia de consumo de cannabis mezclado con tabaco (porros) entre estudiantes de Enseñanzas		2 años	ESTUDES

Secundarias de 14-18 años (% por grupos de edad y sexo)			
- Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según su consumo de cannabis (% por edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Edad media de inicio en el consumo diario de cigarrillos electrónicos en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (por sexo)		2 años	ESTUDES
- Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según hayan consumido o no tabaco (% según edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según hayan consumido cannabis o no (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES

- Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se han planteado dejar de fumar (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- % de adultos que se han planteado dejar de fumar entre fumadores habituales		2 años	EDADES
- Estudiantes de 11 a 18 años que tienen: - familiares - amigos que fuman (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Permisividad de las familias frente al consumo de: - tabaco - pipa de agua - e-cigs ... (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Percepción de riesgo de los estudiantes de secundaria de 14- 18 años frente al consumo de: - tabaco - e-cigs - cannabis (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES BARÓMETRO SANITARIO
- Alumnos, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, que conviven con personas que fuman a diario en sus casas (% por grupos de edad y sexo)		2 años 4 años	ESTUDES HBSC

- Exposición al HAT en ambientes cerrados en población > o = 15 años (% por edad, sexo y nivel socioeconómico)	% personas expuestas diariamente al humo de tabaco en ambientes cerrados (ED) % de personas expuestas ocasionalmente al humo de tabaco en ambientes cerrados (EO=ES+EM) - ES: % personas expuestas semanalmente al humo de tabaco en ambientes cerrados	2-3 años	ENSE-EESE (ESE)
Prevalencia de consumo de tabaco en Población Privada de Libertad (PPL) en los últimos 30 días	% de población privada de libertad con consumo activo de tabaco en los últimos 30 días, por sexo	5 años	ESDIP

Tabla 2: INDICADORES ESPECÍFICOS DE PROCESO

Descripción	Cálculo/ Herramientas	Criterio	Actores Implicados	Periodicidad
<i>META 1: Prevenir el inicio de consumo de tabaco y productos relacionados</i>				
Descripción de las modificaciones legislativas realizadas (excepto espacios sin humo).	Descriptivo		MS/CCAA	Bienal
Informe sobre el grado de cumplimiento de los productos del mercado (analítico y etiquetado)	Descriptivo		MS/CICC	Bienal
Informe sobre actuaciones en publicidad encubierta y promoción en redes sociales y plataformas	Descriptivo		MS/CCAA/ONGs	Bienal
Se ha modificado la plantilla de denuncias: SI/NO		SI/NO	MS/CCAA	Bienal
Informe sobre la venta de productos ilegales o falsificados	Descriptivo		MHFP (Aduanas)	Bienal
Informe de actividades coordinadas realizadas para el cumplimiento de la Ley 28/2005	Descriptivo		MS/CCAA/ MDSCA/FFCCSS	Final del Plan

Se ha establecido convenios de colaboración y proyectos subvencionados con sociedades científicas y ONGs		SI/NO	MS	Bienal
META 2: Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar				
Se ha incluido en la cartera básica común de servicios del SNS la intervención en tabaquismo en el ámbito hospitalario		SI/NO	MS	Bienal
Se han modificado los criterios de inclusión de personas fumadoras en el programa de financiación nacional		SI/NO	MS	Bienal
Se han incorporado nuevos fármacos financiados en la Cartera Básica Común de Servicios del SNS		SI/NO	MS	Bienal
- Nº de campañas de sensibilización realizadas por el Ministerio de Sanidad/CCAA -Población y colectivos a los que se dirigen las campañas y medios de difusión utilizados	Descriptivo		MS/CCAA	Bienal

Se ha elaborado un protocolo con estándares homogéneos en la intervención en tabaquismo en las CCAA a todos los niveles asistenciales.		SI/NO	MS	Bienal
Se ha facilitado el tratamiento financiado según niveles de intervención (AP y AE, hospital)		SI/NO	CCAA	Bienal
Se ha implementado alguna herramienta de ayuda al fumador no presencial		SI/NO	CCAA	Bienal
META 3: Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica				
Se ha realizado modificación legislativa sobre espacios sin humo		SI/NO	MS/CCAA	Bienal
Se ha establecido algún tipo de la colaboración con el MITERD		SI/NO	MS/MITERD	Bienal
Descripción de las actuaciones de colaboración con el MITERD realizadas	Descriptivo		MS/MITERD	Bienal
Se ha utilizado el formulario de denuncia para incumplimientos de espacios sin humo		SI/NO	CCAA	Bienal

Se ha hecho difusión sobre espacios sin humo		SI/NO	MS/CCAA	Bienal
Se ha elaborado el diseño de cartelería		SI/NO	MS	Bienal
Tipo de medios de difusión de campañas de sensibilización en colaboración con el MITERD y la DGT (M. Interior)	Descriptivo		MS/MITERD/DGT	Bienal
Se ha incorporado el registro de consumo de tabaco y la exposición al HAT en la Historia Clínica en todos los niveles asistenciales		SI/NO	CCAA	Bienal
Elaborar un informe con la información compartida por el MAPA	Descriptivo		MS/MAPA	Final del Plan
META 4: Promover la ciencia de la implementación y la monitorización en el control del tabaquismo				
Se ha realizado convenios con sociedades científicas		SI/NO	MS	Bienal
Se ha creado la línea de subvenciones para la investigación en tabaquismo		SI/NO	MS/CCAA/ ISCIII (MCIU)	Bienal
Inclusión en el FIS como línea prioritaria la investigación sobre los aspectos relacionados con el tabaquismo y la salud		SI/NO	MS/ ISCIII (MCIU)/CCAA	Bienal
META 5: Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas				

Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de la actividad legislativa	Descriptivo		MS	Bienal
Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de las iniciativas realizadas	Descriptivo		MS	Final del Plan
Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de las actividades de fomento de participación ciudadana realizadas	Descriptivo	SI/NO	MS/CCAA	Bienal
Se ha elaborado el procedimiento/estrategia para arbitrar la participación del tercer sector		SI/NO	MS/CCAA	Bienal
Existe y se aplica de forma efectiva una estrategia de comunicación entre los actores implicados		SI/NO	MS	Bienal
Se ha realizado alguna actuación colaborativa con el sector hostelero		SI/NO	MS/CCAA	Bienal
Informe de evaluación de seguimiento de actividades de fomento para la participación ciudadana	Descriptivo		MS/CCAA	Bienal
Se han coordinado actuaciones: - con autoridades de la AGE - con autoridades de CCAA - con otras autoridades de inspección		SI/NO	MS	Bienal
Se han celebrado las reuniones con los actores implicados con la periodicidad establecida		SI/NO	MS	Bienal

Se ha activado el funcionamiento del Observatorio del Tabaco		SI/NO	MS	Bienal

Tabla 3: INDICADORES ESPECÍFICOS DE RESULTADOS

Descripción	Cálculo/ Herramientas	Criterio	Actores Implicados	Periodicidad
<i>META 1: Prevenir el inicio de consumo de tabaco y productos relacionados</i>				
-Grado de cumplimiento de la legislación vigente: .Nº de denuncias .Nº de inspecciones realizadas .Nº de inspecciones con alguna infracción/nº total de inspecciones .Categoría de las infracciones (% por gravedad/motivo)			MS/CCAA	Bienal
-Nº/% de centros educativos que desarrollan programas estructurados de prevención universal de conductas adictivas que incluyan el tabaco	-Nº de centros de un total (por CA) -Nº de centros que desarrollan programas /Nº total de centros*100 (por CA)		CCAA	Bienal
-Nº de cursos de formación realizados y colectivos a los que van dirigidos	-Nº de cursos por colectivos (total todas CCAA y MS)		MS/CCAA	Bienal

- Nº de estudios en los que se ha participado	-Nº total (MS+CCAA)		MS/CCAA	Bienal
- Nº artículos en los que se ha participado				
- Nº encuestas en los que se ha participado				
- Nº de cursos de formación a los CCFF de Seguridad del Estado en que se ha participado			MS	Bienal
- Nº de actuaciones frente a interferencias de la industria			MS/CCAA/SSCC/ONGs	Bienal
<i>META 2: Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar</i>				
- Número de materiales editados de ayuda a la cesación dirigidos a población general: MS/CCAA			MS/CCAA	Bienal
- Número de materiales editados de ayuda a la cesación dirigidos a colectivos vulnerables/grupos de interés especial			MS/CCAA	Bienal
- Nº de campañas de sensibilización realizadas por el Ministerio de Sanidad/CCAA			MS/CCAA	Bienal
- Nº/% de profesionales de ciencias de la salud que han participado en actividades de formación acreditada en materia de cesación tabáquica (medicina/enfermería/farmacia/psicología):	= [(a) / b]] * 100 a= Nº de profesionales de atención primaria/hospitalaria	De nivel 0 al nivel 3 (según la GNTH)	CCAA/Instituciones Penitenciarias/MS	Bienal

- Nº/% de profesionales formados por colectivo - Nº de profesionales por nivel de intervención: .AP .Hospitalaria -Nº/% de profesionales formados por tipo de intervención: . Consejo Breve . Intervención Intensiva	formados durante el Plan en la CA. b= Nº total de profesionales de atención primaria/hospitalaria en la CA. a=Nº de profesionales de farmacia/psicología formados a lo largo del Plan en la CA b=Nº total de profesionales de farmacia/psicología colegiados en la CA. Datos acumulativos (al cabo de 4 años)			
Nº de actuaciones específicas para cada grupo: -Personas con trastorno mental -Colectivos en situación de vulnerabilidad Colectivos de especial interés: -Profesionales de la salud -Educadores			CCAA	Bienal
-Prestación farmacéutica:			CCAA	Bienal

-Nº de CCAA que han incorporado la TSN u otros fármacos de probada eficacia en su Cartera Específica de Prestaciones farmacéuticas				
-Registros: -Nº de CCAA con registros sistemáticos en la HC y que reportan datos de: Personas fumadoras/consumidoras de e-cigs, exfumadores y no fumadores a BDCAP (CCAA)			CCAA	Bienal
Centros: - % de centros sanitarios que ofertan intervenciones en tabaquismo en AP y Hospitalaria (por CA) (Fuente CCAA-SIAP) - % centros hospitalarios con programas de intervención a paciente hospitalizado	BD CCAA/SIAP $= (a) / c) * 100 \text{ y } = b) / d) * 100$ a) Número de centros de salud con intervención en tabaquismo en dicha CA o ciudad autónoma b) Número de centros hospitalarios con intervención en tabaquismo en dicha CA o ciudad autónoma c) Número total de centros de salud en dicha CA o ciudad autónoma		CCAA	Bienal

	d) Número total de centros hospitalarios en dicha CA o Ciudad Autónoma			
-Programa de Cesación: -Nº/% de personas fumadoras incluidas en los programas de cesación del tabaquismo (en AP por CA)	Nº de personas fumadoras incluidas en el programa de cesación. $= [(a / b)] * 100$ a= Nº de personas fumadoras que han iniciado el programa de cesación tabáquica de AP en el año por CA b= Nº total de personas fumadoras registradas en el año en AP en la CA		CCAA	Bienal
Resultados del programa de financiación de tratamientos: -Nº de tratamientos farmacológicos prescritos (financiados/no financiados) por	Nº de pacientes que inician programa de cesación con prescripción		CCAA	Bienal

nivel asistencial (por tipo de fármaco/CA/año) - BDCAP ● AP ● Hospitalaria	farmacológica financiada /Nº de pacientes que inician programa de cesación*100.			
-% de personas que utilizan tratamiento farmacológico de las incluidas en el programa de cesación tabáquica por CCAA (financiado/No financiado)	Nº de pacientes incluidos en programa de cesación con prescripción farmacológica no financiada/Nº de pacientes incluidos en programa de cesación*100.			
-% de abandonos del tratamiento (un solo tratamiento)	Nº de abandonos del tratamiento farmacológico financiado/Nº de pacientes que inician tratamiento farmacológico financiado*100. Nº de abandonos del tratamiento farmacológico no financiado/Nº de pacientes que inician tratamiento			

-% de abstinencia en los programas de intervención en tabaquismo con tratamiento farmacológico financiado/no financiado (por CA): -% de pacientes abstinentes al año	farmacológico no financiado* 100. Nº de pacientes abstinentes (año) de los que inician el programa de cesación de la CA/Nº de pacientes que inician el programa* 100. El mismo indicador para quienes inician tratamiento farmacológico financiado y no financiado.			
- Nº de CCAA con protocolos de coordinación de actuaciones entre todos los niveles asistenciales (AP, hospitalaria y farmacia comunitaria):			CCAA	Final del Plan
-Nº de actuaciones realizadas en la CA en los servicios de salud laboral para facilitar el abordaje del tabaquismo (por CA y por tipos)			CCAA	Bienal
META 3: Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica				

- Nº de denuncias recibidas (por origen) -Nº inspecciones realizadas (por origen) -Nº incumplimiento de espacios sin humo (por tipo de espacio) -Nº de sanciones tramitadas (según motivo). -Coeficiente que relacione el número de inspecciones realizadas y el nº de sanciones	Nº sanciones/ Nº inspecciones *100		CCAA	Bienal
- Nº. de intervenciones de sensibilización realizadas - Nº materiales elaborados (infografías, carteles, videos...)			MS/CCAA/MITERD	Bienal
-Nº de Campañas de sensibilización realizadas anualmente en colaboración con el MITERD, DGT (MI)			MS/CCAA/MITERD/ DGT (MI)	Bienal
-Nº de municipios adheridos a la Red Española de Ciudades Saludables y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, que realizan intervenciones/proyectos dirigidos a la prevención del tabaquismo, en el marco del Convenio del Ministerio de Sanidad y la FEMP para la potenciación de la Red Española de Ciudades Saludables y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención			MS/CCAA	Bienal
- Nº de Redes autonómicas adheridas a la Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (GNTH)			CCAA	Bienal

-Nº de centros sanitarios/espacios adheridos a la GNTH			CCAA	Bienal
-Nº de encuestas realizadas/en las que se ha incluido la consulta de opinión sobre espacios sin humo (por tipo de encuesta y población diana)			MS/CCAA	Bienal
-Nº de iniciativas propuestas a través de la FEMP/CCAA/Asociaciones/ONGs			FEMP/CCAA/Asociaciones/ONGs	Final del Plan
-Nº de actuaciones de vigilancia coordinadas por tipos			MS/ CCAA /FFCCSS	Final del Plan
-Nº de campañas de sensibilización ambiental en que se ha colaborado con otros actores del Plan			MS/MITERD/CCAA	Final del Plan
META 4: Promover la ciencia de la implementación y la monitorización en el control del tabaquismo				
-Nº de ayudas/subvenciones a proyectos de investigación orientados a la juventud y tabaquismo			INJUVE/CCAA/Delegación del gobierno para el PNSD (MS)/ISCIII(MCIU)	Bienal
-Nº de proyectos/subvenciones de investigación sobre intervenciones para dejar de fumar dirigidas a colectivos específicos			ICO	Bienal

-Nº de publicaciones/informes técnicos basados en la evidencia sobre consumo de tabaco y productos relacionados (según destinatarios)			MS/CCAA/Delegación del gobierno para el PNSD (MS)/ ISCII (MCIU)	Bienal
-Nº sesiones/jornadas de difusión: - Autonómicas - Nacionales			MS/CCAA	Bienal
-Participación en programas coordinados y patrocinados por la Comisión Europea (<i>Joint action</i>)			MS	Bienal
-Nº Proyectos de investigación sobre tabaco presentados - % de proyectos subvencionados			MS/MAPA/ INJUVE/Delegación del gobierno para el PNSD (MS)/ CCAA	Bienal
-Nº de informes-estudios-encuestas-actuaciones realizados (cultivos alternativos, cannabis, ingredientes, preferencias del mercado....) por temas			MS/CCAA/Centros de Investigación en Tabaquismo (Universidades, ICO...)/MAPA	Bienal
META 5: Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas				

-Nº de respuestas a iniciativas/preguntas parlamentarias relacionadas con la prevención del tabaquismo			MS	Bienal
-Nº de modificaciones legislativas de los EM registradas				
-Nº de reuniones en el ámbito internacional, en el marco del CMCT-OMS				
-Nº de reuniones de coordinación mantenidas: - con departamentos de la AGE - con las CCAA - con el Tercer Sector - Instituciones Penitenciarias			MS	Bienal
Nº de actuaciones para el cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT-OMS			MS/CCAA	Bienal
Nº de medidas de actuación del CMCT implementadas			MS	Bienal
- Nº de reuniones del Grupo de Responsables de Tabaquismo			MS	Bienal
-Nº de informes generados en la CSP			MS	Bienal
-Nº de encuestas internacionales en que se ha participado			MS	Bienal

-Nº de reuniones asistidas en el seno de la UE (en los grupos de política de tabaco y el grupo de expertos)			MS	Bienal
-Nº de consultas coordinadas con la UE/EEMM			MS	Bienal
-Nº de actividades internacionales (iniciativas, Congresos, workshops) en las que se ha participado/colaborado: - UE - CMCT			MS	Bienal

Evaluación y seguimiento

A fin de valorar el grado de cumplimiento del Plan y la implementación de las líneas de acción se realizará una evaluación del mismo. Esta evaluación, que será progresiva en el tiempo, monitorizará la consecución de los objetivos marcados para cada meta, mediante la valoración de los indicadores propuestos para las líneas de actuación.

La Unidad de Prevención y Control del Tabaquismo de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, realizará la evaluación recogiendo la información proporcionada por las CCAA y el resto de actores implicados, y elaborará el borrador del informe que corresponda, el cual será presentado en una reunión de coordinación a los Responsables de Tabaquismo de las CCAA para su consideración y aprobación. Posteriormente se presentará al resto de actores implicados en una reunión ad-hoc. La versión del informe aprobado, se difundirá por el MS y se publicará en su página web.

A. Valoraciones periódicas:

- **Valoración de la puesta en marcha del Plan Integral:** se realizará al finalizar el primer año tras su aprobación (2024) y se recogerá en un **informe inicial**. En él se describirán las líneas de acción que ya se han iniciado y su avance, así como los motivos de retraso de las no iniciadas. Se recogerá además la referencia a la situación de partida para cada indicador (según sea por CA o a nivel nacional), de tal forma que nos permita comparar la evolución en años sucesivos.
- **Valoración bienal:** se evaluará el cumplimiento de los objetivos del PIT mediante la valoración de los indicadores correspondientes a las acciones marcadas para realizar cada dos años (2024-2025 y 2026-2027). De esta evaluación se deriva un **informe bienal (primero y segundo)**, en cuya elaboración participarán todos los actores implicados (unidades y departamentos de la Administración General del Estado, comunidades y ciudades autónomas, FEMP y agentes del tercer sector) y que será aprobado en una reunión convocada ad-hoc.

La estructura del informe incluirá, al menos, los siguientes apartados:

1. Introducción.
2. Indicadores que se van implantando
3. Resultados de los indicadores:
 - Generales
 - De proceso
 - Resultados
4. Análisis de tendencias
5. Actuaciones no realizadas y justificación

6. Conclusiones

- **Valoración final:** Durante el primer trimestre de 2028 se elaborará un **informe final** que recoja los resultados de aquellos indicadores establecidos para el final del Plan y las tendencias del resto de indicadores bienales.

B. Evaluación global del Plan:

Durante el primer semestre del 2028 se elaborará una **Memoria final** que recoja un análisis sobre la consecución tanto del objetivo general del Plan, como de los objetivos específicos de cada meta, logrados a través de la realización de las líneas de actuación específicas.

En la memoria se han de reflejar los siguientes aspectos:

- Balance de actuaciones realizadas en los 4 ejes: eje normativo, eje sanitario, eje de protección del medio ambiente y eje de coordinación.
- Actuaciones más relevantes realizadas en las 7 estrategias (Estrategia Legislativa, Estrategia de Control, Estrategia de Comunicación, Estrategia de Formación/Capacitación, Estrategia Asistencial, Estrategia de Investigación/Evaluación y Estrategia de Coordinación/Participación), con especial incidencia en:
 - Actuaciones de prevención en el entorno educativo; para la promoción de la salud y la implantación de los programas de prevención del tabaquismo
 - Actuaciones formativas: cumplimiento de los objetivos planteados en la formación pregrado y postgrado, así como en la formación continuada de profesionales sanitarios
 - Actuaciones en el entorno sanitario:
 - inclusión en la cartera de servicios de la atención al tabaquismo (intervención en consejo breve, intervención intensiva, individual y grupal)
 - modelo de atención sanitaria aplicada a las personas fumadoras dentro del SNS, tanto en el nivel de atención primaria como a nivel hospitalario
 - protocolos de actuación comunes
 - Actuaciones realizadas en el ámbito de la investigación
 - El impacto de las estrategias de comunicación y sensibilización
- Actuaciones transversales
 - Participación de la ciudadanía
 - Equidad en las actuaciones
 - Alianzas y acuerdos que se han creado
- Conclusiones:
 - Efectividad de las actuaciones para la consecución de las metas y objetivos marcados: análisis del impacto en los patrones epidemiológicos más relevantes (prevalencia, edad de inicio, HAT y patrones de morbi/mortalidad relacionados con el tabaquismo)

- Actuaciones no realizadas. Justificación
- Fortalezas y debilidades
- Oportunidades de mejora
- Plan de futuro

- **Tabla resumen de evaluación del Plan y de los informes generados:**

Denominación del informe	Fecha de realización
Informe inicial	Diciembre 2024
Informe bienal 1 (datos 2024-2025)	Enero 2026
Informe bienal 2 (datos 2026-2027)	Enero 2028
Informe final	Primer trimestre 2028
Memoria implementación del PIT	Primer semestre 2028

Sistema de Información y fuentes de datos

La información de los indicadores que se presentan en este documento corresponde a los datos recogidos de los siguientes sistemas de información del SNS y en las siguientes encuestas:

- Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) (últimos datos del 2017): El SIAP está incluido en Plan Estadístico Nacional y la información es remitida anualmente por las CCAA y el INGESA, con un nivel de desagregación por Área de Salud. Los datos incluidos proporcionan información sobre la población asignada a los centros de atención primaria, la dotación de centros y personal y la actividad asistencial desarrollada
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Recaba anualmente información clínica normalizada sobre la atención prestada por el nivel de Atención Primaria, procedente de una amplia muestra aleatoria (en torno al 10%) de las historias clínicas de la población asignada a dicho nivel de atención y es representativa de cada CCAA
- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Ministerio de Sanidad
- Encuesta Europea de Salud en España (EESE)
- Barómetro Sanitario Nacional y Barómetro Sanitario Europeo
- Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). Delegación del Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
- Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Delegación del Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
- Estudio sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM). Delegación del Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
- Estudio: *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Ministerio de Sanidad en colaboración con la Universidad de Sevilla
- Encuestas de las comunidades, ciudades autónomas y entidades municipales
- Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana (ENSPG). Ministerio de Sanidad
- Encuesta de indicadores claves del SNS y de Patrones de Mortalidad en España. Ministerio de Sanidad
- Estadísticas Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Ministerio de Sanidad
- Información estadística sobre el Mercado de Tabacos. Resumen anual de ventas. Comisionado para el Mercado de Tabacos (CMT). Ministerio de Hacienda.

Impacto económico

El Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo destinará los recursos necesarios para el desarrollo y ejecución de las medidas que recoge conforme a las disponibilidades presupuestarias existentes.

En este documento se establecen 5 metas y 23 objetivos que conforman las bases de la política de prevención y control del tabaquismo. Para lograr estos objetivos se aborda la realización de acciones específicas y de carácter integral que se agrupan en “líneas estratégicas”, que concretarán la ejecución de las acciones. Por ello, es en estos programas donde se concretará la financiación necesaria para ello; ya que dependerá de la naturaleza y alcance de las acciones programadas. Asimismo, todas las modificaciones legislativas llevarán su impacto presupuestario en virtud de la legislación vigente.

En todo caso, la financiación de las medidas contenidas en el referido plan se atenderá a las disponibilidades presupuestarias existentes y no supondrá incremento del gasto público.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Líneas de Actuación 2019-20 en el Ámbito de la Prevención y Control del Tabaquismo
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/docs/Acuerdo_Lineas_actuacion_tabaquismo.pdf
- 2- Código Europeo contra el Cáncer
https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/Codigo_Cancer.pdf
- 3- COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL Europe's Beating Cancer Plan
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-Plan_es.pdf
- 4- Encuesta Europea de Salud en España 2020
https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
- 5- PRODUCTOS DEL TABACO Y RELACIONADOS: IMPLICACION DE SU CONSUMO EN LA SALUD PÚBLICA
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/docs/Acuerdo_Productos_Tabaco.pdf
- 6- POSICIONAMIENTO DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS EN RELACIÓN AL CONSUMO DE TABACO Y RELACIONADOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/docs/Posicionamiento_TyR_COVID19.pdf
- 7- 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
<https://www.boe.es/eli/es/l/2005/12/26/28>
- 8- Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2017/06/09/579/con>
- 9- Declaración de Madrid-2018. CNPT-ENSP <https://cnpt.es/assets/docs/noticias/20.pdf>
- 10- Declaración Fin del Tabaco (Endgame) en España 2030
<https://nofumadores.org/end-game-del-tabaco-en-espana-2030/>
- 11- WHO MPOWER <https://www.who.int/initiatives/mpower>
- 12- 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 tabaco <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/64/oj>
- 13- Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de mayo de 2003 relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco
<http://data.europa.eu/eli/dir/2003/33/2003-06-20>
- 14- 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/CE
<http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/2015-01-06>
- 15- Recomendación del Consejo, de 30 de noviembre de 2009 , sobre los entornos libres de humo
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A32009H1205%2801%29>

- 16- LIBRO VERDE Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE
https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_es.pdf
- 17- Obligaciones de Comunicación del RD 579/2017. Preguntas frecuentes
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/comunicacionRD579_2017.htm
- 18- DIRECTIVA 92/80/CEE DEL CONSEJO de 19 de octubre de 1992 relativa a la aproximación de los impuestos sobre el tabaco elaborado, excluidos los cigarrillos
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/docs/Directiva92_79.pdf y
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/docs/Directiva92_80.pdf
- 19- 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 tabaco
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2011-81317>
- 20- Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/105.pdf>
- 21- Real Decreto-ley 7/2013, de 28 de junio, de medidas urgentes de naturaleza tributaria, presupuestaria y de fomento de la investigación, el desarrollo y la innovación
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-7062>
- 22- Informe sobre la evolución de la política impositiva de las labores del tabaco y su impacto en los precios de venta al público
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/Evol_Politica_Impositiva_Tabaco.pdf
- 23- Ley 13/2022, de 7 de julio, General de la Comunicación Audiovisual.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-11311>
- 24- Resultados preliminares de la encuesta: "TABACO, OTRAS FORMAS DE CONSUMO Y CONFINAMIENTO"
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Resultados_preliminares_Encuesta_Tabaco_y_Confinamiento.pdf
- 25- TABACO, OTRAS FORMAS DE CONSUMO Y CONFINAMIENTO: Informe de resultados
https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Informe_de_los_resultados_de_la_encuesta.pdf
- 26- Rebollar Álvarez A, Nuez Vicente C, Lozano Polo A, Pérez Ríos M, Pola Ferrández E, Furió Martínez AM, Monteagudo Piqueras O, Dalmau González-Gallarza R, Doncel Barrera J, Justo Gil S, Rey Brandariz J, González Carreño C, Gómez-Chacón Galán C. Consumo de tabaco en España durante el estado de alarma por COVID-19: resultados de una evaluación a través de redes sociales [Tobacco use in Spain during COVID-19 lockdown: an evaluation through social media.]. Rev Esp Salud Publica. 2021 Mar 16
https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202103049.pdf
- 27- Thun M, Peto R, Boreham J, et al Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. Tobacco Control 2012;21:96-101. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/96>
- 28- Encuesta Europea de Salud en España 2020
https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
- 29- Libro Blanco sobre Mujeres y Tabaco <https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/LibroBlancoMujeresTabaco-comp.pdf>
- 30- Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, Sureda X, Martínez C, Fu M, García Continente X, Carretero Ares JL, Galán I. Smoking-Attributable Mortality

- in Spain in 2016. Arch Bronconeumol. 2020 Feb 22 <https://www.archbronconeumol.org/es-mortalidad-atribuible-al-consumo-tabaco-articulo-S0300289619305964>
- 31- MANUAL DE LA OMS SOBRE EL RADÓN EN INTERIORES UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241547673>
 - 32- Concepts and principles for tackling social inequities in health: https://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf
 - 33- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/ESTRATEGIA_E_N_CANCER_DEL_SNS.pdf
 - 34- Abordaje del tabaquismo desde atención primaria <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/atencionPrimaria.htm>
 - 35- Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5(5):CD001837. Published 2012 May 16: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22592676/>
 - 36- Ozbay N, Shevorykin A, Smith P, Sheffer CE. The association between gender roles and smoking initiation among women and adolescent girls. J Gend Stud. 2020;29(6):664-684. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33414576/>
 - 37- Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Téllez-Plaza M, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, et al. (2020) Social inequalities in tobacco-attributable mortality in Spain. The intersection between age, sex and educational level. PLoS ONE 15(9) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7521746/>
 - 38- Encuesta Nacional de Salud a la Población Gitana 2014 <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/comunidadGitana/encuestasNacionales/docs/ENS2014PG.pdf>
 - 39- Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2005–2013. Morbidity and Mortality Weekly Report 2014;63(47):1108-12 <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6347a4.htm>
 - 40- Granda-Orive JI, Pascual-Lledó JF, Asensio-Sánchez S, Solano-Reina S, García-Rueda M, Martínez-Muñiz MÁ, Lázaro-Asegurado L, Bujulbasichg D, Pendino R, Luhning S, Cienfuegos-Agustín I, Jiménez-Ruiz CA. Should tobacco interventions be different in men and women? *Pulmonology* 2019; 25: 55-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30470635/>
 - 41- Bastian LA, Owens SS, Kim H, Barnett LR, Siegler IC. Cigarette smoking in veteran women: the impact of job strain. *Womens' Health Issues*. 2001 Mar-Apr;11(2):103-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11275513/>
 - 42- Institut Català d'Oncologia- Centro Colaborador de la OMS para el Control del Tabaco <https://www.icoprevencio.cat/uct/es/centre-col%2b7laborador-de-loms-per-al-control-del-tabac/>
 - 43- Institut Català d'Oncologia- Proyectos <https://www.icoprevencio.cat/uct/es/proyectos/>
 - 44- Documento Básico HS Salubridad <https://www.codigotecnico.org/pdf/Documentos/HS/DBHS.pdf>
 - 45- Braun M, Klingelhöfer D, Oremek GM, Quarcoo D, Groneberg DA. Influence of Second-Hand Smoke and Prenatal Tobacco Smoke Exposure on Biomarkers, Genetics and Physiological Processes in Children-An Overview in Research Insights of the Last Few Years. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 5;17(9):3212 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32380770/>
 - 46- Jacob P 3rd, Benowitz NL, Destailats H, et al. Thirdhand Smoke: New Evidence, Challenges, and Future Directions. *Chem Res Toxicol*. 2017;30(1):270-294. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5501723/>

- 47- Díez-Izquierdo, A., Cassanello, P., Cartanyà, A. et al. Knowledge and attitudes toward thirdhand smoke among parents with children under 3 years in Spain. *Pediatr Res* 84, 645–649 (2018). <https://www.nature.com/articles/s41390-018-0153-2>
- 48- LA PREVENCIÓN AMBIENTAL EN EL CONSUMO DE DROGAS ¿Qué medidas podemos aplicar? Elisardo Becoña Iglesias UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. PNSD https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_PrevencionAmbientaldrogas.pdf
- 48bis- Harlow AF, Stokes AC, Brooks DR, Benjamin EJ, Barrington-Trimis JL, Ross CS. e-Cigarette Use and Combustible Cigarette Smoking Initiation Among Youth: Accounting for Time-Varying Exposure and Time-Dependent Confounding. *Epidemiology*. 2022 Jul 1;33(4):523-532. doi: 10.1097/EDE.0000000000001491. Epub 2022 Mar 29. PMID: 35394965; PMCID: PMC9156560. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9156560/#:~:text=Among%209%2C584%20youth%20at%20baseline,dependent%20confounding%20and%20selection%20bias>)
- 49- Ariadna Feliu, Marcela Fu, Marta Russo, Cristina Martinez, Xisca Sureda, Maria José López, Núria Cortés, Esteve Fernández, Exposure to second-hand tobacco smoke in waterpipe cafés in Barcelona, Spain: An assessment of airborne nicotine and PM2.5. *Environmental Research*, Volume 184,2020 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179267/>
- 50- Encuesta sobre sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES 2023. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
- 51- Lafaye G, Karila L, Blecha L, Benyamina A. Cannabis, cannabinoids, and health. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Sep;19(3):309-316. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.3/glafaye. PMID: 29302228; PMCID: PMC5741114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29302228/>
- 52- Scocard A, Benyamina A, Coscas S, Karila L. Cannabinoïdes de synthèse : une nouvelle matrice des addictions [Synthetic cannabinoids: A new addiction matrix]. *Presse Med*. 2017;46(1):11-22 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28063756/>
- 53- Proyecto ÉVICT <https://evictproject.org/>
- 54- Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
- 55- López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Fernández E. Mortality Attributable to Secondhand Smoke Exposure in Spain (2011). *Nicotine Tob Res*. 2016 May;18(5):1307-10. doi: 10.1093/ntr/ntv130. Epub 2015 Jun 16. PMID: 26079574 [Mortality Attributable to Secondhand Smoke Exposure in Spain \(2011\) - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26079574/)
- 56- Día Mundial Sin Tabaco 2017: vencemos al tabaco en favor de la salud, la prosperidad, el medio ambiente y el desarrollo de los países. 30 de mayo de 2017 Comunicado de prensa Ginebra <https://www.who.int/es/news-room/detail/30-05-2017-world-no-tobacco-day-2017-beating-tobacco-for-health-prosperity-the-environment-and-national-development>
- 57- Tobacco Fact Sheets. Ficha de Datos y cifras sobre tabaco <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- 58- Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2019 <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-PND-2019.5>
- 59- Tobacco and its environmental impact: an overview. ISBN: 978-92-4-151249-7. Fecha de publicación: 2017 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512497>
- 60- Valiente R, Escobar F, Pearce J, Bilal U, Franco M, Sureda X. Estimating and mapping cigarette butt littering in urban environments: A GIS approach. *Environ Res*. 2020 Apr;183:109142 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32004828/>

- 61- Lecours N, Almeida GE, Abdallah JM, Novotny TE. Environmental health impacts of tobacco farming: a review of the literature. *Tob Control*. 2012 Mar;21(2):191-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22345244/>
- 62- Roberto Valiente, Francisco Escobar, Jamie Pearce, Usama Bilal, Manuel Franco, Xisca Sureda. Mapping the visibility of smokers across a large capital city. *Environmental Research*, Volume 180, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31706598/>
- 63- Directiva (UE) 2019/904 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de junio de 2019, relativa a la reducción del impacto de determinados productos de plástico en el medio ambiente https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2019.155.01.0001.01.SPA&toc=OJ%3AL%3A2019%3A155%3ATOC
- 64- Jornada sobre Tabaco y relacionados: nuevos retos, la misma amenaza. GALICIA: “Iniciativa Playas sin humo”. Ponente: Andrés Paz-Ares. Director Xeral de Saúde Pública <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/eventosJornadas/nuevosRetos.htm>
- 65- Campaña: Que todas las playas sean espacios libres de humo de tabaco. Nofumadores.org <https://nofumadores.org/campana-que-todas-las-playas-sean-espacios-libres-de-humo-de-tabaco/>
- 66- Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT); Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión); Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR) et al. Fumar en tiempos del COVID-19. Documento de posición. Comunicado a los profesionales de salud. *Prev Tab* 2020; 22:11-14 <https://suneumo.org/actividades-centrales/fumar-en-tiempos-de-covid-19-documento-de-posicion>
- 67- Maher EE, Overby PF, Bull AH, Beckmann JS, Leyrer-Jackson JM, Koebele SV, Bimonte-Nelson HA, Gipson CD. Natural and synthetic estrogens specifically alter nicotine demand and cue-induced nicotine seeking in female rats. *Neuropharmacology*. 2021 Oct 15;198:108756. doi: 10.1016/j.neuropharm.2021.108756. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34416269; PMCID: PMC8484059. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416269/>
- 68- Allen AM, Allen SS, Lunos S, Pomerleau CS. Severity of withdrawal symptomatology in follicular versus luteal quitters: The combined effects of menstrual phase and withdrawal on smoking cessation outcome. *Addict Behav*. 2010 Jun;35(6):549-52. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.01.003. Epub 2010 Jan 29. PMID: 20167436; PMCID: PMC2862643. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20167436/>
- 69- Banks, E., Yazidjoglou, A., Brown, S., Nguyen, M., Martin, M., Beckwith, K., Daluwatta, A., Campbell, S. and Joshy, G. (2023), Electronic cigarettes and health outcomes: umbrella and systematic review of the global evidence. *Med J Aust*, 218: 267-275. <https://doi.org/10.5694/mja2.51890> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja2.51890#:~:text=There%20is%20conclusive%20evidence%20that,cigarettes%20can%20cause%20dependence%20or>

BIBLIOGRAFÍA SOBRE HUMO AMBIENTAL

Evidencias fisiológicas

Mariano LC, Warnakulasuriya S, Straif K, et al Secondhand smoke exposure and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis Tobacco Control Published Online First: 26 April 2021 <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2021/05/13/tobaccocontrol-2020-056393>

Besaratinia, A., & Pfeifer, G. P. (2008). Second-hand smoke and human lung cancer. *The lancet oncology*, 9(7), 657-666. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2740739/>

Keogan, S., Alonso, T., Sunday, S., Tigova, O., Fernández, E., López, M. J., ... & TackSHS Project Investigators (all listed in Appendix). (2021). Lung function changes in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma exposed to secondhand smoke in outdoor areas. *Journal of Asthma*, 58(9), 1169-1175. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32441557/>

Han, C., Lu, Y., Cheng, H., Wang, C., & Chan, P. (2020). The impact of long-term exposure to ambient air pollution and second-hand smoke on the onset of Parkinson disease: a review and meta-analysis. *Public health*, 179, 100-110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31770719/>

Liu, B., Song, L., Zhang, L., Wu, M., Wang, L., Cao, Z., ... & Wang, Y. (2020). Prenatal second-hand smoke exposure and newborn telomere length. *Pediatric research*, 87(6), 1081-1085. <https://www.nature.com/articles/s41390-019-0594-2>

Yuan, H., Wong, L. S., Bhattacharya, M., Ma, C., Zafarani, M., Yao, M., ... & Martins-Green, M. (2007). The effects of second-hand smoke on biological processes important in atherogenesis. *BMC cardiovascular disorders*, 7(1), 1-16. <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2261-7-1>

Wong, L. S., Green, H. M., Feugate, J. E., Yadav, M., Nothnagel, E. A., & Martins-Green, M. (2004). Effects of "second-hand" smoke on structure and function of fibroblasts, cells that are critical for tissue repair and remodeling. *BMC cell biology*, 5(1), 1-14. <https://bmcmolcellbiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2121-5-13>

Norbäck, D., Lu, C., Zhang, Y., Li, B., Zhao, Z., Huang, C., ... & Deng, Q. (2019). Sources of indoor particulate matter (PM) and outdoor air pollution in China in relation to asthma, wheeze, rhinitis and eczema among pre-school children: Synergistic effects between antibiotics use and PM10 and second hand smoke. *Environment international*, 125, 252-260. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30731375/>

Assari, S., & Bazargan, M. (2019). Second-hand smoke exposure at home in the United States; minorities' diminished returns. *International journal of travel medicine and global health*, 7(4), 135. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32195278/>

Tsai, J., Homa, D. M., Gentzke, A. S., Mahoney, M., Sharapova, S. R., Sosnoff, C. S., ... & Trivers, K. F. (2018). Exposure to secondhand smoke among nonsmokers—United States, 1988–

2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(48), 1342.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6329485/>

Lu, L., Johnman, C., McGlynn, L., Mackay, D. F., Shiels, P. G., & Pell, J. P. (2017). Association between exposure to second-hand smoke and telomere length: cross-sectional study of 1303 non-smokers. *International journal of epidemiology*, 46(6), 1978-1984.
<https://academic.oup.com/ije/article/46/6/1978/4430998?login=true>

Hori, M., Tanaka, H., Wakai, K., Sasazuki, S., & Katanoda, K. (2016). Secondhand smoke exposure and risk of lung cancer in Japan: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies. *Japanese journal of clinical oncology*, 46(10), 942-951.
<https://academic.oup.com/jjco/article/46/10/942/2388060?login=true>

Mortalidad atribuible

Carreras, G., Lachi, A., Cortini, B., Gallus, S., López, M. J., Lopez-Nicolas, A., ... & Castillo, E. G. (2021). Burden of disease from second-hand tobacco smoke exposure at home among adults from European Union countries in 2017: an analysis using a review of recent meta-analyses. *Preventive medicine*, 145, 106412. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33388324/>

Carreras, G., Lachi, A., Cortini, B., Gallus, S., López, M. J., López-Nicolás, Á., ... & Gorini, G. (2021). Burden of disease from exposure to secondhand smoke in children in Europe. *Pediatric research*, 90(1), 216-222.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33149260/#:~:text=In%202017%2C%20the%20number%20of,pregnancy%20showed%20the%20largest%20burden>

Carreras, G., Lugo, A., Gallus, S., Cortini, B., Fernández, E., López, M. J., ... & Perez, P. (2019). Burden of disease attributable to second-hand smoke exposure: a systematic review. *Preventive medicine*, 129, 105833. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31505203/>

Becher, H., Belau, M., Winkler, V., & Aigner, A. (2018). Estimating lung cancer mortality attributable to second hand smoke exposure in Germany. *International journal of public health*, 63(3), 367-375. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-017-1022-1>

Exposición relacionada con el marco legislativo

Laverty, A. A., Hone, T., Vamos, E. P., Anyanwu, P. E., Taylor-Robinson, D., de Vocht, F., ... & Hopkinson, N. S. (2020). Impact of banning smoking in cars with children on exposure to second-hand smoke: a natural experiment in England and Scotland. *Thorax*, 75(4), 345-347.
<https://thorax.bmj.com/content/75/4/345.abstract>

Schiavone, S., Anderson, C., Mons, U., & Winkler, V. (2022). Prevalence of second-hand tobacco smoke in relation to smoke-free legislation in the European Union. *Preventive medicine*, 154, 106868. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34740674/>

Demou, E., Dobson, R., Sweeting, H., Brown, A., Sidwell, S., O'Donnell, R., ... & Semple, S. (2020). From smoking-permitted to smokefree prisons: a 3-year evaluation of the changes in occupational exposure to second-hand smoke across a national prison system. *Annals of work exposures and health*, 64(9), 959-969. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32756912/>

Critselis, E., Panagiotakos, D. B., Georgousopoulou, E. N., Katsaounou, P., Chrysoshoou, C., Pitsavos, C., & ATTICA Study Group. (2019). Exposure to second hand smoke and 10-year (2002–2012) incidence of cardiovascular disease in never smokers: the ATTICA cohort

study. *International journal of cardiology*, 295, 29-35
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31375335/>

Filippidis, F. T., Agaku, I. T., Girvalaki, C., Jiménez-Ruiz, C., Ward, B., Gratziou, C., ... & Tobacco Control Committee of the European Respiratory Society. (2016). Relationship of secondhand smoke exposure with sociodemographic factors and smoke-free legislation in the European Union. *The European Journal of Public Health*, 26(2), 344-349.
<https://academic.oup.com/eurpub/article/26/2/344/2570385?login=true>

Faber, T., Been, J. V., Reiss, I. K., Mackenbach, J. P., & Sheikh, A. (2016). Smoke-free legislation and child health. *NPJ primary care respiratory medicine*, 26(1), 1-8.
<https://www.nature.com/articles/npjpcrm201667>

Trabajos enfocados en España

Fernández, E., Fu, M., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Sureda, X., & López, M. J. (2017). Changes in secondhand smoke exposure after smoke-free legislation (Spain, 2006–2011). *Nicotine & Tobacco Research*, 19(11), 1390-1394. <https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/19/11/1390/3051686>

Fernández, E., Fu, M., Pascual, J. A., López, M. J., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., ... & Spanish Smoking Law Evaluation Group. (2009). Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS one*, 4(1), e4244. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004244>

López, M. J., Arechavala, T., Continente, X., Schiaffino, A., Pérez-Ríos, M., & Fernández, E. (2018). Social inequalities in secondhand smoke exposure in children in Spain. *Tobacco induced diseases*, 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659558/>

Sureda, X., Fernández, E., Martínez-Sánchez, J. M., Fu, M., López, M. J., Martínez, C., & Saltó, E. (2015). Secondhand smoke in outdoor settings: smokers' consumption, non-smokers' perceptions, and attitudes towards smoke-free legislation in Spain. *BMJ open*, 5(4), e007554. <https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e007554.short>

Humo de tercera mano

Acuff, L., Fristoe, K., Hamblen, J., Smith, M., & Chen, J. (2016). Third-hand smoke: old smoke, new concerns. *Journal of community health*, 41(3), 680-687. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-015-0114-1>

Cigarrillos electrónicos y Tabaco calentado

Fried ND, Gardner JD. Heat-not-burn tobacco products: an emerging threat to cardiovascular health. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2020;319(6)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7792702/>

Kopa, P. N., & Pawliczak, R. (2020). IQOS—a heat-not-burn (HnB) tobacco product—chemical composition and possible impact on oxidative stress and inflammatory response. A systematic review. *Toxicology mechanisms and methods*, 30(2), 81-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31532297/>

Sleiman, M., Logue, J. M., Montesinos, V. N., Russell, M. L., Litter, M. I., Gundel, L. A., & Destailats, H. (2016). Emissions from electronic cigarettes: key parameters affecting the release

of harmful chemicals. *Environmental science & technology*, 50(17), 9644-9651.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27461870/>

Haddad, C., Salman, R., El-Hellani, A., Talih, S., Shihadeh, A., & Saliba, N. A. (2019). Reactive oxygen species emissions from supra-and sub-ohm electronic cigarettes. *Journal of analytical toxicology*, 43(1), 45-50. <https://academic.oup.com/jat/article/43/1/45/5091392?login=true>

Ruprecht, A. A., De Marco, C., Saffari, A., Pozzi, P., Mazza, R., Veronese, C., ... & Boffi, R. (2017). Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, heat-not-burn tobacco products, and conventional cigarettes. *Aerosol science and technology*, 51(6), 674-684.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02786826.2017.1300231>

Banks, E., Yazidjoglou, A., Brown, S., Nguyen, M., Martin, M., Beckwith, K., Daluwatta, A., Campbell, S. and Joshy, G. (2023), Electronic cigarettes and health outcomes: umbrella and systematic review of the global evidence. *Med J Aust*, 218: 267-275.
<https://doi.org/10.5694/mja2.51890>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja2.51890#:~:text=There%20is%20conclusive%20evidence%20that,cigarettes%20can%20cause%20dependence%20or>

LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

- Fig.1 Edad de inicio en el consumo (Fuente: ESTUDES, 2023)
- Fig.2 Productos de tabaco preferentemente consumidos (Fuente: *Eurobarómetro europeo*, 2021)
- Fig.3 Comparativa de la evolución de la cuota de mercado de labores de tabaco (Fuente: Datos publicados por el Comisionado para el Mercado de Tabaco años 1999-2023)
- Fig.4 Prevalencia del consumo de tabaco diario en España (Fuente: EESE 2020)
- Fig.5 Prevalencia del consumo de tabaco en España por tramos de edad (Fuente: ENSE 2020)
- Fig.6 Prevalencia del consumo diario de tabaco en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: ESTUDES 2023)
- Fig.7 Consumo dual tabaco-cannabis en estudiantes de Enseñanzas medias entre 14-18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2023)
- Fig.8 Consumo de pipas de agua alguna vez en la vida en estudiantes (Fuente: ESTUDES 2023)
- Fig.9 Prevalencia del consumo alguna vez de e.cigs en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2023)
- Fig.10 Prevalencia consumo e.cigs alguna vez en la vida en tramo de edad de 15-64 años (Fuente: Datos de EDADES 2022)
- Fig.11 Prevalencia del consumo de tabaco en España por sexo y por clase social (Fuente: Datos de EESE 2020)
- Fig.12 Porcentaje de exfumadores/as (Fuente: Datos de EESE 2020)
- Fig.13 Exposición a HAT en función del género (Fuente: EESE 2020)
- Fig.14 Exposición a HAT en función de la clase social (Fuente: Datos de EESE 2020)
- Fig. 15 Muertes atribuibles al consumo de tabaco (Fuente: Grupo de trabajo tabaquismo Sociedad Española de Epidemiología 2020)
- Fig.16 Porcentaje de personas que creen que fumar un paquete al día genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de EDADES 2022)
- Fig.17 Porcentaje de estudiantes 14-18 años que creen que consumir e.cigs esporádicamente genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de ESTUDES 2023)

ENLACES DE INTERÉS

Páginas web con información sobre tabaquismo:

INTERNACIONALES:

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT):

<https://fctc.who.int/publications/i/item/9241591013>

Organización Mundial de la Salud (WHO-OMS) (tabaco):

https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

Organización Panamericana de Salud (OPS) (tabaco):

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-control-tabaco>

Comisión Europea (tabaco): https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_es

Smoking Tobacco Use - Centers for Disease Control and Prevention (CDC):

<https://www.cdc.gov/tobacco/>

Action on Smoking and Health (ASH): <https://ash.org.uk/home/>

NACIONALES:

WEB Ministerio de Sanidad (Tabaco):

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/home.htm>

Web Estilos de vida Saludables (Prevención del tabaquismo):

<https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/tabaco/home.htm>

PÁGINAS WEB DE LAS CCAA:

Andalucía:

Portal web Mi guía de salud (tabaco):

<https://www.miguiaodesalud.es/es/prevencion-deshabituacion-tabaquica?category=5>

Plataforma Plan Integral de tabaquismo de Andalucía: <https://www.redpita.es/>

Portal web Promoción de la salud en el lugar de trabajo (tabaco):

<https://www.centrosdetrabajosaludables.es/tabaquismo/>

Portal web Consejería de salud (tabaco):

<https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/consejos/tabaquismo.html>

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/tabaquismo.html>

Aragón:

Gobierno de Aragón (tabaco): <https://www.aragon.es/-/tabaco>

Blog de Aragón Sin Humo: [Aragón Sin Humo \(aragonsinhumo.blogspot.com\)](http://aragonsinhumo.blogspot.com)

Asturias:

La información sobre tabaco y tabaquismo está situada en la página Web de la Consejería de Salud del Principado de Asturias (astursalud). Está dividida en información para profesionales y para la ciudadanía.

Para Profesionales: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/tabaco-y-tabaquismo>

Para la ciudadanía: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/tabaco-y-tabakis-2>

Baleares:

<http://tabaquismo.caib.es>

Cantabria:

<https://saludcantabria.es/index.php?page=tabaco-y-productos-relacionados>

Castilla la Mancha:

Plan Respira: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/cuida-tu-salud/deshabitucion-tabaquica/promocion-salud>

Castilla y León:

Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades:

<https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/informacion-materia-tabaco.html>

Asistencia: <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/guias-practicas.html>

Prevención: aquí están todos los programas que abordan desde un punto de vista preventivo el tabaco y otras drogas. Es relevante la información en el apartado “Información sobre drogas para familias y adolescentes”

<https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/prevencion-informacion.html>

<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Normativa/138104110344/Redaccion>

Consejería de Sanidad, Portal Salud Castilla y León:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/alcohol-tabaco-drogas>

<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/en/estrategias-programas/tabaquismo>

Cataluña:

https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/tabac/index.html

Ceuta:

<https://www.ceuta.es/ceuta/plan-integral-tabaquismo/49-paginas/paginas/sanidad-y-consumo/index.php>

<https://adicciones.ceuta.es>

Comunidad Valenciana

[Dirección General de Salud Pública \(gva.es\)](http://www.gva.es/direccion-general-de-salud-publica)

Extremadura:

<https://saludextremadura.ses.es/web/tabaquismo>

La Rioja:

<https://www.infodrogas.org/tabaco>

Madrid:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tabaquismo-prevencion-control>

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tabaquismo-tratamiento>

Murcia:

Web de tabaquismo de la Consejería de Salud de la Región de Murcia:

<https://www.murciasalud.es/web/servicio-de-promocion-y-eps/programa-informacion-tabaquismo>

Escuela de Salud de la Región de Murcia:

<https://www.escueladesaludmurcia.es/escuelasalud/mantenersalud/tabaco.jsf>

Navarra:

Este es el enlace sobre tabaquismo de la página web que tenemos en el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra:

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Prevencion+del+Consumo+de+Tabaco/

País Vasco:

Osakidetza - Osasun Eskola (Escuela de Salud): <https://www.osakidetza.euskadi.eus/cuidad-salud/-/prevencion-del-tabaquismo/>

Departamento de salud del País Vasco: <https://www.euskadi.eus/informacion/vive-sin-tabaco/web01-a3tabaco/es/>

ANEXO I: Tabla Resumen Metas/Estrategias/Líneas de Actuación/Indicadores: Tipos, Periodicidad/Actores implicados

PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO (PIT) 2024-2027					
INDICADORES					
Meta	Tipo de Estrategia	Líneas de Actuación	Descripción	Centro Directivo responsable	Tipo/Periodicidad
META 1: PREVENIR EL INICIO DE CONSUMO DE TABACO Y PRODUCTOS RELACIONADOS	ESTRATEGIA LEGISLATIVA	Avanzar en la equiparación por ley de la publicidad, promoción y patrocinio de productos relacionados y nuevos productos a la existente para productos del tabaco	Descripción de las modificaciones legislativas realizadas (Por MS/CCAA)	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Proceso / Bienal
		Regular la venta y el consumo de productos relacionados con el tabaco (con y sin nicotina) avanzando en la equiparación de la legislación para productos del tabaco			
		Revisar la cuantía de las sanciones			
		Modificar el Real Decreto 579/2017 para introducir: - Prohibición de aditivos que confieren aromas en tabaco y en productos relacionados (en línea con lo que se acuerde por la UE)			

	ESTRATEGIA DE CONTROL	Incrementar inspección y actividades de seguimiento para el cumplimiento de la legislación en relación al tabaco, cannabis y los productos relacionados con el tabaco	Grado de cumplimiento de la legislación vigente: -Nº de denuncias -Nº Inspecciones realizadas -Nº de inspecciones con alguna infracción/nº total de inspecciones -Categoría de las infracciones: (% por gravedad/motivo)	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Resultados / Bienal
		Elaborar e implementar un Plan anual de Verificación y Control de acuerdo al Plan Sectorial para la vigilancia del mercado de productos del tabaco y otros productos relacionados En dicho Plan elaborado anualmente por el MS se recogen los procedimientos de muestreo e inspección homogéneos	Informe sobre el grado de cumplimiento de los productos del mercado (analítico y etiquetado)	Ministerios de Sanidad y Centro de Investigación y Control de Calidad (CICC)	Indicador de Proceso / Bienal

		Control y seguimiento del consumo y de la venta, tanto directa como online, a menores de productos de tabaco y relacionados	Informe sobre actuaciones del CMT en relación a infracciones en la comercialización (Comisionado para el Mercado de Tabacos)	Ministerio de Sanidad	
		Control y seguimiento de la publicidad encubierta y de la promoción en redes sociales y plataformas		Ministerio de Sanidad y CCAA	
		Promover que los contenidos audiovisuales que incluyan el uso de productos del tabaco o relacionados incluyan advertencias de su consumo	Informe sobre actuaciones en publicidad encubierta y promoción en redes sociales y plataformas	Ministerio de Sanidad, CCAA y ONGs	
		Control y seguimiento de la publicidad encubierta y de la promoción en redes sociales y plataformas	Informe sobre actuaciones en publicidad encubierta y promoción en redes sociales y plataformas	Ministerio de Sanidad, CCAA y ONGs	
		Incluir en la plantilla de denuncia un apartado para poder denunciar publicidad encubierta o promoción en las redes sociales	Se ha modificado la plantilla de denuncias: SI/NO	Ministerio de Sanidad y CCAA	
		Actuaciones de control aduanero de venta de productos ilegales o falsificados.	Informe sobre la venta de productos ilegales o falsificados	Ministerio de Hacienda (Aduanas)	
	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	Realizar campañas con el objetivo de desnormalizar el consumo de tabaco y sus productos relacionados	Nº de campañas de sensibilización realizadas por el Ministerio de Sanidad/ CCAA por año y enfoque	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Resultados / Bienal
		Campañas de sensibilización dirigidas a jóvenes con enfoque de género y equidad (nivel socioeconómico, etnia, etc.)			
		Campañas informativas orientadas a conseguir una generación libre de humo (en el curso de la vida y dirigidas a diferentes colectivos claves)	Descripción de las campañas		

	ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN	En etapas tempranas (infantil y primer ciclo de primaria), impulsar programas de promoción de la salud en entornos escolares, basados en la educación para la salud sobre estilos de vida saludable, dentro del trabajo coordinado con el Ministerio de Educación y Formación Profesional	Nº /% de centros educativos que desarrollan programas estructurados de prevención universal de conductas adictivas que incluyan el tabaco. Nº de docentes que participan por nivel educativo y por CA Nº /% de alumnado participantes por nivel educativo (EP, ESO, Bachiller, FP) y por CA	CCAA	Indicador de Resultados / Bienal
		En las otras etapas de escolarización (resto de educación primaria, educación obligatoria, bachillerato y algunos tramos de formación profesional) potenciar la implantación generalizada de programas integrales de prevención sobre adicciones basados en criterios de calidad, fomentando la evaluación de su efectividad, para ser promovidos			
		Promover los centros laborales saludables mediante mediante estrategias de promoción de la salud basadas en la educación para la salud sobre estilos de vida saludables	Nº de cursos de formación realizados y colectivos a los que van dirigidos	Ministerio de Sanidad y CCAA	
		Difundir y promover aquellas intervenciones destacadas dentro de programas eficaces (evaluados por el Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras Adicciones- BBPP Adicciones) en el entorno escolar, familiar, laboral y comunitario en general			
		Potenciar la formación en tabaquismo de docentes y profesionales socio sanitarios que trabajan con menores			

		Organizar cursos de formación dirigidos a colectivos específicos los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sobre la importancia de las medidas de control para lograr una generación sin humo			
		Realizar cursos de formación dirigida a colectivos de interés (periodistas, agentes de salud...)			
	ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN/EVALUACIÓN	Realizar estudios que permitan conocer los diferentes factores (de riesgo/protección) que conducen a la juventud a la adicción a la nicotina/cannabis, incluyendo el enfoque de género y equidad	Nº de estudios en los que se ha participado Nº artículos en los que se ha participado Nº encuestas en los que se ha participado	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, como parte de la responsabilidad del MSy CCAA	Indicador de Resultados / Bienal
		Revisión de la evidencia científica sobre: -La motivación y causas de inicio de consumo en los/las adolescentes, en las nuevas formas de consumo (cigarrillos electrónicos) con perspectiva de género y equidad -Los patrones de uso, preferencias de los diferentes productos y sus motivaciones	Nº de estudios revisados		

	ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN/PARTICIPACIÓN	Incrementar la coordinación de inspecciones y actividades de seguimiento para el cumplimiento de la Ley 28/2005 y del RD 579/2017: DGSPyES, CCAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado	Informe de actividades coordinadas realizadas para el cumplimiento de la ley 28/2005	Ministerio de Sanidad, CCAA y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado	Indicador de Proceso / Al final del plan
		Garantizar el cumplimiento de la legislación sobre la venta a menores de productos del tabaco y relacionados y su consumo, contando con la participación de los sectores implicados: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030; Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado			
		Participar en la formación a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado	Nº de cursos de formación en que se ha participado	Ministerio de Sanidad	Indicador de Resultados / Bienal
		Seguimiento y actuaciones ante posibles interferencias de la industria para asegurar el cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT	Nº de actuaciones frente a interferencias de la industria	Ministerio de Sanidad, CCAA, Sociedades Científicas y ONGs	
		Supervisar la implementación del Convenio Marco de la OMS y del Protocolo del Comercio Ilícito de Productos del Tabaco en España	Informe	Ministerio de Sanidad	Indicador de Proceso / Al final del plan
		Coordinar actuaciones en el entorno local	Nº de actuaciones/iniciativas/programas de prevención coordinados con las entidades locales y por ámbito de actuación	CCAA	Indicador de Resultados / Al final del plan

		Establecer Convenios de colaboración y proyectos subvencionados con sociedades científicas y ONGs	Se ha establecido Convenios de Colaboración: SI/NO	Ministerio de Sanidad	Indicador de Proceso / Al final del plan
		Impulsar la coordinación con los programas de promoción de la salud que promueven un estilo de vida libre de humo, en los diferentes ámbitos comunitarios: local, laboral, educativo y sanitario	Se ha impulsado la coordinación: SI/NO	Ministerio de Sanidad	
META 2: FOMENTAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO Y FACILITAR LA AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR	ESTRATEGIA LEGISLATIVA	Incluir en la cartera básica común de servicios del SNS la intervención en tabaquismo en el ámbito hospitalario	Se ha incluido en la cartera básica común de servicios del SNS la intervención en tabaquismo en el ámbito hospitalario: SI/NO	Ministerio de Sanidad	Indicador de Proceso / Bial
		Modificar los criterios de inclusión de las personas fumadoras en el Programa de cesación del tabaquismo con fármacos financiados	Se han modificado los criterios: SI/NO	Ministerio de Sanidad	
		Proponer la incorporación a las prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud, de aquellos medicamentos que, atendiendo a la evidencia científica y eficiencia económica, son adecuados para el tratamiento de la adicción al tabaco	Se han incorporado nuevos fármacos financiados en la Cartera Básica Común de Servicios del SNS: SI/NO	Ministerio de Sanidad	
	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	Difundir material informativo de ayuda para dejar de fumar, especialmente en colectivos vulnerables y grupos de interés	Número de materiales editados de ayuda a la cesación dirigidos a población general: MS/CCAA Número de materiales editados de ayuda a la cesación dirigidos a colectivos vulnerables/grupos de interés identificados: MS/CCA	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Resultado / Bial

		Campañas destinadas a promover la cesación o abandono del tabaco (en el curso de la vida)	Nº de campañas de sensibilización realizadas por el Ministerio de Sanidad/CCAA Población y colectivos a los que se dirigen las campañas Medios de difusión utilizados	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Proceso / Bienal
	ESTRATEGIA EDUCATIVA / FORMATIVA	Proporcionar formación continuada acreditada en abordaje del tabaquismo para profesionales de la salud	Nº de profesionales de ciencias de la salud que han participado en actividades de formación acreditada en materia de cesación tabáquica : -Por colectivo -Nivel de intervención: .AP .Hospitalaria -Tipo de intervención . Breve . Intensiva	CCAA	Indicador de Resultado / Bienal
	ESTRATEGIA ASISTENCIAL	Diseñar un protocolo con estándares homogéneos en la intervención en tabaquismo en las CCAA a todos los niveles asistenciales.	Se ha elaborado el Protocolo de intervención en tabaquismo: SI/NO	MS	Indicador de Proceso / Bienal

		Implantar, normalizar y extender en la Historia Clínica a todos los niveles asistenciales el registro sobre consumo de tabaco y productos relacionados, utilizando la codificación sobre tabaquismo existente en el CIE-10	Nº de CCAA con registros sistemáticos en la HC y que reportan datos de: personas fumadoras/consumidoras de e-cigs, exfumadores y no fumadores a BDCAP (CCAA)	CCAA	Indicador de Proceso / Bienal
		Elaborar actuaciones específicas dirigidas a poblaciones de especial interés: - periodo de embarazo/postparto y adolescencia - personas con patologías ocasionadas por el tabaco, - personas con trastorno mental. - Colectivo LGTBI - Etnia gitana - Colectivos socioeconómicamente desfavorecidos - Profesionales sanitarios y educadores	Nº de actuaciones realizadas con personas fumadoras con trastorno mental Nº de actuaciones específicas para cada grupo/ colectivo de especial interés		Indicador de Resultado / Bienal
		Implementar nuevas estrategias de ayuda no presenciales (Quitlines, App, herramientas informáticas...)	Se ha implementado alguna herramienta no presencial: SI/NO		Indicador de Resultado / Bienal
		Habilitar los medios para facilitar la disponibilidad de los tratamientos farmacológicos de probada evidencia que, en el ámbito de sus competencias, hayan sido determinados por el Ministerio de Sanidad	Nº de CCAA que han incorporado la TSN u otros fármacos de probada eficacia en su Cartera Específica de Prestaciones farmacéuticas Se ha facilitado el tratamiento financiado según niveles de intervención (AP y AE, hospital): SI/NO		Indicador de Proceso / Bienal
		Armonizar y realizar el seguimiento de los programas de cesación implantados en las CCAA	Centros: - % de centros sanitarios que ofertan intervenciones en tabaquismo en AP y Hospitalaria		Indicador de Resultado / Bienal

			(por CA) (Fuente CCAA-SIAP) - % centros hospitalarios con programas de intervención a paciente hospitalizado		
			Programa de Cesación: -Nº/% de personas fumadoras incluidas en los programas de cesación del tabaquismo (en AP por CA) -Nº/% de personas fumadoras que realizan intentos para dejar de fumar (de las que están incluidas en el Programa) en formato individual (por CA)		

	ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN/EVALUACIÓN	Evaluación continua de la utilización de los medicamentos financiados y sus resultados en salud Evaluación continua de la utilización de los medicamentos no financiados	Nº de tratamientos farmacológicos prescritos (financiados/no financiados) por nivel asistencial (por tipo de fármaco/ CA/año) - BDCAP • AP • Hospitalaria % de personas que utilizan tratamiento farmacológico de las incluidas en el programa de cesación tabáquica por CCAA (financiado/No financiado) % de abandonos del tratamiento (solo 1 envase) % de abstinencia en los programas de intervención en tabaquismo con tratamiento farmacológico (por CA) - % de pacientes al año	CCAA	Indicador de Resultado / Bienal

	ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN/PARTICIPACIÓN Coordinación multidisciplinar de actuaciones en el sistema sanitario	Elaborar/actualizar Protocolo de mínimos de intervención hospitalaria en tabaquismo coordinada con otros niveles asistenciales	Se ha elaborado una Protocolo homogéneo de intervención en hospitales del tabaquismo coordinada con otros niveles asistenciales: SI/NO	Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Comisión de Salud Pública	Indicador de Proceso / Al final del plan
		Promover el abordaje del tabaquismo desde los servicios de salud laboral	Nº de actuaciones realizadas en la CA en los servicios de salud laboral para facilitar el abordaje del tabaquismo (por CA y por tipos)		Indicador de Resultado / Al final del plan
		Elaborar un protocolo de coordinación de actuaciones entre AP y oficinas de farmacia para el abordaje del tabaquismo	Se ha diseñado el protocolo de mínimos coordinación con farmacia: SI/NO Nº de CCAA con protocolos específicos		Indicador de Resultado / Bienal
META 3: REDUCIR LA EXPOSICIÓN AMBIENTAL A LAS EMISIONES DE TABACO Y PRODUCTOS RELACIONADOS EN ESPACIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS Y REDUCIR LA HUELLA ECOLÓGICA	ESTRATEGIA LEGISLATIVA	Ampliación legislativa de los espacios sin humo de tabaco y sin aerosoles de cigarrillos electrónicos y productos relacionados en determinados espacios de uso público, especialmente en presencia de personas menores de edad Prohibición de los dispositivos de un solo uso relacionados con el tabaco	Realización de la modificación legislativa (SI/NO)	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Proceso / Bienal

		Establecer cauces de colaboración con el MITERD en la implementación de la Ley de residuos y suelos contaminados para una economía circular	Se ha establecido la colaboración con el MITERD: SI/NO	Ministerio de Sanidad, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico y CCAA	
		Colaboración con las Entidades Locales para impulsar el desarrollo de ordenanzas municipales de prohibición de arrojar colillas en vías públicas y espacios naturales	Descripción de las actuaciones de colaboración realizadas		
	ESTRATEGIA DE CONTROL	Incrementar inspección y actividades de seguimiento para el cumplimiento de la legislación en espacios sin humo, principalmente en lugares de especial protección (centros sanitarios, educativos y sociales)	Nº de denuncias recibidas (por origen)	CCAA	Indicador de Resultado / Bienal
			Nº inspecciones realizadas (por origen)		
			Nº incumplimiento de espacios sin humo (por tipo de espacio)		
			Nº de sanciones tramitadas (según motivo)		
			Coeficiente que relacione el número de inspecciones realizadas y el nº de sanciones		
		Utilización del Formulario de Denuncia de infracción de la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, de incumplimiento de espacios sin humo (facilitado por el MS)	Se ha utilizado SI/NO		
	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	Sensibilizar a la población sobre las consecuencias de convivir en espacios donde se fuma, se consumen productos de tabaco calentado o se utilizan cigarrillos electrónicos, especialmente en aquellas zonas de actuación prioritaria de radón o ante la presencia de personas vulnerables como embarazadas, personas menores de edad, etc	Nº. de intervenciones de sensibilización realizadas (por ámbitos y tipos)	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Resultado / Bienal

		Realizar intervenciones para promover espacios sin humo			
		Realizar campañas de sensibilización en colaboración con el MITERD, DGT, etc.	Nº materiales elaborados (infografías, carteles, vídeos...)		
		Difundir la normativa sobre espacios sin humo a través de materiales divulgativos	Se ha hecho difusión sobre normativa de espacios sin humo: SI/NO Medios de difusión utilizados	Ministerio de Sanidad	Indicador de Proceso / Bienal
				Ministerio de Sanidad y CCAA	

			Se ha hecho difusión sobre espacios sin humo: SI/NO Medios de difusión utilizados		
		Informar a la población sobre sus derechos a respirar aire no contaminado y los mecanismos de denuncia del no cumplimiento			
		Difusión en la web del Formulario de Denuncia de infracción de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre			
		Organizar campañas de sensibilización sobre la contaminación medioambiental del tabaco y sus desechos (colillas)			
		Diseño homogeneizado de cartelería para informar y sensibilizar sobre la prohibición de fumar adaptado a la nueva normativa	Se ha elaborado el diseño de cartelería: SI/NO		
		Señalización de los espacios libres de humo			

	ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN				Indicador de Resultado / Bienal
		Formar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sobre los espacios libres de humo	Nº de actividades formativas impartidas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	Ministerio de Sanidad y CCAA	
		Evaluar y aprobar proyectos de actuación en municipios para promover entornos libres de humo y prevención del tabaquismo a través del trabajo coordinado (convenio) entre el Ministerio de Sanidad y la FEMP	Nº de municipios adheridos a la Red Española de Ciudades Saludables y la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, que realizan intervenciones/proyectos dirigidos a la prevención del tabaquismo Nº de proyectos dirigidos a: - Promover espacios sin humo - Prevención del tabaquismo	Ministerio de Sanidad	
	ESTRATEGIA ASISTENCIAL	Impulsar la participación de centros sanitarios y espacios libres de humo en la <i>Global Network for Tobacco Free Healthcare Services</i> (GNTH)	Nº de Redes autonómicas adheridas. Nº de centros sanitarios/espacios adheridos a la GNTH	CCAA	Indicador de Resultado / Bienal

	ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN/EVALUACIÓN	Incluir en encuestas existentes (nacional: EESE, Barómetro Sanitario) /autonómico) la consulta de opinión sobre espacios sin humo	Nº de encuestas realizadas (por tipo de encuesta y población diana)	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Resultado / Bienal
	ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN/PARTICIPACIÓN	Promover iniciativas de ocio “libres de humo” a través de la FEMP, CCAA asociaciones y ONGs	Nº de iniciativas propuestas	CCAA, Federación Española de Municipios y Provincias y Asociaciones, ONGs	Indicador de Resultado / Bienal
		Coordinar actuaciones de vigilancia y seguimiento de la legislación con: - Dirección General de Tráfico - Fuerzas y Cuerpos de Seguridad - Federación Española de Municipios y Provincias - Centros Sanitarios públicos y privados	Nº de actuaciones coordinadas por tipos	Ministerio de Sanidad, CCAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Federación Española de Municipios y Provincias y ONGs	
					Indicador de Resultado / Al final del plan

		- Centros educativos y sociales - Tercer Sector			
		Colaborar con el MITERD en organizar campañas de sensibilización sobre el impacto en el medio ambiente del tabaco y sus desechos (colillas)	Nº de campañas de sensibilización ambiental en que se ha colaborado. Medios de difusión utilizados	Ministerio de Sanidad, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico	
		Solicitar información al MAPA sobre las modificaciones de la PAC y las alternativas implementadas al cultivo de tabaco	Elaborar un informe con la información compartida por el MAPA	Ministerio de Sanidad y Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación	Indicador de Proceso / Al final del plan
META 4: PROMOVER LA INVESTIGACIÓN Y LA MONITORIZACIÓN EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO	ESTRATEGIA LEGISLATIVA	Fomentar el establecimiento de convenios con sociedades científicas	Se ha realizado convenios con Sociedades Científicas SI/NO	Ministerios de Sanidad	Indicador de Proceso / Bial
		Impulsar una línea de subvenciones (concurencia pública competitiva siguiendo las directrices del CMCT) para proyectos de investigación sobre tabaco	Se ha creado la línea de subvenciones: SI/NO	Ministerios de Sanidad, Instituto Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) y CCAA	

		Promover la investigación con perspectiva de género de los aspectos relacionados con el tabaquismo y la salud pública, como línea prioritaria en las convocatorias nacionales y autonómicas	Inclusión en el FIS como línea prioritaria: SI/NO		
		Promover ayudas y subvenciones a proyectos orientados a: - Prevención primaria en adolescentes /jóvenes y en colectivos vulnerables -Intervenciones para dejar de fumar orientadas a colectivos específicos	Nº de ayudas/subvenciones a proyectos orientados a la juventud	CCAA e INJUVE	Indicador de Resultado / Bienal
			Nº de proyectos/subvenciones sobre prevención del consumo (que incluyan tabaco)		
			Nº de proyectos/subvenciones de investigación que incluyan el tabaquismo	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, como parte de la responsabilidad del MS	
			Nº de proyectos/subvenciones de investigación sobre intervenciones para dejar de fumar dirigidas a colectivos específicos	Institut Catalá d'Oncologia	
	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN/FORMATIVA	Apoyar, promover y facilitar la difusión de informes/documentos técnicos basados en la evidencia sobre consumo de tabaco y productos relacionados	Nº de publicaciones/informes técnicos basados en la evidencia sobre consumo de tabaco y productos relacionados. (datos obtenidos de informes del OEDA y de la Memoria de la Delegación del gobierno para el PNSD (MS)) según destinatarios) Nº sesiones/jornadas de difusión: - Autonómicas - Nacionales	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas del MS, y CCAAs	Indicador de Resultado / Bienal

	ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN/EVALUACIÓN	Monitorizar los proyectos de investigación sobre tabaco que se presentan en la línea de subvenciones	Nº proyectos presentados % de proyectos subvencionados	Ministerio de Ciencia e Innovación, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (MS) e Instituto de la Juventud	Indicador de Resultado / Bienal
		Establecer sinergias en investigación entre centros y grupos de investigación		Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, como parte de la responsabilidad del MS, y CCAA	
		Colaborar con programas de investigación sobre el tabaco y productos relacionados y sobre el nudo tabaco/cannabis	Nº de informes-estudios-encuestas-actuaciones realizados por temas: cultivos alternativos, cannabis, ingredientes, preferencias del mercado	Institut Catalá d'Oncologia, Instituto Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación), Instituto de la Juventud y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (MS)	
		Promover y difundir investigaciones sobre los efectos en la salud del consumo de productos en cachimbas		Centros de Investigación sobre Tabaquismo (Universidades, ICO...)	
		Avanzar en el estudio de los efectos en la adicción que originan ciertos aromas (mentol y derivados) añadidos a los productos del tabaco y cigarrillos electrónicos y su atracción a jóvenes, como soporte de su prohibición legislativa		Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas del MS, CCAA, Institut Catalá d'Oncologia, Sociedades Científicas y ONGs	
		Participación en programas coordinados y patrocinados por la Comisión Europea (Programa de la <i>Joint Action Tobacco Control</i> –JATC- y JANCD) y difusión de los resultados		Ministerio de Sanidad	

		Realización de encuestas y estudios de mercado sobre preferencias de consumo de los diferentes tipos de productos/productos novedosos del mercado		Ministerio de Sanidad, CCAA, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. INJUVE. Delegación del Gobierno para el PNSD del MS	
		Promover la investigación sobre cultivos alternativos al tabaco sostenibles promoviendo el cumplimiento del CMCT-OMS		Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.	
META 5: POTENCIAR LA COORDINACIÓN Y EL ESTABLECIMIENTO DE ALIANZAS	ESTRATEGIA LEGISLATIVA	Promover el desarrollo legislativo necesario para la ejecución del Plan garantizando la participación y el apoyo de la ciudadanía, de profesionales y entidades implicadas	Nº de respuestas a iniciativas/preguntas parlamentarias relacionadas con la prevención del tabaquismo	Ministerio de Sanidad	Indicador de Resultado / Bienal
		Seguimiento de la actividad legislativa de los Estados miembros de la UE	Nº de modificaciones legislativas de los EM registradas		
		Fomentar la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en todos sus artículos (CMCT-OMS)	Nº de reuniones en el ámbito internacional, en el marco del CMCT-OMS		
	ESTRATEGIA DE CONTROL	Realizar seguimiento de las actividades legislativas de las Comunidades y Ciudades Autónomas y de las normas desarrolladas por otros departamentos de la AGE en relación al tabaquismo y en su ámbito de competencias	Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de la actividad legislativa	Ministerio de Sanidad	Indicador de Proceso / Bienal
		Asistir a reuniones de coordinación con los diferentes departamentos de la AGE (MITERD ...) en su ámbito de competencia	Nº de reuniones de coordinación mantenidas: - con departamentos de la AGE - con las CCAA - con el Tercer Sector - Instituciones Penitenciarias		Indicador de Resultado / Bienal

		Realizar seguimiento de las iniciativas ciudadanas, profesionales, de sociedades científicas, ONG´s y otras entidades privadas	Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de las iniciativas realizadas		Indicador de Proceso / Bial
		Efectuar control y seguimiento de las actividades de la industria tabacalera, en especial para evitar su injerencia	Nº de actuaciones para el cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT-OMS	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Resultado / Bial
		Verificar el cumplimiento de España del Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT-OMS)	Nº de medidas de actuación del CMCT implementadas		
	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	Informar de los distintos aspectos del plan a las Comunidades y Ciudades Autónomas	Nº de reuniones del Grupo de Responsables de Tabaquismo	Ministerio de Sanidad	Indicador de Resultado / Bial
		Informar del avance del Plan periódicamente en la CSP	Nº de informes generados en la CSP		Indicador de Proceso / Bial
	ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN/EVALUACIÓN	Participar en las encuestas internacionales sobre venta y consumo, cumplimiento del Convenio Marco y cualquier otro seguimiento normativo	Nº de encuestas en que se ha participado	Ministerio de Sanidad	Indicador de Resultado / Bial
	ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN/PARTICIPACIÓN	Realizar alguna actuación colaborativa con el sector hostelero para favorecer el cumplimiento normativo	Se ha realizado alguna actividad colaborativa: SI/NO	Ministerio de Sanidad y CCAA	Indicador de Proceso / Bial
		Fomentar la participación ciudadana en el cumplimiento de los objetivos de este plan	Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de las actividades de fomento de participación ciudadana realizadas	Ministerio de Sanidad con resto de actores	

		Coordinar las acciones en materia de control y prevención con otros Departamentos de la AGE (Ministerio de Hacienda, INJUVE, Plan Nacional sobre Drogas, Dirección General de Tráfico...)	Se han coordinado actuaciones: SI/NO - con autoridades de la AGE - con autoridades de CCAA -con otras autoridades de inspección		
		Realizar reuniones periódicas, al menos de carácter cuatrimestral con los órganos competentes de las Comunidades y Ciudades Autónomas en materia de tabaquismo	Se han celebrado las reuniones con los actores implicados con la periodicidad establecida: SI/NO		
		Promover la reactivación del Observatorio de Prevención del Tabaquismo	Se ha activado el funcionamiento del Observatorio del Tabaco: SI/NO		

		Participar activamente en el avance de la legislación europea sobre control y prevención del tabaquismo	Nº de reuniones asistidas en el seno de la UE (en los grupos de política de tabaco y el grupo de expertos)		Indicador de Resultado / Bienal
		Promover una mejor coordinación con los Estados miembros de la UE, mediante el intercambio de información y armonización de criterios sobre la Política de control del Tabaquismo	Nº de consultas coordinadas (por temas)		
		Incrementar y garantizar la coordinación con la Conferencia del Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT-OMS)	Nº de actividades internacionales (iniciativas, Congresos, workshops.) en las que se ha participado/colaborado: - UE - CMCT		