



*Borrador PIT (30.11.21)*

## **PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO (PIT) 2021-2025**

### **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.

Las diferentes medidas incluidas en el Plan pueden ser clasificadas en varios ámbitos. Así, estas pueden ser de tipo sanitario cuando, por ejemplo, están 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. Así, el Plan se vertebra en 4 ejes básicos de actuación:

- Sanitario



- Normativo
- Protección del medio ambiente
- Coordinación

Se han definido 5 Metas y 21 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 por “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 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 sistemas de información disponibles en el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente debemos reseñar que el Plan ha sido aprobado en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrada el día.....



## INDICE:

- **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**
- **JUSTIFICACIÓN**
- **MARCO NORMATIVO:**
  - Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT)
  - Legislación europea
  - Legislación nacional
  - Legislación autonómica y local
- **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL:** datos de encuestas de prevalencia/morbimortalidad (desagregados por sexo, edad, nivel socioeconómico)
  - Edad de inicio
  - Consumo productos del tabaco
  - Prevalencia de tabaco y cigarrillos electrónicos en población joven.
  - Consumo en relación a clase social
  - Humo ambiental de tabaco (HAT)
  - Cesación
  - Mortalidad atribuible al tabaco
- **PRINCIPIOS:**
  - Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
  - Educación y capacitación de profesionales
  - Empoderamiento de la ciudadanía
  - Eficiencia y sostenibilidad
  - Enfoque global
  - Enfoque de género
  - Equidad
- **LÍNEAS TRANSVERSALES:**
  - Ámbito multisectorial
  - Coordinación
- **EJES DE ACTUACIÓN:**
  - Sanitario, Normativo, Protección del medioambiente y Coordinación.
- **OBJETIVO GENERAL:**
  - Reducir la prevalencia del consumo de tabaco y productos relacionados y de la exposición ambiental a sus emisiones.
- **METAS/ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
  - A. Prevenir el inicio de consumo de tabaco y de productos relacionados.
  - B. Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda a la población para dejar de fumar
  - C. Reducir la exposición ambiental de las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica.



- D. Promover la investigación y la monitorización en el control del Tabaquismo
- E. Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas

- **METAS/ OBJETIVOS/ ESTRATEGIAS /LÍNEAS DE ACTUACIÓN:**

- Tablas

- **INDICADORES:**

- Tipos de indicadores
- Valoración
- Tablas

- **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:**

- Valoración Periódica.
- Evaluación global del Plan.

- **SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y FUENTES DE DATOS**

#### **BIBLIOGRAFÍA**

#### **LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS**

#### **ENLACES DE INTERÉS**

**ANEXO I: Tabla Excel resumen de Metas, Estrategias, Líneas de actuación, Indicadores/  
Tipo/Periodicidad, Actores implicados.**



## **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

**APS:** Atención Primaria de Salud

**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.

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Atención Primaria de la OMS.

**CICC:** Centro de Investigación y Control de Calidad. Ministerio de Consumo

**CI-SNS:** Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

**CMBD-H:** Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización

**CMT:** Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda

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

**COP:** Conferencia de las Partes

**CTE:** Código Técnico de la Edificación

**DGSP:** Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad

**DGT:** Dirección General de Tráfico. Ministerio de Interior

**DSS:** Determinantes sociales de la salud

**EESE:** Encuesta Europea de Salud en España

**EDADES:** Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España

**EF:** 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

**FEMP:** Federación Española de Municipios y Provincias

**FFCCSS:** Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

**FD:** Fumadores/as Diarios

**FO:** Fumadores/as Ocasionales

**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 (MCI)

**INJUVE:** Instituto Nacional de la Juventud

**JATC:** Joint Action on Tobacco Control

**LGTB:** Colectivo de personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.

**MAPA:** Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

**MC:** Ministerio de Consumo

**MCI:** Ministerio de Ciencia e Innovación.

**MEFP:** Ministerio de Educación y Formación Profesional.

**MHFP:** Ministerio de Hacienda y de Función Pública.

**MITERD:** Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico



**MIU:** Ministerio de Universidades.

**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 2021-2025

**PNSD:** Plan Nacional sobre Drogas

**QUITLINE:** Línea telefónica de ayuda a la persona fumadora

**RAE-CMBD:** Registro de altas de hospitalización

**RD:** Real Decreto

**SIAP:** Sistema de Información de Atención Primaria

**SNS:** Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

**SSCC:** Sociedades científicas

**TFUE:** Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea

**UE:** Unión Europea



## JUSTIFICACIÓN:

Como ya se ha señalado, 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 participe 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 2023, la Comisión 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 también de otros productos emergentes como los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado. 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 da 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”*<sup>1</sup>, 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 interdisciplinares y contar con la participación coordinada de los diferentes agentes implicados, tanto a nivel de administraciones públicas como del tercer sector.

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 4ª edición del *“Código Europeo Contra el Cáncer”*<sup>2</sup>, en relación a evitar el consumo de tabaco y productos relacionados, como al mantenimiento de un hogar y lugar de trabajo libre de humo ambiental de tabaco, así como los objetivos marcados por el *“Plan europeo de lucha contra el cáncer”*<sup>3</sup>, 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 18,4% para 2025. Si tenemos en cuenta que los datos recientemente publicados de la EESE 2020<sup>4</sup> 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”*<sup>5</sup>. 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 y 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”*<sup>6</sup> que debe ser tenido especialmente en cuenta en estos momentos.

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 y el bupropión 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 acompañar al tratamiento farmacológico. La inclusión responde a una petición muy



demandada por las sociedades científicas y 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.

El Plan aborda aspectos novedosos en el ámbito fiscal impositivo, 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 a corto plazo (a implementar en dos años) 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 28/2005<sup>7</sup> y al Real Decreto 579/2017<sup>8</sup>, 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, con el afianzamiento de medidas ya adoptadas de forma temporal y asumidas por la sociedad con motivo de la pandemia que estamos padeciendo. Se plantea, además, adoptar medidas ya implementadas por otros países del entorno europeo, como el empaquetado genérico, 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 según los acuerdos alcanzados en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, 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<sup>9,10</sup> 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<sup>11</sup>.

## **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 con 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 existen 181 estados parte que representan aproximadamente al 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 de 2005. Además, la Comisión Europea también es parte en el Tratado.

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 en virtud del CMCT, 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 COP.

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.
- 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 adición 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 consumo requiriendo que las medidas legales que establecen el Mercado Único aseguren un nivel elevado de la 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 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 solo 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 expuestas<sup>1</sup>, restricciones en la venta de productos de tabaco a menores, medidas fiscales, etiquetado del producto y advertencias sanitarias, restricciones o prohibiciones de la publicidad y el patrocinio 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

---

<sup>1</sup> 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).



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 tabaco<sup>12</sup>.  
OJ 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 tabaco<sup>13</sup>.  
OJ L 152, 20.6.2003, p. 16–19
- 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<sup>14</sup>.  
OJ L 127, 29.4.2014, p. 1–38
- Recomendación del Consejo, de 30 de noviembre de 2009, sobre los entornos libres de humo. DO C 296 de 5.12.2009, p. 4/14<sup>15</sup>
- Libro Verde *“Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE”*<sup>16</sup>.

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](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<sup>5</sup>. 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 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 productos relacionados<sup>8</sup>. Para mayor información puede consultarse la nota informativa elaborada al respecto<sup>17</sup>.

#### **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<sup>18</sup>) y la más reciente Directiva 2011/64/UE<sup>19</sup>.

En la normativa nacional destaca la Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales<sup>20</sup>, la cual ha sido actualizada en numerosas ocasiones para adaptarla a la evolución del mercado, siendo la última en 2016. También podemos referirnos al Real Decreto-ley



7/2013, de 28 de junio, de medidas urgentes de naturaleza tributaria<sup>21</sup>, presupuestaria y de fomento de la investigación, el desarrollo y la innovación. La última actualización normativa extendió el sistema de imposición mínima al resto de labores del tabaco, no incluidas anteriormente, con el doble objetivo de evitar el trasvase de personas consumidoras a otros productos del tabaco y el de elevar el precio de las marcas más baratas del mercado.

Para más información sobre la política impositiva puede consultarse el informe publicado al respecto en la página web del Ministerio de Sanidad<sup>22</sup>.

### **Control de la publicidad, promoción y patrocinios**

El régimen de control de la publicidad, promoción y patrocinios 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. Por último, y de manera supletoria, cabe mencionar también la Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de Comunicación Audiovisual<sup>23</sup>.

### **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 Ciudades y Comunidades Autónomas ha facilitado la gestión sanitaria, haciéndola más accesible y cercana a los ciudadanos. 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 de Autonomía.

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 o 3 años, según las circunstancias, y proporciona información en todos los rangos de edad desagregada por sexo y estrato o clase social y nivel de estudios. Por su parte, la *“Encuesta Europea de Salud en España”* (ESEE), se elabora también cada 2 o 3 años y se intercala en el tiempo de su publicación con la Encuesta Nacional, siendo su equivalente europea. La ENSE y la ESEE 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 ha acordado con el INE dejar atrás la visión de dos encuestas que coexisten 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 2022. También contamos con los *“Barómetros Sanitarios”*, tanto nacional como europeo, que recogen aspectos más concretos sobre tabaquismo relacionadas 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 el Estudio sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años en España (ESDAM). Este último estudio se compone de 1.443 cuestionarios válidos, respondidos por la población de 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.

Coincidiendo con el primer estado de alarma y una vez finalizado el periodo de confinamiento decretado del 14 de marzo al 2 de mayo 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 prensa<sup>24</sup>. Con posterioridad, se elaboró un informe completo<sup>25</sup> y ha sido objeto de publicación como artículo en la Revista Española de Salud Pública<sup>26</sup>.

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

#### **EDAD DE INICIO EN EL 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 en los últimos 30 días ha permanecido estable durante los últimos 30 años, permaneciendo entre los 13-14 años y los 14,5-15 respectivamente.

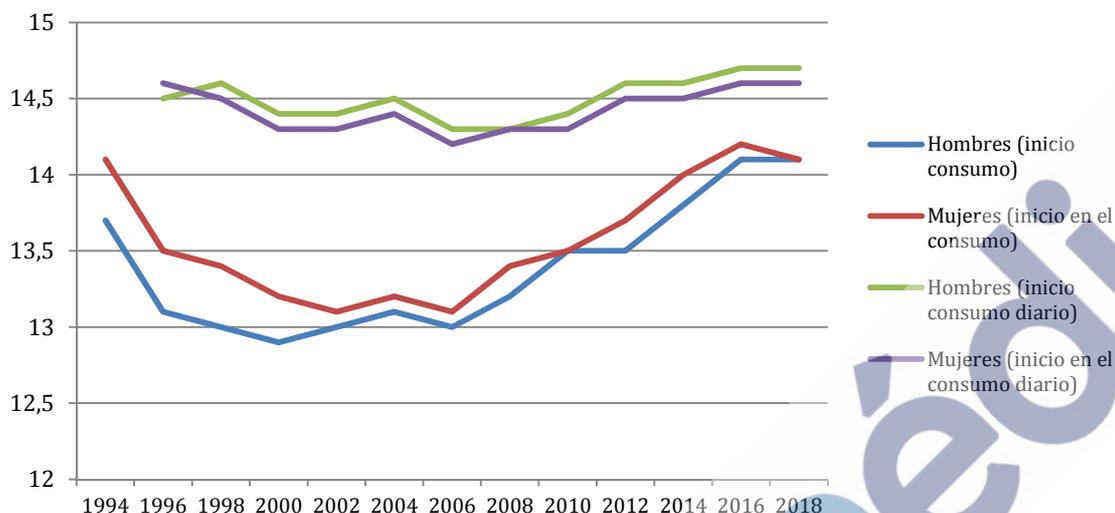


Fig.1 Edad de inicio en el consumo (Fuente: ESTUDES, 2018/19)

Atendiendo a estos datos, la previsión es que esta tendencia continúe y se mantenga en 14,5 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* sitúan la edad de inicio en el consumo en España en torno a los 17,5 años. ESTUDES encuesta a estudiantes de entre 14 y 18 mientras que en el caso del *Eurobarómetro*, se encuesta a personas de 15 a 55 años, de ahí las diferencias.

### PREFERENCIAS PRODUCTOS CONSUMIDOS

En España actualmente el consumo mayoritario sigue siendo el de los cigarrillos convencionales.

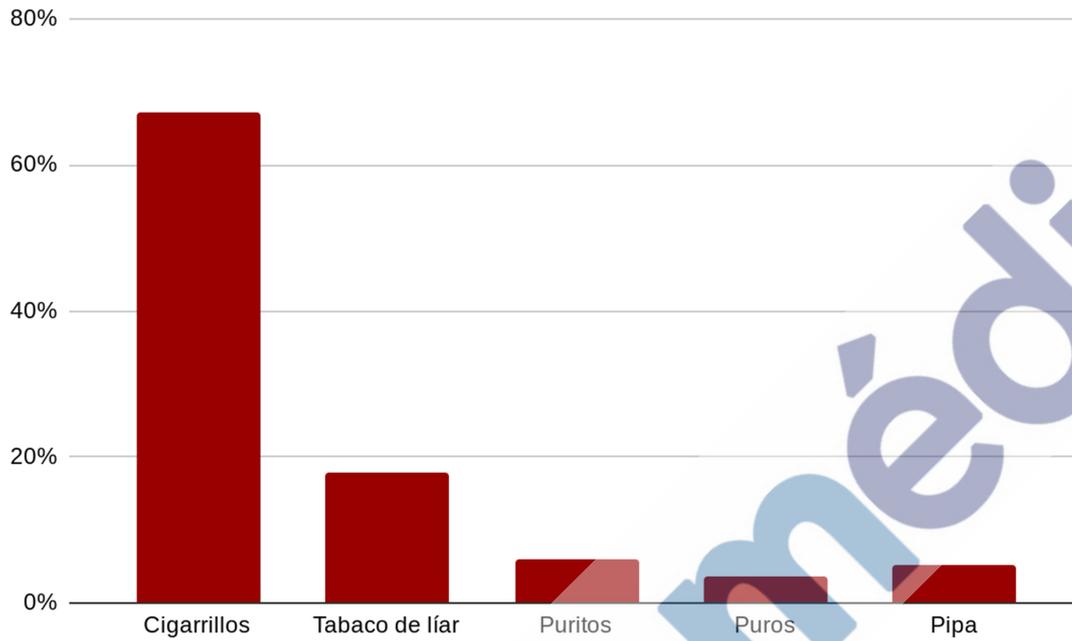


Fig.2 Productos de tabaco preferentemente consumidos (Fuente: Datos del Eurobarómetro Europeo, 2021)

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

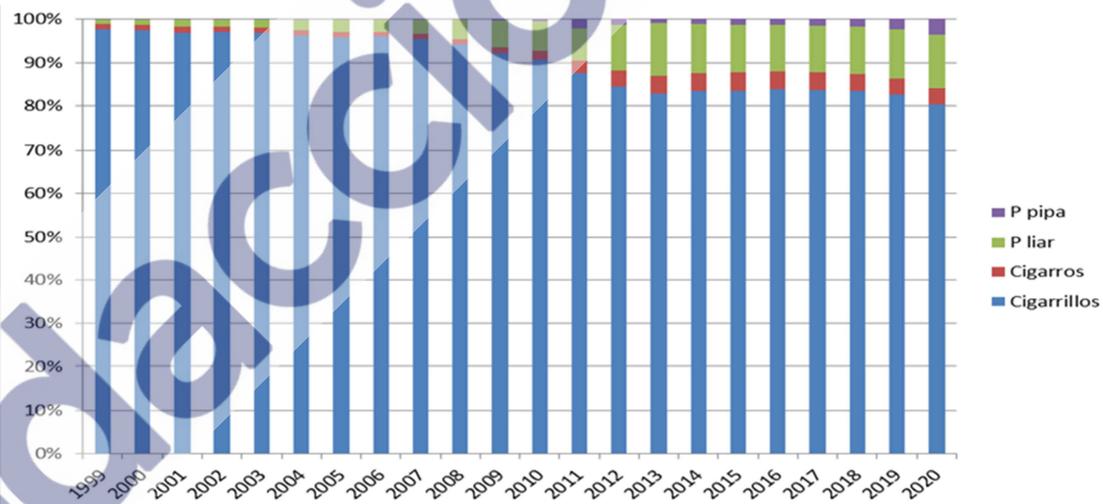


Fig.3 Comparativa de la evolución de la cuota de mercado de labores de tabaco. (Fuente: Datos publicados por el Comisionado para el Mercado de Tabaco años 1999-2020)

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.

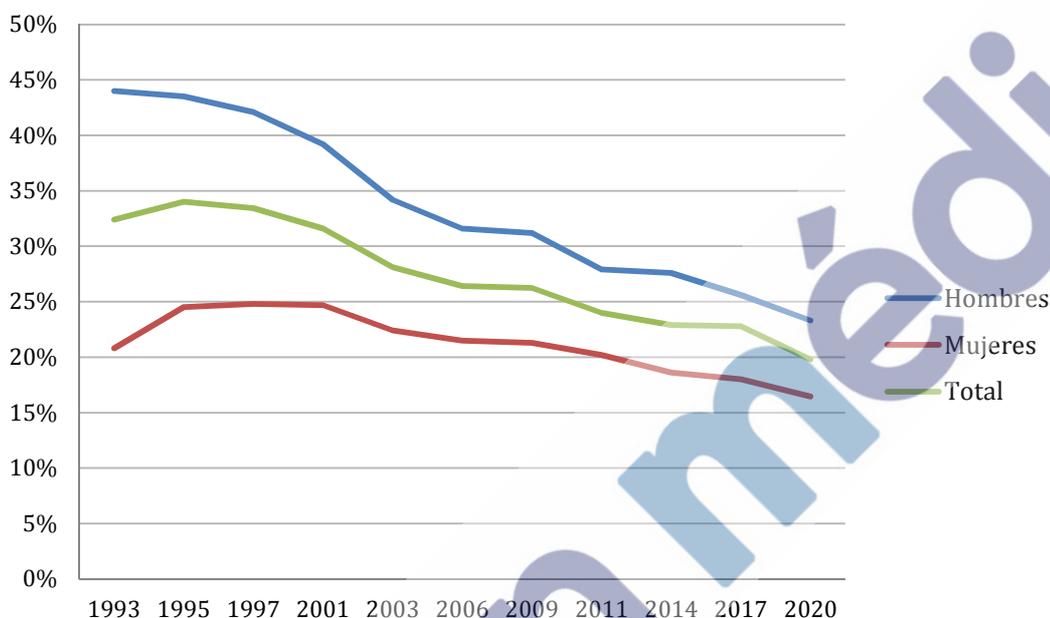


Fig.4 Prevalencia del consumo de tabaco diario en España (Fuente: Datos de EESE 2020)

Se puede apreciar una tendencia a la disminución gradual de la prevalencia a través del tiempo. 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 hombres<sup>27</sup>.

Observando los datos en rangos de edad, se observa más variabilidad. En los rangos de edad de 65 a 74 años y de 75 a 84 años, la prevalencia ha aumentado. En concreto en estos 2 rangos de edad la prevalencia de consumo en hombres ha descendido (del 16,3 al 11,8 y del 9,8 al 5,6% respectivamente), y es en mujeres donde se aprecia el aumento en el consumo que lleva al aumento general (de 5,4 a 8,5 y de 2,3 a 2,7% respectivamente).

El resto de rangos de edad mantiene una tendencia a la baja excepto en los rangos de edad (de 55 a 64 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. Esto hace 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 la prevalencia disminuya al 18,2 % en el año 2025, al 14% en el año 2030, y en torno al 6-8% en el año 2040.

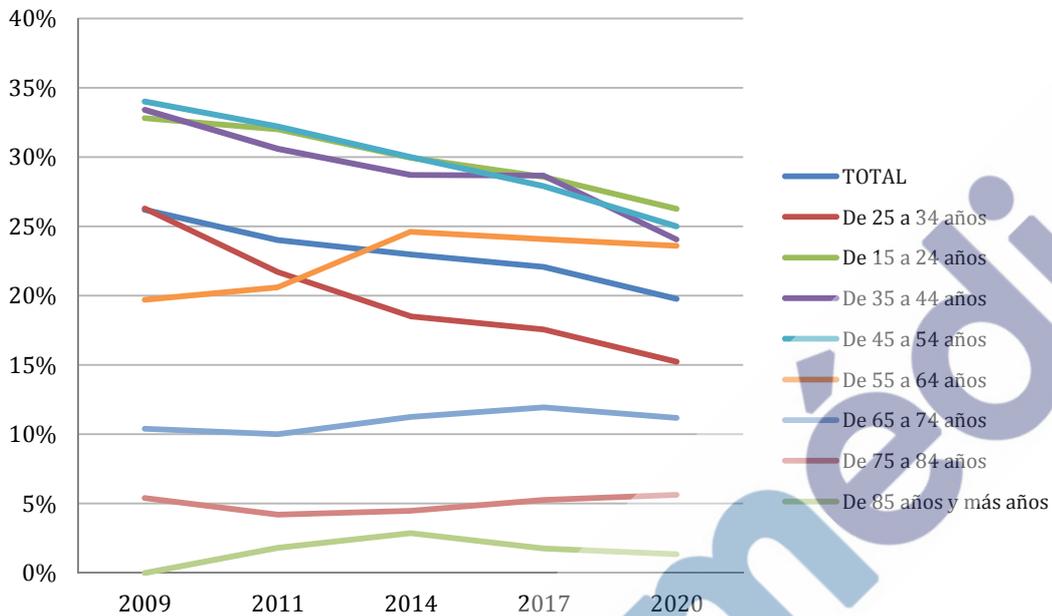


Fig.5 Prevalencia del consumo diario de tabaco en España por grupos de edad (Fuente: Datos de EESE 2020)

Si observamos la prevalencia entre jóvenes de 14 a 18 años, 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 2 y 3 puntos porcentuales.

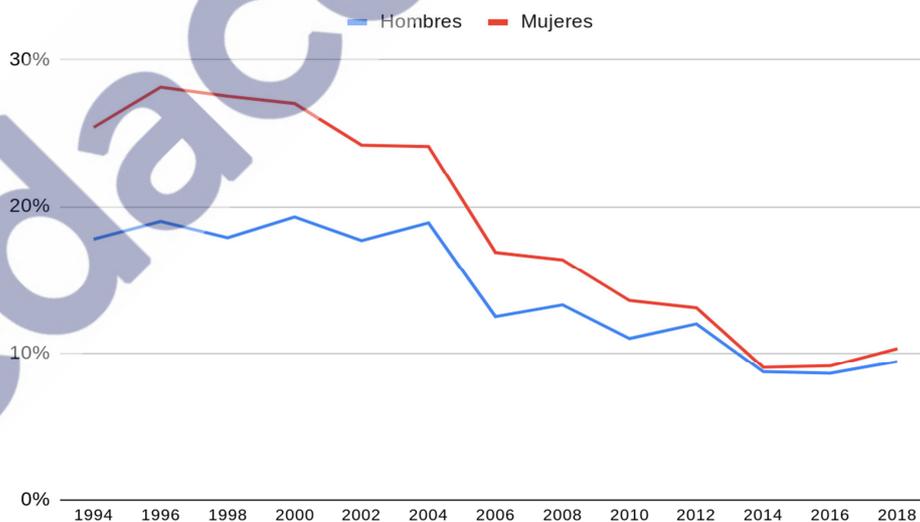


Fig.6 Prevalencia del consumo diario de tabaco durante los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2018/19)



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 hasta producirse un ligero aumento a partir de 2016.

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 una generación libre de humo de tabaco.

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, existe una relación entre el consumo de tabaco y el consumo de cannabis. El 35,2% de los estudiantes que han consumido cannabis en los últimos 30 días es también consumidor de tabaco, mientras que entre los que no han consumido nunca cannabis solo el 1,4% consume tabaco.

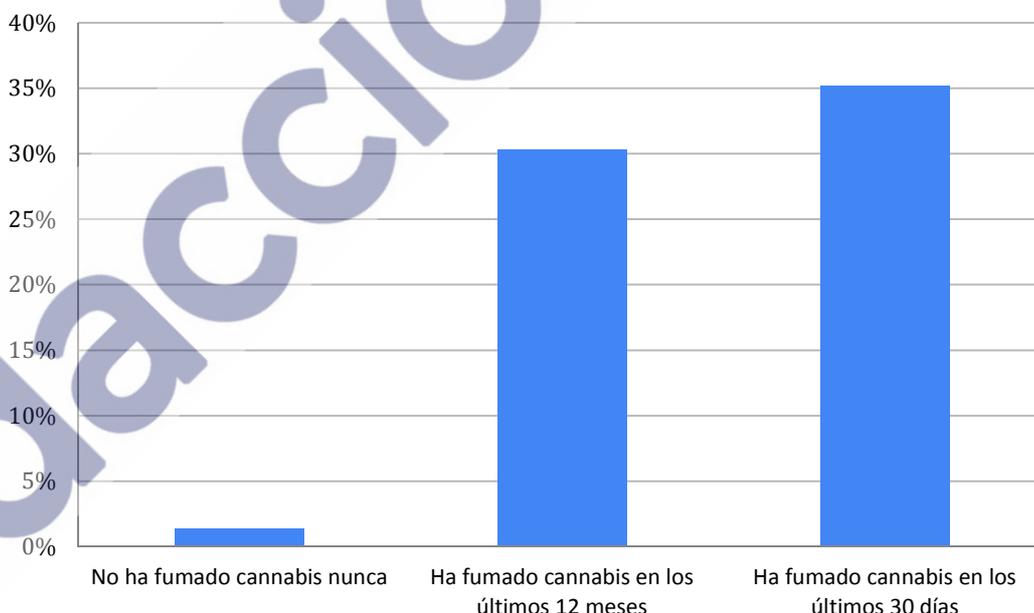


Fig.7 Consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según su consumo de cannabis (Fuente: Datos de ESTUDES 2018/19)



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 el último estudio de Health Behaviour in School-aged Children (HSBC), vemos que el consumo de tabaco en pipas de agua (o cachimbas) 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.

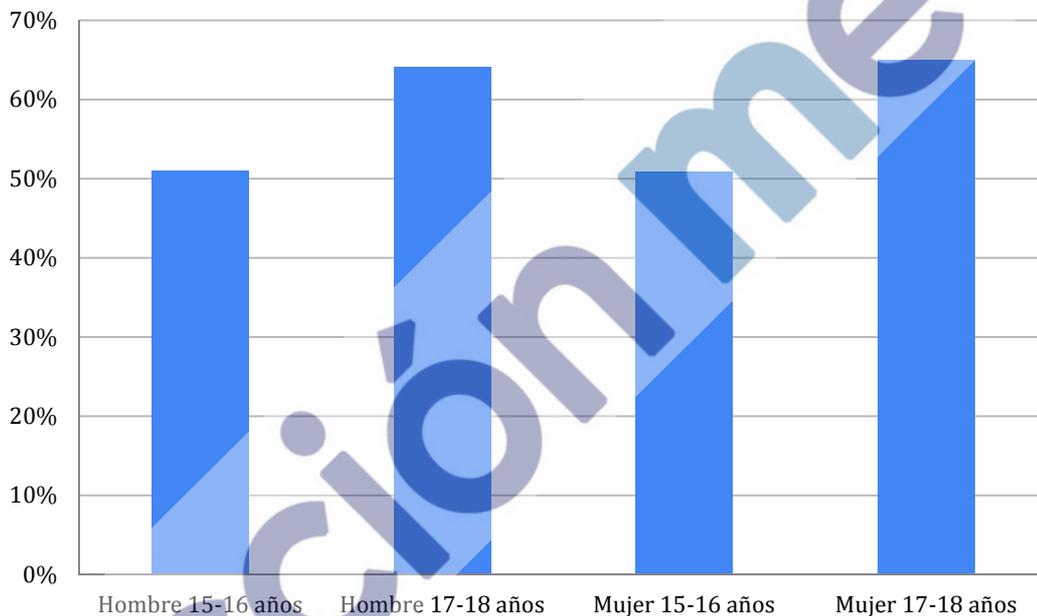


Fig.8 Consumo de pipas de agua alguna vez en la vida en jóvenes (Fuente: Datos de HBSC 2018)

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 2018/19 refleja que más del 50% de los estudiantes de secundaria ha probado alguna vez cigarrillos electrónicos. De estos la mayoría dijo haberlo usado cartuchos *sin nicotina* (67,1%), un 11,3% lo había hecho con nicotina, y el 21,6% restante había utilizado cartuchos o líquidos de los dos tipos. Indicar que el consumo más frecuente se sitúa en el 14,9% en el último mes, siendo, todas las frecuencias de consumo superiores en los chicos (17,6%) que en las chicas (12,4%).

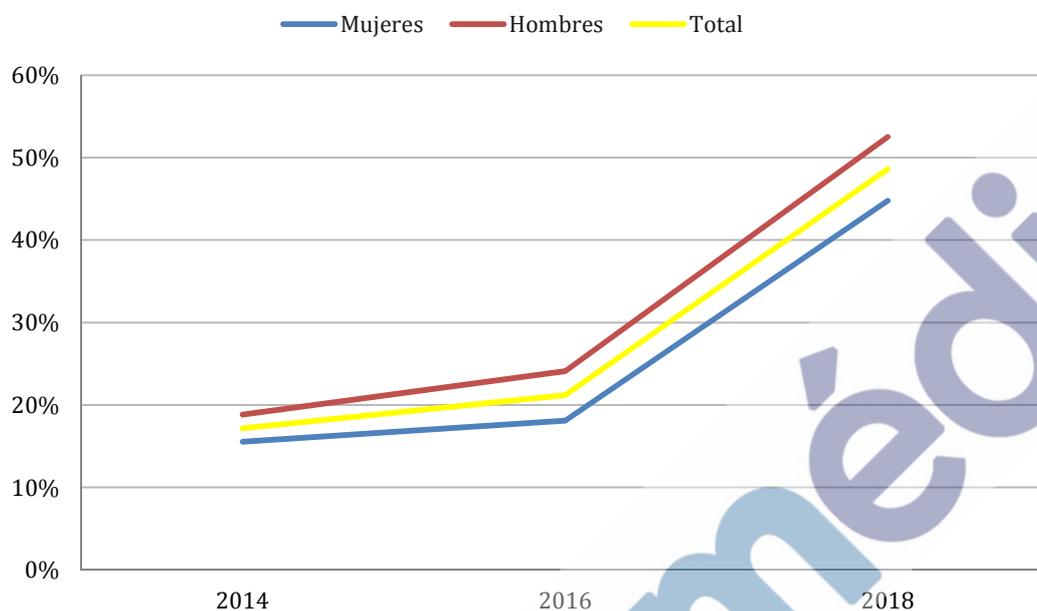


Fig.9 Prevalencia del consumo alguna vez de e.cigs en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2018/19)

En cambio, en la población general la prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días de e.cigs es inferior al 5%.

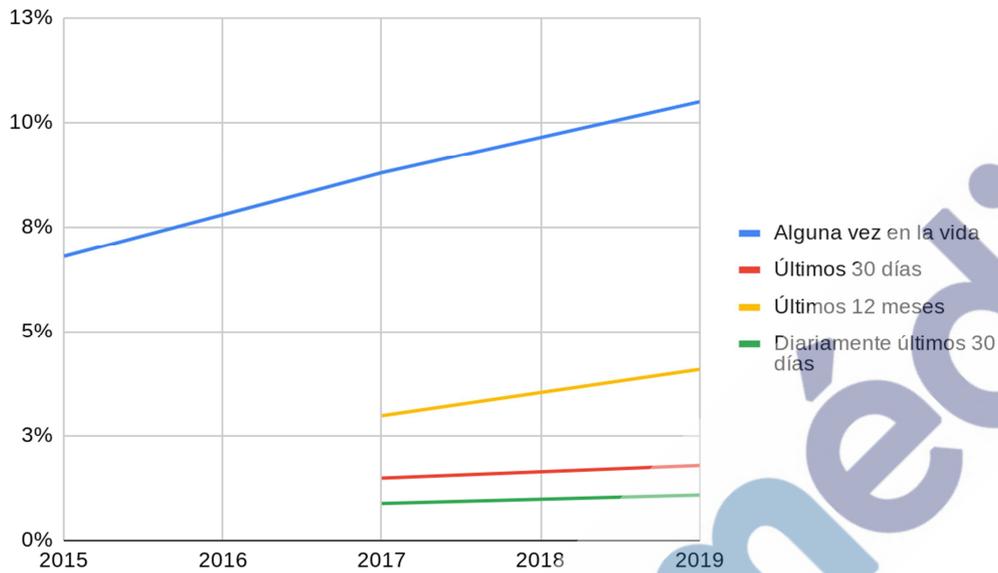


Fig.10 Prevalencia e.cigs en tramo de edad 15-64 años (Fuente: Datos de EDADES 2019/20)

### 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.

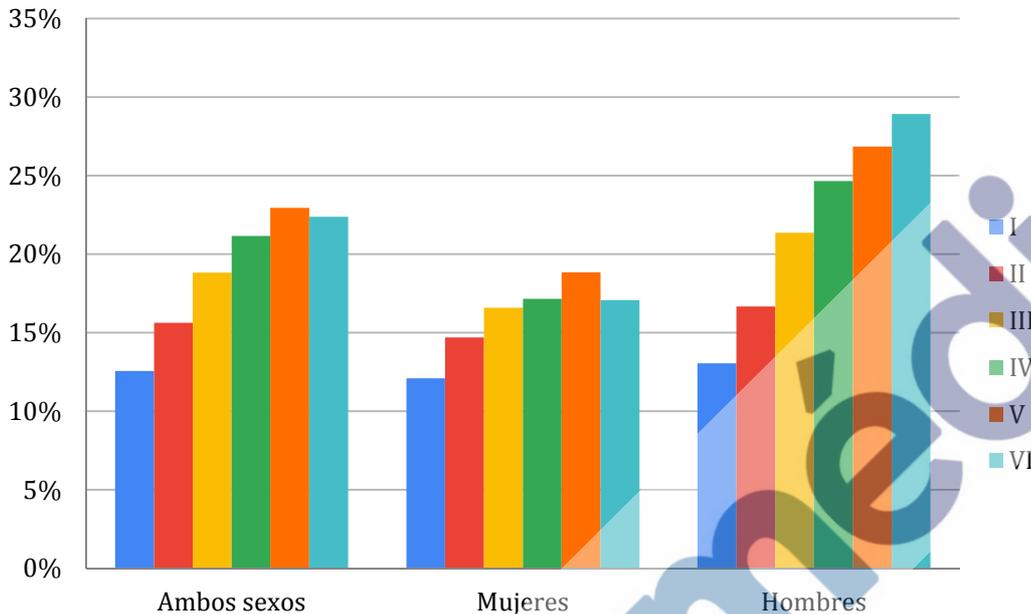


Fig.11 Prevalencia del consumo de tabaco en España por sexo y por clase social. (Fuente: Datos de EESE 2020)

- 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 obesidad<sup>28</sup>. En el caso concreto del consumo de tabaco, vemos que ese gradiente varía según el sexo. En hombres el gradiente general se mantiene de forma muy clara y es este el que perfila la gráfica que observamos para ambos sexos. En cambio, en mujeres ese gradiente se pierde. Exceptuando la clase I, que no llega al 14%, todas tienen una prevalencia del 18% al 20%. De alguna forma parece que la clase social no tiene 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 el consumo entre 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. 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.

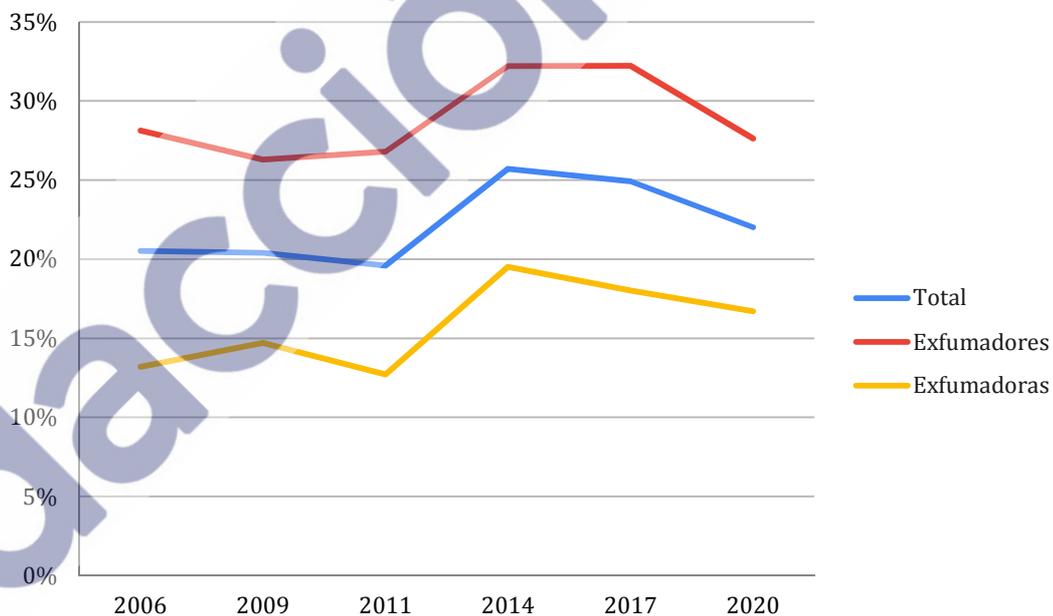


Fig.12 Porcentaje de exfumadores/as (Fuente: Datos de EESE 2020)

### 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 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 y la EPOC.

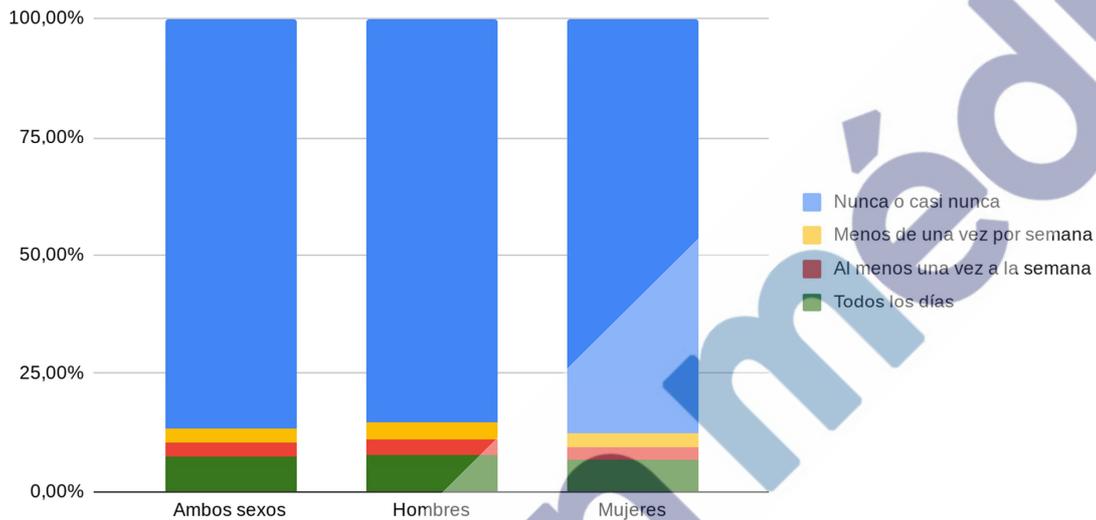


Fig.13 Exposición a HAT en función del género (Fuente: EESE 2020)

En la última edición de la Encuesta Nacional de Salud de España se preguntó sobre la exposición a 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 a HAT y la clase social, vemos que existe un gradiente, siendo las clases más altas las menos expuestas al humo ambiental.

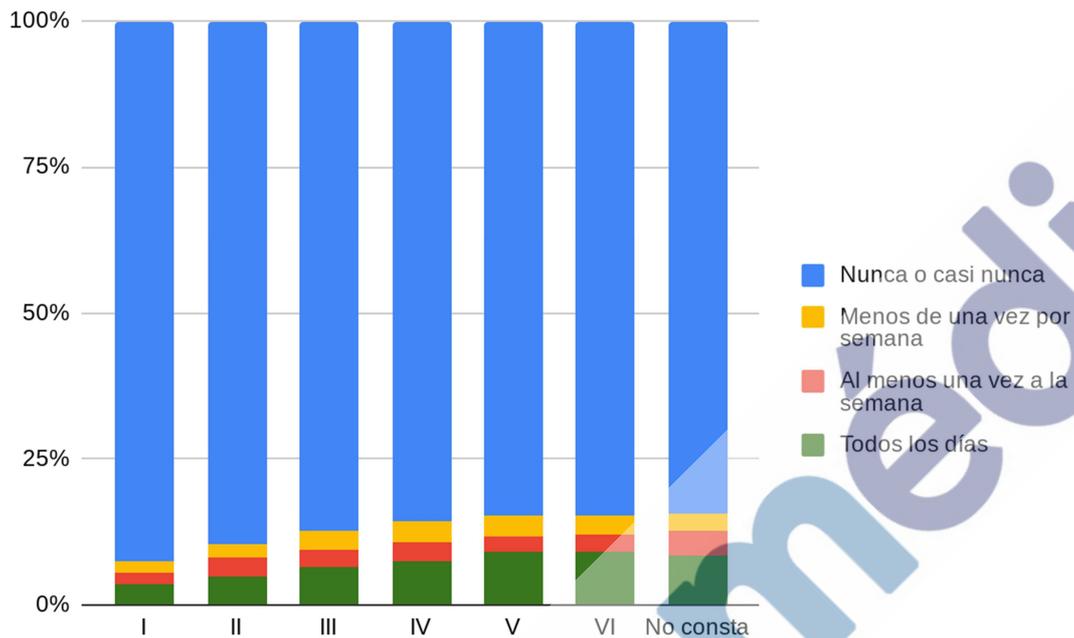


Fig.14 Exposición a HAT en función de la clase social. (Fuente: Datos de EESE 2020)

- 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.

La exposición al HAT es un factor relacionado con el género. Según el “Libro Blanco sobre Mujeres y Tabaco”<sup>29</sup> las niñas tienden a pasar más tiempo en el hogar que sus hermanos debido al sesgo que existe sobre el ocio a esas edades (los niños suelen practicar más deportes al aire libre). Esto hace que las niñas estén más expuestas a estas edades al humo ambiental de tabaco. Esto también ocurre en grupos de edades más avanzadas, donde la mujer ejerce un papel predominante en el cuidado de la casa. Teniendo en cuenta que el 90% de la exposición al HAT se da en el hogar, estos grupos se ven más afectados que su contrapartida en niños y hombres.

### MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABACO

En los Patrones de Mortalidad en España 2018<sup>30</sup>, publicado por el Ministerio de Sanidad, se observa que mueren en torno a 100.000 personas al año en España por causas atribuibles al



tabaco. En el apartado dedicado a la mortalidad atribuible al tabaquismo del informe citado, se plantean algunos problemas en el cálculo y se ha optado por utilizar también como indicador la mortalidad por cáncer de pulmón.

Año	Defunciones			Tasa de mortalidad bruta			Tasa de mortalidad ajustada por edad		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2001	114.540	69.818	44.722	281,0	349,6	215,1	187,8	291,4	107,4
2002	116.010	70.675	45.335	280,1	347,7	214,9	185,4	287,6	106,1
2003	119.201	72.457	46.744	282,5	349,4	217,8	184,6	286,2	105,9
2004	113.384	69.271	44.113	264,6	328,4	202,7	172,2	267,3	97,9
2005	116.352	71.346	45.006	266,5	331,2	203,5	171,6	267,5	97,2
2006	109.307	67.438	41.869	246,4	307,9	186,4	157,4	246,0	87,9
2007	111.426	68.954	42.472	246,3	308,4	185,7	155,1	242,7	86,4
2008	108.252	66.826	41.426	235,4	293,7	178,4	146,8	229,0	81,8
2009	108.539	67.329	41.210	234,1	293,6	175,9	142,5	223,4	78,6
2010	107.451	66.527	40.924	230,8	289,1	173,7	137,0	214,2	76,1
2011	106.409	66.197	40.212	227,7	286,9	169,9	131,7	206,6	72,5
2012	108.289	67.320	40.969	231,6	292,0	172,8	130,8	205,0	72,1
2013	103.960	64.610	39.350	223,1	281,7	166,3	123,9	192,9	68,7
2014	102.443	63.859	38.584	220,5	279,6	163,4	119,5	186,4	65,9
2015	106.162	65.861	40.301	228,7	288,9	170,7	120,8	187,5	67,5
2016	102.025	63.849	38.176	219,6	280,0	161,5	115,1	178,8	63,6
2017	102.536	63.804	38.732	220,4	279,5	163,4	113,1	174,2	63,8
2018	99.827	62.073	37.754	213,6	270,9	158,5	108,9	167,1	61,7

Las tasas se expresan por 100.000 habitantes de ambos sexos, por 100.000 hombres o por 100.000 mujeres

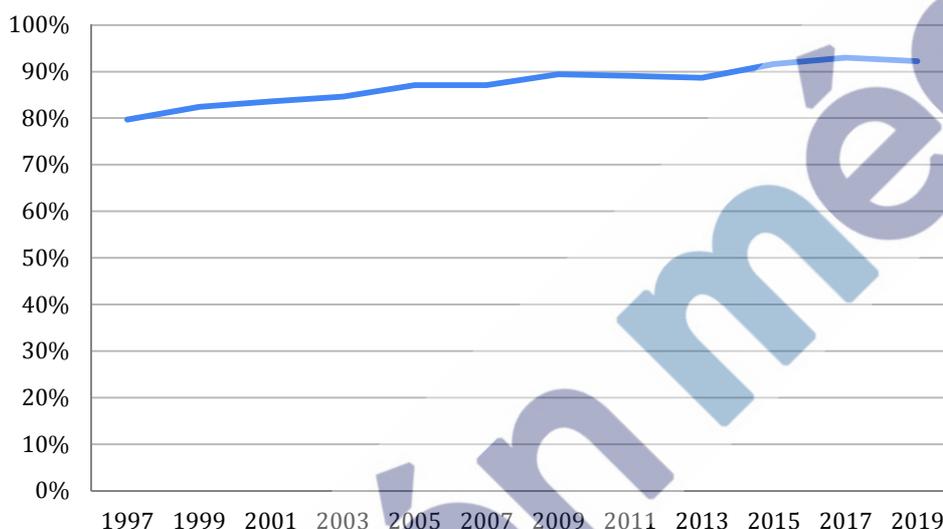
**Tabla 1 Número de defunciones, tasa de mortalidad bruta y tasa de mortalidad ajustada por edad para muertes atribuibles al tabaco, según sexo (Fuente: Patrones de Mortalidad en España 2018 Ministerio de Sanidad)**

En torno a la mitad de las personas fallecidas por causas atribuibles al tabaco, mueren de cáncer, suponiendo en torno al 30% de las muertes por esta enfermedad, siendo el más frecuente el cáncer de pulmón; De cada 5 casos de cáncer de pulmón en España 4 son debidos al tabaco, siendo destacable el importante aumento que se ha producido en mujeres. A continuación, le siguen las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias que están en torno al 28% y 23% respectivamente.

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 como 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 bajas<sup>31</sup>.



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.15 Porcentaje de personas que creen que fumar un paquete al día genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de EDADES 2019/20)**

Sin embargo la percepción de riesgo sobre nuevas formas de consumo, como los cigarrillos electrónicos, no es aún tan elevada. Entre los jóvenes que consumen estos productos, solo un 12,1% cree que consumir un ecig diario conlleva muchos/bastantes problemas. Mientras que entre los que no los consumen solo el 24,9% respalda esta opinión. Además esta percepción ha disminuido desde la anterior encuesta.

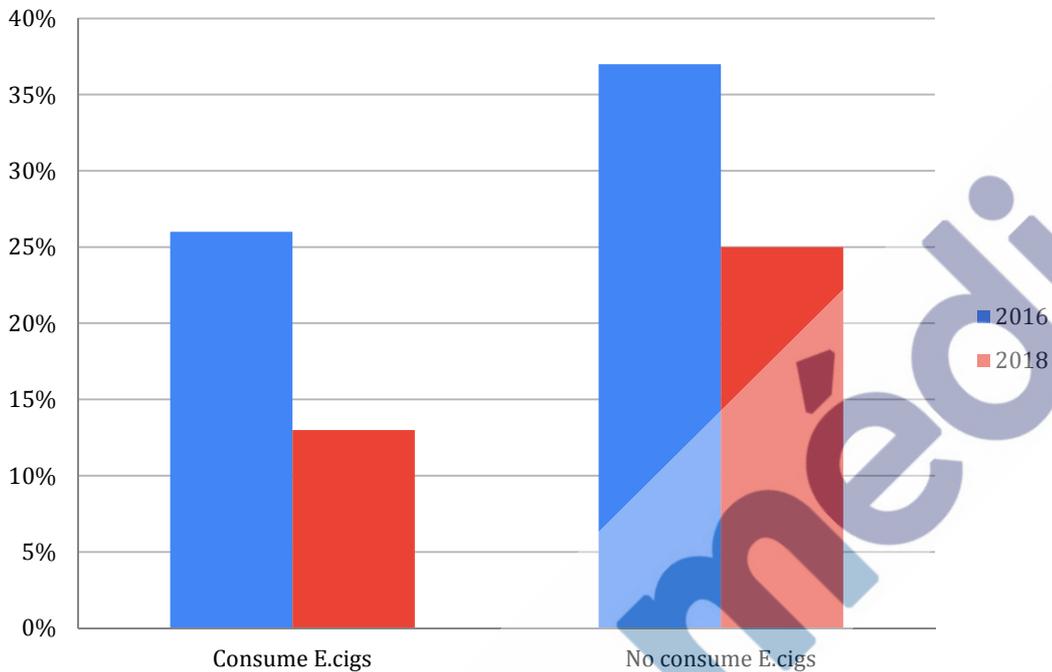


Fig.16 Porcentaje de estudiantes 14-18 años que creen que consumir ecigs una vez al mes o menos genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de ESTUDES)

## PRINCIPIOS:

### - Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

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 son externos 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)<sup>32</sup>.

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.

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 es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

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 morbimortalidad actualmente, y propone un abordaje 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”*<sup>33</sup> 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.

#### - **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 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.



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 durante todo el proceso, desde la motivación previa al abandono hasta la prevención de recaídas, 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 a 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 y 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.

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 (en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS), se ha elaborado un curso online dirigido a la capacitación de los profesionales sanitarios sobre el *“Abordaje del Tabaquismo desde Atención Primaria”*<sup>34</sup>. La elaboración del curso finalizó en 2020 y ya se han realizado diferentes ediciones del mismo en diferentes comunidades autónomas.

Finalmente 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 mano<sup>2</sup>,

---

<sup>2</sup> 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



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 todas las autoridades sanitarias y de todos los sectores implicados en la lucha contra el tabaquismo transmitir los conocimientos necesarios a la ciudadanía, así como las herramientas que están disponibles en la actualidad, mediante mensajes similares en la misma dirección, evitando generar confusión en la ciudadanía.

De esta forma, tanto unas como otros tendrán los conocimientos suficientes y la capacidad para poder tomar las decisiones correctas en la mejora de su salud, podrán acceder a la atención sanitaria adecuada y a los tratamientos de ayuda a la cesación del consumo de tabaco y productos relacionados. Asimismo, también tendrán las herramientas suficientes para poder denunciar las situaciones de incumplimiento de las leyes que se producen de forma habitual 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.

- **Eficiencia y sostenibilidad**

Las bases de la asistencia en tabaquismo han sido establecidas por norma general en Atención Primaria. 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-efectividad<sup>35</sup>. Así mismo es importante unificar los sistemas de registro y la retroalimentación bidireccional entre los niveles de atención, de especial relevancia en algunos casos (pacientes 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 incluyen 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 poblaciones vulnerables.

Dado que el tabaquismo es un problema con múltiples dimensiones, que exige una respuesta coordinada e integral y de actuaciones tanto preventivas como asistenciales, el plan se ha concebido como una herramienta que permita, desde una estrategia global e intersectorial, la mejor forma de afrontar el mismo y que permita:

- integrar las intervenciones más adecuadas en orden a la prevención en los distintos ámbitos,
- asegurar una asistencia de calidad, basada en la mejor evidencia científica disponible,
- definir y desarrollar acciones sobre grupos con rol o función ejemplarizante y colectivos en situaciones desfavorecidas o de especial vulnerabilidad (embarazadas, enfermos mentales, menores en riesgo, personas con bajos recursos),
- impulsar la colaboración intersectorial y la participación de todas las asociaciones y organizaciones que realizan una labor activa,
- y poner en marcha la formación e investigación necesarias, garantizando la evaluación, el seguimiento y la comunicación de todas estas estrategias.

Asimismo, este Plan Integral se plantea como un instrumento de coordinación de las actuaciones sanitarias y los recursos disponibles para mejorar la atención a las personas fumadoras al tiempo que, para proteger el derecho a la salud de toda la ciudadanía 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 específicos.

#### - **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 evidencias<sup>36</sup> 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.

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 permitan un análisis desde la perspectiva de género, tales como: horas de trabajo remunerado y no remunerado, cargas familiares, horas dedicadas al cuidado de la infancia, ancianidad y/o personas 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 sexo (*"Libro blanco sobre mujeres y tabaco"*<sup>29</sup>, 2007. Capítulo 3. *Perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo*. Pepa Pont Martínez). De acuerdo a dicha publicación, las mujeres 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 tan 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 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, 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 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 de 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 nicotina. 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 nicotina.

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 Tabaquismo:**

Partiendo del hecho de que el tabaco es un determinante de pobreza entre los ya pobres, en España, las desigualdades sociales en tabaquismo se observan a nivel global en distintos indicadores como la clase social, el nivel de estudios y 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 etnias, como podemos apreciar en los datos obtenidos por la *Encuesta Nacional de Salud a la Población Gitana 2016*<sup>37</sup> donde se muestran estas desigualdades. Más de la mitad de los hombres (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%). 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.

Así mismo, se ha observado un mayor consumo de tabaco en algunos colectivos como el de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT). 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.<sup>38, 39</sup>

Además de las variables biológicas habituales, como la edad y el sexo, en los siguientes análisis se incluyen otras como situación laboral, 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. Por otro lado, las mujeres trabajadoras se inician en el consumo de tabaco (entre los 16 y 24 años) en mayor proporción que las que están en desempleo<sup>40</sup>.

**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 datos de 2003, en hombres de entre 16 y 24 años, aquellos con rentas más altas se iniciaron menos en el consumo de tabaco que aquellos con rentas bajas. En el caso de las



mujeres de la misma franja de edad, el grupo que en mayor proporción se inicia en el consumo de tabaco es el que dispone de una renta intermedia.

**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 varía entre las mujeres, las que pertenecen a la clase con mayor renta y nivel de estudios son las que más fuman y las que componen las clases más desfavorecida son las que menos dejan de fumar, además de ser las que en mayor número se incorporan al consumo entre los 16 y 24 años. Si bien, si atendemos a las edades, el mayor consumo de tabaco se da en las mujeres de 16 a 44 años de la clase 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, Prevención y Calidad, de la Dirección General de Salud Pública 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:
    - Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad:
      - Área de Promoción
      - Área de Prevención
      - Unidad de Cribados
      - 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:
    - Subdirección General de Información Sanitaria.
  - 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).



- **CCAA, a través del Grupo de Trabajo de Responsables de Tabaquismo de las 17 Comunidades y dos Ciudades Autónomas**, 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 del Ministerio de Sanidad, presentando aportaciones y colaborando en las diferentes revisiones antes de su aprobación.
  
- **Otros Ministerios:**
  - **Ministerio de Derechos Sociales y agenda 2030:**
    - INJUVE
  - **Ministerio de Educación y Formación Profesional**
  - **Ministerio de Ciencia e Innovación**
    - Instituto de Salud Carlos III
  - **Ministerio de Universidades**
  - **Ministerio de Consumo:**
    - Centro de Investigación y Control de Calidad (CICC)
    - Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN)
  - **Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITERD)**
  - **Ministerio de Hacienda:**
    - Dirección General de Tributos
    - Comisionado para el Mercado de Tabacos (CMT).
  - **Ministerio del Interior:**
    - Dirección General de Tráfico (DGT)
  - **Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital**
  - Dirección General para el Avance Digital
  - **Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA):**
    - Subdirección General de Cultivos Herbáceos e Industriales y Aceite de Oliva
  
- **Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)**
- **Tercer Sector (CNPT y otras Sociedades Científicas, ONGs y Asociaciones de Pacientes):** han participado en la revisión del documento y se ha tenido en consideración sus aportaciones.

## EJES DE ACTUACIÓN

Como señalado anteriormente, el plan define 4 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 situándose en la actualidad en torno al 23%. Esta disminución de la prevalencia sufre picos 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, tanto con ayuda farmacológica como con apoyo profesional. 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 CTE<sup>41</sup> 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 2025 es alcanzar un 7% en jóvenes de 14-18 años, con mayor reducción de la prevalencia en chicas (de 3 puntos con respecto a 2 puntos en los chicos) y a menos del 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 producto<sup>42</sup>. Son especialmente sensibles a la exposición a estas emisiones los niños y niñas y personas dependientes que conviven con fumadores. A nivel público, 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 expuesto. 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 definíamos anteriormente son los restos de nicotina que quedan adheridos a las superficies de los ambientes donde se ha consumido tabaco o DSLN. Este humo de tercera mano tiene efectos negativos para la salud<sup>43,44</sup> 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 el consumidor para que no exponga de forma involuntaria a sus convivientes.

## METAS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En el Plan se han definido 5 Metas y 21 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: el aumento del precio del tabaco a través de una subida en su fiscalidad; 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.

No obstante aunque estas medidas se 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 hacia 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 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 de consumo. 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. 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 aguas, *shishas* o *cachimbas*, 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 sucesivas<sup>45</sup> y que presenta riesgos añadidos al del consumo de tabaco.

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: 33% alguna vez en la vida, 27,5% en el último año y 19,3% en el último mes)<sup>46</sup>. 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)<sup>47</sup> como a nivel fisiológico (complicaciones cardíacas, pulmonares, neurológicas, digestivas, renales, e incluso dermatológicas)<sup>48</sup>

En España, la organización ÉVITC (Evidencia Cannabis Tabaco) 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 jóvenes<sup>49</sup>. Por tanto, a su juicio es fundamental atacar este binomio para combatir el tabaquismo, sobre todo en los tramos de edad más jóvenes.

## Objetivos

**1.1 Reducir el porcentaje de jóvenes que inician el consumo de tabaco y productos relacionados**

**1.2 Reducir por debajo del 7%, 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 20%, la prevalencia diaria en jóvenes en el tramo de 15 -24 años.**

**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 la pediatría

#### 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 tratamiento del problema.

La mejor manera de reducir la morbimortalidad 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 conseguir que todos los profesionales sanitarios utilicen las mismas y demostradas 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 y 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 traten a todas las personas fumadoras que se identifiquen durante la atención sanitaria. 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 adulta<sup>50</sup> 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 Especializada y otros ámbitos sanitarios, con el fin de abordar el tratamiento de una forma más completa y eficiente con unos resultados mucho más satisfactorios.

Como en otras enfermedades crónicas, los profesionales deben tener la formación y capacidad adecuadas para que den 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. Más aún, los cambios de políticas, como el aumento de impuestos o el endurecimiento de las leyes en cuanto a espacios libres de humo, llevan frecuentemente a las personas que fuman a buscar ayuda para dejar de fumar.

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 se ha demostrado tener mejores resultados en la cesación. 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 ha sido agravado por el mismo poniendo en relieve los riesgos de seguir fumando y, a estos dos motivos se suma 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. Es fundamental realizar un adecuado seguimiento tras el alta hospitalaria, ya sea en el propio centro o mediante una buena coordinación con Atención Primaria.

Un aspecto no siempre potenciado es el importante papel que los servicios de salud laboral y Mutuas pueden desarrollar en la intervención frente al tabaquismo en el ámbito laboral, detectando en las revisiones periódicas el problema y proporcionando consejo breve y ayuda.

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 App en móviles.

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.

Dentro de las aplicaciones existentes cabe destacar la App Respirapp de la Asociación Española contra el Cáncer, la App S’acabó de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo, SEDET y la plataforma informática en español "Florencia": Dejar de fumar con la inteligencia artificial , desarrollada por la OMS).Todas ellas 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 los/las adolescentes, 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 diferente 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 entre las que se incluyen la implantación de un sistema de identificación de los consumidores en todos los centros sanitarios mediante la historia clínica, proporcionar una adecuada formación, recursos e información para que los profesionales sanitarios utilicen de forma homogénea tratamientos efectivos, dedicar personal especializado a proporcionar tratamientos de tabaquismo y evaluar la prestación de estos tratamientos, incluyendo formación en tabaquismo en todas las carreras de ciencias de la salud, e implicando 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 generales 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, a los mejores tratamientos y ayuda para facilitar que se abandone el hábito y, por consiguiente, la adicción a estos productos. Para conseguir este objetivo general se establecen una serie de objetivos específicos con sus respectivas líneas de actuación.

## 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. Desarrollar actuaciones específicas de cesación para colectivos vulnerables y de especial interés.**
- 2.3. Promover la formación sobre tabaquismo en el currículo de los Grados de Ciencias de la Salud, en la formación sanitaria especializada y en la formación continuada de profesionales sanitarios.**
- 2.4. Favorecer la intervención a la persona fumadora en todos los niveles asistenciales y activos comunitarios.**
- 2.5.- Promover estándares homogéneos en la intervención en tabaquismo en las CCAA.**
- 2.6: Garantizar dentro del SNS, la equidad a toda la población en el acceso a programas de cesación tabáquica con intervenciones de eficiencia reconocida.**



### **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 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 aún más 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 fue gracias a la modificación de 2010, ofreciendo un reconocimiento especial de protección en espacios sensibles como son las zonas de juego infantil y su entorno.

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 2011<sup>51</sup>.

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”.*

Más recientemente, dedicó el Día Mundial Sin Tabaco de 2017 a 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”*<sup>52</sup> 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<sup>53, 54</sup> 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 muertes prematuras. 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”*<sup>55</sup>, 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.
- 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 urbana<sup>56</sup>.

Ese impacto negativo en el medio ambiente es analizado también por otros informes, como la revisión publicada en la revista *Tobacco Control*<sup>57</sup> junto con cuestiones como la deforestación, las disrupciones en los ecosistemas globales, la inseguridad alimentaria o la responsabilidad de la industria tabaquera.

A esto se une al 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 prevalencia<sup>58</sup>. 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<sup>59</sup> 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 de 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 mercado 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 del Proyecto de Ley de residuos y suelos contaminados, actualmente en tramitación parlamentaria, que se aprobará y entrará en vigor en los próximos meses.

En relación con esto debemos mencionar las diferentes iniciativas de protección del litoral mediante la adopción de las iniciativas “Playas Sin Humo”<sup>60</sup>, 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 ciudadanía (61) y una destacada implicación de las diferentes comunidades autónomas.

## Objetivos

### 3.1 Promover la modificación y el cumplimiento de la ley en espacios sin humo



**3.2 Promover campañas de sensibilización a la población sobre la exposición al HAT y otros contaminantes como riesgo para la salud**

**3.3 Implantar las nuevas obligaciones establecidas en la normativa en lo que respecta a los productos del tabaco con filtro y los filtros comercializados para utilizarse en combinación con productos de tabaco que contienen plástico, al objeto de reducir el impacto en el medio ambiente derivado de su abandono o incorrecta gestión**

**3.4 Buscar alternativas al cultivo de tabaco en coordinación con el MAPA.**

#### **Meta 4. Promover la investigación 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 de consumo, edad de la persona consumidora y edad de inicio en el consumo etc. Con esta información se puede enfocar medidas dirigidas a situaciones concretas o grupos específicos donde las medidas 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 las usuarias y usuarios *de segunda mano*. Principalmente estas nuevas formas de consumo son el tabaco calentado y los cigarrillos electrónicos, 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.

Para fomentar este avance científico se deben 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 como de subvención de proyectos I+D+i autonómicos y los posibles proyectos europeos que puedan surgir. Además, se han de



establecer sinergias entre los diferentes centros de investigación e Institutos nacionales, o Universidades para potenciar la formación de grupos de investigación y formar una red de colaboración entre los mismos. Esto incluye la promoción de eventos de difusión científico-técnica.

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; y 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 adictividad 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.

## Objetivos

- 4.1. Potenciar la investigación sobre 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 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.

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.



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. Especialmente importante resulta el contacto con el Comisionado para el Mercado de Tabacos, organismo autónomo dependiente del Ministerio de Hacienda y encargado de la supervisión del mercado de este tipo de productos. 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 y de política impositiva, entre otros.

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 fomentar la colaboración con los profesionales que, desde distintas ramas, participan en la lucha contra el tabaquismo, con especial referencia a sociedades científicas de referencia integradas en el Comité Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo y la Red Europea de Prevención del Tabaquismo. Aportaciones relevantes como *“Declaración de Madrid-Por la salud y el avance de la regulación del tabaco en España”*<sup>62</sup> 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 relacionados<sup>63</sup>.

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 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, o por la iniciativa Ciudadana Porque Nosotros Si (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 a nivel mundial, 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 en conformidad al CMCT-OMS. Propone un acercamiento sistemático de los centros mediante el cumplimiento de 8 estándares establecidos.

Por último, el Plan pretende escuchar las inquietudes de los sectores industriales afectados con el fin de ofrecer alternativas productivas que les posibilite abandonar la participación en el mercado del tabaquismo 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:

redacción médica



### Meta 1: Prevenir el inicio de 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 7%, 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 20%, 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 la pediatría.
- **Objetivo 1.5.-**Reforzar el cumplimiento y el seguimiento de la legislación vigente.

#### Estrategia

#### Líneas de Actuaciones

Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equiparar por ley la publicidad, promoción y patrocinio de productos relacionados y nuevos productos a la existente para productos del tabaco</li> </ul>
------------------------	---



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regular la venta y el consumo de productos relacionados con el tabaco (con y sin nicotina)</li><li>• Revisar la cuantía de las sanciones</li><li>• Modificar el Real Decreto 579/2017 para introducir:<ul style="list-style-type: none"><li>- Empaquetado genérico</li><li>- Prohibición de aditivos que confieren aromas en tabaco y en productos relacionados (en línea con lo que se acuerde por la UE)</li></ul></li><li>• Impulsar la revisión de la fiscalidad para lograr un incremento y aproximación del precio de todos los productos del tabaco y de los dispositivos de calentamiento utilizados para su consumo.</li><li>• Promover que se graven los cigarrillos electrónicos con impuestos especiales</li></ul>
<p><b>Estrategia de Control</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incrementar inspección y actividades de seguimiento para el cumplimiento de la legislación.</li><li>• Realizar un Plan anual de Verificación Control de productos del mercado.</li><li>• Supervisión y control de la aplicación de la normativa reguladora a los productos del tabaco y a los operadores del mercado.</li><li>• Control y seguimiento del consumo y de la venta, tanto directa como online, a menores de productos de tabaco y relacionados.</li><li>• Control y seguimiento de la publicidad encubierta y de la promoción en redes sociales y plataformas.</li><li>• Incluir en la plantilla de denuncia un apartado para poder denunciar publicidad encubierta o promoción en las redes sociales.</li><li>• Coordinación con el Área de Aduanas e Impuestos Especiales (M. Hacienda) para control</li></ul>



	de venta de productos ilegales o falsificados
<b>Estrategia de Comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Campañas de sensibilización con enfoque de situación geográfica (según la clasificación de municipios del potencial de radón del CTE).</li><li>• Campañas de sensibilización dirigidas a jóvenes con enfoque de género y equidad (nivel socio económico, etnia, etc).</li><li>• Campañas informativas orientadas a conseguir una generación libre de humo (en el curso de la vida y dirigidas a diferentes colectivos claves).</li></ul>
<b>Estrategia de Capacitación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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 en el marco del Acuerdo entre este Ministerio y el Ministerio de Sanidad</li><li>• En segundo ciclo de primaria y resto de educación obligatoria, potenciar la implantación generalizada de programas de prevención integrales sobre adicciones, basados en criterios de calidad y fomentar la evaluación de su efectividad.</li><li>• Intervención destacada con programas eficaces (evaluados por el observatorio europeo/portal BBPP adicciones drogas) en el entorno escolar, familiar y comunitario en general.</li><li>• Potenciar la formación en tabaquismo de docentes y profesionales socio-sanitarios que trabajan con menores.</li><li>• Realizar 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.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>Realizar cursos de formación dirigida a colectivos de interés (periodistas, agentes de salud...)</li></ul>
<b>Estrategia de Investigación/ Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>Revisión de la evidencia científica sobre:<ul style="list-style-type: none"><li>-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.</li><li>-los patrones de uso, preferencias de los diferentes productos y sus motivaciones-</li></ul></li><li>Monitorización periódica de la prevalencia para obtener tendencias, mediante la realización de estudios sobre publicidad, promoción y patrocinio de tabaco y similares en redes sociales y plataformas de streaming y su influencia en menores.</li><li>Fomentar la monitorización de los programas de prevención.</li></ul>
<b>Estrategia de Coordinación/ Participación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Incrementar la coordinación de inspecciones y actividades de seguimiento para el cumplimiento de la Ley 28/2005 y del RD 579/2017: DGSP, CCAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.</li><li>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: Comisionado para el Mercado del Tabaco Consumo, Educación, Salud Pública, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.</li></ul>



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participar en la formación a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del estado.</li><li>• Seguimiento y actuaciones ante posibles interferencias de la industria para asegurar el cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT.</li><li>• Supervisar la implementación del Convenio Marco de la OMS y del Protocolo del Comercio Ilícito de Productos del Tabaco en España.</li><li>• Coordinar actuaciones en el entorno local.</li><li>• Establecer un “Acuerdo Nacional sobre la Prevención del Tabaquismo” con apoyo de los Grupos Parlamentarios.</li></ul>
--	--



## **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.- Desarrollar actuaciones específicas de cesación para colectivos vulnerables y de especial interés.**
- **Objetivo 2.3.- Promover la formación sobre tabaquismo en el currículo de los Grados de Ciencias de la Salud, en la formación sanitaria especializada y en la formación continuada de profesionales sanitarios.**
- **Objetivo 2.4.- Favorecer la intervención a la persona fumadora en todos los niveles asistenciales y activos comunitarios.**
- **Objetivo 2.5.- Promover estándares homogéneos en la intervención en tabaquismo en las CCAA**
- **Objetivo 2.6: Garantizar dentro del SNS, la equidad a toda la población en el acceso a programas de cesación tabáquica con intervenciones de eficiencia reconocida.**



## Estrategias

## Líneas de Actuación

<b>Estrategia Legislativa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incluir en la cartera básica común de servicios del SNS la intervención en tabaquismo en el ámbito hospitalario.</li><li>• Modificar los criterios de inclusión de las personas fumadoras en el Programa de cesación del tabaquismo con fármacos financiados.</li><li>• Proponer la incorporación a la cartera básica de prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud, de aquellos fármacos que, atendiendo a la evidencia científica, son adecuados para el tratamiento de la adicción al tabaco.</li></ul>
<b>Estrategia de Comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Difundir material informativo de ayuda para dejar de fumar, especialmente en colectivos vulnerables y grupos de interés.</li><li>• Campañas destinadas a promover la cesación o abandono del tabaco (en el curso de la vida)</li></ul>
<b>Estrategia Educativa/ Formativa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar formación continuada acreditada en abordaje del tabaquismo para profesionales de la salud.</li><li>• Promover que los diseños de los planes de estudio incluyan contenidos específicos sobre tabaquismo y su abordaje para las titulaciones de ciencias de la salud.</li><li>• Incorporar el abordaje del tabaquismo en el plan de formación especializada del personal residente de medicina, psicología, enfermería y farmacia.</li></ul>
<b>Estrategia Asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implantar y extender el registro sobre tabaquismo (productos del tabaco y relacionados/e-cigs) en la Historia Clínica en todos los niveles asistenciales.</li><li>• Diseñar un protocolo de mínimos en intervención para unificar los programas de cesación</li></ul>



	<p>desarrollados por la CCAA.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Habilitar los medios para facilitar la disponibilidad de la TSN u otros fármacos de probada eficacia como tratamiento farmacológico financiado.</li><li>● Implementar nuevas estrategias de ayuda no presenciales (Quitlines, App, herramientas informáticas...)</li><li>● Elaborar actuaciones específicas dirigidas a personas con trastorno mental grave.</li><li>● Elaborar actuaciones específicas para colectivos socioeconómicamente desfavorecidos.</li><li>● Armonizar y realizar el seguimiento de los programas de cesación implantados en las CCAA.</li></ul>
<b>Estrategia de Investigación/ Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Evaluación continua de la utilización de los medicamentos financiados y sus resultados en salud.</li><li>● Evaluación continua de la utilización de los medicamentos no financiados.</li></ul>
<b>Estrategia de Coordinación/ Participación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Coordinación multidisciplinar de actuaciones en el sistema sanitario<ul style="list-style-type: none"><li>○ Elaborar un protocolo de coordinación de actuaciones entre AP y oficinas de farmacia para el abordaje del tabaquismo.</li><li>○ Elaborar/actualizar Protocolo de mínimos de intervención hospitalaria en tabaquismo coordinada con otros niveles asistenciales.</li><li>○ Promover el abordaje del tabaquismo desde los servicios de salud laboral.</li></ul></li></ul>



### **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.**
- **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**

<b>Estrategia Legislativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación legislativa de los espacios sin humo de tabaco y sin aerosoles de cigarrillos electrónicos y productos relacionados en determinados ambientes comunitarios y sociales al aire libre, y en ciertos espacios del ámbito privado (vehículos particulares).</li> <li>• Establecer cauces de colaboración con el MITERD en la implementación de la Ley de residuos y suelos contaminados, una vez entre en vigor.</li> <li>• Colaboración con las Entidades Locales para impulsar el desarrollo de ordenanzas municipales de prohibición de arrojar colillas en vías públicas y espacios naturales.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar inspección y actividades de seguimiento para el cumplimiento de la legislación en espacios sin humo, principalmente en lugares de especial protección</li> </ul>



<b>Estrategia de Control</b>	<p>(centros sanitarios, educativos y sociales).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilización del cuestionario de denuncia de incumplimiento de espacios sin humo.</li></ul>
<b>Estrategia de Comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Realizar campañas de sensibilización en colaboración con el MITERD, DGT...</li><li>• Difundir la normativa sobre espacios sin humo a través de materiales divulgativos.</li><li>• Informar a la población sobre sus derechos a respirar aire no contaminado y los mecanismos de denuncia del no cumplimiento.</li><li>• Difusión en la web del formulario para cursar denuncias por incumplimientos.</li><li>• Organizar campañas de sensibilización sobre la contaminación medioambiental del tabaco y sus desechos (colillas)</li><li>• Diseño homogenizado de cartelería para informar y sensibilizar sobre la prohibición de fumar adaptado a la nueva normativa.</li></ul>
<b>Estrategia de Capacitación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incluir contenidos específicos en los programas integrales de prevención de adicciones en el ámbito escolar dirigidos a docentes y familias sobre las consecuencias de la exposición a las emisiones del tabaco y productos relacionados.</li><li>• Formar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sobre los espacios libres de humo.</li><li>• 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</li></ul>
<b>Estrategia Asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Potenciar/impulsar la participación de centros sanitarios y espacios libres de humo en la Global Network for Tobacco Free Healthcare Services (GNTH).</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incorporar en la cartera de servicios autonómica y en la HC de pediatría y de medicina familiar, el registro y el consejo sobre la exposición al HAT y a los aerosoles de los cigarrillos electrónicos.</li><li>• Incluir en el CIAP-2 y en el CIE-10 la referencia al consumo de tabaco y a la exposición al HAT.</li></ul>
<b>Estrategia de Investigación/ Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover la elaboración de una Guía de BBPP en prevención y control de la exposición al HAT y otros contaminantes y de la huella ecológica del tabaquismo.</li><li>• Incluir en encuestas existentes (nacional: EESE, Barómetro Sanitario) /autonómico) la consulta de opinión sobre espacios sin humo.</li></ul>
<b>Estrategia de Coordinación/ Participación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover iniciativas de ocio alternativo/saludable para promover entornos libres de humo a través de la FEM, CCAA y asociaciones.</li><li>• Impulsar o potenciar Redes que promuevan el cumplimiento de entornos libres de tabaco y de cigarrillos electrónicos.</li><li>• Promover y difundir actividades de Buenas Prácticas (BBPP) de entornos sin humo (Playas sin Humo...)</li><li>• Coordinar actuaciones de vigilancia y seguimiento de la legislación con:<ul style="list-style-type: none"><li>- DGT,</li><li>- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad</li><li>- FEMP,</li><li>- Centros Sanitarios públicos y privados</li><li>- Centros educativos y sociales</li><li>- Tercer Sector</li></ul></li><li>• Colaborar con el MITERD-MAPA en organizar campañas de sensibilización sobre la el impacto en el medio ambiente del tabaco y sus desechos (colillas).</li></ul>



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Buscar alianzas entre decisores políticos y líderes de opinión para lograr el cambio estructural y social de ambientes libres de humo.</li><li>• Solicitar información al MAPA sobre las modificaciones de la PAC y las alternativas implementadas al cultivo de tabaco.</li></ul> |
|--|--|



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

- **Objetivo 4.1.- Potenciar la investigación sobre epidemiología, prevención y tratamiento del tabaquismo 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 consumo de 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

<p><b>Estrategia Legislativa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el establecimiento de convenios con sociedades científicas.</li> <li>• Impulsar una línea de subvenciones (concurencia pública competitiva siguiendo las directrices del CMCT) para proyectos de investigación sobre tabaco.</li> <li>• 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.</li> </ul>
--------------------------------------	---



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudas y subvenciones a proyectos de información juvenil, con personal mediador joven.</li></ul>
<b>Estrategia de Comunicación /Formativa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyar, promover y facilitar la difusión de informes/documentos técnicos basados en la evidencia sobre consumo de tabaco y productos relacionados.</li></ul>
<b>Estrategia de Investigación/ Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>• Monitorizar los proyectos de investigación sobre tabaco que se presentan en la línea de subvenciones.</li><li>• Colaborar con programas de investigación sobre el tabaco y productos relacionados y sobre el nudo tabaco/cannabis.</li><li>• Promover y difundir investigaciones sobre los efectos en la salud del consumo de productos en cachimbas.</li><li>• 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.</li><li>• Participación en programas coordinados y patrocinados por la Comisión Europea (Programa de la Joint Action Tobacco Control –JATC -2021-2024) y difusión de los resultados.</li><li>• Realización de encuestas y estudios de mercado sobre preferencias de consumo de los diferentes tipos de productos/productos novedosos del mercado.</li><li>• Promover la investigación sobre cultivos alternativos al tabaco sostenibles promoviendo el cumplimiento del CMCT-OMS.</li></ul>



## 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

Estrategias	Líneas de Actuación
<b>Estrategia Legislativa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover el desarrollo legislativo necesario para la ejecución del Plan garantizando la participación y el apoyo de la ciudadanía, de profesionales y entidades implicadas.</li><li>• Seguimiento de la actividad legislativa de los Estados miembros de la UE.</li><li>• Fomentar la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en todos sus artículos (CMCT-OMS).</li></ul>
<b>Estrategia de Control</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Asistir a reuniones de coordinación con los diferentes departamentos de la AGE (Comisionado para el Mercado de Tabacos, Ministerio de Hacienda; MITERD...) en su</li></ul>



	<p>ámbito de competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar seguimiento de las iniciativas ciudadanas, profesionales, de sociedades científicas, ONG's y otras entidades privadas.</li><li>• Efectuar control y seguimiento de las actividades de la industria tabacalera, en especial para evitar su injerencia.</li><li>• Verificar el cumplimiento de España del Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT-OMS).</li></ul>
<b>Estrategia de Comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar de los distintos aspectos del plan a las Comunidades y Ciudades Autónomas.</li><li>• Informar del avance del Plan periódicamente en la CSP.</li><li>• Garantizar una información permanente del avance del plan a todos los actores implicados.</li></ul>
<b>Estrategia de Investigación/Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participar en las encuestas internacionales sobre venta y consumo, cumplimiento del Convenio Marco y cualquier otro seguimiento normativo.</li></ul>
<b>Estrategia de Coordinación/ Participación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar la participación ciudadana en el cumplimiento de los objetivos de este plan.</li><li>• 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...)</li><li>• Consensuar decisiones ante actuaciones no contempladas en la legislación o sobre las que existan dudas interpretativas.</li></ul>



- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar reuniones periódicas, al menos de carácter cuatrimestral con los órganos competentes de las Comunidades y Ciudades Autónomas en materia de tabaquismo.</li><li>• Realizar reuniones con periodicidad anual con el Comisionado para el Mercado de Tabacos.</li><li>• Realizar una reunión con carácter anual en la que participen los departamentos afectados por el Plan para su control y revisión.</li><li>• Realizar reuniones con periodicidad bienal con las entidades del Tercer Sector.</li><li>• Establecer un “Acuerdo Nacional sobre la Prevención del Tabaquismo” con apoyo de los Grupos Parlamentarios.</li><li>• Promover la reactivación del Observatorio del Tabaco.</li><li>• Participar activamente en el avance de la legislación europea sobre control y prevención del tabaquismo.</li><li>• 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.</li><li>• Incrementar y garantizar la coordinación con la Conferencia del Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT-OMS).</li></ul> |
|--|---|



## - INDICADORES-

La realización de las actuaciones planificadas se miden mediante indicadores. A través de los indicadores, ya sean cualitativos o cuantitativos, se evalúa la estructura, proceso y resultados del Plan Integral, y se hace un seguimiento de los mismos.

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, calidad en la estrategia de comunicación y difusión, efectividad en la coordinación de los agentes implicados, entre otros.
- **De resultados:** 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, morbo-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, y
- 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:
  - o De Proceso
  - o De Resultados



**Tabla 1: Indicadores Generales del Plan**

DESCRIPCIÓN	DEFINICIÓN TERMINOS	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; <7% 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)	EF=% de personas exfumadoras  % Abandonos: EF/(FD+FO+EF)	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		2 años	ESTUDES



12 meses en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (% por grupos de edad y sexo).			
- 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 11 a 18 años (% por grupo de edad y sexo)		4 años	HBSC
- 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 Secundarias de 14-18 años (% por grupos de edad y sexo).		2 años	ESTUDES
- 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: <ul style="list-style-type: none"><li>• familiares</li><li>• amigos</li></ul> que fuman. (% por grupos de edad y sexo)		2 años	ESTUDES
- Permisividad de las familias frente al consumo de: <ul style="list-style-type: none"><li>• tabaco,</li><li>• pipa de agua,</li><li>• e-cigs ...</li></ul>		2 años	ESTUDES



(%por grupos de edad y sexo)			
- Percepción de riesgo de los estudiantes de secundaria de 14- 18 años frente al consumo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tabaco,</li> <li>• e-cigs</li> <li>• cannabis.</li> </ul> (%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).		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	2-3 años	ENSE-EESE (ESE)



	<p>ambientes cerrados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- EM: % personas expuestas menos de una vez por semana al humo de tabaco en ambientes cerrados</li></ul>		
--	---	--	--



## Tabla 2: INDICADORES ESPECÍFICOS DE PROCESO

Descripción	Cálculo/ Herramientas	Criterio	Actores Implicados	Periodicidad
<b>META 1: Prevenir el inicio de consumo de tabaco y productos relacionados.</b>				
Descripción de las modificaciones legislativas realizadas (excepto espacios sin humo).	Descriptivo		MS/CCAA	Bienal
Informe sobre actuaciones del CMT en relación a infracciones en la comercialización (Comité Consultivo).	Descriptivo		MS/MHFP(CMT)	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



	<b>Descriptivo</b>		<b>MS/CCAA/MHFP (CMT)/MC/FFCCSS</b>	<b>Final del plan</b>
Informe de actividades coordinadas realizadas para el cumplimiento de la ley 28/2005.				
Se ha establecido un “Acuerdo Nacional sobre la Prevención del Tabaquismo” con apoyo de los Grupos Parlamentarios.		SI/NO	MS	Bienal
<b><i>META 2: Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar.</i></b>				
Se ha incluido en la cartera básica común de servicios del SNS la intervención en tabaquismo en el ámbito hospitalario.		SI/NO	CCAA	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
Población y colectivos a los que se dirigen las campañas:	<b>Descriptivo</b>		MS/CCAA	Bienal
Medios de difusión utilizados	<b>Descriptivo</b>		MS/CCAA	Bienal
Se ha incluido el abordaje del tabaquismo en el plan		SI/NO	MS	Final del Plan



de formación especializada de residentes de medicina, psicología, enfermería y farmacia. (por disciplina)				
Se ha elaborado el protocolo de mínimos en intervención para unificar los programas de cesación desarrollados por la CCAA.		SI/NO	CCAA	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
Se ha diseñado el protocolo de mínimos de coordinación con farmacia:  - Nº de CCAA con protocolos específicos:  -% de farmacias que se adhieren por CA		SI/NO %	CCAA	Final del Plan
Se ha elaborado una Protocolo homogéneo de intervención del tabaquismo en hospitales coordinada con otros niveles asistenciales: - Nº de CCAA con protocolos específicos: - % de hospitales que lo incluyen por CA		SI/NO %	CCAA	Final del Plan



<b>META 3: Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica.</b>				
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.	<b>Descriptivo</b>		MS/MITERD	Bienal
Tipo de medios de difusión de campañas de sensibilización en colaboración con el MITERD y la DGT (M. Interior).	<b>Descriptivo</b>		MS/CCAA/MITERD/DGT	Bienal
Se ha incorporado el registro de tabaquismo a la Cartera de Servicios de pediatría y de medicina familiar.		SI/NO	CCAA	Bienal
Se ha incluido en el CIAP-2 y en el CIE-10 la referencia a consumo de tabaco y a la exposición al HAT		SI/NO	MS	Bienal
Se ha incorporado el registro a la Historia Clínica.		SI/NO	CCAA	Bienal
Se ha incorporado el consejo sobre la exposición al HAT y a los aerosoles de los cigarrillos electrónicos a la Cartera de Servicios de pediatría y de medicina familiar.		SI/NO	CCAA	Bienal



Se ha incorporado el consejo a la Historia Clínica.		SI/NO	CCAA	Bienal
Se ha elaborado la Guía de BBPP en prevención y control de la exposición al HAT y otros contaminantes y de la huella ecológica del tabaquismo.		SI/NO	MS/MITERD/CCAA	Final del Plan
Se ha logrado alguna alianza entre decisores políticos.		SI/NO	MS	Final del Plan
Elaborar un informe con la información compartida por el MAPA.	Descriptivo		MS/MAPA	Final del Plan
<b>META 4: Promover la investigación y la monitorización en el control del tabaquismo.</b>				
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 (MCI).	Bienal
Inclusión en el FIS como línea prioritaria la investigación sobre los aspectos relacionados con el tabaquismo y la salud.		SI/NO	MS/ ISCIII (MCI)/CCAA.	Bienal
<b>META 5: Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas.</b>				
Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento	Descriptivo		MS	Bienal



de la actividad legislativa.				
Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de las iniciativas realizadas.	<b>Descriptivo</b>		MS	<b>Final del Plan</b>
Existe una estrategia de comunicación con los actores del plan. -Se aplica de forma efectiva.		SI/NO	MS	<b>Bienal</b>
Reflejar en el informe de evaluación el seguimiento de las actividades de fomento de participación ciudadana realizadas.	<b>Descriptivo</b>	SI/NO	MS/CCAA	<b>Bienal</b>
Se han coordinado actuaciones: - con autoridades de la AGE - con autoridades de CCAA - con otras autoridades de inspección		SI/NO	MS	<b>Bienal</b>
Se han consensuado actuaciones.		SI/NO	MS	<b>Bienal</b>
Se han celebrado las reuniones con los actores implicados con la periodicidad establecida:		SI/NO	MS	<b>Bienal</b>
Se ha establecido el Acuerdo Nacional sobre la Prevención del Tabaquismo” con apoyo de los Grupos Parlamentarios.		SI/NO	MS	<b>Bienal</b>



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

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
<b>META 1: Prevenir el inicio de consumo de tabaco y productos relacionados.</b>				
-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)			<b>MS/CCAA</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de campañas de sensibilización realizadas por el Ministerio de Sanidad/ CCAA.  -Descripción de las campañas.	Nº campañas (con indicación de la población diana) . MS .CCAA		<b>MS/CCAA</b>	<b>Bienal</b>
-Nº/% de centros educativos que desarrollan programas estructurados de prevención universal	-Nº de centros de un total (por CA)		<b>CCAA</b>	<b>Bienal</b>



de conductas adictivas que incluyan el tabaco.	-Nº de centros que desarrollan programas /Nº total de centros*100 (por CA)			
-Nº de docentes que participan por nivel educativo y por CA	Nº docentes que participan (por nivel educativo)/ total de alumnos de esos niveles en la CA*100.		<b>CCAA</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de alumnos y porcentaje de alumnos/as participantes por nivel educativo (EP, ESO, Bachiller, FP) y por CA.	-Nº alumnos que participan (por nivel educativo)/ total de alumnos de esos niveles en la CA*100.		<b>CCAA</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de cursos de formación realizados y colectivos a los que van dirigidos.	-Nº de cursos por colectivos (total todas CCAA y MS)		<b>MS/CCAA</b>	<b>Bienal</b>
- 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 - Nº informes en los que se ha participado -Nº de programas monitorizados (por CA)	-Nº total (MS+CCAA)		<b>MS/CCAA</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de actuaciones frente a interferencias de la industria			<b>MS/CCAA/SSCC/ONGs</b>	<b>Bienal</b>



-Nº de actuaciones/iniciativas/programas de prevención coordinados con las entidades locales y por ámbito de actuación.			CCAA	Bienal
<b>META 2: Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar.</b>				
- 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.			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): -Nº/% de profesionales formados por colectivo. -Nº de profesionales por nivel de intervención: .AP .Hospitalaria	$= [(a) / b] * 100$ <p>a= Nº de profesionales de atención primaria/hospitalaria 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</p>	De nivel 0 al nivel 3 (según la GNTH)	CCAA	Bienal



<p>-Nº/% de profesionales formados por tipo de intervención:          . Consejo Breve          . Intervención Intensiva</p>	<p>b=Nº total de profesionales de farmacia/psicología colegiados en la CA.          Datos acumulativos (al cabo de 4 años)</p>			
<p>-Nº de planes de estudios de las titulaciones de ciencias de la salud en las que se ha incluido el abordaje del tabaquismo.</p>			<p>MIU/CCAA</p>	<p>Bienal</p>
<p>-Nº de actuaciones realizadas con personas fumadores con trastorno mental grave.</p>			<p>CCAA</p>	<p>Bienal</p>
<p>-Nº de CCAA que han incorporado la TSN u otros fármacos de probada eficacia en su Cartera Específica de Prestaciones farmacéuticas.</p>			<p>CCAA</p>	<p>Bienal</p>
<p><b>-Registros:</b>          -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)</p>			<p>CCAA</p>	<p>Bienal</p>
<p><b>Centros:</b>          - % de centros sanitarios que ofertan intervenciones en tabaquismo en AP y Hospitalaria (por CA) (Fuente CCAA-SIAP)</p>	<p><b>BD CCAA/SIAP</b>  <math>= (a) / (c) * 100</math> y <math>= (b) / (d) * 100</math></p>		<p>CCAA</p>	<p>Bienal</p>



<p>- % centros hospitalarios con programas de intervención a paciente hospitalizado.</p>	<p>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  d) Número total de centros hospitalarios en dicha CA o Ciudad Autónoma.</p>			
<p><b>-Consejo Breve en tabaquismo:</b></p> <p>- Nº/% de personas fumadoras que han recibido consejo breve en tabaquismo (en AP por CA).</p>	<p><i>Próximamente BDCAP</i></p> <p>Nº de personas fumadoras registradas a las que se le ha dado el consejo breve.  = [(a / b)] * 100  a= Nº de personas fumadoras que han recibido el consejo breve en tabaquismo en el año por CA.  b= Nº total de personas fumadoras registradas en el año en AP en la CA.</p>		<p>CCAA</p>	<p>Bienal</p>



<p><b>-Programa de Cesación:</b></p> <p>-Nº/% de personas fumadoras incluidas en los programas de cesación del tabaquismo (en AP por CA).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nº/% de personas fumadoras que realizan intentos para dejar de fumar (de las que están incluidas en el Programa) en formato individual (por CA).</li> <li>Nº/% de personas fumadoras (de las que están incluidas en el Programa) que realizan intentos para dejar de fumar en formato grupal (por CA).</li> </ul>	<p>Nº de personas fumadoras incluidas en el programa de cesación.  <math>= [(a / b)] * 100</math>  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.</p> <p>Nº de personas fumadoras incluidas en el programa de cesación que reciben intervención intensiva individual.</p> <p>Nº de personas fumadoras incluidas en el programa de cesación que reciben intervención intensiva grupal.</p>		CCAA	Bienal
<b>Resultados del programa de financiación de tratamientos:</b>			CCAA	Bienal



<p>-Nº de tratamientos farmacológicos prescritos (financiados/no financiados) por nivel asistencial (por tipo de fármaco/CA/año) - BDCAP</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• AP</li><li>• Hospitalaria</li></ul> <p>-% de personas que utilizan tratamiento farmacológico de las incluidas en el programa de cesación tabáquica por CCAA (financiado/No financiado).</p> <p>-% de abandonos del tratamiento (solo 1 envase)</p>	<p>Nº de pacientes que inician programa de cesación con prescripción farmacológica financiada /Nº de pacientes que inician programa de cesación*100</p> <p>Nº de pacientes incluidos en programa de cesación con prescripción farmacológica no financiada/Nº de pacientes incluidos en programa de cesación*100.</p> <p><b>Próximamente BDCAP</b></p> <p>Nº de abandonos del tratamiento farmacológico financiado/Nº de pacientes que inician tratamiento farmacológico financiado*100. Nº de abandonos del</p>			
---	---	--	--	--



<p>-% de abstinencia en los programas de intervención en tabaquismo con tratamiento farmacológico financiado/no financiado (por CA):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de pacientes abstinentes a los 3 meses</li> <li>-% de pacientes abstinentes al año</li> </ul>	<p>tratamiento farmacológico no financiado/Nº de pacientes que inician tratamiento farmacológico no financiado*100.</p> <p>Nº de pacientes abstinentes (3 meses/año) de los que inician el programa de cesación de la CA/Nº de pacientes que inician el programa*100</p> <p>El mismo indicador para quienes inician tratamiento farmacológico financiado y no financiado.</p>			
<p>- Nº de CCAA con protocolos de coordinación de actuaciones entre AP y oficinas de farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-% de farmacias que aplican dichos protocolos por CA.</li> </ul>			<b>CCAA</b>	<b>Final del Plan</b>
<p>- Nº de CCAA con protocolos específicos de mínimos de intervención hospitalaria en tabaquismo coordinada con otros niveles asistenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-% de hospitales que lo aplican por CA</li> </ul>			<b>CCAA</b>	<b>Final del Plan</b>
<p>-Nº de actuaciones realizadas en la CA en los</p>			<b>CCAA</b>	<b>Bienal</b>



servicios de salud laboral para facilitar el abordaje del tabaquismo (por CA y por tipos)				
<b>META 3: Reducir la exposición ambiental a las emisiones de tabaco y productos relacionados en espacios públicos y privados y reducir la huella ecológica.</b>				
- 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 programas que integran contenidos			CCAA	Bienal



específicos sobre la exposición a las emisiones del tabaco y productos relacionados.				
- Nº de alumnado que participa en los programas.			CCAA	
-Nº de participantes que han finalizado las actividades formativas dirigidas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.			MS/CCAA	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.			MS	Bienal
-Nº de proyectos de municipios dirigidos a: - Promover espacios sin humo - Prevención del tabaquismo			MS	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			MS/CCAA	Bienal



humo (por tipo de encuesta y población diana).				
-Nº de iniciativas propuestas a través de la FEMP/CCAA/Asociaciones			FEMP/CCAA/Asociaciones	Final del Plan
-Nº de BBPP de entornos sin humo (criterios según Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS)			MS/ CCAA	Final del Plan
-Nº de actuaciones de vigilancia coordinadas por tipos			MS/ CCAA /DGT/FFCCSS	Final del Plan
- Nº de redes que promuevan el cumplimiento de entornos libres de tabaco y de cigarrillos electrónicos existentes por tipo y CCAA			CCAA/ONGs	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
<b>META 4: Promover la investigación y la monitorización en el control del tabaquismo.</b>				
-Nº de ayudas/subvenciones a proyectos orientados a la juventud			INJUVE/CCAA/ PNSD/ISCIII(MCI)	Bienal
-Nº de publicaciones/informes técnicos basados en la evidencia sobre consumo de tabaco y productos relacionados. (según destinatarios)			MS/CCAA/PNSD/ ISCII (MCI)	Bienal



-Nº sesiones/jornadas de difusión: - Autonómicas - Nacionales			MS/CCAA	Bienal
-Nº Proyectos de investigación sobre tabaco presentados  - % de proyectos subvencionados.			MS/MAPA/ INJUVE/PNSD/ 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
<b><i>META 5: Potenciar la coordinación y el establecimiento de alianzas.</i></b>				
-Nº de respuestas a iniciativas parlamentarias relacionadas con la prevención del tabaquismo.  -Nº de respuestas a preguntas parlamentarias relacionadas con la prevención del tabaquismo.  -Nº de modificaciones legislativas de los EM evaluadas  -Nº de reuniones en el ámbito internacional, en el marco del CMCT-OMS.			MS	Bienal



-Nº de reuniones de coordinación mantenidas: - con departamentos de la AGE - con las CCAA - con el Tercer Sector			<b>MS</b>	<b>Bienal</b>
Nº de actuaciones para el cumplimiento del artículo 5.3 del CMCT-OMS.			<b>MS/CCAA</b>	<b>Bienal</b>
Nº de medidas de actuación del CMCT implementadas.			<b>MS</b>	<b>Bienal</b>
- Nº de reuniones del Grupo de Responsables de Tabaquismo			<b>MS</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de informes generados en la CSP			<b>MS</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de encuestas internacionales en que se ha participado			<b>MS/CCAA</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de reuniones asistidas en el seno de la UE (en los grupos de política de tabaco y el grupo de expertos)			<b>MS</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de consultas coordinadas con la UE (por temas)			<b>MS</b>	<b>Bienal</b>
-Nº de actividades internacionales (iniciativas, Congresos, workshops.) en las que se ha participado/colaborado:			<b>MS</b>	<b>Bienal</b>



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

- UE				
- CMCT.				

redacción médica



## 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 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 (2022) 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 (2022-2023 y 2024-2025). 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 2026 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 2026 se elaborará una **Memoria final** que recoja un análisis sobre la consecución tanto del objetivo general del Programa, como de los objetivos específicos de cada meta, logrados a través de la realización de las líneas de actuación específicas.

En la memoria se ha 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 2022
Informe bienal 1 (datos 2022-2023)	Enero 2024
Informe bienal 2 (datos 2024-2025)	Enero 2026
Informe final	Primer trimestre 2026
Memoria implementación del PIT	Primer semestre 2026

- **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 de 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 (ESEE)
- 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 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 y Ciudades Autónomas.
- Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana (ENSPG). Ministerio de Sanidad.



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

- Encuesta de indicadores claves del SNS y de Patrones de Mortalidad en España. Ministerio de Sanidad.

redacción médica



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Líneas de Actuación 2019-20 en el Ámbito de la Prevención y Control del Tabaquismo [https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo\\_Lineas\\_actuacion\\_tabaquismo.pdf](https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo_Lineas_actuacion_tabaquismo.pdf)
- 2- Código Europeo contra el Cáncer [https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/Codigo\\_Cancer.pdf](https://www.mschs.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](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.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2020.htm](https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm)
- 5- PRODUCTOS DEL TABACO Y RELACIONADOS: IMPLICACIÓN DE SU CONSUMO EN LA SALUD PÚBLICA [https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Acuerdo\\_Productos\\_Tabaco.pdf](https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/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.mschs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Posicionamiento\\_TyR\\_COVID19.pdf](https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/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>
- 9- Declaración de Madrid-2018. Por la Salud y para el Avance de la Regulación del Tabaco en España. CNPT-ENSP <https://cnpt.es/assets/docs/noticias/20.pdf>
- 10- Declaración Fin del Tabaco (End game) 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](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.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Nota\\_Informativa\\_RealDecreto\\_579\\_2017.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Nota_Informativa_RealDecreto_579_2017.pdf)
- 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.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Directiva92\\_80.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Directiva92_80.pdf) y [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Directiva92\\_79.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Directiva92_79.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.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Directiva2011\\_64.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Directiva2011_64.pdf)
- 20- Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales. [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Ley38\\_1992.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Ley38_1992.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.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/RD\\_Ley7\\_2013.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/RD_Ley7_2013.pdf)
- 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.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Evol\\_Politica\\_Impositiva\\_Tabaco.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Evol_Politica_Impositiva_Tabaco.pdf)
- 23- Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Ley7\\_10.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Ley7_10.pdf)
- 24- Resultados preliminares de la encuesta: "TABACO, OTRAS FORMAS DE CONSUMO Y CONFINAMIENTO" [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Resultados\\_preliminares\\_Encuesta\\_Tabaco\\_y\\_Confinamiento.pdf](https://www.mscbs.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.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeEncuesta\\_Tabaco\\_consumo\\_confinamientoCOVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeEncuesta_Tabaco_consumo_confinamientoCOVID-19.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.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C\\_202103049.pdf](https://www.mscbs.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.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2020.htm](https://www.mscbs.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- Patrones de Mortalidad en España 2018 [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones\\_Mortalidad\\_2018.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_Mortalidad_2018.pdf)
- 31- MANUAL DE LA OMS SOBRE EL RADÓN EN INTERIORES UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA



- [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161913/9789243547671\\_spa.pdf;jsessionid=CBDB372A7AB85BC8FB5869AF5A943B8C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161913/9789243547671_spa.pdf;jsessionid=CBDB372A7AB85BC8FB5869AF5A943B8C?sequence=1)
- 32- Concepts and principles for tackling social inequities in health:  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf)
- 33- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud  
<https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
- 34- Abordaje del tabaquismo desde atención primaria  
[https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/PlanCapacitacion/Curso\\_AbordajeTabaquismo.htm](https://www.msrebs.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/PlanCapacitacion/Curso_AbordajeTabaquismo.htm)
- 35- Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. The Cochrane database of systematic reviews. 2012(5):  
<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- Encuesta Nacional de Salud a la Población Gitana 2014  
<https://www.msrebs.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/ENS2014PG.pdf>
- 38- 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#:~:text=Cigarette%20smoking%20among%20U.S.%20adults%20declined%20from%2020.9%25%20in%202005.in%202013%20\(42.1%20million\).](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6347a4.htm#:~:text=Cigarette%20smoking%20among%20U.S.%20adults%20declined%20from%2020.9%25%20in%202005.in%202013%20(42.1%20million).)
- 39- Bloosnich J, Lee JGL, Horn K. A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. Tobacco Control. 2013; 22(2): 66-73.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22170335/>
- 40- 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/>
- 41- Documento Básico HS Salubridad  
<https://www.codigotecnico.org/pdf/Documentos/HS/DBHS.pdf>
- 42- 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/>
- 43- Jacob P 3rd, Benowitz NL, Destailhats 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/>
- 44- Díez-Izquierdo, A., Cassanello, P., Cartanya, 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>
- 45- 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://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013935120302401?via%3Dihub>
- 46- Encuesta sobre sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES 2018/19.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2018-19\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf)



- 47- 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/>
- 48- Scocard A., Benyamina A., Coscas S., Karila L. Cannabinoïdes de synthase: une nouvelle matrice des addictions. Presse Med. 2017;46(1):11-22 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741114/>
- 49- Proyecto ÉVICT <https://evictproject.org/>
- 50- Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo\\_Integral\\_EstiloVida\\_en\\_AtencionPrimaria.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf)
- 51- Patrones de Mortalidad en España. Información Anual <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/informacionAnual.htm>
- 52- Día Mundial Sin Tabaco 2017: venzamos 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>
- 53- Tobacco Fact Sheets. Ficha de Datos y cifras sobre tabaco <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- 54- Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326072/WHO-NMH-PND-2019.5-spa.pdf>
- 55- Tobacco and its environmental impact: an overview. ISBN: 978-92-4-151249-7. Fecha de publicación: 2017 <https://www.who.int/tobacco/publications/environmental-impact-overview/en/>
- 56- 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/>
- 57- 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/>
- 58- 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://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013935119306851?via%3Dihub>
- 59- Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la reducción del impacto de determinados productos de plástico en el Medio Ambiente. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-11-2019-REV-1/es/pdf>  
<https://www.europarl.europa.eu/news/es/press-room/20190321IPR32111/los-plasticos-de-un-solo-uso-prohibidos-a-partir-de-2021>  
<https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2019/05/21/council-adopts-ban-on-single-use-plastics/>
- 60- 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.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/Jornadas/Jornada\\_Nuevos\\_Retos.htm](https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/Jornadas/Jornada_Nuevos_Retos.htm)
- 61- 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/>
- 62- Declaración de Madrid-Por la salud y el avance de la regulación del tabaco en España <https://cnpt.es/assets/docs/declaracion-madrid.pdf>
- 63- Fumar en tiempos del COVID-19 <https://suneumo.org/actividades-centrales/fumar-en-tiempos-de-covid-19-documento-de-posicion>



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

redacción médica



## LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

Fig.1 Edad de inicio en el consumo (Fuente: ESTUDES, 2018/19)

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

Fig.3 Comparativa de la evolución de la cuota de mercado de productos de tabaco. (Fuente: Datos publicados por el Comisionado para el Mercado de Tabaco años 1999-2020)

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

Fig.5 Prevalencia del consumo de tabaco en España por tramos de edad (Fuente: ENSE 2020)

Fig.6 Prevalencia tabaquismo en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: ESTUDES 2018/19)

Fig.7 Consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según su consumo de cannabis (Fuente: Datos de ESTUDES 2018/19)

Fig.8 Consumo de pipas de agua alguna vez en la vida en jóvenes (Fuente: Datos de HBSC 2018)

Fig.9 Prevalencia del consumo alguna vez de e.cigs en estudiantes de 14 a 18 años (Fuente: Datos de ESTUDES 2018/19)

Fig.10 Prevalencia e.cigs en tramo de edad 15-64 años (Fuente: Datos de EDADES 2019/20)

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)

Tabla 1 Muertes atribuibles al consumo de tabaco (Fuente: Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España 2000-2014 Ministerio de Sanidad)

Fig.15 Porcentaje de personas que creen que fumar un paquete al día genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de EDADES 2019/20)

Fig.16 Porcentaje de estudiantes 14-18 años que creen que consumir ecigs una vez al mes o menos genera varios problemas para la salud (Fuente: Datos de ESTUDES)

## ENLACES DE INTERÉS

**Páginas web de las CCAA**

**Páginas web del MS**

**Páginas web de Organismos Internacionales**



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

redacción médica



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

redacción médica



MINISTERIO DE SANIDAD

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DIRECCION GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA,

redacción médica