



14 de diciembre 2021

El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) quiere agradecer al Ministerio de Sanidad el esfuerzo realizado para incluir en el “Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT) 2021- 2025”, las aportaciones recogidas en la “Declaración de Madrid -2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España (2018)” y los retos actuales para avanzar hacia una Generación verdaderamente libre del tabaco, llegando a una prevalencia de consumo de tabaco y nicotina inferior al 5% en 2040.

Sin embargo, traslada su preocupación ante la envergadura de los objetivos a acometer sin contar con el liderazgo de la Presidencia del Gobierno en la gobernanza de este Plan.

Por ello, el CNPT traslada la petición de que se establezca la necesaria articulación interministerial y multisectorial, desde Presidencia del Gobierno, con el fin de asegurar la coordinación, la sostenibilidad y la eficacia de este plan, que ha de ser concebido como una estrategia de Estado ante el problema de salud pública más grave de nuestro país al ser la primera causa de muerte prematura evitable.

Aportaciones del CNPT al Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2021-2025:

PUNTOS CLAVE

- Definir claramente la estructura de la atención al abordaje del tabaquismo en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y homogeneizarla en todo el territorio español.
- A nivel general, el plan debería contar con un presupuesto y una memoria económica para poder ejecutar las actuaciones previstas.

Una propuesta que se utiliza en otros países es establecer un impuesto específico a los productores/vendedores de productos de tabaco y relacionados con el que sufragar los gastos de las medidas de control y prevención. También se podría solicitar a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas que los bienes decomisados de productos relacionados con tabaco se inviertan en subvenciones dirigidas a programas de control y prevención del tabaquismo.

- La base del abordaje del tabaquismo son las intervenciones multicomponentes, llevadas a cabo por equipos interdisciplinarios en atención primaria, por lo que se debería reforzar a los profesionales implicados tanto con recursos económicos como humanos.



- Facilitar el acceso de la población fumadora a profesionales de la salud formados en el abordaje del tabaquismo.
- Financiar las intervenciones clínicas, conductuales y farmacológicas, que han mostrado efectividad y seguridad en el tratamiento del abordaje del tabaquismo, sin limitaciones para ser candidato a financiación e incluir perspectiva de género.
- Desarrollar e implementar programas de prevención del consumo de tabaco y nicotina, con especial atención en grupos vulnerables, con mecanismos y vías adecuadas para llegar a cada uno de ellos.
- Ser ambiciosos en la protección de la ciudadanía a la exposición al humo de tabaco (de segunda y de tercera mano), a las emisiones de los dispositivos de liberación de nicotina y de todos los productos relacionados, prohibiendo el consumo de tabaco y nicotina en cualquier espacio al aire libre donde haya confluencia de personas, recogiendo la propuesta de voces de reconocido prestigio como Dra. Elisabete Weiderpass, directora de la International Agency for Research on Cancer (IARC).
- Promover los hogares libres de humo, así como otros espacios privados de uso compartido (por ejemplo, el coche), y concienciar a la población al respecto, pues en la actualidad el hogar es el principal lugar de exposición al humo ambiental de tabaco, responsable de morbi-mortalidad en personas adultas y niños.
- Regular el empaquetado neutro para cualquier producto de tabaco y de nicotina.
- Aumentar el precio y equiparar al alza la fiscalidad de todos los productos del tabaco, de productos relacionados que contengan nicotina y de los productos novedosos del tabaco.
- Equiparar los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina y los productos de tabaco calentado, incluyendo también a los dispositivos utilizados para su consumo, a los cigarrillos convencionales en: fiscalidad, espacios al aire libre, empaquetado neutro, campañas de sensibilidad, publicidad, promoción y patrocinio.
- Reforzar la prohibición de venta a menores, abordando también lo relativo a los productos distribuidos a través de internet.

APORTACIONES POR METAS

META 1. PREVENIR EL INICIO (tabaco y relacionados)

- Se podría incluir en el apartado de "Coordinación/Participación": *Facilitar la participación comunitaria y la colaboración de la sociedad civil en prevención del consumo de tabaco y productos relacionados mediante subvenciones y convenios de colaboración con ONG y Asociaciones interesadas en el control del tabaco y productos relacionados.*



- Estrategia de Control:
 - o Control y seguimiento de la publicidad encubierta y de la promoción en redes sociales y plataformas. *Especificar, además, que en películas que no reciban subvención y aparezca el consumo tabaco, se les obligue a poner al inicio de la película una frase de advertencia sobre el consumo.*
 - o Añadir : *Elevar de forma progresiva la edad legal en la que se pueda comprar tabaco y productos relacionados.*
- Aumento del precio (*impuestos especiales a e-cig*)
- Empaquetado genérico
- Prohibición de la publicidad encubierta en Redes Sociales (RRSS) (control y seguimiento - *plantillas de denuncia*)
- Desnormalización: ampliar Espacios sin Humo (ESH)
- Eliminar sabores y aromas del tabaco en combustión (*más adelante cita también los productos relacionados*).
- Equiparar promoción y publicidad de las nuevas formas de consumo (tabaco calentado y e-cig), tengan o no nicotina, al tabaco de combustión. Regular las cachimbas. *Aumento de inspecciones.*
- Campañas de sensibilización (enfoques geográficos, de género, equidad...)
- Programas de promoción de la salud en ámbitos escolares, familiar y comunitario.
- Ofrecer formación para docentes, profesionales socio-sanitarios, Cuerpos y Fuerzas de seguridad, periodistas, agentes de salud.
- Investigación y revisión de la evidencia sobre el inicio al consumo, los nuevos productos, etc.
- Garantizar el cumplimiento de la prohibición de la venta a menores.
- “Prevenir el inicio del consumo de tabaco y productos relacionados: convendría contar con la colaboración de asociaciones de pacientes en la estrategia comunicativa para reforzar la difusión de campañas de sensibilización”.

META 2. FOMENTAR EL ABANDONO. FACILITAR AYUDA.

- En el párrafo: *Para facilitar estas intervenciones existen políticas ... se propone suprimir el termino « dedicar personal especializado » y cambiar la frase por: ... recursos e información para que los profesionales sanitarios utilicen de forma homogénea tratamientos efectivos, para proporcionar tratamientos de tabaquismo...*
- Estrategia Legislativa:
 - o Añadir: *Mantener, fomentar, reforzar y priorizar la cartera de servicios del SNS y de las Consejerías de Sanidad de las autonomías para la intervención en tabaquismo en atención primaria. Y añadir: su indicador correspondiente (en el apartado de indicadores específicos).*



- Estrategia de Coordinación/Participación:
 - o Elaborar/actualizar Protocolo de mínimos de intervención hospitalaria en tabaquismo coordinada ... Añadir: *y protocolizada con Atención primaria y otros niveles asistenciales.*
- Se propone incluir en las Estrategias de Comunicación, Educativa/Formativa, Asistencial y de Investigación (en este punto sobre intervenciones eficaces en población adolescente), de la Meta 2, página 67 y 68, la especificidad de abordaje, tanto de la prevención como de la cesación, en los adolescentes.
- Reflejar que se incluya en la cartera de servicio las intervenciones grupales para dejar de fumar tanto en atención primaria, como en hospitalaria, así como que se potencie su desarrollo a nivel comunitario, en colaboración con entidades locales, para grupos vulnerables y en riesgo de exclusión social. También considero que es conveniente que se incorpore en la "Estrategia Asistencial": *Potenciar el desarrollo de programas multicomponentes y multidisciplinarios para fomentar la cesación del consumo de tabaco y de productos relacionado, en todas las comunidades autónomas, para asegurar la equidad de acceso a los servicios de cesación.*
- Estructura educativa y formativa dirigida a profesionales, sustituir " formar en Consejo breve e intervención intensiva. Esto es polémico y quizás insuficiente. Debería poner: *Consejo breve, intervención básica e intensiva más intervención grupal.*
- En Resultados pone % de abandonos del tratamiento (sólo un envase) Esto es ambiguo, debería decir *un sólo tratamiento.*
- Pide también % de personas abstinentes con tto farmacológico a los 3 meses y al año. Se podría incluir la abstinencia a los 6 meses también.
- Fomentar el inicio de los tratamientos en atención hospitalaria, a través de la Cartera de Servicios. Potenciar la intervención en Atención Primaria.
- Favorecer las quitlines, y los recursos tecnológicos: apps, recursos web...
- Potenciar papel de las Mutuas y salud Laboral y otros colectivos sanitarios como las oficinas de farmacia, dentistas...
- Más investigación y comunicación en relación con los tratamientos disponibles.
- Recordatorios y facilitadores en la historia clínica electrónica, formación, formación pregrado en carreras de salud y educación.
- Mejora de la coordinación (protocolos AP-Farmacia, hospital-AP)
- Incorporación a la financiación de los fármacos que "atendiendo a la evidencia científica" son adecuados para el tto (*explicita en otro lugar la TSN*).
- "Fomentar el abandono del tabaquismo y fomentar la ayuda para dejar de fumar", participar en la estrategia comunicativa y quizá poder beneficiarnos de la formación contemplada en la estrategia educativa.
- Fomentar el abandono del tabaquismo y facilitar la ayuda para dejar de fumar, se indica en la página 48 del mencionado documento, que...Tradicionalmente, la Atención Primaria ha sido el pilar del abordaje del tabaquismo y el lugar donde la gran mayoría de pacientes

C/ Plaza de las Cortes 11, 28014 Madrid. Tlf.: 914 317 780 . Extensión 120

E-mail: secretaria@cnpt.es Página Web: www.cnpt.es -@CNPT_E - www.facebook.com/CNPTSPAIN

Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones con el nº 160657.

Declarada de utilidad pública según orden de 26/10/2006 del Ministerio del Interior. CIF: G-81403529



reciben ayuda para tratar su adicción... Siendo esto así, nos parece importante resaltar por un lado, las dificultades que tiene la población trabajadora para acudir a los centros de atención primaria en horario laboral, y de otro, que un porcentaje muy significativo de trabajadores, no viven en la misma población donde trabajan, por lo que aún dificulta más esta realidad. Es por ello que entendemos que las Unidades Básicas de Salud de los Servicios de Prevención de las empresas, y de forma muy especial, de aquellos servicios de prevención propios, deberían estar integrados en esta estrategia como parte del Sistema a todos los efectos.

- Dentro del objetivo 2.2 se indica: *Desarrollar actuaciones específicas de cesación para colectivos vulnerables y de especial interés*. Valorar incluir un objetivo referido al colectivo de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos en el trabajo en general, y de forma particular al Amianto, por su efecto sinérgico claramente evidenciado.
- En el apartado de indicadores:
 - o Se ha elaborado un Protocolo homogéneo de intervención del tabaquismo en hospitales coordinada con otros niveles asistenciales (Añadir: *con atención primaria y otros niveles asistenciales*).
 - Nº de Comunidades Autónomas (CCAA) con protocolos específicos:
 - % de hospitales que lo incluyen por Comunidad Autónoma (CA).

META 3. DISMINUCIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL TABACO (y relacionados) EN ESPACIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS. REDUCCIÓN DE LA HUELLA ECOLÓGICA.

- Estrategia Legislativa:
 - o Ampliación legislativa de los espacios sin humo de tabaco y sin aerosoles de cigarrillos electrónicos y productos relacionados en determinados ambientes comunitarios y sociales al aire libre, y en ciertos espacios del ámbito privado (vehículos particulares). Añadir: *Cachimbos/Pipas de agua y productos relacionados*.
- Estrategia de Comunicación:
 - o Añadir: *Señalización de los espacios libres de humo*.
- Se debería concretar más los espacios en los que se quiere ampliar la prohibición de fumar, por ejemplo: centros deportivos y culturales al aire libre, piscinas, terrazas de hostelería, paradas de autobuses, playas y espacios naturales protegidos, etc. Así mismo, se debería incluir una actividad dirigida a *"promover la prohibición de fumar en los accesos y aceras circundantes de centros sanitarios, educativos y al menos de la administración pública, en colaboración con las entidades locales y FEM"*. También propondríamos que incluyan en el apartado de "Coordinación/Participación": *Establecer líneas de subvención a ONGs y Asociaciones interesadas en control del consumo de tabaco y productos relacionados para impulsar acciones de formación y sensibilización sobre espacios sin humo, y para el desarrollo de programas específicos para poner en marcha estos espacios sin humo"*.



- Incrementar el número de espacios sin humo es una herramienta clave para proteger a todas las personas de la exposición al humo del tabaco, pero de especial importancia en aquellos lugares donde puede haber menores. Se propone indicar en la Estrategia Legislativa de la Meta 3, página 69, que este punto (todos los lugares donde pueda haber menores) será de especial atención en el desarrollo legislativo que modifique las normas vigentes actualmente en espacios sin humo.
- Aplicación de Espacios Sin Humo (ESH) y sin aerosoles de e-cig y productos en determinados ambientes comunitarios y sociales al aire libre y en ciertos espacios en ámbito privado (vehículos particulares).
- Colaboración con el Ministerio de Transición Ecológica para leyes sobre colillas. Prohibición de arrojar colillas.
- Inspección y seguimiento del cumplimiento de la legislación.
- Campañas de difusión, comunicación, cartelería de todos estos aspectos.
- Actividades de coordinación, evaluación, etc.

META 4. PROMOVER INVESTIGACIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL CONTROL.

- Promover investigación sobre nuevos productos, sobre efectos de su consumo y de la exposición de segunda y tercera mano, como objetivo específico del Plan Integral.
- Incluir en el apartado de "Investigación/Evaluación": *Establecer mecanismos de evaluación, monitorización e investigación sobre la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar, analizando la incorporación de la perspectiva de equidad y género.*
- Falta definir la forma en que se va a fomentar la investigación en la relación con el tabaco y otras conductas adictivas.
- Convenios con sociedades científicas.
- Línea de subvenciones para proyectos sobre tabaco.
- Promoción de la perspectiva de género e impacto en población infantil y adolescente en la investigación sobre tabaco y Salud Pública, como línea prioritaria.
- Facilitar la difusión de informes técnicos basados en la evidencia.
- Se propone que se incluya una mención específica a la promoción de investigación en prevención del consumo de tabaco en adolescentes, como línea de investigación transversal a todos los objetivos de la Meta 4 sobre Tabaco y Adolescencia.

META 5. COORDINACIÓN Y ALIANZAS.

- Solicitar que se incluya: *"Asegurar la multidisciplinaridad y multisectorialidad en el Observatorio del Tabaco para que se pueda escuchar las sensibilidades de todos los colectivos implicados en el control, la prevención y el tratamiento del consumo de tabaco y productos relacionados"*.
- Reuniones con Comunidades Autónomas (CCAA), otros departamentos ministeriales, con el Comisionado para el Mercado de Tabaco (dpte de Hacienda).



- Ciudadanía y Sociedades Científicas (SSCC) integradas en el CNPT
- Mencionar expresamente la "Declaración de Madrid" como punto de orientación clave.
- Sectores industriales afectados.
- Promover el desarrollo legislativo necesario para la ejecución del Plan, con participación y apoyo de la ciudadanía, profesionales implicados.
- Fomentar la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS en todos sus artículos.
- "Potenciar coordinación y establecimiento de alianzas" las reuniones de coordinación y participación con asociaciones de pacientes (tercer sector) convendría que fueran anuales y no bienales.
- Sobre la participación de las asociaciones que trabajan en este tema, se propone la inclusión, en la Meta 5, de un mecanismo formal para sistematizar esta participación y colaboración en el seguimiento y evaluación de la implementación del plan, y no meramente reuniones informativas bienales. Se propone un mecanismo similar al operativo en las estrategias en salud.

OTRAS APORTACIONES DE INTERÉS AL PLAN:

- Es importante que el Plan se traslade a leyes y normativas.
- En el párrafo de Objetivo general, se podría incorporar una frase que indique que *"este plan se trata de un primer paso para avanzar hacia el "End Game" del consumo de tabaco en nuestro país"*.
- A lo largo del documento se hace alusión al refuerzo de atención especializada. Queremos resaltar que tanto la atención primaria como la atención hospitalaria son consideradas como atenciones especializadas (creemos que el término de atención especializada se debe de cambiar por el de atención hospitalaria dado que la atención primaria también está considerada como atención especializada).
- Es bien sabido que el peso/pilar del abordaje del tabaquismo recae en atención primaria, además de que está demostrada la eficiencia de la atención primaria en el abordaje del tabaquismo, por tanto, creemos que los recursos económicos y humanos deberían de priorizarse en la atención primaria.
- Al respecto de la eficiencia y sostenibilidad se debería tener en cuenta que en atención hospitalaria se debería de poder iniciar el abordaje y el tto de la deshabituación del consumo del tabaco (dado que la hospitalización es un buen momento para la cesación del tabaco) y fomentar la coordinación entre atención hospitalaria y atención primaria para continuar en atención primaria los tratamientos iniciados en atención hospitalaria, siendo los equipos de atención primaria quienes aseguraran la continuidad asistencial de esta acción. La continuidad de la asistencia deberá recaer en atención primaria.



- Dado como esta estructurada la atención sanitaria en el contexto actual español y si bien es sabido que la base del abordaje del tabaquismo es la atención primaria, no se deben de olvidar las existentes Unidades específicas de atención al tabaquismo presentes en algunas de las CCAA y las Unidades de Conductas adictivas.
- Deben incluirse también en este punto a otros profesionales como el farmacéutico comunitario por su gran capilaridad, disponibilidad, contacto con los pacientes de manera casi diaria para la recogida de su medicación e incluso con pacientes que no tienen contacto con ningún otro profesional de la salud, como es el caso de los jóvenes. Además, el farmacéutico es el especialista en el medicamento y este podrá realizar seguimiento farmacoterapéutico del paciente durante todo el proceso, ofreciéndole incluso el Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de Cesación Tabáquica.
- Cuando se habla de la capacitación de los profesionales sanitarios se debería incluir, además de *la formación continuada, la formación pregrado*, la cual ya sabemos tiene un peso muy dispar a lo largo de todo el territorio nacional y entre las distintas profesiones sanitarias. Que la sensibilización sobre el problema debe iniciarse en los propios profesionales, y esta pasa por una mayor presencia en el curriculum formativo acorde a la dimensión del problema y equiparándolo a la formación en otros procesos.
- En el plano asistencial siguiendo la estela ambiciosa del Plan, sumaríamos a la identificación y abordaje de la persona fumadora, la identificación y abordaje de las personas expuestas a HAT (Humo Ambiental de Tabaco). En Atención Primaria no se dispone de código de identificación que permita identificar a estos pacientes, generalmente los más vulnerables, menores de edad, población dependiente y las clases más desfavorecidas; esta dificultad para la identificación en las historias clínicas limita la intervención y el seguimiento de esta parte de la población, y por ende la equidad.
- A lo largo del plan se va señalando el particular impacto del tabaco en la población adolescente. Dada la singularidad, tanto del impacto como de las intervenciones a desarrollar en esta población, consideramos que sería de interés abrir un apartado específico sobre Tabaco y Adolescencia, al igual que se ha abierto un punto específico sobre enfoque de género. Este colectivo es la clave para lograr una siguiente generación libre del tabaco.
- Se habla de la necesidad de intervenir en el binomio tabaco - cannabis y en los cigarrillos electrónicos; habría que ver que estrategias se van a poner en marcha en términos de; prevención, asistencia, desde donde y con qué presupuesto.
- Se habla de desigualdades sociales en tabaquismo, pero no hay medidas concretas.
- Deberían especificarse los criterios de inclusión en financiación médica.
- En las estrategias de coordinación quedan fuera los servicios de adicciones y hablan de planes de drogas, se deberían de tener en cuenta a dichos servicios.



- Retirar el uso de "hábito" para referirse al consumo de tabaco y sustituirlo por adicción o dependencia.
 - Aunque se identifican los indicadores de procesos, no se incluye el mapa de procesos, esto puede ser importante para homogenizar la asistencia y no dejarlo en manos de cada comunidad, es fundamental aprovechar el documento como elemento vertebrador.
 - Las subidas de precios y de impuestos son una propuesta que tendrá que poner de acuerdo a los distintos ministerios.
 - Añadir la regulación de la publicidad encubierta en cine y series.
 - Cuando hace referencia a EVICT se solicita la corrección del texto. EVICT es un proyecto del CNPT: "Grupo de trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España" y que ha estado subvencionado durante 7 años por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, actualmente se encuentra en su fase 8.
 - Dado que la población laboral representa aproximadamente un 43% de la población general, y que aglutina una prevalencia de tabaquismo también superior a la de la población general, estimamos que debería estar específicamente identificada en alguno de los apartados del presente Plan Integral de forma aún más detalla de lo que figura en la actualidad al igual que figuran otros colectivos de riesgo (población adolescente, etc.).
 - Deben buscarse mecanismos y canales para "llegar" a los jóvenes y las mujeres, ya que los empleados hasta hora no han sido lo suficientemente efectivos, de manera que se aprovechen al 100 % los recursos invertidos en este aspecto.
 - Elaboración de un curso de capacitación dirigido a los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas (médicos y enfermeros del trabajo) sobre el abordaje del tabaquismo desde el lugar de trabajo.
- Asimismo, incluir dicha formación en los planes curriculares de las Unidades Docentes de Medicina y Enfermería del Trabajo.
- En la página 41 del documento Plan Integral, en el apartado La situación Laboral: deberían incluirse otras condiciones de trabajo, tales como turnicidad, tipo de contrato, etc.
 - Se menciona la sinergia entre el tabaco y la exposición al radón, pero no se describe en el texto la justificación de la atención a este punto en el plan. Se propone que se añada en la página 36 una explicación sobre este particular.
 - Se propone que algunos de los objetivos de las metas del plan se definan de forma más precisa (SMART), al igual que se ha hecho para el objetivo 2.1. En concreto, se propone que



se concreten los objetivos, en el porcentaje a alcanzar y en la temporalidad para lograrlo: 1.1 (porcentaje y año para lograrlo), 1.2 (año para lograrlo), 3.1 (año para lograrlo), 3.4 (año para lograrlo), y Meta 4 (indicar % mínimo (a incrementar de forma progresiva) de financiación para proyectos de investigación en tabaco anual).

- Sobre capítulo de Evaluación del plan, página 108, surge la duda acerca de la metodología/indicadores para evaluar las actuaciones transversales en “equidad de las actuaciones”. Dado que es uno de los elementos clave de todo el plan, se propone destacar, en la tabla de indicadores generales el plan, páginas 80 a 85 aquellos que se proponen para evaluar este concepto.
- Más de 2 millones de personas fumadoras intentan dejar de fumar al año. Solo el 20% de estas personas llegan a solicitar ayuda a los diferentes servicios para dejar de fumar. Existe una gran necesidad de potenciación de la intervención en tabaquismo en los diferentes puntos de contacto de la población con el sistema sanitario (además de atención especializada) y en colaboración con agentes comunitarios que conecten la oferta de recursos para dejar de fumar y con la necesidad de las personas.
- Sobre la reactivación del Observatorio del Tabaco, además de la necesaria dotación de recursos para su operatividad, sería oportuno incluir mención a la propuesta de articulación de la gobernanza del mismo.

Las aportaciones que se remiten son fruto de la participación de las entidades miembro del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Considerando que el CNPT recoge distintas sensibilidades y colectivos en el abordaje y control del tabaquismo, desde estos puntos de vista queremos participar en la ejecución de las metas planteadas para lograr cumplir con los objetivos marcados.

Andrés Zamorano Tapia
Presidente del CNPT