

Plan Foral de Acción sobre el Tabaco

Este Plan es fruto del trabajo realizado, durante los meses de octubre a marzo de los años 1999-2000, por el Comité de Expertos creado a tal efecto según la Orden Foral 259/1999, de 11 de Octubre del Consejero de Salud. Recoge además las aportaciones añadidas por resolución parlamentaria realizadas por los grupos políticos y sociales. Fue aprobado por la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra el 27 de abril de 2001.

COMPOSICIÓN DEL COMITÉ DE EXPERTOS.

Presidenta

Nieves Asuncion Elizaga. *Directora del Instituto de Salud Pública.*

Secretario

Gabriel Hualde Urralburu. *Jefe de Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública.*

Coordinadora

M^a Jesús Azagra Rey. *Técnica de la Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública*

Miembros

Khalil Abu-Shams. *Facultativo Especialista de Área de la Sección de Neumología del Hospital Virgen del Camino.*

José M^a Ayerra Lazcano. *Secretario Técnico del Departamento de Salud.*

Máximo del Castillo Arbeloa. *Médico de Empresa de Lucas Girling-TRW.*

Araceli Esandi Santesteban. *Jefa de la Sección de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Educación.*

Lourdes Escribano Galán. *Catedrática de Ciencias Naturales del Instituto de Educación Secundaria Ibaialde de Burlada.*

Gonzalo Fernández Jarne. *Profesor de Historia del Colegio San Ignacio de Pamplona.*

Federico Irujo Martínez. *Jefe del Gabinete del Consejero de Salud.*

Pedro Oviedo Sola. *Facultativo Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Berriozar.*

Angel Panizo Delgado. *Jefe de la Sección de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria del Hospital Virgen del Camino.*

Javier Royo Moya. *Facultativo Especialista de Psiquiatría del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental de Pamplona.*

Nieves Sagües Sarasa. *Jefa del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea.*

Teresa Salvador i Llivina. *Directora del Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid.*

Maitte Segura Corretgé. *Catedrática de Filosofía del Instituto de Educación Secundaria de Zizur.*

Joan R. Villalbí Hereter. *Director de Relacions i Recursos, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.*

M^a Teresa Visus Eraso. *Jefa de la Sección de Prevención de Riesgos Laborales de Administración-Núcleo.*

Ignacio Yurss Arruga. *Facultativo Especialista de Medicina de Familia y Salud Comunitaria del Centro de Salud de Berriozar.*

ÍNDICE GENERAL:

Presentación	5
<i>APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DEL TABAQUISMO Y A LA SITUACIÓN Y RESPUESTAS EN NAVARRA.</i>	
I.- EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO Y ESTRATEGIAS DE CONTROL.....	6
1. Efectos del tabaco para la salud.....	7
2. Estrategias de control del tabaquismo.....	8
II.- SITUACIÓN Y RESPUESTAS EN NAVARRA.....	11
1. El problema del tabaquismo.....	11
2. Respuestas dadas y límites de las mismas.....	13
2.1. Prevención del inicio del consumo.....	14
2.2. Ayuda a dejar de fumar.....	17
2.3. Espacios públicos y laborales sin humo.....	19
 <i>PLAN DE ACTUACIÓN 2000 - 2005</i>	
I.- ASPECTOS GENERALES DEL PLAN.....	24
1. OBJETIVOS.....	24
2. PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN.....	25
1. Abordaje global.....	25
2. Priorización de ámbitos de intervención y graduación de aplicación de medidas.....	25
3. Integración y Coordinación.....	26
4. Participación social.....	27
5. Compromiso institucional.....	28
3. MEDIDAS ESTRATÉGICAS.....	29
1. Desarrollo normativo.....	29
2. Promoción.....	32
3. Participación social.....	33
4. Información y Comunicación.....	33
5. Investigación y formación.....	34
4. RECURSOS.....	36
1. De organización.....	36
2. De personal.....	37
3. Materiales, técnicos y financieros.....	38
5. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN.....	39
6. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE APROBACIÓN.....	41

II.- PROGRAMAS ESPECÍFICOS

1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL INICIO.....	42
1. Objetivos.....	42
2. Medidas estratégicas.....	42
3. Propuestas y actuaciones.....	43
4. Recursos.....	45
5. Sistema de Información y Evaluación.....	46
6. Cronograma de Implantación.....	46
2. PROGRAMA DE AYUDA A DEJAR DE FUMAR.....	47
1. Objetivos	47
2. Medidas estratégicas.....	47
3. Propuestas y actuaciones.....	48
4. Recursos.....	49
5. Sistema de Información y Evaluación.....	52
6. Cronograma de Implantación.....	52
3. PROGRAMA DE ESPACIOS SIN HUMO.....	53
1. Objetivos	53
2. Medidas estratégicas.....	54
3. Propuestas y actuaciones.....	55
4. Recursos.....	56
5. Sistema de Información y Evaluación.....	57
6. Cronograma de Implantación.....	58

ANEXO

Legislación sobre espacios sin humo	59
-------------------------------------	----

PRESENTACIÓN

Según la OMS, el consumo de tabaco es el primer factor causal aislado de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematuras en los países desarrollados. Los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivos, por lo que reducir su consumo a una cuestión de libre albedrío individual sería grave, por la dejación de responsabilidad política que implica. Por otro lado su situación en el mercado hace que sea el único producto de consumo capaz de producir lesiones y hasta la muerte si se consume según las instrucciones del fabricante. Esto es así por la envergadura del negocio que supone.

La industria tabaquera dirige sus mensajes prioritariamente a la juventud y la mujer, con el fin captar nuevos consumidores, adictos a su producto. En Navarra el 40% de la juventud fuma, el número de las mujeres fumadoras está creciendo y nosotros tenemos la responsabilidad de ofrecerles mensajes claros sobre el tema. Debemos propiciar un entorno que defienda la salud de la población, proteja a los menores de la presión a consumir tabaco y donde el no fumar sea la norma de comportamiento socialmente aceptada.

Por ello la prevención del consumo de tabaco no debe basarse únicamente en medidas desde el sector sanitario, aunque el papel de los profesionales en la ayuda a dejar de fumar es clave, sino que debe ampliarse al conjunto de la sociedad desde una perspectiva de Salud Pública, que implique estrategias variadas y comprensivas y capaces de usar los medios de comunicación.

Con este objeto y para ampliar y fortalecer el Programa de Prevención del Consumo de Tabaco existente en nuestra Comunidad, se encargó a un grupo de expertos la redacción de un Plan ambicioso que contara con diversidad de medidas efectivas, jurídicas y de otros rangos para influir en los ámbitos de decisión.

Este Plan fue aprobado por el Gobierno de Navarra inicialmente el 15 de mayo de 2000 y fué sometido a un periodo de alegaciones tras el cual y previa aprobación por el Gobierno de Navarra, fué remitido al Parlamento de Navarra siendo aprobado por éste, tras el oportuno proceso de presentación y debate de las enmiendas presentadas por los grupos parlamentarios el 27 de abril de 2001.

APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DEL TABAQUISMO Y A LA SITUACIÓN Y RESPUESTAS DE NAVARRA.

I. EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO Y ESTRATEGIAS DE CONTROL

La envergadura del problema de Salud Pública que plantea el tabaquismo ha hecho que la Organización Mundial de la Salud lo haya considerado como una de las primeras amenazas para la salud mundial en el próximo milenio. Definido como la primera causa aislada de enfermedad y muerte prematura, se le atribuyen cada año 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la OMS y se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, los productos de tabaco serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos los fallecimientos) en el año 2020.

A su vez los productos de tabaco, según estimaciones del Banco Mundial, causan unas pérdidas económicas netas en el mundo de al menos 200.000 millones de dólares (USA) (32 billones de ptas.) al año. Estos costes vienen derivados fundamentalmente de los gastos sanitarios, la pérdida de productividad generada por el aumento de la morbilidad y mortalidad prematura y los costes debidos a los incendios y daños a la propiedad. La trascendencia de estos costes ha hecho que el citado Banco Mundial no apoye ninguna inversión en actividades relacionadas con la producción, industria, venta o promoción del tabaco.

La reducción en el consumo de tabaco es la medida de salud pública más importante que pueden adoptar los países, con repercusiones positivas tanto para la salud como para la economía¹. Pero frente a este propósito hay que señalar que el tabaquismo, además de ser un hábito, es una forma de drogodependencia: La nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica². No obstante, esta consideración del consumo de tabaco como adicción se ha producido en fechas no muy lejanas, ya que es en 1988 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría y otros organismos internacionales lo definen como dependencia³.

El mayor conocimiento de las repercusiones del consumo de tabaco en la salud pública y de sus factores condicionantes propicia que, a finales de los años 80 y en la década de los 90, se elaboren y difundan las estrategias de control del tabaquismo con orientaciones y metodologías de Promoción de Salud.

¹ Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco 1997-2001. OMS- Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.

² Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Apartado F17.2: Síndrome de dependencia del tabaco.

³ Centers for Disease Control. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of The Surgeon General. Washington, DC:U.S. Government Printing Office,1988, 6-17

1. Efectos del tabaco para la salud

Hasta ahora, el uso del tabaco se ha asociado a más de veinticinco enfermedades, representando uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de la población. En España al igual que en el resto de los países desarrollados, el consumo de tabaco resulta ser la principal causa aislada de mortalidad prematura y evitable. Más de 70.000 estudios evidencian los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y establecen la asociación entre su consumo y la elevada morbi-mortalidad de la población⁴.

El consumo de tabaco es el principal factor causante de aproximadamente un 30% de los cánceres, incluido el cáncer de pulmón (del que se estima que en un 85% de los casos es provocado por el tabaco), el cáncer de la cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), y el cáncer de laringe, faringe, esófago, vejiga y riñones.

También las enfermedades respiratorias, tales como bronquitis crónica, enfisema y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Además el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares, y el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca isquémica es aproximadamente dos veces mayor entre las personas fumadoras que entre las no fumadoras. El tabaquismo pasivo se considera así mismo un factor de riesgo para una serie de enfermedades, en especial el cáncer de pulmón⁵.

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras se enfrentan a un cierto número de riesgos adicionales para la salud específicos de su sexo, ya que el consumo de tabaco puede influir en su equilibrio hormonal. En concreto, el tabaquismo puede contribuir a una reducción de la fertilidad y a incrementar el riesgo de menopausia precoz. Además, es un factor que contribuye a la pérdida de calcio y, por tanto, a la osteoporosis en las mujeres en fase postmenopáusica. El consumo de tabaco, cuando se combina con el uso de anticonceptivos orales, puede también incrementar sensiblemente el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Se ha asociado el consumo de tabaco durante el embarazo con un mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones durante el embarazo, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato. También aumenta el riesgo de muerte súbita del niño y se asocia con una serie de consecuencias a largo plazo en la salud del niño (por ejemplo, capacidad pulmonar reducida y mayores tasas de infección)⁶.

Numerosos organismos internacionales alertan de la importancia del problema de salud que plantea el consumo de tabaco. El programa "Europa Contra el Cáncer" de la Comisión Europea en su "Código Europeo Contra el Cáncer" sitúa el abandono del tabaco en el primer lugar de las medidas para la prevención de los cánceres. El Comité de expertos oncólogos del citado programa recomienda unánimemente a la Unión Europea que las medidas para reducir el consumo de tabaco sean su mayor prioridad sanitaria para el quinquenio 1997-2001⁷.

⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención y Promoción de la Salud. Tabaco. Información de la situación en España. <www.msc.es/salud/> página consultada el 7-10-1999

⁵ Informe de la Comisión de las Comunidades Europeas COM(1999) 407 final. Bruselas 8-9-1999

⁶ Informe de la Comisión de las Comunidades Europeas COM(1999) 407 final. Bruselas 8-9-1999

⁷ Comisión de las Comunidades Europeas. COM(96) 609 final

El último Congreso de Cardiología celebrado en Barcelona del 28 Agosto - 1 Septiembre de 1999, con la presencia de más de 20.000 cardiólogos de todo el mundo, señala la importancia del control del consumo de tabaco para prevenir la epidemia de las enfermedades cardiovasculares que se avecina para el año 2020, situándose en éstas en el primer lugar de las causas de muerte⁸.

2. Estrategias de control del tabaquismo

Las actuaciones sobre el tabaco en Europa han estado apoyadas por 16 resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y tres Planes de Actuación para una Europa sin Tabaco de la Oficina Regional Europea de la OMS, entre los años 1987 y 1999, y diversos informes, comunicaciones y directivas de los organismos comunitarios .

La Comisión de las Comunidades Europeas, en su Comunicación al Consejo y al Parlamento Europeo, propone el cometido actual de la Comunidad en la lucha contra el consumo de tabaco e incluye las Recomendaciones del Comité de Expertos Oncólogos de alto nivel reunidos en la Conferencia de Consenso sobre Tabaco del Programa Europa Contra el Cáncer de la Comisión Europea celebrada en Helsinki en 1996⁹.

La UE ha establecido normas mínimas para las políticas de control de tabaquismo, pero todavía sigue dando ayudas a los cultivos de tabaco. En julio de 1998 aprobó la prohibición de la publicidad directa e indirecta de todos los productos de tabaco en los países miembros, de forma progresiva hasta su culminación en el año 2006¹⁰

En 1988, la Conferencia Europea sobre Política del Tabaco celebrada en Madrid adoptó una Carta contra el Tabaco reconociendo el derecho moral del público a ser protegido, no solo de las enfermedades causadas por el tabaco, sino también de la contaminación creada por el humo del tabaco. Se recomendaron diez estrategias a seguir para posibilitar los derechos establecidos en la citada carta, así como las medidas a tomar para desarrollar cada estrategia¹¹.

El Tercer Plan de Actuación de la OMS para una Europa sin Tabaco 1997-2001 apela a todos los Estados Miembros a disminuir la población fumadora, y establece el derecho de las personas que no fuman a ser protegidas de la exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco. Las estrategias de intervención que propone son las que se han mostrado efectivas por la investigación y la experimentación en Europa, demostrando que es posible conseguir una reducción significativa del consumo de tabaco. Estas son:

⁸ Diario Médico 30-8-99

⁹ Comisión de las Comunidades Europeas. COM(96) 609 final

¹⁰ Directiva 98/43/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 6 de julio de 1998

¹¹ Se Puede Lograr una Europa libre de tabaco. Informe de la Primera Conferencia Europea sobre política del tabaco. Madrid, 7 a 11 de noviembre de 1988. Oficina Regional Europea de la OMS, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comisión de las Comunidades Europeas. Madrid 1992

- Reglamentación del tabaco a través de agencias reguladoras de drogas, medicamentos y otros productos

Se debe prestar especial atención a la reglamentación del tabaco por medio de organismos de control, debido a que los productos de tabaco se manufacturan para proporcionar dosis reguladas de la droga adictiva, nicotina, y en vista de las graves consecuencias que el tabaco tiene para la salud de las personas que fuman y del exceso de riesgo para la salud de la exposición al humo ambiental de tabaco.

- Regulación del mercado

PRECIO.

Se debe implantar una política impositiva sobre los productos del tabaco para reducir su consumo, aumentando el precio real del tabaco más que la media del índice de inflación.

DISPONIBILIDAD

Se debe implantar una legislación que restrinja el acceso a los productos de tabaco a los menores de 18 años, eliminando todos los modos impersonales de venta.

PUBLICIDAD

Se debe implantar una prohibición total de la publicidad de los productos de tabaco.

CONTROL DEL CONTRABANDO

Se deben implantar herramientas eficaces para combatir el contrabando de los productos de tabaco.

CONTROL, IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE EL PRODUCTO

Se debe legislar para garantizar que las advertencias sanitarias ocupen al menos el 20% de la superficie de la parte frontal y el 20% de la superficie de la parte trasera de las cajetillas de tabaco y para que los niveles máximos de alquitrán se fijen en 12 miligramos y los de nicotina en 1 mg por cigarrillo.

En España los niveles fijados por la normativa vigente son 12 miligramos de alquitrán desde el año 1997 y 1,3 miligramos de nicotina desde 1992 ¹².

- Litigio y responsabilidad del producto

Las demandas sobre las responsabilidades del producto buscan una compensación de los fabricantes de cigarrillos para los fumadores activos y pasivos enfermos o para sus familiares y para las autoridades que corren con los gastos sanitarios. Existe ya una gran experiencia en los Estados Unidos y parece que en un futuro inmediato las acciones legales contra la industria del tabaco se verán incrementadas en toda la Región Europea.

En España ya se conocen acciones emprendidas por asociaciones de consumidores y demandas individuales interpuestas por familiares de afectados.

¹² Real Decreto 510/1992

- Ambientes sin humo

Se debe legislar para garantizar que la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco sea suprimida en todos los lugares de trabajo, en los edificios públicos y en todos los medios de transporte público.

- Apoyo para dejar de fumar

Se deben introducir programas de formación sobre técnicas para dejar de fumar, según las normas acordadas, para los profesionales sanitarios de atención primaria, de medicina, enfermería, farmacia y odontología, junto con mecanismos para controlar su impacto.

- Educación, información y opinión pública

Se deben realizar campañas coordinadas y continuas en los medios de comunicación, específicas por sexo, para promocionar el apoyo público a las políticas de control de tabaquismo y, así mismo, debería implantarse una educación escolar efectiva sobre del tabaquismo, que tenga en cuenta las peculiaridades en función el sexo, en todos los colegios de todos los países de la Región Europea.

Sintetizando, estas propuestas del Tercer Plan de Actuación pueden expresarse en las siguientes estrategias:

- Informativas a la población general sobre los riesgos del consumo activo y pasivo de tabaco, y los beneficios de dejar de fumar
- Educativas en el ámbito escolar y extra-escolar para la prevención al inicio del consumo de tabaco en adolescencia y juventud
- De acción y participación comunitaria, apoyando la organización y movilización de los movimientos populares
- Asistenciales para ayudar a dejar de fumar, prioritariamente desde los servicios de salud
- Fiscales y técnico-administrativas dirigidas a proteger la salud de la población y a apoyar las medidas preventivas y asistenciales y su cumplimiento
- De investigación y formación, que habrá que adaptar a las necesidades que derivan de los procesos que nuestra Comunidad protagoniza en relación al problema, y a las exigencias del Plan de Acción sobre el Tabaco.

II. SITUACIÓN Y RESPUESTAS DE NAVARRA

1. El Problema del Tabaquismo

El tabaquismo en Navarra está generando en torno a 600 muertes prematuras anuales y otros costes de salud y económico-sociales. No obstante, la evolución del consumo abre una puerta a la esperanza.

Según un estudio realizado por el Instituto de Salud Pública¹³, en Navarra el número de muertes prematuras atribuidas al tabaquismo es de 579 de media al año, suponiendo el 14% de la mortalidad total. Estas muertes son ocasionadas principalmente por la cardiopatía isquémica, el cáncer broncopulmonar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el accidente vascular cerebral agudo. Por su parte, el coste sanitario y social del tabaquismo está cifrado en 6.600 millones de pesetas al año.

Si bien estos datos se refieren al inicio de los años noventa, deben hoy considerarse incrementados dada la gran incorporación de la población femenina al consumo de tabaco, cuyas repercusiones en salud se manifiestan a los 20-40 años de consumo.

El consumo de tabaco en Navarra es descrito por el Plan de Salud de 1991¹⁴ desde la Encuesta de Hipertensión de 1982 y las Encuestas a la Juventud de la Fundación Bartolomé de Carranza de 1982 y 1986. Desde la Encuesta de Hipertensión se cifra la prevalencia del consumo habitual de tabaco para las personas mayores de 21 años en el 37,5%, siendo tal prevalencia en los hombres del orden del 57,3% y, en las mujeres, del 18,8%.

La posterior Encuesta de Salud de 1990-1991¹⁵ sitúa la prevalencia del consumo habitual de tabaco por parte de las personas mayores de 16 años en el 34% del total, siendo dicha prevalencia en los hombres del 43% y, en las mujeres, del 25%. Las personas exfumadoras se sitúan en el 16% (23% en los hombres y 10% las mujeres).

En la misma Encuesta de Salud se aprecia que entre los 25-44 años fuman habitualmente el 55% de los hombres y el 41% de las mujeres, y entre jóvenes de 16-24 años, el 42% de hombres, frente al 47% de mujeres.

La nueva Encuesta de Salud del Departamento de Salud¹⁶ de 1999, en datos provisionales, sitúa la prevalencia del consumo habitual de tabaco en el 32,4% de las personas mayores de 16 años, 1,6 puntos porcentuales menos que en la Encuesta de Salud 1990-1991. Por género, la prevalencia del consumo habitual en los hombres

¹³ Instituto de Salud Pública de Navarra: El Tabaquismo en Navarra. Pamplona. 1990.

¹⁴ Gobierno de Navarra. Departamento de Salud: Plan de Salud de Navarra. Gobierno de Navarra. Pamplona 1991. Pags 118-120.

¹⁵ Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Servicio de Planificación: ¿Cómo estamos de Salud?. Encuesta de Salud 1990-1991. G. N. Departamento de Salud. Pamplona. 1993. Pag 33 y ss.

¹⁶ Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Servicio de Docencia e Investigación: Encuesta de Salud 1999. Datos provisionales avanzados para este documento.

es del orden del 38,9% (frente al 43% en la Encuesta 1990-1991), y en las mujeres, del 26,1% (frente al 25,1% en la Encuesta 1990-1991). Las personas exfumadoras se sitúan en el 20% (25,9% los hombres y 14,3% las mujeres. En el colectivo joven de 16-24 años, son exfumadores/as el 6,7%.

Por grupos de edad, los datos provisionales de la nueva Encuesta de Salud sitúan la prevalencia del consumo habitual en el 41,7% para jóvenes de 16-24 años (40,5% los hombres y 42,9% las mujeres); en el 40,6% para la edad de 25-44 años (46,4% los hombres, frente al 34,5% las mujeres); en el 32,3% para la edad de 45-64 años (40,3% los hombres, frente al 24,4% las mujeres), y en el 10,7% para los mayores de 65 años (19,4% los hombres, frente al 4,3% las mujeres).

Tabla 1. Evolución del consumo de tabaco en población adulta >16 años (personas fumadoras habituales)

	año 1982*	año 1991	año 1999
hombres	57,3	43	38,9
mujeres	18,8	25,1	26,1
total	37,5	34	32,4

*población >21 años

En relación a la Encuesta de 1990-1991, la prevalencia del consumo habitual ha descendido en todos los grupos de edad masculinos y en los grupos femeninos de 16-24 y 25-44 años. En el grupo de edad de 45-64 años de las mujeres la prevalencia asciende del 7% en 1990-1991, al 24,4% en 1999 (aumento del 248%).

Las Encuestas a la Juventud de la Fundación Bartolomé de Carranza ofrecen también una perspectiva amplia de la evolución del consumo de tabaco en jóvenes. Según recoge el Plan de Salud del año 1991, en el año 1982 fumaba el 48% de los jóvenes de 15 a 21 años y en el año 1986 se cifra el consumo habitual de tabaco en la juventud de 15-25 años en el 45,6%.

Dos encuestas posteriores de la misma Fundación¹⁷ trazan la evolución del consumo de tabaco en jóvenes de 15 a 25 años. La Encuesta a la Juventud de 1991 sitúa el consumo habitual de tabaco en este grupo de jóvenes de 15-25 años en el 43,15%, haciéndolo las mujeres en proporción ligeramente superior a los hombres. En ella, a pesar de ofrecer una prevalencia global más alta, las mujeres son algo más moderadas que los hombres en la cantidad de cigarrillos/día consumidos. Por su parte, la Encuesta de 1998 sitúa el consumo habitual de tabaco en jóvenes de 15-25 años en el 41%, sin diferencias significativas de género. Esta es la evolución:

Tabla 2. La evolución del consumo de tabaco en la juventud 15-25 años. (personas fumadoras habituales)

año 1982*	año 1986	año 1991	año 1998
48'2%	45'6%	43'15%	41'5%

*población de 15-21 años

¹⁷ Fundación Bartolomé de Carranza: Los Jóvenes Navarros 91 (III Encuesta sobre la Juventud de Navarra). F.B.C. Pamplona 1992. y Juventud Navarra 98. F.B.C. Pamplona 1998.

Aunque más lenta que lo deseable, la evolución del consumo en el colectivo joven es descendente, incluso entre las chicas cuyo consumo también parece haber iniciado ya la curva de descenso. Así pues, según estos datos y los ofrecidos por la Encuesta de Salud de 1999, en Navarra no se aprecian los repuntes de consumo en jóvenes que señalan en otros ámbitos geográficos.

2. Respuestas dadas y Límites de las mismas

El Plan de Salud de Navarra de 1991, de cuyo diagnóstico sobre tabaquismo se ha hecho referencia, establece dentro del capítulo de Promoción de Hábitos de Vida Saludables y Disminución de Hábitos Perjudiciales para la Salud, los siguientes objetivos y estrategias de salud:

“Objetivos Generales:

1. Conseguir que el no fumar sea una elección más fácil que la de fumar.
2. Aumentar la concienciación ciudadana sobre los riesgos del consumo de tabaco, así como de sus condiciones sociales y personales.
3. Conseguir una generación de no fumadores.
4. Apoyar los esfuerzos de aquellos que quieran dejar de fumar.
5. Facilitar a las personas el desarrollo de habilidades personales de resistencia a la presión social al consumo.

Objetivos Específicos:

1. Incrementar la proporción de niños menores de 16 años que no fuman al 95%.
2. Disminuir el porcentaje de jóvenes que fuman, de 16 a 25 años a, al menos, el 40%.
3. Incrementar el porcentaje de adultos no fumadores al 75%.
4. Disminución de la cantidad de tabaco consumida.
5. Disminución del consumo de tabaco durante el embarazo.
6. Disminución el consumo de tabaco entre el personal sanitario y de educación.

Estrategias:

1. Cumplimiento de la normativa del tabaco RD 192/1988.
2. Desarrollo de actuaciones sobre la publicidad en relación con el tabaco, sobre todo la dirigida a la población infanto-juvenil.
3. Desarrollo de actuaciones en relación con el tabaco, dirigidas principalmente a:
 - . Niños
 - . Jóvenes, en otros ámbitos diferentes al escolar.
 - . Apoyo de los que quieran dejar de fumar.
4. Integración del tema de tabaco en el área de Educación para la Salud en los programas escolares.
5. Campañas en los medios de comunicación de masas que favorezcan una imagen social positiva del no fumar”.

El Programa de Prevención del Consumo de Tabaco del Instituto de Salud Pública, iniciado en el año 1990, es en la última década el referente de la lucha contra el tabaquismo en Navarra. El Programa ha seguido las directrices de Promoción de la Salud planteadas en el Plan de Salud de Navarra, y ha tenido en cuenta las recomendaciones de la OMS y de los organismos internacionales competentes en el tema.

Su estrategia fundamental se ha centrado en involucrar en la prevención del tabaquismo activo y pasivo a las instituciones, entidades y grupos sociales que trabajan en el ámbito educativo, socio-sanitario, de salud laboral y de la comunicación social, y también ha coordinado el desarrollo de los programas de ayuda al abandono.

Al margen de las regulaciones de ámbito nacional, a las cuales se hará referencia sectorialmente más adelante, el desarrollo normativo autónomo ha sido escaso:

- La Orden Foral de 8 de agosto de 1994 establece un Programa de Ayuda a Dejar de Fumar desde los Servicios de Atención Primaria de Salud y Salud Laboral y se encomienda al Instituto de Salud Pública su dirección y seguimiento, enmarcándolo en el Programa de Prevención del Consumo de Tabaco.
- Simultáneamente, el Plan Foral de Drogodependencias de 1994 aborda la prevención de las sustancias adictivas, incluyendo el tabaco entre ellas, con propuestas normativas -de regulación de la publicidad, la venta y consumo-, que no se han desarrollado.
- Por su parte, el Departamento de Educación y el Ayuntamiento de Pamplona han establecido, en sendas normas, la prohibición de la venta y el consumo de tabaco en los centros docentes de la Comunidad y del término municipal de Pamplona respectivamente¹⁸.

La nueva Estrategia Nacional sobre Drogas¹⁹ prioriza la prevención del consumo de drogas, entre las que incluye explícita y especialmente el tabaco, y reclama para los Comisionados autónomos el “estatus que les permita la coordinación política y administrativa de intervenciones de los diferentes departamentos de la Administración, así como de otras distintas instituciones implicadas”. Dadas estas orientaciones de la Nueva Estrategia Nacional sobre Drogas, la coordinación del Plan Foral de Drogodependencias y las diferentes instancias de salud con responsabilidades de educación para la salud, y de éstas con otros departamentos de la Administración, debe experimentar un nuevo impulso. Este nuevo impulso debe traducirse en la creación o actualización de los correspondientes órganos funcionales de coordinación.

Independientemente de esta coordinación pendiente y del escaso desarrollo normativo expuesto, el Programa de Prevención del Consumo de Tabaco, siempre con escasos recursos materiales y técnicos, ha desarrollado una amplia actividad en el ejercicio de sus funciones y propósitos: ha editado materiales, ha efectuado asesoramientos, ha gestionado programas de ayuda al abandono, y ha realizado campañas, especialmente con motivo de los días mundiales sin tabaco, y ello, con el propósito de hacer más eficaz la prevención al inicio del consumo, extender la ayuda al abandono, y promover espacios sin humo en los que las personas no fumadoras vean respetados sus derechos y su salud. Ésta es la situación de estos tres ámbitos preferentes de intervención:

2.1. Prevención del Inicio del consumo

La prevención del inicio del consumo de tabaco de adolescentes y jóvenes se ha focalizado en nuestra Comunidad fundamentalmente en el ámbito escolar y también en el ámbito municipal y familiar. Con este propósito, ya desde el

¹⁸ O.F. 394/1995 y Ordenanza Municipal de centros docentes (BON de 15 de febrero de 1995)

¹⁹ R.D. 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas para el período 2000-2008 (BOE núm 313, viernes 31 de diciembre de 1999)

Equipo de Prevención del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías se elaboraron en la década de los años 80 materiales pedagógicos orientados a la prevención para su uso en aula.

Posteriormente, en 1994 los Departamentos de Salud y Educación y Cultura firman un convenio de colaboración para el desarrollo de la Educación para la Salud y la Promoción de Salud en el ámbito escolar, dentro del marco de "Escuela Promotora de Salud". En este marco, el mismo año se elabora el subprograma de prevención en el ámbito escolar del Plan Foral de Drogodependencias. Asimismo, se establecen como líneas clave la Salud y el Desarrollo Personal y Social en la Infancia y Adolescencia, la Promoción de Actividades agradables y de uso sano del tiempo libre, la prevención específica y la educación parental. También se reconoce el importante papel de la comunidad educativa, los Centros de Salud, los Equipos de Salud Mental y los Servicios Sociales de Base.

Se realizan numerosos materiales, entre los cuales pueden destacar las *Guías de Educación Parental para trabajar con Padres y Madres* y la de *Salud y Desarrollo Personal para trabajar con Adolescentes*, y *En la Huerta con mis Amigos*. Todos ellos han sido editados en 1995 por el Instituto de Salud Pública, el Departamento de Educación y el Plan Foral de Drogodependencias.

Posteriormente, en 1998 el Instituto de Salud Pública y el Departamento de Educación realizan conjuntamente la propuesta *Crece sin tabaco*. Consta de la página web y el folleto del mismo nombre, que contienen actuaciones dirigidas a conseguir una "Escuela Sin Humo". Aportan datos de la juventud navarra relacionados con el tabaco y claves para trabajar el cuidado del entorno escolar, mediante el cumplimiento de la normativa, que limita el consumo de tabaco en centros docentes, y la programación de actividades educativas integradas en las áreas curriculares. Todo ello dentro de un marco amplio de educación para la salud y de desarrollo personal y social que capacite al alumnado para tomar decisiones libres y razonadas sobre sus propios comportamientos, aspectos que contemplan y desarrollan las Guías arriba citadas.

La prevención del consumo de tabaco en la LOGSE está enmarcada en la prevención del consumo de otras sustancias y en la educación para la salud, junto con otros temas de carácter transversal. En el mismo marco es contemplada en la nueva estrategia nacional sobre drogas, que se acaba de referir.

Aunque se desconoce el grado exacto de implicación en este trabajo, se sabe que numerosos centros escolares han puesto en marcha actividades en distintos espacios curriculares. Además, al menos 15 Centros de Salud (28%) y numerosas APYMAS desarrollan proyectos de Educación Parental, y 18 Servicios Sociales de Base (año 1998) tienen planes municipales de prevención.

Por otra parte, hay que señalar que la prevención del inicio del consumo en los adolescentes y jóvenes no puede ser eficaz si, junto al trabajo en el aula, no se abordan los factores condicionantes de este inicio:

- *Ver fumar a los adultos*: la propia familia, estrellas de cine, héroes deportivos, profesorado, profesionales de salud, entrenadores deportivos, monitores de

tiempo libre, personalidades públicas y políticos. Los actos de los adultos emiten el mensaje “fumar está permitido, es normal”.

- En determinadas edades puede significar un acercamiento a la vida adulta y a la relación social adulta, un rito de paso. Además crea “vínculo social” y puede ser un factor de inclusión en algunos grupos.

- *Publicidad²⁰ y marketing del tabaco*: mensajes permanentes, muy atractivos y engañosos dirigidos a manipular la información, crear estereotipos y configurar la conducta; en prensa, radio, cine, vallas estratégicamente colocadas, en marquesinas de autobuses y cercanías de centros de concurrencia juvenil, acontecimientos deportivos, culturales, lugares de ocio, en las bolsas de palomitas, sombrillas, toldos de terrazas y en cada máquina automática y local donde se vende tabaco. Junto a ellos las advertencias sanitarias “el tabaco perjudica la salud” quedan desacreditadas y emiten un mensaje contradictorio, paradójico y difícil de desmontar.

- *Precio, venta y accesibilidad*: un paquete cuesta alrededor de 1/4 de la paga semanal de un adolescente de 15 años, se venden enfrente de los colegios y a granel, en cualquier parte – panaderías, puestos de prensa, supermercados, bares, estancos - y a cualquier hora, directamente o a través de máquinas automáticas²¹. La normativa de prohibición de venta a menores de 16 años se indica en las máquinas y en los estancos pero no se cumple, por lo que emite un mensaje devaluado. Sería necesario emitir una ley clara y vigilar su cumplimiento

- La influencia de *Compañeros fumadores* es clara, pero ellos a su vez han estado influidos por el entorno.

- *Creencias erróneas sobre el tabaco*: fumar está bien visto entre los de su edad, “es guai”, es anorexígeno (más entre las chicas), tranquilizador y facilita las relaciones. La curiosidad, la transgresión de la norma... pueden estar también presentes.

- *El etiquetado del producto* no incluye información al consumidor sobre la composición del cigarrillo, la presencia de aditivos, los componentes del humo del tabaco con más de 4.700 productos tóxicos (carcinógenos e irritantes) y sus efectos para la salud y adictivos.

- *Espacios públicos y de trabajo o estudio* que incumplen la normativa que prohíbe fumar: centros docentes y sanitarios, oficinas de la Administración con atención directa al público, salas de uso público general, locales de venta de alimentos, etc. Se percibe la indiferencia de la autoridad competente.

²⁰ La publicidad está regulada básicamente por la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. En fechas anteriores, R.D. 709/1982, de 5 de marzo, por el que se regula la publicidad y consumo de tabaco. Presidencia del Gobierno (BOE nº 90 de 15 de abril de 1982).

²¹ El R.D. 192/1988 prohíbe en su artículo 4º vender tabaco en los establecimientos sanitarios, en los escolares o en los destinados preferentemente a la atención de la infancia y juventud. Además limita la venta por medio de máquinas automáticas a los lugares cerrados. En su artículo 5º apartado 1 prohíbe “vender o entregar a los menores de dieciséis años labores de tabaco así como productos que le imiten o induzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud”. Además impone la obligación de instalar en los puntos de venta carteles que recuerden la vigencia de la prohibición. En el apartado 2 del mismo artículo 5 “se prohíbe a los menores de dieciséis años el uso de máquinas automáticas de venta de tabaco, responsabilizándose de esta prohibición el titular del establecimiento donde estén situadas aquellas”.

- *Dificultad para realizar actividades educativas* que propicien decisiones correctas. Para ello es necesario hacer un análisis adecuado de la situación, que es complejo y difícil.

No obstante, el balance de actuaciones y condicionantes en nuestra Comunidad es ligeramente esperanzador, y podrá serlo más con la adopción decidida de medidas que cambien el signo de los factores clave para el inicio. Estos son los datos clave de la situación²²:

La evolución del consumo en los últimos 15 años para jóvenes de 15-25 años muestra un descenso de fumadores/as diarios y un aumento de no fumadores/as lento pero constante. También ha disminuido el número de cigarrillos fumados por parte de quienes fuman diariamente y se ha retrasado ligeramente la edad de inicio de quienes fuman. Apenas hay cambios en cuanto al número de jóvenes que comienzan a consumir tabaco antes de los 14 años, pero al mismo tiempo, también se aprecia la tendencia apuntada ya en el año 1990 de aumento de la edad de inicio a 16-17 años, a costa de la edad 14-15 años.

Por su parte, la gran mayoría de la juventud (89,7%) se considera informada sobre las consecuencias del fumar y, respecto al consumo pasivo de tabaco, casi nadie piensa que sea inofensivo, aunque una parte significativa (25,6%) considera “que solo puede causar molestias”.

2.2. Ayuda a dejar de fumar

La nueva Encuesta de Salud de 1999, a la cual ya se ha hecho referencia²³, sitúa en el 20% las personas adultas que han abandonado el tabaco, ofreciendo los hombres un porcentaje del 25,9% y las mujeres, del 14,3%. Por otra parte, la primera Encuesta de Salud, también referenciada²⁴, señala que a un 52% de la población adulta fumadora le gustaría dejar de fumar, y que un 20% de la misma había realizado en los últimos 12 meses tentativas positivas de cambio en el consumo, entre ellas el intento de dejar de fumar. Quienes no lo habían conseguido atribuían su fracaso a la fuerte dependencia, la presión social para el consumo, falta de alternativas al ocio, tensión y ansiedad. Para quienes habían dejado de fumar las “fórmulas” más efectivas para conseguirlo eran la fuerte motivación, junto con el apoyo de elementos sustitutivos (chiclés, caramelos, etc.).

En el año 1994 el Grupo de Trabajo creado por el Servicio de Planificación Sanitaria del Departamento de Salud definió las intervenciones en la Ayuda a Dejar de Fumar desde los servicios de salud. La Orden Foral de 8 de agosto de 1994, ya citada, establece el Programa de Ayuda a Dejar de Fumar (PAF) desde los Servicios de Atención Primaria, Salud Laboral y a Grupos de Profesionales.

El Programa de Ayuda a Dejar de Fumar desde los servicios de Atención Primaria de Salud y Salud Laboral propone actuaciones desde los Centros de Atención Primaria de Salud y los Servicios de Salud Laboral, dirigidas a

²² Ver <www.cfnavarra.es/sintabaco/doc/navarra.htm>

²³ Ver nota nº 16.

²⁴ Ver nota nº 15.

promover el abandono del consumo de tabaco en la población fumadora. Las personas con enfermedad mental, con consumo de otras sustancias, y en situación de crisis vital, quedan excluidas de la población destinataria. Tampoco pueden acceder a estas prestaciones el personal funcionario del Gobierno de Navarra, acogido a la asistencia sanitaria denominada “uso especial”.

En Atención Primaria de Salud el PAF se inició en 1995 con dos niveles de intervención, básico e intensivo. El básico o Consejo Sistemático (CS) consiste en la pregunta sistemática en la consulta sobre consumo de tabaco, el consejo de abandono a las personas que fuman, y la oferta del folleto explicativo a quienes desean dejar de fumar. El CS está incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria como servicio básico, realizándose en consecuencia en todos los Centros de Salud. También lo realizan algunas Farmacias.

El nivel intensivo proporciona apoyo programado individual (API) o grupal (APG) para el abandono del tabaco a cualquier persona que desee dejar de fumar y precise ayuda, e incluye la financiación de 1/3 del tratamiento con reemplazamiento de nicotina. El nivel intensivo está incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria como servicio optativo. Iniciado como programa experimental en tres centros, en la actualidad 35 Centros de Salud (65%) realizan el API y 10 Centros (19%) el APG. Hasta la fecha han entrado en estos programas intensivos alrededor de 1.000 personas fumadoras.

La evaluación satisfactoria de las actividades desarrolladas en los centros piloto ha permitido enriquecer el protocolo inicial de 1995 en una nueva edición de 1998: “Ayudar a Dejar de Fumar. Protocolo de actuación para profesionales de salud”. Por otra parte, también hay que señalar en relación a Atención Primaria que el Programa de Abordaje Multifactorial de riesgos cardiovasculares incluye las actuaciones del PAF en su desarrollo, si bien se desconoce la evaluación de su implantación.

En Salud Laboral el PAF se inició en 1997 y en la actualidad se desarrolla con datos satisfactorios en 10 empresas/entidades que incluyen al Ayuntamiento de Pamplona, AP Amortiguadores, Correos y Telégrafos, L. Varsity (antigua Girling), Magnesitas, TRW, UN-CUN, UPNA, Viscofán y Volkswagen. En 6 de ellas se realiza APG y en 4 API. En algunas otras empresas grandes también se han efectuado programas de ayuda al abandono, pero de forma puntual. En el ámbito de la pequeña empresa, que acoge al 85% de la población trabajadora, no se oferta el PAF.

El *Programa de Ayuda a Dejar de Fumar para Profesionales de Salud y de Educación* se ha llevado a cabo puntualmente desde el Instituto de Salud Pública, en coordinación con los Colegios Oficiales de Médicos y de Enfermería de Navarra, el Instituto de Salud Laboral, la Sociedad de Medicina y Enfermería del Trabajo, y el Departamento de Educación. Dirigido al colectivo de profesorado, medicina y enfermería fumador, ha pretendido aumentar la tasa de exfumadores/as y mejorar la eficacia de las actividades preventivas del consumo de tabaco que realizan. Han participado en total cerca de 400 profesionales en cuatro convocatorias. Los resultados en ceses mantenidos al año oscilan entre un 63% en Medicina y Enfermería del Trabajo, 29% en Medicina, 33% en Profesorado y 16% en Enfermería. No ha habido continuidad en el mismo.

Al margen de estas actuaciones descritas, la SEPAR oferta ayuda a dejar de fumar a distancia a neumología, y se tiene noticia de que también el Ejército y Cuerpos de Seguridad realizan actuaciones acerca del abandono del tabaco, si bien se desconoce la metodología y alcance de las mismas. También se desconocen los resultados de otros métodos como Hipnosis, Acupuntura, etc, utilizados en la consulta privada.

Por su parte, hay que señalar que no se realiza actuación protocolizada de ayuda al abandono en el ámbito de la Atención Especializada de Salud: Neumología y Cardiología, Obstetricia (preparación al parto) y Ginecología, Oncología, Alergología, O.R.L., Medicina Interna, Neurología y Cirugía Cardiovascular. A su vez, Salud Mental se limita a las recomendaciones y consejo individual. Ya implantado en gran medida el PAF en la Atención Primaria, parece necesaria la creación de una unidad de ayuda al abandono en la Atención Especializada y su prestación desde Salud Mental.

2.3. Espacios públicos y laborales sin humo

La Encuesta de Salud de 1990-1991, ya citada reiteradamente, señala que el 88% de la población adulta de Navarra valora positivamente las medidas que impiden fumar en lugares públicos. Otro estudio anterior²⁵ señala que el personal sanitario mantiene la misma valoración positiva de tales medidas en el 85%. Por su parte, la Encuesta a la Juventud del año 1998, ya conocida, muestra que el 73,1% de jóvenes son favorables a delimitar espacios sin humo en lugares de convivencia de personas que fuman y que no fuman.

Los objetivos de las actuales regulaciones son la prevención del tabaquismo pasivo y protección de la infancia y adolescencia, y la promoción del no fumar como la norma social deseable. La normativa básica²⁶ establece la prohibición de fumar en diferentes espacios, regulando las excepciones en algunos de ellos. También prohíbe la venta de tabaco en los establecimientos sanitarios, en los escolares o en los destinados preferentemente a la atención de la infancia y juventud, responsabiliza a los titulares de los transportes y establecimientos afectados del estricto cumplimiento de las normas, así como de la señalización de las limitaciones y prohibiciones, y de la existencia de hojas de reclamaciones a disposición de las personas usuarias, que deberán ser informadas al respecto. Otras normas²⁷ prohíben la publicidad de tabaco en los lugares en que está establecida la prohibición de fumar.

La norma básica citada también establece que “se habilitarán zonas diferenciadas para fumadores ostensiblemente señalizadas en.....cualquier local donde exista prohibición de fumar. En caso de que no fuese posible delimitar lugares alternativos para fumadores se mantendrá la prohibición de fumar en todo el local, advirtiendo mediante una adecuada señalización al usuario”.

²⁵ Aguinaga M y otros: Encuesta del consumo de tabaco y actitudes de los profesionales de Salud de Navarra de Atención Primaria de Salud y Hospital de Navarra 1.989-90. Policopiado. Pamplona 1990.

²⁶ R.D. 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población.

²⁷ Especialmente Ley 34/88, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

Medios de Transporte. La prohibición de fumar²⁸ es absoluta en todos los vehículos o medios de transporte colectivo, a excepción de los ferroviarios y marítimos, en que puede hacerse “en cubierta al aire libre” y en los cuales “podrán reservarse vagones o camarotes completos o departamentos” para fumadores y fumadoras. Salvo casos individuales tanto de conductores/as como de personas usuarias, la norma se cumple, si bien se puede observar en algún transporte publicidad de puros.

El Real Decreto de referencia señala que en su aplicación, y en el ejercicio de sus competencias, “las autoridades locales podrán establecer la prohibición de fumar en los vehículos autotaxis pertenecientes a su término municipal cuando se encuentren ocupados por viajeros. En ausencia de norma al efecto prevalecerá el derecho del no fumador sea conductor o cliente”. No se conocen ordenanzas municipales de este tipo en la Comunidad.

Lugares de Trabajo. La prohibición de fumar es explícita para los lugares donde exista mayor riesgo para la salud de quien trabaja “por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial”, y para “cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas”. A pesar de la precisión de la norma, solamente se aplica cuando existe riesgo de explosión o incendio, cuando el cliente lo exige para asegurar la calidad del producto y se quiere evitar la mínima mezcla con polvo o ceniza, y en instalaciones donde se utilizan productos cancerígenos conocidos (amianto, cromo, etc...)

Así pues, en general, no se tiene en cuenta ni cuando hay mujeres embarazadas, ni cuando a través del cigarrillo se pueden absorber sustancias nocivas que pueden ocasionar un mayor daño por el contaminante industrial, como son los disolventes, colas, gases de motores en talleres, gases en laboratorios, etc. Tampoco hay conciencia de la necesidad de una ampliación de la norma para proteger a las personas no fumadoras en los ámbitos laborales, ni tampoco las empresas incluyen el ambiente sin humo en sus políticas de calidad, ni éste es promovido por los Comités de Empresa.

Centros de Atención Social. La prohibición de fumar es explícita para los centros asistenciales destinados a menores de 16 años. Sin embargo la norma no contempla otros centros asistenciales que, sin ser estrictamente sanitarios, acogen a personas especialmente protegibles como mayores y otras personas afectadas de minusvalías. Por su parte, la edad de protección en los centros asistenciales destinados a adolescentes-jóvenes debe ser similar a la que se establezca en los centros educativos.

Centros, Servicios o Establecimientos Sanitarios. La prohibición de fumar en los mismos admite como excepción las áreas específicas que las direcciones diferencien y señalicen para poder hacerlo. Estas “serán en todo caso independientes para los usuarios de los servicios y visitantes y para el personal del Centro”.

La señalización de la prohibición se ajusta a la norma con pocas excepciones, aunque en algún caso la misma es confusa por lo complejo de la estructura del Centro. Por lo general, el personal de los centros no fuma en presencia del

²⁸ R.D. 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el R.D. 192/1988

público pero, tanto en los centros de Atención Primaria como en otros de Atención Especializada, existen problemas para la asignación de las zonas en que se permite fumar.

Salvo en uno de los centros privados en que se fuma en espacios comunes y controles de enfermería, las personas usuarias de los centros cumplen la prohibición de fumar. Sin embargo, en los centros hospitalarios en que se permite fumar en las salas de espera se genera molestias a las personas que no fuman. El mismo problema se produce en las cafeterías-restaurantes que no tienen diferenciados espacios para fumar y no fumar. Sólo el Hospital Virgen del Camino cuenta con un Comité de Prevención del Tabaquismo que ha señalado y prohibido el consumo en todo el Centro, excepto en cafetería.

Desde otra perspectiva, en ningún centro sanitario existe publicidad y venta de tabaco, pudiendo decirse al respecto que se conoce y cumple la norma.

Centros docentes. La prohibición de fumar en los mismos admite también como excepción “las áreas expresamente reservadas al efecto por el órgano de dirección de los mismos, las cuales en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en caso de que estos sean menores de 16 años”.

Los centros docentes no universitarios (infantil, primaria, secundaria, bachiller y ciclos formativos) en general no tienen señalización de la prohibición, aunque no se fuma en el aula y zonas comunes. Sin embargo, en muchos casos el alumnado ve fumar al personal y profesorado fumador y, en las edades más avanzadas, fuma en patios y servicios, ocasionando problemas de funcionamiento en los centros. Asimismo, el profesorado no fumador es frecuentemente objeto de no respeto, debido a que salas del profesorado son zonas para fumar. Parece procedente avanzar en la protección y declarar todo el recinto de los centros de enseñanzas obligatorias “espacios sin humo”, reservando exclusivamente para el personal y profesorado áreas de permisión, en ningún caso de acceso para el alumnado.

Las Universidades no están señalizadas con la prohibición de fumar, excepto la bibliotecas, y no se fuma en las aulas ni se vende tabaco, pero se fuma en pasillos, halls y cafeterías. En ellas también se recibe y distribuye prensa gratuita dirigida al alumnado con publicidad de productos de tabaco. Dado lo emblemático de estos centros se considera necesario avanzar en ellos en la delimitación de espacios sin humo. A este respecto, merece señalar que la Escuela Oficial de Idiomas de Pamplona ha aprobado recientemente en el Consejo Escolar la propuesta de Centro Sin Humo para el año 2000.

Otros centros de enseñanza como Instituto Navarro de Administración Pública, academias, etc, por lo general no están señalizados y se fuma en zonas comunes. En el Instituto Navarro de Administración Pública se fuma también en aulas.

Oficinas de la Administración Pública con atención directa al público. La norma es explícita para las zonas de atención directa al público. En general no están señalizadas y se fuma. Al ser cada vez más frecuentes zonas laborales compartidas por grupos grandes de personas, hay conflictos por humo de tabaco ambiental.

Locales donde se elaboran alimentos. El enunciado de la norma parece alcanzar también a los locales de venta, pero no es claro y la costumbre ha impuesto la interpretación más rentable para el comerciante. Dice así:

Art.7.: “No se permitirá fumar en:

c) *Locales donde se elaboren transformen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados **principalmente** a consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores de alimentos, ...”*

A partir de este enunciado de la norma, nos encontramos de hecho con una serie de establecimientos relacionados con la alimentación, como pastelerías-panaderías, degustaciones de café, locales de venta de chucherías para población infantil (donde además se venden a veces cigarrillos sueltos), lugares de venta de periódicos y dulces, etc, en los cuales de hecho no rige la prohibición de fumar que, no obstante, siempre puede urgirse a los manipuladores de alimentos.

Salas de uso público general, lectura y exposición. Aquí se incluyen una amplia variedad de locales: salas de correos, centros culturales, locales de asociaciones y clubs, bibliotecas, museos, salas de exposición y de espera de transporte público. Las bibliotecas y museos en general están bien señalizados y cumplen la normativa, si bien en algún museo no se respeta.

También en diferentes locales de asociaciones, clubs y centros culturales se fuma en los espacios comunes, con la consiguiente contaminación de humo de tabaco. También hay incumplimientos en las salas de correos.

La norma señala explícitamente que “se habilitarán zonas diferenciadas para fumadores ostensiblemente señalizadas en los locales destinados a....salas de espera de transporte colectivo....” Así pues, son espacios comunes en los que establecer áreas sin humo las salas de espera del aeropuerto, estaciones de autobuses y estaciones del ferrocarril.

Locales comerciales cerrados. La norma establece que “en los locales comerciales cerrados con amplia concurrencia de personas será

especialmente ostensible la señalización de las áreas para fumadores con objeto de evitar el incumplimiento de la norma...” De no poder establecer estas áreas para las personas fumadoras, la prohibición debe ser total.

En los locales de venta, en los cuales, por razones de seguridad y con el fin de evitar el riesgo de deterioro del producto está prohibido fumar a clientes y trabajadores (venta de ropa, por ejemplo), se admite con la mayor naturalidad este espacio sin humo. Sin embargo, en los locales de transacciones bancarias (bancos y cajas de ahorro) no se observa ningún tipo de señalización ni de prohibición y sí abundantes ceniceros. Por lo general se fuma en los puestos de trabajo y ante clientes, y también éstos y éstas fuman.

Salas de Teatro, espectáculos y centros deportivos cerrados. La norma también señala explícitamente que “se habilitarán zonas diferenciadas para fumadores ostensiblemente señalizadas en los locales destinados a teatro,

otros espectáculos públicos o deportivos cerrados..” Al igual que en otro tipo de espacios protegidos, de no poder establecer estas áreas para las personas fumadoras, la prohibición debe ser total.

El Teatro Gayarre y los cines, en general, son lugares especialmente significativos, en los que se fuma en el hall y, en consecuencia, no se respeta el derecho de quienes no fuman y salen al mismo en los entreactos.

En Pamplona hay señalización y hojas de reclamación en los centros deportivos cerrados. Se emite una cuña publicitaria al inicio, rogando abstenerse de fumar. El lugar más emblemático del tabaco, y por ende más problemático, es el frontón Labrit, para el que existe un programa específico que cuenta con el apoyo de la Federación y de algunos pelotaris. La norma no se cumple en otros centros deportivos cerrados de la Comunidad.

Ascensores y elevadores. Aunque la norma general que impone la prohibición y señalización de la misma se respeta en gran manera, también se observan ausencias de plaquitas de señalización. Otros espacios de difícil ventilación son los cajeros bancarios y las cabinas telefónicas cerradas, que no están contemplados en la normativa como lugares donde se prohíba fumar y, en consecuencia, están frecuentemente contaminados por humo de tabaco.

PLAN DE ACTUACIÓN 2000-2005

I. ASPECTOS GENERALES DEL PLAN

1. OBJETIVOS

El Plan Foral de Acción sobre el Tabaco tiene como objetivo reducir el consumo activo y pasivo de tabaco, y con ello mejorar la salud y la calidad de vida de la población navarra.

Para el período 2000-2005 el Plan se propone la meta de reducir en 6 puntos porcentuales el número de fumadores y fumadoras habituales mayores de 16 años, situando en el año 2005 la prevalencia del hábito en el 26% de la población mayor de esa edad.

El Plan y la meta propuesta para el 2005 se conciben como una primera etapa de un proceso - a evaluar y redefinir en dicha fecha - que pretende alcanzar en el año 2015 el objetivo 12 de Salud 21 (la política de salud para todos para la Región Europea de la OMS), en lo que se refiere al tabaco.

Dicho objetivo 12, definido genéricamente como “reducir el daño del alcohol, drogas, y tabaco”, plantea que “para el año 2015, los efectos adversos para la salud derivados del consumo de sustancias adictivas como tabaco, alcohol y drogas psicoactivas deben haber sido reducidos significativamente en todos los estados miembros”. En particular, en lo que se refiere al tabaco, el objetivo se concreta en que “en todos los países, la proporción de no-fumadores debe ser al menos el 80% en los mayores de 15 años y cerca del 100% en los menores de 15 años”.

La meta que se propone el Plan Foral de Acción sobre el Tabaco conlleva otros objetivos relativos a la prevención del inicio del consumo, ayuda al abandono, y provisión de espacios sin humo, que configuran los tres programas integrantes del Plan, cada uno con sus objetivos específicos.

2. PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

1. Abordaje Global

El Tercer Plan de Actuación de la OMS para una Europa sin Tabaco 1997-2001 propone las estrategias de intervención que la investigación y la experimentación en Europa han demostrado ser efectivas para conseguir una reducción significativa del consumo de tabaco. La mayoría de las estrategias propuestas entran en el ámbito de competencias de la Comunidad Foral.

La búsqueda de eficacia en el desarrollo del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco exige abordar integralmente el problema del tabaquismo, adoptando frente al mismo cuantas estrategias y actuaciones han demostrado ya ser efectivas. Consecuentemente, el Plan adopta al máximo las propuestas de la Oficina Regional Europea de la OMS y diseña su cometido con las estrategias que enmarcan la Promoción de la Salud:

- Medidas políticas, económico-reguladoras y técnico administrativas.
- Actuaciones de reorientación de servicios, especialmente de salud, de educación y de ocio y tiempo libre.
- Medidas informativas y de comunicación, de investigación y formación.
- Actuaciones de desarrollo de la acción comunitaria, promoviendo la participación social.
- Actuaciones de Educación para la Salud, entendida como el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones responsables sobre la propia salud.

Estas estrategias son complementarias y, en consecuencia, deben articularse convenientemente en la fase operativa si se pretende conseguir con eficacia y eficiencia el objetivo de reducir el consumo de tabaco y proteger la salud de la población. Las actuaciones poco programadas y las campañas publicitarias descontextualizadas del desarrollo de los programas operativos, a pesar de la imagen que normalmente pretenden ofrecer, no solo no suponen avances reales en los propósitos importantes, sino que a veces generan reacciones contrarias a los mismos. Por ello el Plan renuncia a actuaciones improvisadas y solo buscará la presencia en los medios en función del desarrollo de programas.

2. Priorización de ámbitos de intervención y graduación de aplicación de medidas

Los objetivos del Plan de reducir el consumo de tabaco y proteger la salud de la población se concretan en tres programas funcionales que configuran los ámbitos prioritarios de intervención: la prevención del inicio del consumo de tabaco, la ayuda a su abandono, y la promoción de espacios sin humo para minimizar el consumo pasivo y proteger la salud.

La promoción de espacios sin humo puede contemplarse como un ámbito autónomo de protección de la salud por cuanto protege del tabaquismo pasivo. No obstante, el establecimiento progresivo de espacios sin humo, además de proteger del

tabaquismo pasivo, posibilita y potencia el éxito de la prevención del inicio e, incluso, ayuda a aumentar las tasas de abandono, contribuyendo también a la reducción del consumo de tabaco y, por tanto, a la protección de la salud, tanto de quienes están expuestos/as al consumo pasivo como de quienes consumen activamente.

En estos ámbitos prioritarios y en estos propósitos positivos de promoción de salud deben articularse las estrategias del Plan. Sin embargo, tanto en su desarrollo operativo como en su ejecución deben tenerse en cuenta también los derechos de los fumadores y fumadoras, siempre respetables si con su ejercicio no conculcan el derecho preferente de las personas que no fuman a no inhalar pasivamente humo de tabaco.

Por otra parte, el Plan propone una graduación en la aplicación de las propuestas y medidas, que implícitamente comporta una priorización de las mismas. El criterio que rige esta gradualidad de las medidas tiene mucho que ver con su factibilidad, pero también está relacionado con los principios de legitimidad y concertación. Las medidas que afectan a la Administración son las primeras en ser aplicadas, por la autoridad moral con que se enviste la propia Administración para urgir similares medidas en otros ámbitos, y otras medidas se aplazan en el tiempo, porque requieren de procesos más complejos de consulta y concertación con los organismos representativos.

3. Integración y Coordinación

La integración y la coordinación son dos principios estratégicos del Plan, que deben materializar la sinergia de dispositivos, instancias y actores potenciales existentes en la Comunidad Foral frente al problema del tabaquismo en Navarra.

Para que el Plan alcance la máxima eficacia y eficiencia en sus programas, debe integrarlos en los programas, redes de servicios y dispositivos ya existentes en nuestra Comunidad, evitando duplicidades estériles. Esta integración va a requerir al Plan potenciar la acción de los dispositivos y recursos ya existentes, poniendo a su disposición los medios que les permitan desarrollar adecuadamente su cometido. Pero también la integración debe inspirar la implementación de los nuevos recursos previstos en el Plan para el desarrollo de sus programas.

Desde esta perspectiva, parece conveniente integrar el Plan en el Instituto de Salud Pública, instancia en que actualmente radica el Programa de Tabaco, gestor histórico de muchos de los proyectos y actividades articulados en los tres programas que configuran dicho Plan. A su vez, por la trascendencia que ello tiene, también parece necesario integrar el Programa de Prevención del Inicio del Consumo en los programas de Promoción y Educación para la Salud y de Prevención de Drogas, y que el Programa de Ayuda al Abandono contemple la consolidación de las prestaciones ya existentes en la Atención Primaria de Salud.

Desde la perspectiva organizativa, también el Plan debe incardinarse al Instituto de Salud Pública, para facilitar la coordinación con otros programas de Salud Pública y Educación y Promoción de Salud. A su vez, en el ámbito de la prevención del inicio del consumo debe estar coordinado con el Plan Foral de Drogodependencias, en la promoción de espacios laborales sin humo, con el Instituto Navarro de Salud Laboral,

y en la ayuda a dejar de fumar, con la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental, con la de Atención Especializada de Salud, y con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de Navarra.

Por otra parte, para el que el Plan alcance la eficacia y eficiencia deseables, además de la integración de los dispositivos, instancias y actores, debe también disponer de adecuados órganos de dirección y de coordinación.

Los órganos de dirección que el Plan contempla son el Consejo de Dirección y el Coordinador General del Plan. El Consejo de Dirección se concibe como órgano colegiado y estará integrado por los responsables de las instancias administrativas directamente implicadas en el desarrollo del Plan.

Las instancias de coordinación de carácter estable que el Plan establece tienen como función articular convenientemente la acción de los diferentes Departamentos y Servicios de la Administración, y la acción de estos con la de la iniciativa social. Dichas instancias de coordinación están referidas a los tres programas operativos en que el mismo Plan se configura (prevención del inicio, ayuda a dejar de fumar, espacios sin humo).

Cada una de las tres instancias autonómicas de coordinación de programas, que se denominarán Comisiones de Coordinación, estarán constituidas por los representantes de los Departamentos o Servicios de la Administración directamente implicados en cada programa, y por dos representantes de las organizaciones sociales. Cada Comisión de Coordinación tendrá su Presidente, responsable de coordinación que, juntamente con los otros Presidentes de las Comisiones de Coordinación de los demás programas y el Coordinador del Plan, constituirán el Comité Ejecutivo del mismo.

Este diseño autonómico de la coordinación debe también implantarse, por los mismos propósitos de eficacia y eficiencia, en la Zonas Básicas de Salud y Servicios Sociales en que actualmente no existe, coordinando al menos los dispositivos de Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales y los centros educativos de su demarcación. Sus estructuras de coordinación debieran integrar también a representantes de las organizaciones sociales existentes, y una de sus funciones importantes debe ser la de promover la participación social más amplia.

4. Participación social

Como corresponde a una sociedad democrática, la intervención de las instituciones políticas y administrativas no solo no debe ignorar el trabajo realizado por otras instituciones, asociaciones, colectivos y personas, sino que debe promover una mayor participación de las mismas. La promoción de esta participación social debe realizarse no solo con campañas de sensibilización, sino también con programas de fomento de proyectos y actividades concretas relacionadas con el tabaco, y con estrategias de consulta y concertación para la aplicación y desarrollo de la normativa vigente, especialmente en relación a los espacios sin humo. Asimismo, esta promoción de la participación social debe completarse definiendo los procedimientos e instancias que de forma ágil y transparente permitan y resuelvan las reclamaciones y denuncias por incumplimientos.

La promoción de la participación social debe extenderse más allá de personas y ONGs del ámbito de salud, y debe llegar a las asociaciones e instituciones de jóvenes, asociaciones de padres y madres, organizaciones de consumidores/as y usuarios/as, organizaciones sindicales y empresariales, y colegios profesionales, asociaciones científicas, fundaciones y departamentos universitarios más relacionados con el tema. De modo especial, el desarrollo de la legislación vigente y su aplicación en el ámbito laboral deberán ser consensuados con las organizaciones sindicales y empresariales, y ensayados previamente en un programa piloto.

Según se desprende del principio de coordinación ya avanzado, el fomento de la participación debe culminarse con la creación de estructuras de participación, tanto en el nivel autonómico como en el de Zonas Básicas de Salud y de Servicios Sociales.

5. Compromiso Institucional

La voluntad de reducir el tabaquismo y sus consecuencias en la salud pública e, incluso, en la economía de Navarra no adquieren credibilidad sin un compromiso de las instituciones representativas de la Comunidad, especialmente del Gobierno y del Parlamento.

Nuestras organizaciones políticas siempre se han caracterizado por mantener un debate constructivo en el ámbito parlamentario respecto a los temas relacionados con las drogas, entre las cuales se incluye el tabaco. Sin menoscabo por ello de mantener y potenciar este debate político constructivo, el compromiso institucional necesario comporta ineludiblemente dotar al Plan de los medios necesarios para progresar en los objetivos propuestos, pero ello no es suficiente.

Los esfuerzos presupuestarios, normativos y organizativos resultan poco creíbles, si tanto el Gobierno como el Parlamento y sus integrantes no adoptan el compromiso de efectuar su actividad institucional y pública sin humo de tabaco. La ejemplaridad del Gobierno debe trascender a los altos cargos de la Administración y, en el Departamento de Salud, a quienes están constituidos "autoridades sanitarias".

3. MEDIDAS ESTRATÉGICAS

1. Desarrollo normativo:

Del presente Plan se desprenden una amplia gama medidas a adoptar; sin perjuicio de que muchas de ellas se mueven en el entorno de la promoción, y consecuentemente precisen acciones de fomento de determinadas conductas o hábitos mas que su inclusión en instrumentos normativos de otro tipo, se considera oportuno que por el Departamento de Salud se elabore un proyecto de ley foral de prevención, protección y promoción de la salud con relación al tabaco en la que a grandes rasgos y con carácter general establezca la filosofía y objetivos generales y se aborden actuaciones concretas en coherencia con las propuestas que resulten del presente Plan.

Ello también sin perjuicio de que algunas cuestiones puedan abordarse exclusivamente a nivel reglamentario (Decreto u Orden Foral)

Se propone que sean abordadas normativamente las siguientes cuestiones:

1) Establecimiento de un conjunto de limitaciones relacionadas con la publicidad, venta y espacios protegidos. Limitaciones que comprenderán tanto las innovaciones que introduce el presente Plan así como aquellas otras que ya están contempladas en normativa comunitaria o estatal y que se considere oportuno incorporar. Más pormenorizadamente se proponen las siguientes:

Publicidad: Incorporación de la Directiva Europea 98/43/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de Julio de 1998, 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 de tabaco, específicamente en el sentido de prohibir la distribución gratuita cuyo objetivo o efecto directo o indirecto sea la promoción de un producto de tabaco.

Así mismo se propone el establecimiento de limitaciones en esta materia con el objetivo de dificultar tanto el patrocinio por parte de la industria tabaquera como la utilización de nombres, marcas, símbolos u otros elementos distintivos utilizados para productos de tabaco, por otros bienes o servicios.

Venta de tabaco: Incorporar la protección regulada en el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población y en otras disposiciones complementarias, ampliando la protección en los siguientes aspectos:

- . Establecimiento de la prohibición de la venta de tabaco a los menores de 18 años.
- . Establecimiento de la prohibición de la venta de tabaco por medio de máquinas automáticas excepto en los lugares de venta autorizada de tabaco, regulando a su vez los lugares y condiciones en que se establezcan dichas máquinas, con el propósito de dificultar el acceso a ellas de los menores de 18 años.
- . Establecimiento de la prohibición de venta de juguetes o dulces, imitando cigarrillos.
- . Moratorias de entrada en vigor de la norma.

Espacios protegidos de aire contaminado por humo de tabaco (AHT): Incorporar la regulación establecida en el Real Decreto 192/1988 y en el Real Decreto

1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988 y otras disposiciones complementarias*. Además se propone establecer:

Ampliación de la protección, especificando el nivel de la misma, a los siguientes espacios:

- . Recintos educativos de enseñanza no universitaria.
- . Centros universitarios y de enseñanzas superiores.
- . Otros centros docentes públicos y privados.
- . Centros de atención social de jóvenes hasta 18 años, y de personas mayores o con minusvalías.
- . Cajeros automáticos cerrados y cabinas telefónicas.
- . Establecimientos de restauración, previendo excepciones para determinados acontecimientos sociales (bodas, fiestas patronales, etc.)
- . Lugares de trabajo compartidos.
- . Centros cerrados de ocio, deporte y tiempo libre.

En esta materia se propone la incorporación de moratorias para la entrada en vigor de estas disposiciones en estos términos:

- . Establecer que los establecimientos de venta y consumo de alimentos puedan optar, dentro de un plazo, por una licencia específica como local de venta (p.e. panaderías), o como local de consumo de alimentos (p.e. cafetería o taberna), encomendando al Gobierno regular la misma.
- . Un año para los recintos educativos no universitarios o de nivel superior y centros de atención social.
- . Dos años para los centros universitarios y otros de nivel superior, centros deportivos cerrados y lugares compartidos de la Administración sin atención al público.
- . Los años que se concierten con las organizaciones de restauración, y de consumidores y usuarios, para los establecimientos de restauración.
- . Los años que se concierten con las organizaciones patronales y sindicales, para los lugares compartidos de trabajo de las medianas, grandes y pequeñas empresas, y para los centros cerrados de ocio y tiempo libre.

2) Debería recoger una tipificación de faltas y el régimen sancionador a aplicar. En este sentido se propone incorporar, completar y, en su caso, ampliar la regulación del Real Decreto 192/1988.

Muy especialmente, debería contener previsiones acerca de los servicios de inspección competentes en la materia, distribuyendo en su caso las competencias entre el Instituto de Salud Pública (Gobierno de Navarra) y la Sanidad Municipal. Asimismo debería contener previsiones respecto al establecimiento del procedimiento de resolución de reclamaciones y en general, el procedimiento sancionador.

3) Debería completarse con el establecimiento de los principios y medidas organizativas que se consideren necesarias para acometer el Plan y las actuaciones previstas en el propio proyecto de ley foral:

* En cumplimiento de Resolución Parlamentaria, en anexo se adjunta la legislación sobre espacios sin humo.

Principios (de acuerdo a lo establecido en el Plan):

- . Abordaje Global
- . Programas funcionales y Graduación de aplicación de medidas
- . Integración y Coordinación
- . Participación Social
- . Compromiso Institucional

Organización y funciones (de acuerdo a lo establecido en el Plan):

- . Consejo de Dirección:
 - Composición
 - Funciones
- . Coordinador/a General del Plan:
 - Incardinación
 - Funciones
- . Comité Ejecutivo:
 - Composición
 - Funciones
- . Comisiones de Coordinación:
 - Funciones de las Comisiones
 - Funciones de los Presidentes
- . Comisión de Coordinación del Programa de Prevención del Inicio del Consumo:
 - Presidente
 - Composición
- . Comisión de Coordinación del Programa de Ayuda a Dejar de Fumar:
 - Presidente
 - Composición
- . Comisión de Coordinación del Programa de Espacios sin Humo:
 - Presidente
 - Composición

4) Existen finalmente algunas recomendaciones para abordar, las cuales o bien no resulta en principio competente la Administración de la Comunidad Foral o escapan a la competencia del Departamento de Salud. Respecto de las mismas, y que son las que se relacionan a continuación, se propone al menos su inclusión como meras propuestas a valorar respecto a su implantación:

Tipificación del humo de tabaco como contaminante del ámbito laboral. Bajo la denominación que proceda, según las características y peligrosidad del humo de tabaco, se propone declararlo contaminante, siguiendo el ejemplo de Finlandia. La inclusión del humo de tabaco en el grupo de contaminantes industriales junto con el ruido y otros productos cancerígenos e irritantes, posibilitaría su control y prevención como riesgo laboral en empresas y establecimientos públicos.

Medidas fiscales. Se propone establecer, al menos, las siguientes medidas fiscales:

- . Medidas fiscales de aumento del precio del tabaco, hasta niveles acordes con los de otros países de nuestro entorno.
- . Medidas fiscales de desgravación de impuestos a empresas y locales de consumo de alimentos, que garanticen espacios sin humo a sus trabajadores/as y clientes, encomendando al Gobierno su regulación.

Mandatos de futuro: Establecer el compromiso de adhesión pronta a las directivas europeas que se vayan aprobando en materias relacionadas con el Plan y sobre las cuales tenga competencia la Comunidad.

2. Promoción

En la exposición del principio estratégico de “abordaje global”, que debe presidir este Plan, se ha señalado que las diversas estrategias de intervención, que la Oficina Regional Europea de la OMS propone en su Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco 1997-2001, se enmarcan en las Estrategias de Promoción de Salud. En este sentido, el concepto “Promoción” es amplio y abarca cada una de las “medidas estratégicas” que se desarrollan en este capítulo. No obstante, en un sentido no tan amplio del concepto promoción, éste suele entenderse como movilización, reorientación de servicios, fomento, incentivación, etc, de los recursos y actuaciones, y en esta perspectiva se adopta en este apartado.

En esta misma perspectiva de promoción, el Programa de prevención del inicio del consumo se beneficiaría mucho con el desarrollo de estructuras de coordinación de transversales en los centros. Avanzar en este desarrollo instituyendo en los centros referentes con disponibilidades de tiempo y apoyos institucionales implicaría fundamentar el Programa de prevención y sus objetivos en la escuela en pilares más sólidos que la buena voluntad del profesorado, aumentando sustancialmente sus posibilidades de éxito. No obstante, estos propósitos no deben constituir la única actuación de promoción del Programa de prevención.

En el Programa de ayuda a dejar de fumar (PAF), deben ser clave en la perspectiva de promoción las medidas a adoptar para desarrollar dicho Programa. En unos casos estas medidas deben buscar consolidar y desarrollar el PAF en Atención Primaria de Salud y Salud Laboral, y en otros, integrarlo en la Red de Salud Mental y establecerlo en la Atención Especializada. En este Programa las medidas de promoción deben ser también diversas y contemplar, desde la inclusión de las intervenciones intensivas entre los servicios básicos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, hasta la reordenación y creación de nuevos servicios.

En el Programa de espacios sin humo, sus objetivos específicos constituyen en sí mismos objetivos de promoción, y todas las medidas estratégicas del Programa deben tender a posibilitar su prosecución. Entre las medidas específicas de promoción debe contemplarse el crear incentivos para las empresas y entidades.

3. Participación social

La participación social, como uno de los principios estratégicos del Plan, requiere al menos de las siguientes medidas y actuaciones:

- Antes de remitir el Plan al Parlamento, habilitar durante dos-tres meses un período de información, consultas y sugerencias, al cual se incorporen de manera efectiva no solo las Direcciones y Servicios en él implicados, sino también las organizaciones y asociaciones sociales. Entre ellas, al menos se consultará a:

- . Las asociaciones de salud relacionadas con el tema
- . Las federaciones de asociaciones de padres y madres
- . Las organizaciones estudiantiles
- . Las organizaciones patronales y sindicales
- . Las asociaciones de consumidores/as y usuarios/as
- . Los colegios profesionales, asociaciones científicas, fundaciones y departamentos universitarios mas relacionados con el tema.

Las sugerencias y observaciones de estas organizaciones y asociaciones relativas al Plan, así como las realizadas al respecto por las instancias institucionales, serán consideradas y, en su caso, incorporadas al articulado del mismo, figurando en Anexo las no integradas en él.

- Según se hace explícito en otro apartado del Plan, incorporar representantes de las organizaciones y asociaciones sociales a las Comisiones de Coordinación de los Programas. Junto a esta participación en los órganos de coordinación:

- . Instituir, como una de las funciones importantes de las Comisiones de Coordinación, el desarrollo de la participación social.
- . Establecer la práctica y el informe relativo a la participación social como requisito habitual de las actuaciones y propuestas de dichas Comisiones.

- Promover institucionalmente esta participación social, priorizando en las convocatorias públicas de subvenciones del Plan los proyectos o actividades de prevención que impliquen una amplia participación de las organizaciones y asociaciones sociales.

4. Información y Comunicación

Como en cualquier otro plan de acción de cierta complejidad en que deben implicarse organizaciones y personas diversas, en el Plan Foral de Acción sobre el Tabaco difícilmente se obtendrán las sinergias adecuadas si no existe una suficiente y oportuna práctica de la información y la comunicación.

La práctica de la información y comunicación, además de estar atenta a las estrategias de información y propaganda que siguen las empresas tabaqueras, y de tener en cuenta los imperativos que derivan de los propios mensajes a transmitir, los grupos o colectivos destinatarios y los medios a utilizar, valorará siempre el propio desarrollo del Plan y las repercusiones posibles en las instancias operativas del mismo.

En esta perspectiva se requiere elaborar un plan general de información y comunicación, que deberá promover y aprobar el Comité Ejecutivo del Plan. Dentro de

este plan de información y comunicación se contemplarán, al menos, los siguientes aspectos organizativo-funcionales y de estrategias de información:

- Aspectos organizativos-funcionales:
 - . Asignar al propio Comité Ejecutivo del Plan la función de priorizar y proponer las campañas institucionales, recabando para ello asesoramiento de los correspondientes servicios técnicos de los Departamentos de Presidencia y Salud.
 - . Establecer la necesidad de que el Comité Ejecutivo conozca las propuestas de desarrollo de las campañas que los diferentes órganos del Plan y de la Administración realicen.
 - . Asignar a los Presidentes de las Comisiones de Coordinación la función de informar, entre otros aspectos, de los propósitos de efectuar campañas que pueden afectarles, y ello, no solo a la Comisión sino también a los servicios y dispositivos del Programa.
 - . Instituir la práctica de la información a los servicios y otros órganos operativos de los Programas, como la forma habitual de funcionamiento

- Estrategias de información:
 - . Dentro de los requerimientos técnicos de cada medio de comunicación, contemplar siempre el carácter educativo de los mensajes, y los principios de autoestima, de respeto del otro y de negociación en las situaciones de disensión.
 - . Dentro de los ámbitos o temas posibles sobre los que realizar campañas informativas, priorizar aquellos que vayan dirigidos a los colectivos femenino y joven, los que fomentan la idea de que fumadores y no fumadores tienen derecho a exigir aire limpio y de calidad, y los que más refuercen el desarrollo de los programas en los dispositivos.
 - . Dentro de las posibilidades presupuestarias (que habrá que habilitar de acuerdo a los propósitos del Plan), promover la información desde todos los medios de comunicación posibles. Entre estos medios hay que valorar, por las dimensiones educativas con que pueden realizarse y se realizan, las actuaciones que desarrolla el colectivo profesional de atención directa a la población (profesionales de Atención Primaria, profesorado, monitores de educación física y deportivos, etc.).

5. Investigación y Formación

Desde la perspectiva de la investigación y formación, el Plan, además de dotarse de los medios presupuestarios suficientes para poder promover o realizar una y otra en sus justas proporciones, tendrá en cuenta las siguientes prioridades:

- En el ámbito de la investigación:
 - . Conocer las prácticas de consumo de tabaco de los colectivos profesionales de Salud, y su disposición a asumir la ayuda a dejar de fumar en su ámbito de trabajo.

 - . Conocer las prácticas de consumo de tabaco en grupos significativos de profesionales de diversos ámbitos, y su actitud hacia la regulación de la protección del humo de tabaco ambiental en los diferentes espacios de referencia.

 - . Actualizar el estudio de morbi-mortalidad asociada al consumo de tabaco, y su coste sanitario y social.

- . Conocer los diversos usos del tabaco en la población en general y su actitud hacia programas de reducción de daños, la regulación de espacios sin humo, y la adopción de otras estrategias alternativas.

- En el ámbito de la formación:

- . Las necesidades que derivan de la capacitación de profesionales que deben llevar a cabo la ayuda a dejar de fumar.

- . Las necesidades que derivan de la aplicación del Programa de prevención en el ámbito escolar y en el del tiempo libre y actividades extraescolares.

- . Las necesidades de capacitación de los grupos profesionales que deben vigilar el cumplimiento de la normativa sobre venta y publicidad u otros extremos de la misma normativa.

- . Las necesidades de asesoría de los grupos y asociaciones que soliciten subvenciones para proyectos de prevención.

4. RECURSOS

El Plan Foral de Acción sobre el Tabaco se dotará de los recursos de organización, profesionales, materiales y presupuestarios, que posibiliten su adecuado desarrollo. Desde el momento de su aprobación se le adscriben los recursos profesionales, materiales y presupuestarios, de que actualmente dispone el Programa de Tabaco del Instituto de Salud Pública. El Plan se adscribe al Instituto de Salud Pública.

1. De organización:

El Plan contará con un Consejo de Dirección, un Coordinador/a General y diversos órganos funcionales.

- *Consejo de Dirección:* El Consejo de Dirección estará presidido por el Consejero de Salud y estará integrado por:

- . Director/a de Atención Primaria y Salud Mental.
- . Director/a de Atención Especializada de Salud.
- . Director/a del Instituto Navarro de Salud Laboral.
- . Director/a del Plan Foral de Drogodependencias.
- . Director/a del Instituto de Salud Pública, que ejercerá la Secretaría.
- . Coordinador/a General del Plan.

También integrarán el Consejo de Dirección:

- . Dos representantes institucionales del Departamento de Educación.
- . Dos representantes institucionales del Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.
- . *Dos representantes de las organizaciones sindicales, asociaciones de consumidores y usuarios, federaciones de asociaciones de padres y madres y organizaciones estudiantiles*.*
- . *Un representante de las asociaciones patronales*.*
- . *Un representante de los colegios profesionales, asociaciones científicas, fundaciones y departamentos universitarios relacionados con el Plan*.*

Las funciones del Consejo de Dirección son:

- . Proponer y/o aprobar los desarrollos operativos y normativos del Plan.
- . Proponer y/o aprobar sus presupuestos.
- . Ordenar y conocer las evaluaciones del mismo.

- *Coordinador/a General del Plan:* El Plan dispondrá de un Coordinador/a General, adscrito/a al Instituto de Salud Pública, con las siguientes funciones:

- . Dinamizar los órganos funcionales del Plan y sus Programas.
- . Dar cauce administrativo a sus propuestas de actuación.
- . Representar al Plan en donde le fuera encomendado por las autoridades administrativas.
- . Ejercer la secretaría del Comité Ejecutivo.

* Texto añadido por Resolución Parlamentaria.

- *Comité Ejecutivo:* Tendrá carácter funcional, estará presidido por el Director/a del Instituto de Salud Pública, y lo integrarán además el Coordinador/a General del Plan y quienes ostenten la Presidencia de las tres Comisiones de Coordinación de los Programas. Sus funciones son:

- . Proponer desarrollos operativos y normativos del Plan
- . Coordinar el desarrollo y aplicación de los Programas del Plan.
- . Promover y aprobar el plan de información y comunicación. De acuerdo a este plan, priorizar y proponer las campañas institucionales en los medios.

- . Preparar los presupuestos de los Programas y promover su ejecución.
- . Promover la realización de las evaluaciones.

- *Comisiones de Coordinación:* Se constituirán tres Comisiones de Coordinación, integradas en cada caso por representantes de las Direcciones o Servicios de la Administración implicados en cada Programa, y por dos representantes de los organismos sociales más afectados. Las instancias y organismos concretos que deben integrarlas se refieren en los respectivos programas. Las funciones de las Comisiones de Coordinación son:

- . Impulsar el desarrollo y aplicación de los Programas.
- . Promover y coordinar sus proyectos y actuaciones.
- . Impulsar la participación social.

- *Presidentes de las Comisiones de Coordinación:* Sus funciones son:

- . Presidir la Comisión y participar del Comité Ejecutivo del Plan.
- . Hacer partícipes a la Comisión de Coordinación y a los órganos funcionales y operativos de su Programa, de los acuerdos adoptados en el Comité de Dirección que son de su interés.
- . Velar por que se lleven a término los acuerdos de la Comisión de Coordinación.

La *Comisión de Coordinación del Programa de Prevención del Inicio del Consumo* estará presidida por el Director/a del Plan Foral de Drogodependencias, o la persona en quien delegue.

La *Comisión de Coordinación del Programa de Ayuda al Dejar de Fumar* estará presidida por el Director/a del Servicio Navarro de Salud, o la persona en quien delegue.

La *Comisión de Coordinación del Programa de Espacios sin Humo* estará presidida por el Director/a del Instituto Navarro de Salud Laboral, o la persona en quien delegue.

2. De personal:

Para la asignación a puestos relacionados con los programas o actividades de este Plan, habrá *reconocimiento en el vitae profesional de los cursos relacionados con la prevención del hábito tabáquico, los riesgos, conocimientos y repercusiones*.*

La Coordinación General del Plan dispondrá, además de la profesional con que actualmente cuenta el Programa de Tabaco, de un/a especialista en Salud Pública o

* Texto añadido por Resolución Parlamentaria.

Comunitaria y un/a administrativo/a, en ambos casos a dedicación completa. Su provisión correrá a cargo del Instituto de Salud Pública.

Otros recursos de personal del Plan, los asignados en los diferentes servicios a los programas operativos, serán imputados en sus costes a las correspondientes Unidades Administrativas en que están integrados.

Asimismo, el trabajo desarrollado por los miembros del Consejo de Dirección, Comité Ejecutivo y Comisiones de Coordinación, será considerado función propia del puesto que ejercen en la Administración.

Por su parte, en relación a las tareas de Inspección y Vigilancia, los respectivos Servicios a quienes se les encomiende implementarán sus plantillas, si fuera necesario, desde sus propios presupuestos.

3. Materiales, técnicos y financieros:

El Plan se dotará de los recursos materiales, técnicos y financieros necesarios para realizar sus actuaciones. *El Gobierno de Navarra consignará en los presupuestos del Departamento de Salud dentro del Instituto de Salud Pública, para cada ejercicio presupuestario de vigencia del Plan, las partidas destinadas a cada uno de los Programas del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco y las partidas para información, investigación y evaluación del Plan*.*

En la actualidad, el Programa de Tabaco del Instituto de Salud Pública dispone de presupuesto para subvenir a la provisión de placas de señalización y materiales informativo-educativos de apoyo. También ha dispuesto de medios para sufragar los gastos de los tratamientos con parches transdérmicos y para la compra de medidores de monóxido de carbono. Sin embargo, la partida de 5 millones para estos gastos debería ampliarse en los dos próximos ejercicios presupuestarios en los siguientes términos:

- . Tratamientos para el abandono del tabaco: 8 millones (partida abierta).
- . Edición de materiales: 3 millones.
- . Inversiones, compra de medidores de CO: 2 millones.

En relación al gasto por tratamientos, es preciso señalar que tras el segundo año de funcionamiento del Plan, la compra de parches transdérmicos o de los tratamientos que procedan debería normalizarse e imputarse al gasto farmacéutico de las correspondientes Unidades Administrativas.

Por su parte, el Plan debe dotarse de las líneas presupuestarias adecuadas al desarrollo de las siguientes actividades:

- . Provisión de asesoramiento externo.
- . Realización de campañas informativas.
- . Concertación de prestaciones y servicios.
- . Promoción de proyectos y actividades en la comunidad.
- . Promoción de proyectos y actividades en el ámbito escolar.
- . Realización de investigaciones y evaluaciones.

* Texto modificado por Resolución Parlamentaria.

Evidentemente, para estas actividades, el presupuesto de 10 millones de pesetas con que hoy cuenta el Plan en el Departamento de Salud debería ampliarse. Al menos en los dos primeros años de vigencia del Plan, el desarrollo de estas actividades requiere de un mínimo de 60 millones de pesetas, con lo que las diversas líneas de gasto debieran situarse inicialmente en torno a los 75 millones de pesetas. Tras la primera evaluación a los dos años de funcionamiento del Plan, también el presupuesto podría reajustarse.

Por su parte, sería conveniente que el Departamento de Educación disponga de dotación presupuestaria para editar, si así se considera, en colaboración con el Instituto de Salud Pública los materiales necesarios que disponga la Comisión de Coordinación del Programa de Prevención del Inicio del Consumo.

Asimismo, sería deseable que el Instituto Navarro de Deporte y Juventud disponga de dotación presupuestaria para promover alternativas de ocio en relación al Programa de Prevención del Inicio de Consumo.

El Plan deberá contar con una valoración económica exhaustiva y pormenorizada de cada programa

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Las diferentes Comisiones de Coordinación del Plan elaborarán los correspondientes sistemas de información que les permitan estar adecuadamente informadas del desarrollo de los Programas.

Por su parte, las mismas Comisiones de Coordinación de los Programas del Plan realizarán, tras el primer año de funcionamiento, una evaluación orientada a la mejora de los mismos. En dicha evaluación se contemplará el desarrollo de las estrategias básicas, el funcionamiento y desarrollo de los órganos de coordinación, y la realización e impacto de sus actividades. En el Programa de Espacios sin humo también se efectuará una evaluación de Producto, midiendo los resultados obtenidos. La misma evaluación se realizará tras el tercer y cuarto año de funcionamiento del Plan.

Por su parte, el Comité Ejecutivo encomendará una evaluación externa del Plan, al finalizar su segundo año de vigencia, para permitir reajustarlo a sus propósitos. Esta evaluación contemplará, al menos, el diseño del propio Plan, la formalización y funcionamiento de los órganos de coordinación, y la programación, desarrollo e impacto de las actuaciones. También en el Programa de Espacios sin humo se evaluarán sus resultados.

Asimismo, el Comité Ejecutivo encomendará *una segunda evaluación externa al finalizar el cuarto año de vigencia que podrá ser completada con una evaluación final tras la finalización de la vigencia del Plan* **. Esta evaluación, además de los ámbitos descritos para la primera evaluación externa, evaluará también los resultados del Plan, midiendo la prosecución de los objetivos generales y específicos desde sus propios indicadores. Para este propósito concreto procederá con metodología similar a la utilizada en los estudios que han proporcionado los indicadores de situación de este Plan. Además, esta evaluación externa debe suministrar información que permita dilucidar si en el siguiente Plan se incorporan actuaciones orientadas a la reducción de daños y si, en el Programa de Espacios sin Humo del mismo, se amplían o no los

* Texto añadido por Resolución Parlamentaria.

** Texto modificado por Resolución Parlamentaria.

espacios protegidos de humo de tabaco y la delimitación de espacios para fumar en bares, cafeterías, salas de fiesta y actividades de juego y azar.

El Plan destinará una parte de su presupuesto específico para las evaluaciones que realicen o encarguen las Comisiones de Coordinación de los Programas, y para la realización de las evaluaciones externas tras el segundo y cuarto año de funcionamiento. Dentro de los parámetros presupuestarios avanzados, la orientación a la mejora de los programas de estas evaluaciones justifica que se dediquen a ellas entre 5 y 8 millones anuales (entre el 7% y el 10% de la previsión presupuestaria hecha).

Anualmente se presentará a la Comisión de Sanidad una evaluación global contemplando el grado de cumplimiento alcanzado de los objetivos previstos y el grado de ejecución presupuestario, así como una valoración del Consejo de Dirección sobre el desarrollo de dicho Plan.*

* Texto añadido por Resolución Parlamentaria.

6. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE APROBACIÓN

El cronograma del proceso de aprobación del Plan ofrece las siguientes actividades, responsables de gestión y fechas de ejecución:

<u>Actividades</u>	<u>Respons. Gestión</u>	<u>Fechas</u>
Aprobación del Anteproyecto del Plan por Comité de Expertos y entrega al Departamento.....	C.E.	20-27/3
Conocimiento/aprobación inicial por el Gobierno y apertura período de consultas y sugerencias....	Departam/Consej. de Salud	1-10/4
Presentación del Plan a las Direcciones y Servicios de la Administración en él implicados.....	Consejero/Depart de Salud	11-20/4
Remisión del Plan a Instancias y Asociaciones.....	Secr.Técni/Depart de Salud	11-20/4
Incorporación sugerencias /Elaboración anexo.....	Secr.Técni/Depart de Salud	1-10/6
Sesión de información y seguimiento por el Comité de Expertos de las sugerencias incorporadas.....	Secr.Técni/Depart de Salud	1-10/6
Remisión al Gobierno del Plan y anteproyecto de Ley Foral, aprobación y remisión al Parlamento.....	Depart/Consejero de Salud	10-30/6
Aprobación del Plan y la Ley por Parlamento	Parlamento	(?)
Aprobación de Decreto Foral de desarrollo	Gobierno a inicit Consejero Salud	1 mes post Plan
Aprobación O. F. de Consejero de Salud	Dep/Consejero	1 mes post D.F.

II. PROGRAMAS ESPECÍFICOS

1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL INICIO

1. Objetivos:

Los objetivos del Plan Foral de Acción sobre Tabaco propuestos se articulan estrechamente con una prevención del inicio del consumo. Una de las maneras positivas de contribuir al objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de la población navarra reduciendo el consumo activo y pasivo de tabaco es prevenir eficazmente el inicio de este consumo, sobre todo si se tiene en cuenta el carácter adictivo de la nicotina.

De forma similar a esta interrelación de objetivos descrita, también existe interrelación de estrategias, de modo que un verdadero programa de prevención no puede concebirse aislado de los objetivos y estrategias de protección y promoción, desarrolladas tanto en los Aspectos Generales del Plan como en los otros Programas Específicos. Además del trabajo educativo que pueda hacerse al respecto, la eficacia de la prevención está directamente relacionada con la creación de las condiciones favorables para que el no fumar sea percibido por el colectivo juvenil como algo normal.

Sin embargo, los objetivos propios del Programa de Prevención del Inicio se refieren, en primer lugar, al descenso del número de jóvenes que se inician al consumo y, de forma también importante, al retraso en la edad de inicio. Este retraso de la edad de inicio, diferente de la edad de experimentación, pretende situar al colectivo adolescente en situación de adoptar al respecto decisiones más contrastadas.

Los **objetivos específicos** del Programa de Prevención del Inicio son:

En el año 2005:

- . La proporción de personas fumadoras en el grupo de 15 a 25 años habrá disminuido 6 puntos porcentuales situándose en el 35%.
- . El promedio de edad de inicio se habrá retrasado a los 16-17 años

2. Medidas estratégicas

2.1. Desarrollo normativo.

2.1.1. Regular en el ámbito de la educación las recomendaciones avanzadas en este Programa.

2.1.2. Disponer que los directores de los centros educativos asuman las responsabilidades que les asigna la normativa vigente.

2.2. Promoción.

2.2.1. Declarar “Espacios sin humo” todos los centros docentes no universitarios.

2.2.2. Convertir los centros de ESO en ejes básicos de actuación sobre la población de 12 a 16 años, impulsando las líneas de salud y desarrollo personal, prevención de consumo de tabaco y otras drogas y uso saludable del ocio, en el marco de la Escuela Promotora de Salud.

2.2.3. Desarrollar y consolidar el trabajo de los Ayuntamientos y sus servicios en el desarrollo del ocio y el tiempo libre de la juventud

2.2.4. Promover la utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación para acceder a la información y a la ayuda al abandono del tabaco.

2.2.5. Desarrollar y consolidar el trabajo en Educación Parental.

2.3. Participación

2.3.1. Apoyar proyectos y actividades de participación intersectorial.

2.4. Información y comunicación

2.4.1. Realizar actividades informativas.

2.5. Investigación y formación

2.5.1. Promover investigaciones en el área de la prevención.

2.5.2. Elaborar materiales de apoyo.

2.5.3. Programar actividades formativas a grupos de influencia juvenil y responsables del control de cumplimiento de las normativas de protección.

3. Propuestas y actuaciones

3.1. Desarrollo normativo

3.1.1. Disponer que en diversos centros piloto de la ESO se inicien procesos globales de prevención, en la línea de "Escuela Promotora de Salud". Tras un año de experiencia, avanzar gradualmente en la ampliación de los procesos en el resto de la red. Estos procesos podrían ir construyéndose sobre el desarrollo de estructuras de coordinación de transversales en los centros.

3.1.2. Disponer también que, de acuerdo a la normativa vigente, los directores de los centros educativos que imparten enseñanzas obligatorias, asuman la responsabilidad de hacer cumplir estrictamente esta normativa en sus centros.

3.2. Promoción.

3.2.1. Promover que el órgano de dirección de los centros docentes no universitarios presente en el consejo escolar la declaración del centro como

espacio sin humo para su aprobación (ver definición de espacio sin humo en el apartado "1.Objetivos" del Programa de Espacios sin Humo).

3.2.2. Con la progresiva implantación de la coordinación de transversales en la ESO (salud, paz, educación vial y ambiental, afectividad, y valores en general), ir dedicando una atención prioritaria a los temas de tabaco y alcohol. Parece conveniente que la persona que asuma esta coordinación trabaje coordinadamente con el profesor/a de Educación Física y las personas expertas de Educación y Salud, con el profesorado y APYMA de su Centro, con el profesorado de último Ciclo de Primaria de su zona y con el Centro de Salud y servicios sociales y culturales de los correspondientes Ayuntamientos. Sus funciones concretas podrían ser las siguientes:

- Promover la adopción en toda la comunidad de estilos de vida sanos en un ambiente físico y psicosocial favorable a la salud, en la línea de Escuela Promotora de Salud.
- Facilitar la aplicación en el aula de programas educativos, obligatorios y eficaces de prevención del inicio del consumo de tabaco que teniendo su desarrollo básico en el Primer Ciclo de ESO, tengan su prólogo en 3^{er} Ciclo de Primaria y se complementen en el 2^o Ciclo de Secundaria.
- Favorecer un abordaje positivo de las situaciones y conflictos relacionados con el consumo de tabaco y otras drogas.
 - Promover la participación del alumnado en concursos locales, autonómicos o vía Internet, así como en las actividades que se propongan para el día mundial sin tabaco y su proyección en el entorno social.
 - Promocionar activamente en cada centro distintas alternativas de ocio y de ejercicio físico y la formación de equipos de diferentes deportes para ambos sexos.
 - Coordinar con el Consejo de la Juventud la dinamización de las actividades de prevención del consumo de tabaco a través de los delegados de clase.
 - Velar por la aplicación real de la normativa que establece que los centros docentes sean espacios sin humo. Para evitar realmente que el profesorado y el personal fumen donde accede el alumnado, se designarán espacios para fumar, que no podrán ser lugares de convivencia entre alumnado y profesorado, como el comedor, cafetería o el patio.

3.2.3. Incentivar una política local de actividades de ocio para la adolescencia y la juventud a desarrollar en locales sin humo.

3.2.4. Crear una página Web con información variada y con ayuda a dejar de fumar que enlace con lugares similares en otros países.

3.2.5. Continuar, promover y coordinar los proyectos de Educación Parental.

3.3. Participación.

3.3.1. Promover la participación de las asociaciones juveniles, de alumnado, de mujeres, de padres y madres, de ONGs, así como de los Centros de Salud, Salud Mental y Servicios Sociales de Base, y de entidades y grupos locales, en el desarrollo y aplicación de la normativa de control de la venta y la publicidad del tabaco, y en el desarrollo de actividades educativas de promoción de salud, de prevención del consumo de tabaco y de ocio y tiempo libre, así como de educación parental.

3.4. Información y comunicación

3.4.1. Realizar campañas informativas sobre la importancia de la contribución de todos los sectores a la consecución de espacios públicos sin humo: gobernantes, políticos, presentadores e invitados de TV, locutores y líderes juveniles, etc.

3.5. Investigación y formación

3.5.1. Promover investigaciones para conocer la situación de la prevención, la educación para la salud y otras transversales en la ESO.

3.5.2. Elaborar y evaluar documentación, materiales de sensibilización, curriculares, informativos y educativos.

3.5.3. Programar actividades formativas dirigidas al sector profesional responsable de la vigilancia y cumplimiento de la nueva normativa, al profesorado, al personal socio-sanitario, monitores deportivos y de actividades de ocio, grupos y asociaciones juveniles.

4. Recursos

El Departamento de Salud apoyará a los Centros de Salud para la coordinación con los centros educativos y el desarrollo de programas de educación parental e impulsará la participación en dichos proyectos de Salud Mental.

Asimismo, procede que el Departamento de Educación dote a los centros de los recursos o disponibilidades de personal, que hagan posible el desarrollo y funcionamiento de las estructuras de coordinación de transversales, a las que ya se ha hecho referencia anteriormente.

De la misma manera, procede que el Instituto Navarro de Bienestar Social y los Ayuntamientos apoyen a los Servicios de Base y Unidades de Barrio en las tareas de prevención.

Por su parte, también procede que el Instituto de Deporte y Juventud disponga y desarrolle los recursos necesarios para promover las alternativas de ocio.

Desde el punto de vista organizativo, el Programa se dota de una Comisión de Coordinación para el desarrollo, aplicación, seguimiento y evaluación anual del mismo. Estará integrada al menos por representantes de los siguientes departamentos, servicios y organizaciones: Plan Foral de Drogodependencias, Departamento de Educación, Instituto Navarro de Bienestar Social, Instituto de Deporte y Juventud,

Instituto Navarro de la Mujer, Instituto de Salud Pública, Atención Primaria de Salud, Ayuntamiento de Pamplona y Federación Navarra de Municipios y Concejos, Consejo de la Juventud, ONGs y Asociaciones de Padres y Madres. La Comisión de Coordinación estará presidida por el Director/a del Plan Foral de Drogodependencias (o la persona en quien delegue) que, en consecuencia, formará parte del Comité Ejecutivo del Plan.

5. Sistema de Información y Evaluación

La Comisión Coordinadora elaborará, al poner en marcha el Programa, el sistema de información permanente a que hace referencia la parte general del Plan.

Igualmente, la Comisión de Coordinación realizará tras el primer año de funcionamiento, así como tras su tercer y cuarto año, una evaluación del desarrollo del Programa desde la perspectiva de input (estrategias, medios, y medidas organizativas) y proceso (actividades e impacto).

De la misma manera, colaborará en la evaluación externa a realizar a los dos años y al final del Plan.

Los indicadores propuestos para las evaluaciones propias son:

- . Grado de desarrollo de las actividades realizadas.
- . Grado de consecución de los objetivos propuestos.
- . Grado de consecución de los objetivos en relación con los recursos destinados (de tiempo, organizativos, personales y materiales).

6. Cronograma de implantación

El Programa de Prevención del inicio desarrollará, en el período inicial de implantación, las siguientes actuaciones, con la correspondiente responsabilidad de gestión y tiempo de ejecución:

<u>Actuaciones</u>	<u>Respon.Gestión</u>	<u>Tiempo</u>
Constitución Comisión de Coordinación (C.C.)	Presidente C.C.	15-20 días tras publi.D.F.
Publicación de disposiciones.....	Departam. Educac.	2 meses tras publicac. D.F.
Puesta en marcha de los centros piloto.....	C. C.	3 meses tras publicac. D.F.
Elaboración sistema de informac. permanente..	C.C. (y centr. piloto)	2 mes tras inicio centr piloto

2. PROGRAMA DE AYUDA A DEJAR DE FUMAR

1. Objetivos:

Los objetivos del Programa de Ayuda a Dejar de Fumar están directamente relacionados con los objetivos y metas expuestos en los Aspectos Generales del Plan, puesto que el Programa persigue aumentar el número de exfumadores/as y con ello reducir el consumo activo y pasivo de tabaco y contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población navarra. Al fijarse metas en el colectivo de profesionales de Salud, además de los objetivos de salud en este colectivo, pretende otros de imagen y coherencia de mensajes a la población.

Los **objetivos específicos** del Programa de Ayuda a Dejar de Fumar son:

En el año 2005:

- . Se elevará la proporción de población ex-fumadora al menos 6 puntos porcentuales (26%).
- . Subirá la proporción de juventud ex-fumadora al 10%.
- . Se elevarán los índices de mujeres ex-fumadoras a proporciones próximas a las ofrecidas por los hombres.
- . Se incrementará la proporción de profesionales de salud ex-fumadores situándose al menos en un 30%.

2. Medidas Estratégicas

2.1. Desarrollo Normativo

2.1.1. Aprobar una Orden Foral que amplíe el ámbito de aplicación del programa de ayuda al abandono del consumo de tabaco (PAF), establecido por la Orden Foral de 8 de agosto de 1994, al ámbito de intervención de la Atención Especializada y la Salud Mental, regulando los niveles de atención y recursos de los servicios.

2.2. Promoción

2.2.1. Consolidar y desarrollar el Programa de Ayuda a Dejar de Fumar (PAF) en Atención Primaria de Salud, con la inclusión de las intervenciones intensivas en la cartera de sus servicios básicos. También se promoverá esta prestación en las consultas médicas que acogen a los titulares y beneficiarios de la asistencia sanitaria "Uso Especial".

2.2.2. Integrar el PAF en la Red de Salud Mental.

2.2.3. Establecer el PAF en la Atención Especializada.

2.2.4. Desarrollar el PAF en los ámbitos laborales de la Administración y de la empresa.

2.2.5. Proseguir y promover la realización de programas específicos de ayuda para grupos de profesionales significativos.

2.2.6. Incentivar de modo general a los centros y servicios que realicen programas de ayuda a dejar de fumar, y a las personas que se incorporen a ellos.

2.3. Participación

2.3.1. Realizar Concursos y Eventos Internacionales de carácter comunitario y participativo.

2.3.2. Recabar la participación sinérgica de los Colegios Oficiales de profesionales, asociaciones de alumnos, grupos juveniles e Instituto de la Mujer, en la ayuda a dejar de fumar a distancia.

2.3.3. Favorecer la creación de redes de profesionales sociosanitarios femeninos que trabajen en la ayuda al abandono de tabaco.

2.4. Información y comunicación.

2.4.1. Realizar campañas informativas dirigidas a mujeres y jóvenes.

2.5. Investigación y formación

2.5.1. Realizar encuesta a profesionales sociosanitarios y docentes, sobre consumo y actitudes en relación con el tabaco.

2.5.2. Realizar el plan de formación "Ayudar a dejar de fumar" a profesionales sociosanitarios.

3. Propuestas y actuaciones.

3.1. Desarrollo normativo.

3.1.1. Aprobar, por el Consejero de Salud, una Orden Foral que amplíe el ámbito de aplicación del PAF establecido por la Orden Foral de 8 de agosto de 1994, según se promueve en el Programa:

- Ordenando las competencias en la ayuda al abandono del consumo de tabaco de los servicios de Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Atención Especializada, Salud Laboral de la Administración y Salud Laboral de las empresas.
- Estableciendo la obligatoriedad de la prestación del servicio básico e intensivo.
- Señalando los plazos previsibles de implantación por servicios.
- Garantizando la financiación del tratamiento sustitutivo de nicotina.
- Arbitrando los medios e incentivos que lo hagan posible.

3.2. Promoción

3.2.1. Consolidación y desarrollo del PAF en Atención Primaria de Salud

En el año 2001, incluir como servicio básico de la Cartera de Servicios el Consejo Sistematizado (CS) y el Apoyo Intensivo (API y/o APG).

En el año 2002, incluir como servicio básico de la Cartera de Servicios el Consejo Sistematizado (CS) y el Apoyo Programado Individual (API). Además, los Centros de Atención Primaria de la de la comarca de Pamplona y 2 centros de A. P. de las áreas de Tudela, Estella, Navarra-Norte y Navarra-Este, ofertarán al menos 1 actuación al año de Apoyo Programado Grupal (APG).

En el año 2003, además del CS y del API generalizados, la oferta de APG en la red de AP alcanzará el 70% de los centros.

También se promoverá el desarrollo del CS y API en las consultas de medicina general que acogen a los funcionarios del Gobierno de Navarra beneficiarios de la asistencia sanitaria "Uso Especial".

3.2.2. Integración del PAF en la Red de Salud Mental

Integrar en la Red de Salud Mental el tratamiento del tabaquismo de sus usuarios/as. Este tratamiento del tabaquismo en la Red de Salud Mental se iniciará en el año 2001.

3.2.3. Establecimiento del PAF en Atención Especializada

Crear en la Atención Especializada una Unidad Asistencial de Atención al usuario, coordinada con las Unidades de Atención al Paciente de los Centros Hospitalarios, con las funciones de promover los cambios de hábitos de vida no saludables y de apoyar emocionalmente a los/as usuarios/as. Dentro de estas funciones, inicialmente realizará el Consejo Sistematizado en las consultas y plantas de hospitalización, y ofertará apoyo a los usuarios que desean dejar de fumar. La Unidad estará formada por una Enfermera y un Psicólogo y, además del cometido señalado, tendrá como función servir de enlace con Atención Primaria y Salud Mental, y recibir sus derivaciones en situaciones especiales.

En el 2001 realizarán Consejo Sistematizado todas las consultas de neumología, cardiología, oncología, obstetricia y ginecología. En el año 2002 realizarán, así mismo, el Consejo Sistematizado las consultas de cirugía torácica y cardiovascular, O.R.L., alergología y medicina interna.

3.2.4. Desarrollo del PAF en los Ámbitos Laborales

Realizar un plan de asistencia para la ayuda al abandono del consumo de tabaco en el ámbito de la Administración. Este plan de asistencia se realizará con la participación de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de Navarra y de representantes de Sindicatos, ISP y, en el caso de los centros sanitarios, de los Comités para la lucha contra el tabaquismo.

Este plan de asistencia se pondrá en funcionamiento en los centros sanitarios en el año 2001. En el año 2002, en los centros administrativos de Educación y Salud y en la Policía Foral. En el año 2003 se ofertará en los otros centros de la Administración Foral, Ayuntamientos y Administración Central.

Realizar, en las Empresas con Servicio Médico propio o mancomunado, una campaña de presentación de los materiales del Programa de Ayuda a Dejar de Fumar: Protocolo, Guía para el profesional y folleto para el usuario. En el año

2005, el 80% de ellas ofertarán apoyo grupal y efectuarán la derivación a su Centro de Salud a los trabajadores que requieran Apoyo Individual.

3.2.5. Continuación y promoción de programas específicos

Realizar de nuevo el Programa a Distancia para Dejar de Fumar dirigido a grupos de profesionales socio-sanitarios y docentes.

Concertar la realización de programas de ayuda a dejar de fumar, dirigidos a parlamentarios, políticos y altos cargos de la Administración.

3.2.6. Incentivos generales

Se mantendrá la aportación de los monitores de medición de CO en aire exhalado, a los centros y servicios que pongan en marcha el Programa de Ayuda a Dejar de Fumar.

Se financiará el 66% (dos tercios) del tratamiento de reemplazamiento con nicotina, u otros tratamientos de probada eficacia, a quienes se incorporen a los Programas de Ayuda. Pasado el segundo año de funcionamiento del Plan, la financiación de los tratamientos será similar a la de otros fármacos.

Se incluirán los tratamientos anteriormente referidos en los medicamentos financiados por el plan de asistencia sanitaria "Uso Especial".

3.3. Participación

3.3.1. Concursos y eventos

Celebrar anualmente el Día Mundial Sin Tabaco.

Realizar, a partir del año 2002, el concurso bienal "Quit & Win" (Déjalo y Gana), auspiciado por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea.

3.3.2. Participación sinérgica

En colaboración con otros organismos y asociaciones, abrir a partir del año 2001 una línea telefónica gratuita de información y apoyo a dejar de fumar, dirigida prioritariamente a mujeres y jóvenes.

En colaboración con el Consejo Navarro de la Juventud y otros organismos y asociaciones, crear una página Web en INTERNET, con propuestas de Ayuda a Dejar de Fumar para la juventud.

3.3.3. Favorecer la creación de redes de enfermeras, trabajadoras sociales y matronas que trabajen en los programas de ayuda a dejar de fumar.

3.4. Información y Comunicación.

3.4.1. Realizar campañas en MCS, invitando a dejar de fumar e informando de la existencia de ayuda en los Centros de Salud, Internet y teléfonos gratuitos.

3.4.2. Realizar en el ámbito laboral y en colaboración con los sindicatos y asociaciones empresariales y entidades, campañas que inviten a dejar de fumar y oferten ayuda en su empresa o en su Centro de Salud.

3.4.3. Realizar en el SNS/Osasunbidea la divulgación de los datos de la encuesta de profesionales sociosanitarios y la oferta de ayuda a dejar de fumar que se determine.

3.4.4. Realizar, con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de la Administración Foral y la colaboración de los Sindicatos, campañas invitando a dejar de fumar y ofertando la ayuda que se determine, hasta conseguir una Administración "sin tabaco".

3.5. Investigación y Formación

3.5.1. Realizar una encuesta a profesionales socio-sanitarios, para conocer el consumo de tabaco y las actitudes y opiniones hacia el tabaquismo activo y pasivo, así como su implicación y disposición para realizar actividades preventivas y de ayuda a dejar de fumar.

3.5.2. Formar profesionales socio-sanitarios referentes para la ayuda a dejar de fumar y apoyarles en su cometido.

3.5.3. Desde el Instituto de Salud Pública, llevar a cabo la formación de un grupo de formadores/as, en colaboración con la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental, Atención Especializada, e Instituto Navarro de Salud Laboral. También desde el Instituto de Salud Pública, ofertar asesoría a equipos y profesionales con programas de ayuda a dejar de fumar.

El plan de formación del grupo de formadores/as contemplará los siguientes seminarios:

- "Como dar el CS en los servicios".
- "Como Ayudar a Dejar de Fumar en la consulta individual".
- "Como Programar Grupos de Ayuda a Dejar de Fumar".

El grupo de formadores se responsabilizará de la formación en Consejo Sistematizado, Apoyo Programado Individual y Apoyo Programado Grupal, a profesionales de los centros de Atención Primaria y Salud Mental, Atención Especializada y Servicios de Salud Laboral. Asimismo, esta formación se ofertará a profesionales de farmacia y de medicina general y especialidades del ámbito privado de la sanidad.

4. Recursos

El Programa de Ayuda a dejar de fumar, al integrarse en los servicios actualmente existentes, en principio no requiere en los mismos aumentos cuantificables de personal, si bien en ciertos casos la actual saturación de determinados servicios puede justificar algún aumento al respecto. Por el contrario, la creación de la nueva Unidad de Atención al Usuario en la Atención Especializada requiere la dotación de la misma con Psicólogo/a y Enfermero/a por parte de la misma Atención Especializada.

Inicialmente los medios materiales necesarios para el Programa (folletos, placas, parches transdérmicos, medidores de monóxido de carbono, etc.) serán provistos por

el Instituto de Salud Pública. Pasado el segundo año de funcionamiento del Plan, los parches transdérmicos u otros tratamientos que procedan serán provistos por las propias instancias administrativas de los correspondientes servicios del Servicio Navarro de Salud, de similar manera que la de otros fármacos.

Desde el punto de vista organizativo, el Programa se dota de una Comisión de Coordinación, integrada al menos por representantes de los siguientes servicios y organizaciones: Instituto de Salud Pública, Dirección de Atención Primaria y Salud Mental, Dirección de Atención Especializada, Servicio Navarro de Salud, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Colegios Oficiales de profesiones sanitarias, Departamentos de Salud de las Universidades y ONGs del ámbito de la salud. La Comisión de Coordinación estará presidida por el Director/a del Servicio Navarro de Salud (o la persona en quien delegue) que, en consecuencia, formará parte del Comité Ejecutivo del Plan.

5. Sistema de Información y Evaluación

La Comisión de Coordinación elaborará, al poner en marcha el Programa, el sistema de información permanente a que hace referencia la parte general del Plan.

Asimismo, la Comisión de Coordinación realizará tras el primer año de funcionamiento, así como tras su tercer y cuarto año, una evaluación del desarrollo del Programa. De acuerdo a las directrices generales del Plan, en estas evaluaciones se adoptarán básicamente perspectivas de input y proceso, valorando la implantación del PAF en el sistema de Salud, el desarrollo de programas de ayuda a dejar de fumar en otros ámbitos, los medios articulados para ello, las actividades realizadas y el impacto de las mismas.

También la Comisión de Coordinación colaborará en la evaluación externa a realizar a los dos años y al final del Plan.

6. Cronograma de implantación

El Programa de Ayuda a dejar de fumar desarrollará, en el período inicial de implantación, las siguientes actuaciones, con la correspondiente responsabilidad de gestión y tiempo de ejecución:

<u>Actuaciones</u>	<u>Respon.Gestión</u>	<u>Tiempo</u>
Constitución Comisión de Coordinación (C.C.)	Presidente C.C.	15-20 días tras publi.D.F.
Publicación O.F. de regulación de disposiciones en el ámbito de Salud.....	Consejero de Salud	2meses tras publicac. D.F.
Elaboración sistema de informac. permanente..	C.C.	2 meses tras publicac. O.F.

3. PROGRAMA DE ESPACIOS SIN HUMO

1. Objetivos

De modo general, el programa pretende proteger del tabaquismo pasivo, reduciendo la contaminación ambiental por humo de tabaco (CAHT) en interiores e incrementando los espacios cerrados sin humo.

Se considera espacio cerrado sin humo aquella sala o recinto, centro o establecimiento público o privado, con concurrencia de personas, dónde se haya eliminado la publicidad y venta de productos de tabaco, y sólo se permita fumar -cumpliéndose de hecho- en los lugares designados que se establezcan al efecto. Estos lugares en que se permita fumar deben ser diferentes para personas usuarias o visitantes y personal del centro, cuando ello proceda y sea posible. Si no es posible esta provisión de espacios, se debe prohibir fumar en todo el establecimiento. Por otra parte, la dirección o titulares de los centros señalarán adecuadamente las limitaciones y prohibiciones e informarán de la existencia de hojas de reclamación que estarán disponibles para las personas usuarias.

Los **Objetivos Específicos** del Programa son los siguientes:

1. En el año 2.001 serán espacios sin humo:
 - . El 100% de los centros sanitarios.
 - . El 100% de los centros docentes no universitarios.
 - . El 100% de los centros de atención social a personas menores, con minusvalías y personas mayores.
 - . Las oficinas de la administración con atención al público.
 - . Todos los transportes públicos
 - . Ascensores, cajeros automáticos y cabinas telefónicas cerradas.
2. En el año 2.002, además de los precedentes, serán espacios sin humo:
 - . El 100% del ámbito laboral de la administración.
 - . El 100% de centros laborales socialmente protegidos.
 - . Los centros universitarios y otros centros docentes de nivel superior.
 - . Las salas de teatro, espectáculos y centros deportivos cerrados.
 - . Las salas de uso público, lectura y exposición.
 - . Locales donde se elaboren, preparen o vendan alimentos.
- . El 10% de las empresas medianas y grandes.

Asimismo, contarán con delimitación de espacios para fumar, convenientemente ventilados y señalización adecuada:

- . El 10% de los establecimientos de restauración.
- . El 10% de los centros cerrados de ocio y tiempo libre.

3. En el año 2005, además de los señalados en los puntos 1 y 2, serán espacios sin humo:

- . El 40% de las empresas medianas y grandes.
- . El 15% de las empresas pequeñas.

Asimismo, contarán con delimitación de espacios para fumar, convenientemente ventilados y señalización adecuada:

- . El 40% de los establecimientos de restauración.
- . El 40% de los centros cerrados de ocio y tiempo libre.

2. Medidas estratégicas

2.1. Compromiso Institucional

2.1.1. Promover la declaración de “Espacios Sin Humo” para los lugares en que se realice la actividad institucional del Gobierno y del Parlamento de Navarra.

2.1.2. Establecer por la Consejería de Salud la misma declaración de “Espacio Sin Humo” para los lugares en que los Cargos Públicos de las administraciones sanitarias efectúan actos o reuniones públicas o de trabajo, requiriéndoles así mismo poner los medios para el cumplimiento de la normativa en los espacios de su competencia.

2.2. Desarrollo normativo

2.2.1. Incluir en la Orden Foral que establece y regula los servicios y prestaciones del Sistema de Salud en la Ayuda a dejar de fumar, disposiciones relativas a los centros sanitarios y socio-sanitarios.

2.2.3. Publicar Ordenanzas Municipales que desarrollen y apliquen a los diferentes ámbitos de nuestra Comunidad las disposiciones más generales.

2.3. Promoción

2.3.1. Promocionar los ambientes “sin humo” en los eventos científicos de salud.

2.3.2. Incentivar a las empresas que incluyan el ambiente sin humo en sus políticas de calidad, dentro de una política de protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras.

2.3.3. Establecer un premio anual del Plan a la promoción de ambientes sin ACHT.

2.4. Participación

Promover la participación de las organizaciones de empresarios/as y trabajadores/as, consumidores y consumidoras, usuarios y usuarias en el desarrollo y aplicación de la normativa de espacios sin humo, constituyendo estructuras estables de participación.

2.5. Información y Comunicación.

2.5.1. Divulgar los datos investigados de los grupos sociales y profesionales clave.

2.6. Investigación y Formación

2.6.1. Conocer el consumo de tabaco en sus ámbitos de trabajo y las actitudes y opiniones hacia el tabaquismo activo y pasivo de los grupos sociales y de profesionales clave.

2.6.2. Realizar actividades de formación con estrategias de participación.

3. Propuestas y actuaciones.

3.1. Compromiso Institucional

3.1.1. Al aprobarse este Plan en cada una de las instancias, promover la declaración de espacios sin humo de los lugares de reunión del Gobierno y del Parlamento de Navarra y sus Comisiones, así como de sus comparecencias y actuaciones institucionales.

3.1.2. Establecer por Resolución Administrativa que los Cargos Públicos de las Administraciones Sanitaria y Socio-sanitaria se abstengan de fumar en los actos y reuniones públicas o de trabajo, así como en las comparecencias ante los medios de comunicación, aunque ellas se efectúen fuera de los centros sanitarios.

Establecer que, de acuerdo a la normativa vigente, los Directores de los Centros Sanitarios y Socio-sanitarios asuman, entre sus más importantes responsabilidades, la de hacer cumplir estrictamente esta normativa, en los centros sanitarios y otros espacios de su competencia con atención al público, en un plazo de tres meses a partir de la entrada en vigor del Plan.

3.2. Desarrollo normativo

3.2.1. Incluir en la Orden Foral que establece y regula los servicios y prestaciones del Sistema de Salud en la Ayuda a dejar de fumar, las siguientes disposiciones:

. Regulación de nuevo, pero con más rango, de las propuestas contempladas en el apartado 3.1.2 que precede.

. Además, para hacer más efectivo el cumplimiento de la norma en los Centros Sanitarios y Socio-sanitarios, requerir a los mismos Directores, la creación en sus respectivos centros de Comités para la lucha contra el tabaquismo, si no los hubiere, estimulando y coordinando las actividades de estos Comités y prestándoles todo su apoyo.

3.2.2. Una vez aprobada la Ley Foral y publicado el Decreto Foral a que se hace referencia en el apartado general del Plan, elaborar Ordenanzas Municipales, especialmente del Ayuntamiento de Pamplona, desarrollando y aplicando las normativas en los ámbitos de su competencia.

3.3. Promoción

3.3.1. Exigir que los Congresos, Conferencias, Reuniones Científicas de "Interés Sanitario" sean declarados eventos "Sin Humo" por su Comité Organizador, permitiendo fumar solo en las zonas señalizadas al efecto. La financiación de tales eventos se condicionará a esta declaración.

3.3.2. Establecer una red de centros y empresas "sin humo", que incluyan el ambiente sin humo de tabaco en sus programas de calidad dentro de una política de protección de la salud de sus trabajadores y trabajadoras, incentivando su

formación y acreditándolos como centros-empresas de referencia en el tema. Recabar para ello la colaboración de los Comités de prevención.

3.3.3. Convocar anualmente el premio de ambientes sin ACHT en establecimientos, empresas y entidades. Este premio debe denominarse de forma adecuada.

3.4. Participación

3.4.1. Establecer estructuras estables de participación, incorporando a las mismas a las asociaciones de padres y madres, de usuarios/as y consumidores/as, así como de los grupos y asociaciones juveniles y de las organizaciones patronales y sindicales. Entre su cometido estará tanto el desarrollo como la aplicación de la normativa establecida.

3.4.2. Estimular en la publicidad el ejercicio del derecho a la reclamación, dando cauce a las que se produzcan, e informando a quienes reclaman de las actuaciones efectuadas.

3.5. Información y Comunicación

3.5.1. Divulgar los datos investigados en los grupos y profesionales clave.

3.6. Investigación y formación

3.6.1. Realización y divulgación de una encuesta sobre consumo activo y pasivo de tabaco en sus espacios de trabajo, y sobre sus actitudes y opiniones al respecto, a dirigentes políticos y sindicales, profesionales sociales, de salud, de educación y a responsables de servicios y entidades (gerentes, directores, titulares de empresas).

3.6.2. Realización de conferencias y jornadas docentes en colaboración con entidades y grupos clave: sindicatos, asociaciones de empresarios, servicios de prevención de riesgos laborales, colegios y asociaciones de profesionales (arquitectura, decoración, enfermería, medicina, farmacia, odontología, neumología, cardiología, obstetricia, psiquiatría, etc) y personas encargadas del control del cumplimiento de la normativa.

4. Recursos.

El Programa no requiere recursos específicos de personal, aunque sí exige reforzar con el personal necesario los organismos de inspección que reciban esta encomienda. Tampoco requiere recursos materiales específicos, diferentes a los generales del Plan.

Por contra, el Programa se dota de *La Comisión Coordinadora de Espacios sin Humo* que estará integrada, al menos, por representantes de los siguientes departamentos,

servicios y organizaciones: Dirección General de Industria, Dirección General de Educación, Dirección General de Cultura, Dirección General de Comercio y Turismo, Dirección General de Trabajo, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de Navarra, Instituto Navarro de Salud Laboral, Instituto de Salud Pública, Organizaciones Patronales y Organizaciones Sindicales, Asociaciones de Consumidores/as y Usuarios/as, Ayuntamiento de Pamplona y Federación de Municipios y Concejos.

La Comisión Coordinadora estará presidida por el Director/a del Instituto Navarro de Salud Laboral (o la persona en quien delegue), que se integrará también en el Comité Ejecutivo del Plan.

5. Sistema de Información y Evaluación

La Comisión de Coordinación de que se dota el Programa elaborará, al poner en marcha el mismo, el sistema de información permanente a que hace referencia la parte general del Plan.

De la misma manera, dicha Comisión de Coordinación realizará, tras el primer año de funcionamiento, así como tras su tercer y cuarto año, evaluaciones del desarrollo del Programa. Según se señala en las directrices generales del Plan, en la evaluación no solo se adoptarán perspectivas de input y proceso, sino también de resultados, midiendo el cumplimiento de los objetivos específicos programados. En las otras perspectivas de evaluación serán objeto de especial valoración la constitución y funcionamiento de las “mesas” o instancias de participación de las organizaciones patronales y sindicales, y de consumidores/as y usuarios/as afectadas.

Al igual que en los otros programas, la Comisión de Coordinación del Programa de Espacios sin humo colaborará en la evaluación externa, a realizar a los dos años y al final del Plan. En esta última se deberán obtener las informaciones necesarias para dilucidar si en el nuevo Plan se amplían o no los espacios protegidos de humo de tabaco y la delimitación de espacios para fumar a bares, cafeterías, salas de fiesta y actividades de juego y azar.

6. Cronograma de implantación

En el ámbito del Programa de Espacios sin humo se desarrollarán inicialmente las siguientes actuaciones, con las correspondientes responsabilidades de gestión y tiempo de ejecución:

<u>Actuaciones</u>	<u>Respon.Gestión</u>	<u>Tiempo</u>
Propuesta de declaración de espacios sin humo de los Consejos de Gobierno y ruedas de prensa institucionales.....	Consejero Salud.	Al aprobar el Plan
Propuesta de declaración de espacios sin humo de Plenos y Comisiones del Parlamento, así como de sus comparecencias y actuaciones institucionales.....	Parlamen. a iniciat. Consejero Salud	Al aprobar el Plan
Resolución Administrativa referente a los Cargos Públicos de la Adm. Sanitaria y Sociosan.	Direc.Gener.Salud	Al aprobarse el Plan
Constitución Comisión de Coordinación (C.C.)	Presidentes C.C.	1 mes tras publicac. D.F.
Elaboración plan trabajo y sistema de informac. permanente	Comisión C.	3 mes tras su constitución

ANEXO

LEGISLACIÓN SOBRE ESPACIOS PÚBLICOS SIN HUMO.

La Constitución Española.

En su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la Salud, estableciendo como competencia de los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de los servicios necesarios.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE nº 102 de 29 de abril de 1986.

En su artículo 25.2 declara al tabaco sustancia nociva para la salud de la persona.

El Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población. Ministerio de Sanidad y Consumo. (BOE nº 59 de 9 de marzo de 1988).

Extracto del RD 192/88 y disposiciones complementarias, con los artículos que se refieren a la limitación del uso del tabaco:

Artículo 1º "Se declara el tabaco sustancia nociva para la salud de la persona. En consecuencia, en caso de conflicto prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir labores de tabaco en todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse el derecho a la salud de los primeros, conforme a los términos del presente Real Decreto".

Artículo 6º "Existirá prohibición absoluta de fumar en todos los vehículos o medios de transporte colectivo, urbano e interurbano.

"Se prohíbe fumar en los vehículos de transporte escolar y en todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de dieciséis años y enfermos"

Artículo 7º 1. "No se permitirá fumar en:

a) Lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.

b) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas."

Con la excepción de los lugares destinados y señalizados para fumar,

2. "No se permitirá fumar en:

a) Centros de atención social destinados a menores de dieciséis años.

b) Centros, servicios o establecimientos sanitarios definidos.

c) Centros docentes.

d) Zonas de las oficinas de las Administraciones Públicas destinadas a la atención directa al público.

e) Locales donde se elaboren, transformen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente a consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores de los mismos.

f) Salas de uso público general, lectura y exposición.

g) Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.

h) Salas de teatro, cinematógrafo y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.

i) Ascensores y elevadores.

j) Aeronaves en vuelos nacionales".

3. "Se solicitará la colaboración de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo y los Comités de Empresa en la ejecución y vigilancia de estas normas".

Artículo 8º 1. "Se habilitarán zonas diferenciadas para fumadores ostensiblemente señalizadas"....."en cualquier local donde exista prohibición de fumar. En caso que no fuese posible delimitar lugares alternativos para fumadores se mantendrá la prohibición de fumar en todo el local, advirtiendo mediante una adecuada señalización al usuario".

3. "En los Centros y establecimientos sanitarios la dirección del mismo diferenciará y señalará las áreas específicas donde se permita fumar, que serán en todo caso independientes para los usuarios de los servicios y visitantes y para el personal del centro".

4. "En los Centros docentes se permitirá fumar exclusivamente en las áreas expresamente reservadas al efecto por el órgano de dirección de los mismos, las cuales en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en caso de que éstos sean menores de dieciséis años".

Artículo 9º "En todos los casos los titulares de los medios de transporte, de los locales y establecimientos mencionados en los artículos 6º, 7º y 8º, serán responsables de del estricto cumplimiento de estas normas. Asimismo, estarán obligados a señalar las limitaciones y prohibiciones, y deberán contar con hojas de reclamación a disposición de los usuarios, que habrán de ser informados de la existencia de dichas hojas de reclamación".

Disposición adicional segunda "... el titular de un centro o local, cualquiera que sea su destino, que esté abierto al público, podrá establecer prohibiciones para fumar en el mismo, previa señalización adecuada para conocimiento de los usuarios".

Orden de 8 de junio de 1988, por la que se dictan normas de desarrollo del Real Decreto 192/88, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para la protección de la salud de la población. (BOE nº 140 de 11 de junio de 1988).

Relativa a la señalización y advertencias delimitadoras de las zonas prohibidas o reservadas a que se refiere el Real Decreto 192/1988, así como a las hojas de reclamación.

Orden Foral de 8 de agosto de 1994, del Consejero de Salud del Gobierno de Navarra, por la que se establece un programa de ayuda al abandono del consumo de tabaco. (BON de 16 de septiembre de 1994).

Declara espacios sin humo todos los servicios de salud del Sistema Sanitario de Navarra.

Orden Foral 394/1995, del Consejero de Educación y Cultura del Gobierno de Navarra, sobre centros docentes. (BON de 18 de agosto de 1995).

Ordenanza sanitaria de centros docentes del término municipal de Pamplona. (BON de 15 de febrero de 1995).

Ambas normas contemplan la prohibición de la venta y la limitación del consumo de tabaco en los centros docentes de nuestra Comunidad y del término municipal de Pamplona respectivamente.

El Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988. (BOE nº 188 de 7 de agosto de 1999).

Extiende la prohibición absoluta de fumar a todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano (incluidos funiculares y teleféricos). Sólo podrán reservarse vagones o camarotes completos para fumadores en cuantía igual o inferior al 36 por 100 del total de plazas.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE nº 269 de 10 de noviembre de 1995).

Obliga a las empresas a proteger la salud de los trabajadores mediante la adopción de medidas efectivas.

El Real Decreto 486/1997, de 14 de abril. (BOE de 23 de abril de 1997).

En el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, señalando que en los locales de descanso, aseos y vestuarios, deberán adoptarse las medidas adecuadas para la protección de los no fumadores contra las molestias originadas por el humo del tabaco.

El Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo. (BOE de 24 de mayo de 1997).

Sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo. Establece que el empresario garantizará que los trabajadores reciben la formación adecuada sobre los riesgos adicionales debidos al consumo de tabaco.



Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE NAVARRA
ISP