

Plan Nacional para el Control del Tabaco

Coordinación:

Dr. Winston Abascal

Director del Programa Nacional para el Control del Tabaco

Montevideo, Uruguay 2006

AUTORIDADES

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dra. María Julia Muñoz

SUB SECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Miguel Fernández Galeano

DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD

Dr. Jorge Basso

SUB DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD

Dr. Gilberto Ríos

**DIRECTOR DEL PROGRAMA NACIONAL PARA EL
CONTROL DEL TABACO**

Dr. Winston Abascal

EQUIPO TÉCNICO

Dr. Winston Abascal

Dra. Ana Lorenzo

Magister Soc. Raquel Baraibar

Esc. Gabriela Sierra

Adm. Nancy De Mello

Adm. Graciela Larroca

INDICE

1. Justificación	5
2. Responsable del Programa.....	8
3. Diagnóstico	9
4. Propósito	11
5. Objetivos Generales	12
Objetivo General 1	12
Objetivo General 2	13
6. Metas	15
7. Relaciones	16
8. Evaluación	17
9. Cronograma	17
10. Presupuesto	18
11. Factibilidad	19

PLAN NACIONAL PARA EL CONTROL DEL TABACO

Formulado en junio de 2005

1 - JUSTIFICACIÓN.-

El tabaquismo constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Si bien el uso del tabaco con fines religiosos y rituales es muy antiguo, su consumo masivo se inicia a comienzos del siglo XX coincidiendo con la industrialización del cigarrillo. En los años 50, con los trabajos de Doll y Hill se fortalece la evidencia científica sobre los perjuicios del consumo de tabaco para la salud, evidenciado por los más de 70.000 trabajos científicos publicados hasta la fecha, que muestran de forma inequívoca que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ambiental son causa de mortalidad, enfermedad y discapacidad, tanto en fumadores como en no fumadores. El tabaquismo está reconocido como una adicción por parte de la OMS (Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10), ya que la nicotina es una droga con alta capacidad adictiva. Constituye la principal causa prevenible de enfermedad y muerte, según la Organización Mundial de la Salud.

El humo de tabaco ha sido reconocido como un carcinógeno humano por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer y por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA). No existe ningún nivel seguro de exposición al mismo, y constituye el principal contaminante ambiental en los espacios cerrados. Incluso una pequeña exposición tiene efectos adversos inmediatos sobre el sistema cardiovascular, interfiriendo con el normal funcionamiento del corazón y del sistema vas-

cular, incrementando el riesgo de un ataque cardíaco. Además, ningún sistema de ventilación puede evitar los riesgos para la salud de las personas en ambientes contaminados con humo de tabaco. Así lo establece la Asociación Americana de Ingenieros en Calefacción, Refrigeración y Aire Acondicionado (ASHRAE) en su informe de junio de 2005, concluyendo que “la prohibición total de fumar en espacios cerrados es la única manera efectiva de controlar los riesgos para la salud asociados con la exposición al humo de tabaco”.

En el mundo entero mueren casi 5 millones de personas cada año debido al tabaco. De continuar el actual patrón de consumo, esta cifra se duplicará para el año 2020. El 70% de esas muertes tendrá lugar en los países no desarrollados, debido a que los países desarrollados intensifican cada vez más las medidas de control del tabaco y como consecuencia, se produce un corrimiento de la epidemia hacia los países más pobres. En la región, la situación epidemiológica se caracteriza por una alta prevalencia de consumo de tabaco en la población general y una tendencia al aumento progresivo en los grupos de mujeres, niños y adolescentes. Los jóvenes a menudo subestiman el poder adictivo de la nicotina. De acuerdo a los datos suministrados por la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, realizada por la Junta Nacional de Drogas en el año 2001, más de la mitad de los adolescentes quieren dejar de fumar y lo han intentado en el último año sin éxito. Pero cuando se les pregunta si consideran que podrían dejar de fumar en el momento que se lo propusieran, el 90% responde que sí. Esta adicción se produce más rápidamente en los jóvenes, y los riesgos de desarrollar cáncer, enfermedad cardíaca y pulmonar son tanto mayores cuanto más joven se empieza a fumar.

En el Uruguay, mueren alrededor de 5.000 personas por año por enfermedades tabaco-dependientes, siendo responsable del 30% de las muertes por cáncer (más del 90% en el caso de cáncer de pulmón), 25% de las muertes de causa cardiovascular y más del 75% de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Las mujeres, además de compartir los mismos riesgos que los hombres, presentan otros adicionales por su género, que comprenden disminución de la fertilidad, mayor índice de abortos, partos prematuros y gestación de niños de bajo peso al nacer. El daño producido en la embarazada fumadora puede prolongarse más allá del parto, afectando el crecimiento y desarrollo del niño.

La epidemia de tabaquismo comenzó más tarde en las mujeres que en los hombres. El consumo femenino está descendiendo en algunos países desarrollados como Australia, Canadá, Gran Bretaña y Estados Unidos. Pero en otros países, especialmente en los no desarrollados, está aumentando. El número de mujeres fumadoras podría duplicarse para el año 2030, llegando a 460 millones. La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes se realizó en una población de 13 a 15 años en los departamentos de Colonia, Maldonado, Montevideo y Rivera, y los resultados muestran que en los 4 departamentos el consumo femenino ha superado al masculino en esa franja etaria. En Montevideo, el porcentaje de fumadores regulares en dicha población es de 26,5% en forma global, si lo discriminamos por sexo tenemos: 22,2% de varones frente a un 29,6% de mujeres. En base a los riesgos específicos de género, es conveniente la implementación de acciones dirigidas específicamente a grupos de mujeres.

A esto se suma el alto costo sanitario, económico,

social y ambiental que implica esta enfermedad. La carga económica sobre los gobiernos y la sociedad en su conjunto, comprenden no sólo los costos sanitarios derivados de la atención de las enfermedades tabaco-dependientes, sino también los causados por aumento del ausentismo laboral, disminución de la productividad, mayor tasa de accidentes laborales y mayor riesgo de incendios. El Banco Mundial ha evaluado los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y morbilidad atribuible al tabaquismo, concluyendo que las políticas de control del tabaco traerían beneficios sin precedentes para la salud, sin dañar las economías. Reconociendo los efectos nocivos del tabaco para la salud y el desarrollo de los países, adoptó en 1991 la política de prohibir la utilización de sus recursos para el financiamiento de la producción de tabaco.

El tabaco contribuye también al empobrecimiento a nivel familiar. Especialmente las familias de menores ingresos, gastan en tabaco gran cantidad de recursos que podrían ser usados para la compra de alimentos, la atención de su salud y la satisfacción de otras necesidades básicas.

Desde el punto de vista ambiental, se realizan extensas deforestaciones a fin de obtener madera para la cura de la hoja de tabaco, se empobrecen los suelos, es causa de incendios, y representa la principal fuente de contaminación ambiental en los espacios interiores.

El tabaquismo pasivo, definido como la exposición al humo de los demás, aumenta entre los no fumadores el riesgo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otras, siendo considerado también un riesgo ocupacional cuando ocurre en ambientes

de trabajo. El tabaquismo pasivo es especialmente grave en los niños, siendo demostrada su relación causal con infecciones respiratorias, asma, infecciones de oído y muerte súbita del lactante. En Uruguay, se calcula que mueren aproximadamente 700 personas no fumadoras por año, debido a su exposición al humo de tabaco ambiental.

Por tal motivo, se debe proteger a la población de la exposición al humo de segunda mano. Los ambientes libres de humo de tabaco protegen a fumadores y no fumadores, ayudan a los fumadores a disminuir su consumo, aumenta el número de quienes quieren abandonar esta dependencia y aumenta el porcentaje de éxito de quienes lo intentan. Más del 70% de los fumadores crónicos manifiestan que quieren dejar de fumar, pero muchos de ellos no pueden. Los lugares de trabajo libres de humo de tabaco se asocian con una reducción de 3,8% en la prevalencia de tabaquismo y de 3,1 cigarrillos consumidos diariamente por fumador habitual. La combinación de los efectos de la reducción de la prevalencia y del consumo por fumador, equivale a una reducción relativa del consumo del 29%.

Por otro lado, la exposición al humo de tabaco ajeno en los lugares de trabajo pone en riesgo la salud y la seguridad de los trabajadores, afectando su derecho a desempeñar su labor en un ambiente no contaminado. Pocos trabajadores en las Américas están protegidos por ley de este riesgo. Los no fumadores expuestos en el trabajo aumentan el riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca un 25 a 30% y de cáncer de pulmón, 20 a 30%. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), establece en su art. 7° que los Estados Parte reconocen que el

derecho al trabajo supone que toda persona goce del mismo en condiciones justas, equitativas y satisfactorias, para lo cual dichos Estados garantizarán en sus legislaciones nacionales, de manera particular, la seguridad e higiene en el trabajo. El mismo Protocolo en su art. 11 declara que toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos, instando a los Estados Parte a promover la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente. Incuestionablemente, es un derecho de todo trabajador no estar expuesto a sustancias tóxicas que pongan en riesgo su vida y su salud en el ambiente laboral.

Al mismo tiempo, se sabe que la población en general desconoce la naturaleza y la magnitud del riesgo que entrañan tanto el consumo de tabaco como la exposición al humo de tabaco de los demás. En muchos países, especialmente en los no desarrollados, se carece de campañas adecuadas de divulgación y por otro lado las empresas tabacaleras contribuyen con su accionar a ese desconocimiento, por lo cual es preciso implementar campañas de educación pública que informen adecuadamente acerca de estos riesgos.

El tabaquismo es un factor de riesgo susceptible de prevención, de modo que se hace necesaria la instrumentación de programas dirigidos a los jóvenes; a fin de evitar la incorporación de nuevos fumadores al consumo, así como estimular y facilitar el abandono de esta dependencia en la población fumadora mediante el fortalecimiento de acciones con este objetivo, en el primer nivel de atención. La inclusión de programas de cesación de tabaquismo en los centros de atención primaria de salud, con un criterio de universalidad y accesibilidad, cumple con este objetivo.

Ante esta realidad, es imperioso actuar en el sentido de controlar la epidemia de tabaquismo a nivel mundial. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, ratificado por Uruguay el 9 de setiembre de 2004, es un instrumento jurídico internacional para el control del tabaco, que pretende dar una respuesta global al problema. Representa un marco de referencia para las acciones a emprender tendientes a la protección de la salud pública. En él se recomienda, entre otras medidas, la puesta en práctica de programas nacionales para la prevención y tratamiento de la dependencia al tabaco, así como la aplicación de medidas eficaces para la protección de la población contra la exposición al humo de tabaco ambiental. Según la OMS: “la reducción del consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía”.

Los problemas de salud pública constituyen también una cuestión de derechos humanos. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece el derecho “a disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr”, siendo reconocido el derecho a la salud, como uno de los derechos fundamentales por los organismos de las Naciones Unidas. La exposición al humo de tabaco ajeno implica un grave riesgo para la salud de niños y adultos, y amenaza derechos humanos fundamentales como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la salud y a trabajar en lugares seguros.

La magnitud de la epidemia convierte al control del tabaquismo en una prioridad y uno de los mayores desafíos en salud pública. Las intervenciones para reducir el consumo de tabaco son bien conocidas, han probado su efectividad y son costo-efectivas tanto en países desarrollados como no desarrollados.

La adopción de políticas amplias de control del tabaco constituye uno de los mayores logros en materia de prevención en la historia de la salud pública.

Para redactar este material se tomaron conceptos de la publicación de OPS / OMS (2006) “Exposición al humo de tabaco ajeno en las Américas: una perspectiva de derechos humanos”

2 - RESPONSABLE DEL PROGRAMA.-

Dr. Winston Abascal.
Programa Nacional para el Control del Tabaco
Ministerio de Salud Pública
18 de Julio 1892 – 4° piso Anexo
Teléfono: 408.82.96
E-mail: wabascal@msp.gub.uy
controltabaco@msp.gub.uy

3 - DIAGNÓSTICO.-

La Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística realizada en el año 1993 incluyó un Estudio de Prevalencia de tabaquismo en el Uruguay urbano, en personas de 14 y más años de edad. Se encontró una prevalencia de 21,9% de fumadores regulares, mayor en Montevideo (23,6%) que en el Interior (20,2%), con un predominio del sexo masculino sobre el femenino en todo el país.

PREVALENCIA

NO FUMADOR (%)	FUMADOR REGULAR(%)
78,1	21,9

En cuanto a la edad de inicio, el 77% de los fumadores regulares inician su consumo antes de los 20 años.

EDAD DE INICIO

EDAD (en años)	%
< 20	77
entre 20 y 24	14
> 24	9

El 46% de los menores de 20 años están expuestos al humo de tabaco en forma pasiva en sus hogares.

La Encuesta Nacional de Prevalencia sobre uso de sustancias psicoactivas de la Junta Nacional de Drogas (Noviembre 2001), abarca el uso de drogas en general, dentro del cual se encuentra un conjunto de preguntas sobre tabaco. Comprende población de 12 a 64 años residente en áreas urbanas (ciudades de más de 5.000

hab.) El 34,7% declara haber consumido tabaco en los últimos 12 meses y el 32,3% es fumador habitual, ocupando el 2º lugar dentro de las drogas más consumidas en nuestro país.

CONSUMO

HÁBITO DE CONSUMO	%
Alguna vez en la vida	52,2
Últimos 12 meses	34,7
Últimos 30 días	32,3
Diario	30,1

El índice de continuidad en el consumo es muy elevado, ya que de cada 10 personas que fuman alguna vez, casi siete continúan fumando ininterrumpidamente.

CONTINUIDAD EN EL CONSUMO

PATRÓN DE CONSUMO	%
Interrumpido	66,7
Por largos períodos	20,6
Ocasional	12,7

En cuanto a la distribución por área geográfica, desagregada por sexo, indica que en Montevideo fuma el 38,7% de los hombres y el 27,4% de las mujeres, mientras que en el Interior son fumadores el 39,2% de los hombres y el 25% de las mujeres.

DISTRIBUCIÓN POR ÁREA GEOGRÁFICA

ÁREA GEOGRÁFICA	Hombres(%)	Mujeres(%)
Montevideo	38,7	39,2
Interior	27,4	25,0

En noviembre de 2001, la Junta Nacional de Drogas realiza la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, cuya población objetivo fueron los alumnos entre 13 y 15 años pertenecientes a establecimientos públicos y privados de los departamentos de Montevideo, Colonia, Rivera y Maldonado.

Contrariamente a lo que ocurre en la edad adulta, el porcentaje de mujeres fumadoras es mayor que el de los hombres en este grupo de jóvenes, y con mayores síntomas de dependencia en la mujer, lo cual evidencia una tendencia al desvío del consumo de tabaco hacia el sector femenino, y justifica la implementación de estrategias de acción con enfoque de género.

DATOS DE PREVALENCIA (en %)

	Prevalencia de vida (1)	Fumador Actual (2)	Fumador Frecuente (3)
Hombres	52,2	20,5	6,2
Mujeres	52,3	26,5	9,0
1er. año	35,4	17,0	3,1
2do. año	56,8	23,4	7,4
3er. año	67,7	32,6	14,5
15 años	68,8	37,8	16,1

(1): probó una o dos pitadas alguna vez en la vida.

(2): estudiantes que fumaron 1 o más días en los últimos 30 días.

(3): estudiantes que en los últimos 30 días fumaron 20 días o más.

Fuente: ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES, JND - 2001

Es muy importante el aumento de consumo con la edad: mientras en 1er. año de Ciclo Básico fuman el 17%, en 3º lo hace el 32,6%. El 40% de estos jóvenes ya manifiestan haber intentado sin éxito, dejar de fumar. A los 15 años, la tasa de fumadores actuales supera en un 5% a la población general, tornándose imprescindible actuar en edades tempranas.

El otro aspecto a considerar en el diagnóstico es el de las muertes atribuibles al tabaquismo. Considerando los datos de mortalidad correspondientes al año 2002, se estima que alrededor del 15% de todas las muertes producidas en nuestro país, son debidas al consumo del tabaco.

MUERTES ATRIBUIBLES AL TABAQUISMO

Causa de defunción	Total (1)	Atribuible al tabaquismo (2)	%
Aparato circulatorio	10.380	1.852	17.8
Tumores malignos	7.720	1.746	22.6
Enf. Respiratorias	2.700	991	36.7
Mortalidad total	31.596	4.589	14,5

(1) Mortalidad general e infantil por causa, sexo, edad (Uruguay 2002).

Depto. de Información Poblacional - M.S.P.

(2) SAMMEC - Smoking Attributable Mortality - CDC

La variabilidad de los resultados obtenidos, producto entre otras cosas de las distintas metodologías empleadas, el tiempo transcurrido y la insuficiencia de los datos aportados, hacen necesaria la realización de una encuesta de prevalencia que establezca una línea de base de datos completa y actual de la cual partir a los efectos de evaluar el impacto de las acciones definidas en el presente Programa.

4 - PROPÓSITO.-

Proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco en el Uruguay. (Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco).

5 - OBJETIVOS GENERALES.-

Objetivo General 1

- DISMINUIR LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN GENERAL EN EL URUGUAY

Objetivo General 2 -

- IMPLEMENTACIÓN DE ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO Y DEFENSA DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN EL URUGUAY

Objetivo General 1

- DISMINUIR LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN GENERAL EN EL URUGUAY

Objetivos Específicos

1.1 - Establecer línea de base

-1.1.1 -Realización de investigación cuantitativa (encuesta de prevalencia)

1.2 - Identificación de hábitos, actitudes y creencias de la población

-1.2.1. - Realización de investigación cualitativa (grupos de discusión).

1.3 - Prevenir la incorporación de nuevos fumadores.

-1.3.1 – Campañas nacionales de información. Serán realizadas a través de TV, radio, cartelería fija en vía pública, y actividades puntuales a determinar con participación comunitaria. Deberá disponerse de folletería, y un nº telefónico 0800 de consulta y asesoramiento a la población. También a través de la página WEB del MSP se podrá

acceder a información sobre el tema.

-1.3.2 – Sensibilización en el tema tabaquismo y la promoción de una actitud crítica respecto al tema.

Con esta actividad se promueve la construcción y el desarrollo de habilidades para la vida. Estará dirigida a los estudiantes delegados de clase, a nivel de Ciclo Básico de Enseñanza Secundaria, a fin de capacitarlos para que actúen como multiplicadores con sus pares. Se trata de brindar herramientas a los adolescentes para que analicen, en forma crítica, el mensaje que reciben en relación al consumo de tabaco y actúen en consecuencia, especialmente aquellos que se encuentran en edades en las que, estadísticamente, inician su experimentación con el cigarrillo.

A nivel de Enseñanza Primaria, promover también la adquisición de habilidades para la vida en el marco de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud como forma de disminuir la incidencia de tabaquismo.

-1.3.3 - Supervisión del cumplimiento de las normas vigentes.

Conjuntamente con la Comisión Asesora para el Control del Tabaco, se apoyará la supervisión del cumplimiento de las leyes y decretos vigentes.

-1.3.4 - Adecuación de la carga tributaria. Promover la adecuación de la carga tributaria sobre los productos del tabaco, aumentándola en general, y particularmente sobre el tabaco de armar. El incremento en los impuestos contribuye directamente al aumento del precio de venta, uno de los elementos que más inciden en la disminución de la demanda, evitando así el inicio y reduciendo el consumo. Con respecto al tabaco de armar, la reducción sustancial del impuesto que paga en relación al de los cigarrillos, favorece el corrimiento de la población más joven y de los más pobres, hacia el consumo de este tipo de tabaco, convirtiéndose así en una

especie de subsidio al mismo.

-1.3.5 - Impulsar la incorporación de nuevas normas.

Conjuntamente con la Comisión Asesora para el Control del Tabaco, impulsar la incorporación a la normativa vigente de las recomendaciones contenidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.

1.4 - Facilitar el abandono de la dependencia.

-1.4.1 – Implementación de Programas de Cesación de Tabaquismo.

Implementación de Programas de Cesación de Tabaquismo en servicios de salud en el Sector Público, en el nivel primario de asistencia, garantizando la accesibilidad a los mismos.

Promover la incorporación de los Programas de Cesación en la canasta de servicios que deben brindar las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

-1.4.2 – Trabajo con organizaciones barriales. Convocatoria a organizaciones barriales para la realización de jornadas de sensibilización y promoción de actividades vinculadas al control del tabaco, dirigidas a los vecinos de cada zona.

-1.4.3 - Trabajo con Concejos Vecinales. Realización de Jornadas de sensibilización con los Concejos Vecinales en Montevideo, y Juntas Locales y Departamentales en el Interior.

-1.4.4 - Coordinar con Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, la inclusión del tema tabaquismo. Realización de jornadas de sensibilización en grupos de embarazadas coordinando con ASSE, BPS e IMM.

-1.4.5 – Trabajo con grupos específicos. Jóvenes: coordinación con el INJU, INAU, ISEF y clubes deportivos, la realización de jornadas de sensibilización con jóvenes, profesionales de la salud y docentes.

-1.4.6 - Cursos de formación de entrenadores.

Se coordinará con el Fondo Nacional de Recursos

la realización de cursos de formación de entrenadores en cesación de tabaquismo, que se ocuparán de los grupos de cesación en el primer nivel de atención.

1.5 - Incluir el tema tabaquismo en la currícula de Facultad de Medicina y otras Facultades vinculadas al Sector Sanitario (Psicología, Odontología, Enfermería).

-1.5.1 – En oportunidad de que se está discutiendo la modificación del Plan de estudios de la Facultad de Medicina, promover encuentros con la Comisión de Plan de Estudios y con el Decano, a fin de incluir el tabaquismo como enfermedad crónica adictiva en la currícula de la carrera de Facultad de Medicina. Al mismo tiempo se realizarán encuentros con las Facultades de Enfermería, Odontología y Psicología, para la inclusión del tema “Tabaquismo” en la currícula de sus respectivos Planes de Estudio.

1.6 - Estimar la carga económica del tabaquismo sobre el Sistema de Salud.

-1.6.1 - Estudio comparativo de las metodologías utilizadas en otros países.

-1.6.2 - Implementación de la metodología adecuada a la realidad de nuestro país.

Objetivo General 2 -

- IMPLEMENTACIÓN DE ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO Y DEFENSA DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN EL URUGUAY

Objetivos Específicos.-

2.1 - Evitar la exposición de la población al aire contaminado con humo de tabaco.

Se centrarán las actividades en 2 áreas fundamentales:

a- en relación a los trabajadores en general, a través de la promoción e implementación de ambientes libres de humo de tabaco.

b- en relación a los niños.

-2.1.1 – Realización de Jornadas con el Sector Empresarial: Cámara de Industrias, de Comercio y CAMBADU. En ellas se trabajará sobre la construcción de ambientes de trabajo saludables, facilitando el acceso de sus empleados a los programas de cesación.

-2.1.2 – Realización de Jornadas con los Sindicatos. Se trabajará sobre el concepto de ambientes de trabajo libres de humo como un derecho de los trabajadores y sobre el humo de tabaco ambiental como un factor de riesgo ocupacional, basados en la reciente incorporación del mismo por parte de la OIT, como un contaminante más a controlar en los lugares de trabajo.

-2.1.3 - Realización de Talleres de sensibilización con el Sector Público, facilitando la creación de ambientes libres de humo de trabajo. Estas Jornadas estarán dirigidas a los niveles de Dirección o Gerencial, y a los responsables de los Servicios de Salud Ocupacional, de la Administración Central, Entes Autónomos y Servicios Descentralizados. Se trata de facilitar de este modo, el respeto a la normativa vigente así como la inclusión de los funcionarios fumadores en los distintos programas de cesación.

-2.1.4 - Campaña “Liberemos a nuestros niños del humo de tabaco”. Esta actividad incluye la realización de campañas publicitarias en televisión, radio y vía pública dirigidas a los adultos, a fin de sensibilizarlos sobre su responsabilidad en la exposición pasiva de los niños al humo de tabaco.

Coordinación con OPS, UNICEF e Instituto Interamericano del Niño para el diseño e implementación de la Campaña.

-2.1.5 - Capacitación al personal de Maternidad del Complejo Hospitalario Pereira Rossell y de Hospitales del Interior, así como de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, para que durante el período de la internación realicen consejería a las madres, sobre los riesgos para el niño del humo de tabaco ambiental.

2.2. - Fomentar la norma social de no fumar.

-2.2.1 – Realización de talleres con grupos vinculados al teatro, música, moda y comunicadores sociales a efectos de promover cambios culturales que operen en el sentido de la sanción social de la conducta del fumador.

6 - METAS.-

Resultados esperados para el Objetivo 1 -

6.1 DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA AL 3ER. AÑO DEL PROGRAMA.

- Disminuir la prevalencia de tabaquismo un 10% en la población general.
- Disminuir la prevalencia de tabaquismo un 10% en la población de 13 a 15 años..
- Retrasar la edad de inicio 1 año respecto a la establecida en línea de base.

Resultados esperados para el Objetivo 2 -

6.2 ESPACIOS LIBRES DE HUMO Y DEFENSA DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN EL URUGUAY.

- Logro de espacios 100% libres de humo de tabaco en un plazo de 3 años, en la totalidad de los espacios cerrados de uso público.

7 - RELACIONES.-

Se deberá coordinar con las diversas áreas y Programas existentes, a los efectos de garantizar el mayor ajuste de las metas en el menor tiempo posible, y con la mayor amplitud, trabajando por ejes temáticos. A través de la coordinación intersectorial se articulará la capacidad operativa de sector público y privado, así como de las organizaciones no gubernamentales y representantes de la sociedad civil. Se organizarán las actividades de modo tal de poder llegar a todos los grupos etarios y lograr el empoderamiento de los distintos actores en la construcción de una actitud responsable y solidaria de fumadores y no fumadores en pro de calidad de vida y aumento de años de vida saludable de toda la población.

Se deberá estar atento a las necesidades de diferentes grupos y situaciones de diversidad y género, etnia, de área geográfica u otra, teniendo presente las características culturales y sociales de cada grupo, localidad y condición.

Se deberá articular la implementación de las acciones mediante el relacionamiento transversal con los Programas ya existentes, lo que permitirá sin duda, potenciar los resultados y ampliar la visión de los problemas. Se deberán relacionar las acciones con el área de Vigilancia Epidemiológica, así como se pondrá a disposición la información que pueda recolectar el propio Programa.

8 - EVALUACIÓN.-

Se medirá su impacto a través de los indicadores señalados.(v. Anexo)

9 - CRONOGRAMA.-

Se ha elaborado un cronograma que incluye el total de actividades en lo referente al primer año de implementación del Programa.

En los años sucesivos, perdurarán aquellas que, ya sea por su carácter de factor de sostenibilidad o de profundización y ampliación del alcance de los logros de una primera etapa, ya sea por la conveniencia de su oportunidad coyuntural, -en articulación a su relación con otras acciones intersectoriales-, se vuelvan necesarias. (v. Anexo)

10 - PRESUPUESTO.-

Se incluirá en este punto la intención de promover el aumento del IMESI a los productos del tabaco como una de las formas del aumento del precio. Un porcentaje del mismo se destinaría a financiar las campañas tendientes a disminuir la prevalencia de tabaquismo en la población, así como contribuir a la implementación de espacios 100% libres de humo de tabaco.

Por otra parte también se impulsará la aplicación del IVA a los productos del tabaco.

11 - FACTIBILIDAD O VIABILIDAD

La factibilidad o viabilidad del Programa se encuentra relacionada con el compromiso ciudadano e interinstitucional de todos los actores, en el marco de la voluntad política y el cumplimiento de la normativa respecto al control del tabaco.

Sin embargo, no se deberá ahorrar esfuerzo en el desarrollo de una evaluación continua de la dinámica de las etapas de desarrollo operativo del programa, para lo que se establecerán indicadores de estructura, proceso y resultado que permitirán, en definitiva, medir objetivamente los alcances y limitaciones. Y por sobre todo, permitirán la discusión permanente y reformulación del conjunto de las acciones, siempre que sea necesario, para lograr a cada paso el más afinado ajuste entre el propósito a alcanzar y las metodologías que se estime pertinente para su logro.

Sin duda aquí, el diálogo intersectorial proveerá los conocimientos y saberes (esto último, en el sentido de ser capaces de captar también el aporte del vecino, el estudiante, el ciudadano), para ir reformulando estrategias en un quehacer conjunto que habilite efectivamente una mejora de la calidad de vida de todos los uruguayos.

Objetivo general	Objetivo específico	Indicador	Actividad	Indicador
<p>1. Disminuir la prevalencia de tabaquismo en la Población.</p> <p>Indicador: Disminución del % de prevalencia global obtenida.</p>	<p>1.1. Establecer línea de base</p> <p>1.2. Identificación de hábitos, actitudes y creencias en la población uruguayaya.</p> <p>1.3. Prevención de incorporación de nuevos fumadores/as.</p>	<p>Línea de base establecida</p> <p>Hábitos, actitudes y creencias identificadas.</p> <p>Disminución de la tasa de incidencia de fumadores/as.</p>	<p>1.1.1. Realizar investigación cuantitativa (tec.: encuesta de prevalencia)</p> <p>1.2.1. Realizar investigación cualitativa (tec.: grupos de discusión).</p> <p>1.3.1. Realizar campañas nacionales de información (organización interdisciplinaria, interinstitucional, participación comunitaria).</p> <p>1.3.2. Sensibilización y capacitación en promoción de salud (ref. tabaquismo), a estudiantes delegados de clase del C. Básico de Secundaria.</p> <p>1.3.3. Apoyo, en conjunto con CATC a la supervisión del cumplimiento de las normas de los decretos referentes al tema</p> <p>1.3.4. Promover la adecuación de la carga tributaria sobre los productos del tabaco, aumentándola en general, y particularmente, sobre el tabaco de amar.</p> <p>1.3.5. Impulsar, en conjunto con CACT, la incorporación a la normativa vigente de las recomendaciones contenidas en el CMCT.</p>	<p>Investigación finalizada.</p> <p>Investigación finalizada.</p> <p>No. de campañas en 1 año.</p> <p>Habilidades para la vida y de conciencia crítica respecto al tema identificadas en la población de estudiantes</p> <p>% de infractores en un año.</p> <p>Aumento de la carga tributaria obtenida.</p> <p>No. de recomendaciones incluidas.</p>
<p>1.4. Facilitar el abandono de la dependencia.</p>	<p>No. de fumadores que participan en Programas de cesación de tabaquismo.</p>	<p>No. de fumadores que participan en Programas de cesación de tabaquismo</p>	<p>1.4.1. Implementar Programas de Cesación de Tabaquismo en Servicios de Salud del sector público e incorporación de estos en consulta de servicios a Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada.</p>	<p>No. de Serv. con Programas implementados en 1 año x 100/No. previsto de Serv. c/Prog.</p>

1. Disminuir la prevalencia de tabaquismo en la población	1.4. Facilitar el abandono de la dependencia.	1.4.2. Convocar organizaciones barriales para realizar Jornadas de sensibilización y promoción para control del tabaco, dirigidas a los vecinos. 1.4.3. Realizar Jornadas de sensibilización con Concejos Vecinales en Módo. Y Juntas Locales y Departamentales en Interior. 1.4.4. Coordinar con Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género para realización de Jornadas de sensibilización para embarazadas coordinando ASSE, BPS e IM/M. 1.4.5. Coordinación con INJU, INAU, ISEF y clubes deportivos para realizar jornadas de sensibilización a jóvenes. Realizar seminarios, Jornadas con profesionales de salud y docentes. 1.4.6. Cursos de formación de entrenadores. Coordinar con FNR la formación de recursos humanos destinados a cubrir el Primer Nivel de Atención.	No. de organizaciones convocadas. No. de Jornadas realizadas en 1 año x 100/No. de Jornadas previstas. Coordinación establecidas. Coordinación establecida. No. de Jornadas realizadas en 1 año x 100/No. de Jornadas previstas. No. de cursos realizados en 1 año x 100/No. de cursos previstos.
1.5. Incluir el tema del tabaquismo en los currículos de las carreras de Facultades de Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, otras), óbitarias.	Inclusión de la temática como enfermedad crónica activa en currículos de las carreras de Facultad de Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, otras), óbitarias.	1.5.1. Reunión con Decano de Facultad de Medicina y Comisión de Plan de Estudio a tales efectos. Reunión con Decanos de las demás facultades mencionadas.	No. de revisiones concretadas en 1 año x 100/No. de revisiones previstas. No. de Facultades que incluyeron el tabaquismo en la currícula en la forma prevista.
1.6. Estimar la carga económica del tabaquismo sobre el sistema de salud.	Porcentaje de gasto en salud atribuible al tabaquismo identificado	1.6.1. Realizar estudio comparativo de metodologías utilizadas en otros países. 1.6.2. Implementar metodología adecuada para Uruguay.	Estudio finalizado. Metodología implementada.

Objetivo general	Objetivo específico	Indicador	Actividad	Indicador
<p>2. Potenciar los espacios libres de humo de tabaco</p> <p>Indicador: No. y tipo de los espacios libres de humo de tabaco.</p>	<p>2.1. Evitar la exposición de la población al aire contaminado con humo de tabaco.</p>	<p>Disminución de las tasas de prevalencia de fumadores pasivos en domicilio.</p> <p>No. de supermarcados libres de humo de tabaco en 1 año x 100/población objetivo en el mismo periodo</p> <p>No. de bares y restaurantes libres de humo de tabaco en 1 año x 100/población objetivo en el mismo periodo.</p> <p>No. de centros educativos de nivel primario, secundario y terciario libres de humo de tabaco en 1 año, x 100/población objetivo en el mismo periodo.</p> <p>No. de clubes deportivos y centros libres de humo de tabaco en 1 año x 100/pobl. obj. en el periodo.</p> <p>Disminución de la tasa de infracciones en 1 año.</p> <p>No. de lugares de trabajo libres de humo de tabaco en 1 año x 100/población objetivo en el mismo periodo.</p> <p>Respuesta social tendiente a la integración de la norma identifiada</p>	<p>2.1.1. Realizar Jornadas con sector empresarial (Cámaras de Industria, de Comercio, CAMBADO), para que se facilite acceso a empresas el acceso a programas de cesación.</p> <p>2.1.2. Realizar Jornadas orientadas sobre concepto de trabajo libre de humo de tabaco como derecho del trabajador, en coordinación al de ambiente contaminado con humo como factor de riesgo ocupacional.</p> <p>2.1.3. Realización de Talleres de sensibilización con Sector Público, dirigidas a nivel de Dirección y/o Gerencial y responsables de Salud ocupacional en Administración Central, Entes Autónomos y Servicios Descentralizados</p> <p>2.1.4 Campaña Liberevos a nuestros niños del humo de tabaco Coordinación OPS, UNICEF, INN para diseño e implementación.</p> <p>2.1.5. Capacitar personal del CHPR, Hospitales del Interior e IAMC, (Sector Maternidad), para brindar Consejería a las madres, respecto a evitar al niño, los riesgos del humo de tabaco ambientales.</p> <p>2.2.1. Realizar Talleres con grupos vinculados al teatro, música, soda y comunitarios sociales para promover cambios culturales hacia la sanción social del tabaquismo.</p>	<p>No. de Jornadas realizadas x 100/ No. de Jornadas previstas.</p> <p>No. de lugares de trabajo (desagregado x sector), con programas de cesación accesibles.</p> <p>No. de Jornadas realizadas en 1 año x 100/No. de Jornadas previstas (Desagregado x sector)</p> <p>No. de Talleres realizados en 1 año x 100/No. de Talleres previstos.</p> <p>Coordinaciones establecidas, campañas diseñadas e implementadas.</p> <p>No. de RRHH capacitado en 1 año x 100/No. de población objetivo de la capacitación.</p> <p>No. de Talleres realizados en 1 año x 100/No. de Talleres previstos.</p>

ACTIVIDADES	AÑO I											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1.1. Investigación cuantitativa												
1.2.1. Investigación cualitativa												
1.3.1. Campañas nacionales de información												
1.3.2. Sensibilización capacitación estudivantes Ciclo Básico												
1.3.3. Apoyo supervisión cumplimiento de normas												
1.3.4. Promover adrección carga tributaria												
1.3.5. Impulsar recomendaciones C/MCT en normativa												
1.4.1. Programas cesación en servicios de salud												
1.4.2. Controlar organizaciones barriales para Jornadas												
1.4.3. Jornadas para C. Vecinales (Mdeo. y J. Locales) Departamentales. (Intenac)												
1.4.4. Coordinar Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género												
1.4.5. Coordinar INJUVANUSEF y clubes deportivos, profesionales salud, docentes												
1.4.6. Cursos formación de extensionistas para 1er. nivel de atención												
1.5.1. Reunión Decano FM y otras Facultades Ciencias de la Salud												
1.6.1. Estudio comparativo de metodologías												
1.6.2. Implementar metodología para Uruguay												
2.1.1. Jornadas con sector empresarial												
2.1.2. Jornadas con sindicatos												
2.1.3. Talleres totalidad del Sector Público (niveles de Dirección)												
2.1.4. Campaña Libreros a nuestros niños del libro de tabaco.												
2.1.5. Capacitar personal (maternidad) Hospitales (Mdeo. /Intenac, FEGEJAMC)												
2.2.1. Talleres grupos vinculados a distintas formas de exposición cultural												

Coordinación de la Publicación: Dr. Winston Abascal.

Diseño gráfico interior: sr.miyagi - cabezas creativas.

Diseño de tapa: Leonardo Zorrilla.

Agradecemos el apoyo de O.P.S./O.M.S. para esta publicación.