CONSEJERÍA DE SALUD

9 Tabaco y alcohol

JUNTA DE ANDALUCIA

Guías para el abordaje de temas de Salud Pública en el ámbito local

Guías para el abordaje de temas

de Salud Pública en el ámbito local

9 Tabaco y Alcohol

Febrero de 2018

Autoría

- Belén Ramos Fernández. Técnica de Acción Local en Salud.
- Arturo Vellisco García. Técnico de promoción de salud. Distrito A.G.S. Osuna (Sevilla).

Edición de contenido

- Dolores Rodríguez Ruz. Coordinadora de relaciones intersectoriales. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- María J. Escudero Carretero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Grupo de revisión y validación de contenidos

- Agustín Gómez Jiménez. Técnico de Acción Local en Salud. Granada.
- Antonio García Moreno. Técnico de Acción Local en Salud.
- Blas Hermoso Rico. Técnico de Acción Local en Salud. Jaén.
- Cecilia Escudero Espinosa. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Covadonga Monte Vázquez. Subdirectora de Promoción, participación y planes de salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- Dolores Rodríguez Ruz. Coordinadora de relaciones intersectoriales. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- Isidoro Durán Cortes. Técnico de Acción Local en Salud. Huelva.
- Leticia García Mochón. Técnica de proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- Leticia Reyes Alarcón. Técnica. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla.
- Luna Rodríguez Pérez. Técnica de Acción Local en Salud. Sevilla.
- Nicole Palacio. Técnica de Acción Local en Salud. Córdoba.
- Miguel Ángel Cuesta Guerrero. Técnico de Acción Local en Salud. Cádiz.
- Sonia Jiménez Palenzuela. Técnica de Acción Local en Salud. Almería.
- Vidal Barchilón Cohen. Director del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla.

Coordinación de la serie

- Mª Dolores Fernández Pérez. Jefa del Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla
- Dolores Rodríguez Ruz. Coordinadora de relaciones intersectoriales. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla
- Leticia Reyes Alarcón. Técnica. Servicio de Promoción y Acción Local en Salud. Consejería de Salud. Sevilla
- María J. Escudero Carretero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Edita

Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Red Local de Acción en Salud

www.redlocalsalud.es

Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Presentación

Desde la coordinación de la Red Local en Salud de Andalucía (RELAS) se trabaja para facilitar que los municipios andaluces elaboren e implementen sus Planes Locales de Salud desde un enfoque participativo, intersectorial, en red y basado en la gobernanza. Se trata de Promover la Salud de la ciudadanía andaluza desde las prioridades y necesidades de cada población y potenciando sus recursos y riquezas.

Para impulsar este trabajo, una de las herramientas que la Consejería de Salud pone a disposición de los municipios son distintas publicaciones, guías metodológicas e informes.

Este documento forma parte de una serie de informes sobre Salud Pública que hemos llamado "Guías para el abordaje de temas de Salud Pública en el ámbito local". Todos ellos están elaborados por el equipo RELAS y han sido revisados por personas expertas en cada uno de los temas. Están basados en la mejor y más actualizada "evidencia" y en las recomendaciones de las instituciones públicas más relevantes. Se ha pretendido que sean documentos de lectura fácil y lo más breves posible.

Su finalidad es orientar a los municipios –en cada uno de los temas priorizados- sobre: aspectos clave a considerar para maximizar su impacto, recomendaciones para implementar las acciones más efectivas en el ámbito local, orientación sobre posibles objetivos a desarrollar y sus indicadores de evaluación. Todos incluyen recomendaciones bibliográficas fiables y actualizadas.

El número 9 de esta serie trata sobre Tabaco y Alcohol.

Índice

Presentación 4
Índice 5
1. Identificación de claves en la Estrategia 6
2. Recomendaciones para el ámbito local 12
3. Propuesta de objetivos generales, específicos e indicadores 17
4. Indicadores sobre alcohol y Tabaco priorizados para monitorizar PLS 23
5. Referencias bibliográficas 27
Anexo 1. Glosario 29

1. Identificación de claves en la Estrategia

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte evitable en España y, en general, en los países desarrollados. Cada año mueren 52.000 personas a causa de esta drogadicción. Esto representa alrededor del 14% de todas las muertes que se producen en España. Constituye, por tanto, el primer problema de salud pública de nuestro país y afecta a un alto porcentaje de la población.

Según la Encuesta Europea de Salud de España (EESE) de 2014, que es la más reciente a nivel nacional, casi el 23% de la población española mayor de 15 años fuma a diario, el 2% ocasionalmente y el 26% ha dejado de fumar.

En la EESE de 2014, Andalucía ocupaba el tercer lugar entre las comunidades autónomas según la prevalencia de consumo diario de tabaco. Concretamente, el 29% de los hombres y el 20% de las mujeres fumaban a diario.

La prevalencia de tabaquismo (consumo diario u ocasional) es mayor en los hombres para todos los grupos de edad. De la misma forma, también es más frecuente en los hombres el perfil de exfumador, siendo estas diferencias entre sexos especialmente ostensibles a partir de los 45 años.

Por otra parte, el porcentaje de fumadores diarios se relaciona con la *ocupación y el nivel de ingresos de la persona de referencia*, de manera que el mayor porcentaje de personas fumadoras se da entre las *clases sociales de percentil más bajo*, con ocupaciones más manuales, y este dato se muestra con mayor intensidad entre los varones que entre las mujeres.

Tanto en hombres como en mujeres el consumo de tabaco diario se da en mayor medida entre las *personas con nivel de estudios intermedios*. En cuanto a la ocupación laboral, cabe destacar que en hombres los mayores porcentajes de consumo se dan entre desempleados e incapacitados para trabajar, mientras que, en el caso de las mujeres, se produce entre desempleadas y entre quienes trabajan fuera del hogar.
El consumo de alcohol, constituye otro problema de Salud Pública, al ser la segunda droga legal más consumida en España. Tanto la intoxicación, como el abuso o la dependencia son causantes de gran número de accidentes, problemas laborales, familiares y de salud mental.

Tanto el tabaco como el alcohol son capaces de producir dependencia en quiénes los consumen, trastorno de difícil tratamiento, por lo que la prevención constituye un pilar estratégico en la lucha contra este problema de salud.

Según la OMS, entre los riesgos para la salud de adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) están:

Alcohol y drogas: El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas. Es una de las principales causas de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida.

Consumo de tabaco: Casi todas las personas que consumen tabaco hoy en día comenzaron a hacerlo cuando eran adolescentes. Prohibir la venta de productos de tabaco a menores, subir el precio de esos productos gravándolos con impuestos más altos, prohibir la publicidad del tabaco y garantizar la existencia de entornos libres de humo es sumamente importante. A nivel mundial, al menos uno de cada diez adolescentes (de 13 a 15 años) consume tabaco y, en algunas regiones, esa cifra es mucho mayor. En algunos países de ingresos altos, parece que está disminuyendo el consumo de cigarrillos entre adolescentes más jóvenes.

1.1. Trastornos relacionados con sustancias.

Los trastornos relacionados con sustancias, se dividen en trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias, contando con criterios de diagnóstico para los manuales clínicos de consenso (DSM IV, CIE10).

- Trastornos por consumo de sustancias: la dependencia y el abuso de sustancias.
- Trastornos inducidos por sustancias: la intoxicación y la abstinencia.

1.1.1. Trastornos por consumo de sustancias

Dependencia de sustancias

Se define como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los aspectos siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
    i. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    ii. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
    i. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
    ii. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos producidos por la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por su consumo (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Abuso de sustancias

Se define como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de hijos o hijas o de las obligaciones domésticas).
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
9. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
10. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

Los diagnósticos de dependencia y abuso son mutuamente excluyentes.

1.1.2. Trastornos inducidos por sustancias

La **intoxicación** se definiría por la presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente, que se caracteriza por cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social). Estos síntomas se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental distinto.

Respecto a la **abstinencia** a sustancias, cabe decir que se caracteriza por la presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Los síntomas que se presentan con la abstinencia no se deben a una enfermedad médica y no se explican por la presencia de otro trastorno mental.

Para el alcohol, se contemplan los criterios de dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia. En el caso de la dependencia a la nicotina, sólo aparecen criterios de dependencia y abstinencia, pero no de intoxicación o abuso.

1.2. Análisis de Situación en Andalucía

Evolución del consumo diario de tabaco por sexo y grupos de edad

Si tomamos en consideración las encuestas andaluzas de salud desde 1999 hasta 2015, en Andalucía ha descendido el número de personas que consumen a diario de tabaco en un 8% en varones, situándose en un 31,4%, con la bajada más pronunciada en los últimos años. En el caso de las mujeres la subida ha sido de 1,7%, pero con una reducción respecto al anterior estudio de 0,6%.

El mayor porcentaje de personas que fuman a diario está comprendido entre los 45-54 años, debido al fuerte descenso entre las personas comprendidas entre 16-44 años. Aunque con porcentajes menores, hay una tendencia ascendente entre las personas mayores de 64 años.

Evolución del consumo de tabaco según nivel de estudios

Con respecto a la Encuesta Andaluza de Salud de 2011 se registran descensos en relación a todos los niveles de estudios, muchísimo más pronunciado en las personas con estudios universitarios, con un descenso de 8,4% en los últimos cuatro años.

Evolución del consumo de tabaco por nivel de ingresos

Atendiendo al nivel de ingresos, todos los niveles mantienen tendencias descendentes, menos el de menores ingresos que es ascendente y se ha posicionado como el de mayor porcentaje de personas que fuman a diario.

Edad de inicio al tabaco según sexo, edad, provincia, nivel de estudios e ingresos

Los hombres inician su consumo casi un año antes que las mujeres, situándose la media de ambos años en 17 años. Las edades más tempranas de inicio corresponden a los grupos más jóvenes y mayores, sin que existan muchas diferencias entre las distintas provincias, ni por nivel económico o de estudios.

Evolución del consumo de alcohol

En cuanto al alcohol, según indica el III Plan andaluz sobre drogas y adicciones 2016-2021, la estabilidad es el rasgo más característico de este consumo en los últimos años.

En 2011 se observa un aumento de las prevalencias de consumo de esta sustancia, así como del indicador de consumo de riesgo.

En las edades juveniles, entre 16 y 24 años, existe un consumo de riesgo de alcohol que requiere atención. La prevalencia de consumo de riesgo entre las personas de 16 a 20 años es del 4,6 y entre 21 y 24 años es del 6,1%, siendo la más elevada de los diversos grupos de edad.

Otro indicador de consumo problemático estudiado es el porcentaje de personas que se han emborrachado en el último mes. Las personas jóvenes de 16 a 20 años son las que en mayor medida afirman haberse emborrachado (26,7%). Este porcentaje es también elevado en el grupo de edad de 21 a 24 años (25,1%). Entre las mujeres se detecta un patrón de consumo de alcohol más esporádico que entre los hombres, según los diversos indicadores sobre el consumo habitual de alcohol: la prevalencia de consumo diario es notablemente mayor entre los hombres (14,2%) que entre las mujeres (3,4%). Igualmente, el indicador de consumo de alcohol todos los fines de semana vuelve a poner de relieve un consumo más continuado entre los hombres (42,8%) que entre las mujeres (22,2%).

2. Recomendaciones para el ámbito local

A continuación, se recogen las intervenciones desde diferentes programas y documentos de consenso para el abordaje de estos problemas de salud desde el ámbito local.

Desde el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía[6] se contempla la prevención, asistencia y seguimiento desde varios ámbitos: escolar (Creciendo en salud), edades jóvenes (Forma Joven), laboral (PSLT), local (ayuntamientos, asociaciones, grupos de autoayuda, ONGs), colectivos modélicos (profesionales sanitarios de la educación y de las administraciones públicas), con perspectiva de género.

En el plano local, se promueve la acción local, la colaboración intersectorial y la participación, a través de estrategias globales de promoción de la salud, formando a personas implicadas en la estrategia, promoviendo "Municipios libres de tabaco" (inspección y control de puntos de venta, consumo, normativa…), colaboración de asociaciones para difusión de estrategias de prevención y atención, para aproximar al máximo profesionales y recursos a la ciudadanía, red virtual de intercambio de información o proyectos locales a fin de reforzar y compartir buenas prácticas.

Los objetivos promueven acciones encaminadas a la reducción de la prevalencia del tabaquismo mediante acciones que transcienden lo local y van más allá, alcanzando el ámbito estatal con políticas de restricción en el consumo, aumento de precios y dificultades en el acceso al producto.

Entre las líneas de acción cabe destacar:

1. Campañas de información y sensibilización sobre tabaquismo con asociaciones y sociedades científicas.
2. Garantizar la accesibilidad a la información sobre el tabaquismo y los recursos sanitarios disponibles.
3. Editar guías y protocolos con información y consejos.

4. Promover empresas libres de humo dentro de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo.
5. Definir planes específicos de información y comunicación para diferentes poblaciones.
6. Mantener implicada a la comunidad educativa (AMPAs, profesorado, alumnado).
7. Promocionar espacios de radio y televisión referentes a la problemática del tabaco.

Desde el *Programa Forma Joven en el Ámbito Educativo 2015-2016*[7,] siguiendo las recomendaciones de la OMS, se trabaja en un modelo de intervención interactiva que fomente el intercambio de ideas y experiencias en la población estudiantil a la que va dirigida. El desarrollo de habilidades (indicadas más abajo), la práctica continuada y la retroalimentación son elementos claves para la prevención del consumo de sustancias en el ámbito escolar. Asimismo, se refuerza desde los distintos sectores que las actuaciones que se desarrollan dentro del programa sean sostenidas a través del tiempo para la efectividad del cambio de comportamiento (WHO, 2002).

Las estrategias deben ir dirigidas a favorecer el aprendizaje de dos tipos de habilidades:

- Específicas: aporta conocimientos sobre las sustancias. Objetivo: promover actitudes contrarias a su uso y evitar comportamientos inadecuados.
- Inespecíficas: destinadas a mejorar el desarrollo personal y social de las personas destinatarias.

Existen estudios que demuestran la poca utilidad de las intervenciones basadas en modelos meramente informativos, ya que no modifican la conducta de la población adolescente. Por ello, la intervención debe combinar la educación en habilidades para la vida con el conocimiento de la normativa y características de sustancias adictivas.

Objetivos generales de la línea

- Retrasar la edad de inicio del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias adictivas.
- Evitar el consumo de sustancias psicoactivas.
- Potenciar factores de protección y reducir factores de riesgo.
- Generar aprendizajes que lleven a la formación de competencias que permitan al alumnado enfrentarse a situaciones de riesgo y de conflicto, plantear

soluciones a situaciones adversas, asumir consecuencias y actuar con seguridad y autonomía.

- Fomentar estilos de vida saludables.

Para la consecución de estos objetivos es necesario centrarse en el desarrollo de competencias que posibiliten el bienestar emocional y la prevención específica sobre alcohol y tabaco; proporcionando información detallada de las mismas, los peligros de su consumo, así como, los efectos positivos que supone no consumirlos, favoreciendo en el alumnado la capacidad de analizar y reconocer factores de riesgo que influyen en el uso como la presión del grupo de iguales, la publicidad o las creencias normativas. Como actividades de prevención se proponen las siguientes

- Mantenimiento y acreditación de los centros educativos como espacios libres de humo.
- Actividades en el aula con contenidos y tareas sobre los beneficios de una vida sin humo y los riesgos del consumo de tabaco, las creencias irracionales sobre los beneficios de fumar, las técnicas de mercadeo de la industria tabaquera y el afrontamiento de la presión grupal.
- Marketing social: "Clase sin humo" (CSH) y "Déjalo y gana" (DYG). Estos programas podrán ser presenciales (en centros de salud en tratamiento individual y/o grupal), vía telefónica (*Quitline*) o a través de *smartphones* (*Quit-On/Pittapp)*

Para el **Programa Creciendo en Salud en el Ámbito Educativo**[8], la línea de intervención está centrada en el desarrollo positivo del alumnado a través de las competencias definidas en la Línea de intervención de Educación Socio-emocional, a las que se suma un bloque específico sobre sustancias adictivas, alcohol y tabaco, reforzando los efectos positivos que supone no consumirlas y favoreciendo en el alumnado la capacidad de analizar y reconocer factores de riesgo que influyen en el consumo como la presión del grupo de iguales, la publicidad o las creencias normativas.

Las actividades propuestas tienen que ver con ampliar el conocimiento y las implicaciones del consumo de estas sustancias, efectos sobre la salud, riesgos y mitos y creencias de la publicidad.

Para el **Plan Andaluz de Drogas y Adicciones (2011-2016) en Andalucía**[9], El fin último de toda intervención en drogodependencias y adicciones es conseguir que la población objeto de ella mejore sus niveles de salud, también desde el ámbito local, adoptando

valores, actitudes y patrones de conducta más saludables e incompatibles con el consumo de sustancias.

Si hablamos de prevención de las adicciones en el ámbito local, el objetivo fundamental es conseguir edades de inicio al consumo cada vez más tardías, en personas jóvenes no consumidoras y las que consumen de forma esporádica o experimental, que no lleguen a desarrollar una drogodependencia.

El III Plan Andaluz sobre drogas y adicciones, contempla la prevención desde la intervención comunitaria (conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad mediante la participación activa de ésta en la transformación de su propia realidad, pretendiendo su capacitación y su fortalecimiento).

Otros aspectos recogidos son la potenciación de los factores de protección de cada comunidad y minimizar los factores de riesgo, fomentando hábitos saludables en los ámbitos laboral, comunitario y educativo y la adquisición de habilidades de rechazo de la sustancia.

Parece fundamental conseguir que los programas preventivos, en especial los de la convocatoria "Ciudades ante las Drogas", partan de un análisis de la realidad local, así como apoyar, promover y coordinar, desde las estructuras comunitarias, las actuaciones preventivas en los distintos ámbitos.

El planteamiento es conseguir la consecución de los objetivos a través de actividades lúdicas, formativas, Informativas, educativas, laborales, a través de campañas puntuales a actividades de larga duración. Pueden ser actividades de distinta índole, como "escuela de madres y padres", asesoría a entidades y asociaciones, acciones con voluntariado, control del consumo, actividades alternativas, educación valores, acciones en/con medios de comunicación… Se trataría de realizar intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud, aunque también son útiles las acciones relacionadas con la investigación.

En relación a los objetivos en el ámbito local se propone para la población el trabajo comunitario, dirigido a la población general que conlleva un alto ejercicio de coordinación transversal, que no siempre consigue alcanzar, como para crear o mantener las estructuras de coordinación necesarias, o crear la confianza imprescindible para garantizar la comunicación y cooperación. La colaboración con la mayor cantidad de instituciones y organizaciones de carácter público o privado de la comunidad es una necesidad perentoria, manifiesta y compleja, sensibilizando a la población sobre su relevancia como agente de salud y bienestar, en y desde sí misma, potenciando la implicación y colaboración, para la participación activa en el desarrollo

de las acciones preventivas, en los diversos escenarios específicos: centros educativos y laborales, asociaciones, etc.

Otros documentos como la **Guía de Intervención menores y consumos de Drogas. Madrid (ADES)**[10,11], el **Documento Mujeres y Tabaco: Enfoque de Género para el control de la epidemia en Andalucía**[12], el **Código de prácticas de las organizaciones profesionales de salud sobre el control del tabaquismo**[13], el **Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco**[14], así como el **Plan Nacional sobre Drogas**[15] sitúan la prevención en los mismos términos.

Otras recomendaciones para el ámbito local se derivan del recurso "Cómo lograr que la suya también sea una ciudad sin humo de tabaco": http://www.who.int/tobacco/publications/second_hand/training_smoke_free_cities/es/

Esta guía forma parte de los materiales concebidos para ofrecer un modelo de estructura de formación y unas orientaciones a quiénes se ocupen de preparar e impartir el taller «Cómo lograr que la suya también sea una ciudad sin humo de tabaco». Se pueden adaptar los materiales de la guía a las necesidades locales.

3. Propuesta de objetivos generales, específicos e indicadores

Si bien las actuaciones de carácter legislativo han demostrado evidencias mejorando las tasas de reducción del consumo e inicio, parece ser que **son las intervenciones intensivas y mantenidas en el tiempo las que consiguen efectos duraderos en los cambios cognitivo-conductuales de las personas**. Algunos estudios[16], consideran que el 85% del cambio de hábitos de conducta se debe a factores relacionados con el conocimiento.

Construir políticas de Salud Pública, creación de entornos saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la mejora del conocimiento, así como la reorientación de los Servicios de Salud son los pilares fundamentales en la prevención y promoción de la Salud[17].

Los objetivos específicos para abordar estos problemas de salud pública deben ser **acciones concretas, programables y mensurables**, tanto desde el punto de vista de la asistencia o participación al acto (impacto numérico sobre la población —componente cuantitativo—), como del cambio de conocimientos y resolución de disonancias cognitivas y falsas creencias que pueden estas detrás del mantenimiento de estilos de vida poco saludables.

Las acciones deben incluir estrategias participativas donde se promueva el compromiso y liderazgo de la población objeto. El uso del método pedagógico "por descubrimiento" en la orientación de los talleres y otras acciones formativas, como gymkanas y concursos temáticos, junto con actividades de carácter institucional (ej. "Días mundiales", uso de Redes Sociales, medios de difusión locales), deben ser valorados también desde el punto de vista cualitativo (ej., número de personas que colaboran como informadores/as acerca de algún problema de salud, incremento de personas que participan en alguna red social concreta).

Como orientación general, sobre la construcción de indicadores en este ámbito:

- Para valorar objetivos de participación, los indicadores deben incluir en el numerador el número de personas que han realizado/participado/colaborado en la actividad, siendo el denominador el número total de personas de la franja de edad/sexo o característica que los haga proclives a la intervención.

- En la valoración de los objetivos relacionados con la evaluación de factores protectores, los indicadores deberían considerar la prevalencia en el inicio al consumo, y su comparación con datos anteriores al inicio de las actuaciones que se quieren valorar.

- Para la valoración de objetivos de coordinación intersectorial, el numerador debe recoger el número total de actuaciones intersectoriales realizadas y el denominador el total de las planificadas. La pertinencia, objetivos y recomendaciones para el ámbito local fueron analizados en el capítulo anterior.

- Para evaluar objetivos relacionados con la información y sensibilización el numerador debe incluir el número de personas que han participado de acciones informativas y de sensibilización realizadas, y en el denominador el número total de personas que pertenecen a la población diana.

A continuación, incluimos una propuesta de posibles objetivos generales, específicos e indicadores basada en determinantes y activos en intervenciones de prevención de tabaquismo/abuso de alcohol y promoción de la salud, en Acción Local en Salud.

Objetivos generales

- Dar a conocer el uso de los entornos saludables para mejorar el estilo de vida de las personas.
- Difundir la oferta de entornos saludables y mensajes en contra del uso/abuso de alcohol/tabaco.
- Favorecer el uso de espacios saludables a colectivos sociales: AMPAS, asociaciones, clubes deportivos, escuelas de deporte.
- Sensibilizar sobre el problema de dependencia del alcohol/tabaco a la comunidad.
- Informar sobre recursos y dispositivos de ayuda ante el abuso de consumo de alcohol y la dependencia al tabaco.
- Reducir desigualdades de información y acceso a servicios de prevención y atención al tabaquismo/alcohol.
- Detectar y trabajar sobre facilitadores del abandono del consumo (autoestima, habilidades sociales).

Objetivos específicos	Indicadores
Declarar espacios libres de humo / alcohol a los entornos saludables (parques, rutas…).	Nº de espacios saludables del municipio declarados espacios libres de humo/alcohol / Total de espacios saludables con prohibición del consumo.
Informar a la población sobre los espacios libres de humo.	Nº de actividades informativas realizadas sobre espacio libres de humo en entornos saludables/ nº total de entornos saludables identificados.
Informar a la población sobre los entornos saludables: parques, rutas para el uso por parte de las personas, y tejido asociativo de la localidad.	Número de campañas realizadas en los medios de comunicación para la difusión de mensajes básicos sobre oferta de parques, Rutas.../ Número de campañas programadas.
Difusión en Tv local, Radio, Web información relativa a actividades saludables en entornos y rutas: gymkhanas, carreras e incluir mensajes contra las drogas.	Número de actividades saludables publicitadas en los medios de comunicación para la difusión de mensajes básicos sobre Prevención de alcohol/tabaco/total de oferta de actividades saludables.

Objetivos específicos	Indicadores
	Número de medios de comunicación local participantes en las campañas de difusión de mensajes de prevención del consumo de alcohol/tabaco *100 / Nº de medios de comunicación local.
Llevar a cabo actividades intersectoriales de sensibilización – información sobre alcohol/tabaco a asociaciones, clubes, centros de participación activa, escuelas de padres, AMPAS…	Nº de personas participantes en iniciativas intersectoriales puestas en marcha sobre alcohol/tabaco * 100 / Nº total de personas (el colectivo dependerá de la selección de perfil específico que se haya realizado).
	Número de iniciativas/actuaciones intersectoriales puestas en marcha sobre prevención del tabaquismo/alcoholismo*100/ número de iniciativas intersectoriales diseñadas programadas.
Sensibilizar a la comunidad sobre el no consumo de sustancias mediante la difusión de flash MOBS, cartelería, slogans en diferentes ámbitos locales (TV, WEB, Prensa local, pantallas,...) exposiciones con la temática de la prevención del consumo de alcohol/tabaco.	Nº de actuaciones de difusión sobre el no consumo de sustancias en los diferentes ámbitos locales *100/ Nº de actuaciones de difusión planificadas.
Planificar actividades relacionadas con la prevención del abuso de alcohol/tabaco conjuntamente con los agentes sociales: AMPAS, asociaciones… y la ciudadanía.	Nº de actividades planificadas relacionadas con la prevención del abuso de alcohol/tabaco con otros agentes sociales: AMPAS, asociaciones… y la ciudadanía*100/ nº total de actividades planificadas con otros agentes sociales: AMPAS, asociaciones… y la ciudadanía.
Informar a la comunidad a través de campañas en los medios de comunicación locales sobre dispositivos y recursos de ayuda a personas que fuman y/o beben.	Número de campañas realizadas en los medios de comunicación para la difusión de mensajes básicos sobre recursos y dispositivos de ayuda a fumadores/bebedores*100/Número total de campañas programadas.

Objetivos específicos	Indicadores
	Número de medios de comunicación local participantes en las campañas de información sobre recursos y dispositivos de ayuda *100 / Nº total de medios de comunicación local.
Informar a la comunidad a través de las web y redes sociales locales sobre dispositivos y recursos de ayuda a personas que fuman y/o beben.	Nº de enlaces web y redes sociales activos y en funcionamiento del municipio que han informado sobre recursos y dispositivos de ayuda.
Informar a la comunidad sobre dispositivos y recursos de ayuda a personas que fuman y/o beben a través del trabajo conjunto de diferentes sectores locales involucrados en el tema.	Número de actuaciones intersectoriales realizadas en iniciativas de prevención de tabaco/alcohol *100/ Número total de actuaciones intersectoriales programadas
Sensibilizar a la población sobre el impacto en la salud que tiene el alcohol/tabaco en el municipio dando a conocer por parte de profesionales los datos recogidos en el perfil de salud local.	Nº de materiales informativos sobre el impacto en la salud que tiene el alcohol/tabaco en el municipio distribuidos*100/nº total de materiales informativos existentes.
	Nº de participantes en los talleres de presentación de los datos a la ciudadanía/ total población del municipio en franjas de edad de consumo de alcohol/tabaco más frecuente (entre 16 y 70 años o la franja de edad que se priorice en el municipio).
	Nº de medios de comunicación locales que difunden los datos sobre el impacto en la salud que tiene el alcohol/tabaco en el municipio aportados por los profesionales*100/ Nº total de medios de comunicación locales.
Realizar un seguimiento del cumplimiento de la ley 42/2010 (RASSLH).(Ley anti botellón)	Número de denuncias por incumplimiento de la ley 42/2010*100/nº total de sanciones.
Promover la prevención de tabaco y alcohol	Número de eventos diseñados de manera intersectorial en materia de prevención del tabaco alcohol*

Objetivos específicos	Indicadores
mediante la organización de eventos como jornadas, charlas o plazas de la salud intersectoriales.	100 / Número total de eventos planificados.
Realizar intervenciones sobre aspectos predisponentes al consumo (autoestima, habilidades sociales) en los centros educativos.	Nº de intervenciones realizadas sobre factores predisponentes en los centros educativos * 100 / Nº total de intervenciones planificadas.
	Nº de talleres realizados de autoestima/habilidades sociales e informativos (Forma Joven, Déjalo y Gana, Di No)* 100 / Total talleres planificados.
	Nº de actividades interactivas realizadas: gymkanas, concursos slogan, flash mob, dirigidas a población joven * 100 / Nº total de actividades planificadas.
Organizar actividades alternativas sin alcohol en el municipio que fomenten el ocio saludable.	Nº de actividades alternativas sin alcohol (torneos nocturnos, rutas, carreras, actos culturales en lugares libres de consumo) realizadas*100/nº total de actividades programadas.

4. Indicadores sobre alcohol y Tabaco priorizados para monitorizar PLS

Con objeto de poder evaluar los resultados de los planes locales de salud en los municipios andaluces se han seleccionado una serie de objetivos e indicadores que monitorizar a nivel autonómico y que los municipios que trabajen el tema de alcohol y tabaco en su Plan Local de Salud deben incluir. Son los siguientes:

Objetivo

Promover medidas que favorezcan la prevención del consumo de tabaco y alcohol a través de:

- La difusión de mensajes informativos.
- El diseño y puesta en marcha de actividades de formación con participación directa de todos los sectores de la comunidad.
- El desarrollo de iniciativas intersectoriales.

Identificación del indicador (09.01)

Porcentaje de iniciativas ejecutadas intersectorialmente para la prevención del alcoholismo-tabaquismo en el municipio.

Definición de la forma de cálculo

Nº de iniciativas ejecutadas intersectorialmente para la prevención del alcoholismo-tabaquismo en el municipio/ N.º de iniciativas ejecutadas en el municipio dentro del plan de salud.

Identificación de la/s fuente/s de información

- Acta reunión Grupo/mesa adicciones RELAS.
- Memoria Concejalía SSSS.
- Servicio Prevención y vigilancia de la salud (SPPVS) UGC/DAP.

Periodicidad del seguimiento

- Anual.

Definición de responsabilidades

- Responsable de recolección de datos (registro): Responsable Grupo Adicciones RELAS, Técnico Concejalía Servicios sociales (SS.SS), Técnico Servicio de Promoción Prevención y Vigilancia de la Salud (TSPPVS).
- Responsable del cálculo: Responsable Grupo Adicciones RELAS.
- Seguimiento: Coordinador técnico y Técnico de Acción local en Salud (TALS).

Nivel de referencia (estándar)

- Tendríamos que conocer el peso de cada área de salud pública en el conjunto del plan y establecer este peso como nivel de referencia de partida.
- En caso de no contar con este dato, habría que establecerlo arbitrariamente.

Nivel objetivo

- Elegir arbitrariamente partiendo del nivel de referencia el nivel objetivo.

Identificación del indicador (09.02)

Porcentaje de iniciativas de información realizadas en los medios de comunicación (campañas mantenidas dirigidas a grupos específicos, material informativo) para la difusión de mensajes relacionados con el consumo de alcohol-tabaco.

Definición de la forma de cálculo

N.º de iniciativas de información realizadas en los medios de comunicación (campañas mantenidas dirigidas a grupos específicos, material informativo) para la difusión de mensajes relacionados con el consumo de alcohol-tabaco/Nº de iniciativas programadas de información dentro del PLS

Identificación de la/s fuente/s de información

- Acta reunión Grupo/mesa adicciones RELAS.
- Memoria Concejalía SS.SS.

Periodicidad del seguimiento

Anual: Se llevará a cabo un registro en la ficha de acción al contemplarla en la agenda anual y tras la ejecución de la iniciativa.

Definición de responsabilidades

- Responsable de recolección de datos (registro): Responsable Grupo Adicciones RELAS, Técnico Concejalía SS.SS.
- Responsable del cálculo: Responsable Grupo Adicciones RELAS.
- Seguimiento: Coordinador técnico y TALS.

Nivel de referencia (estándar)

- Tendríamos que conocer el peso de cada área de salud pública en el conjunto del plan y establecer este peso como nivel de referencia de partida.
- En caso de no contar con este dato, habría que establecerlo arbitrariamente.

Nivel objetivo

- Elegir arbitrariamente, partiendo del nivel de referencia, el nivel objetivo.

Identificación del indicador (09.03)

Existencia de iniciativas de formación diseñadas y realizadas con participación directa de la población diana sobre alcohol-tabaco dentro del PLS.

Definición de la forma de cálculo

Existencia de iniciativas de formación diseñadas y realizadas con participación directa de la población diana sobre alcohol-tabaco dentro del PLS.

Identificación de la/s fuente/s de información

- Acta reunión grupo/mesa adicciones RELAS.
- Memoria concejalía SS.SS. (SPPVS) UGC/DAP

Periodicidad del seguimiento

- Anual.

Definición de responsabilidades

- Responsable de recolección de datos (registro): Responsable grupo adicciones RELAS.
- Técnico Concejalía SS.SS.
- Responsable de seguimiento: Responsable grupo adicciones RELAS.

Nivel de referencia (estándar)

- Tendríamos que conocer el peso de cada área de salud pública en el conjunto del plan y establecer este peso como nivel de referencia de partida.
- En caso de no contar con este dato, habría que establecerlo arbitrariamente.

Nivel objetivo

- Elegir arbitrariamente, partiendo del nivel de referencia, el nivel objetivo.

5. Referencias bibliográficas

1. Sánchez Cruz J, García Fernández l, Mayoral Cortés JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013

2. Pujol Rodríguez, R. Encuesta europea de salud en España 2014. Blog Envejecimiento [en-red], 18 de noviembre, 2015. ISSN 2387-1512. Disponible en: https://envejecimientoenred.wordpress.com/2015/11/18/encuestaeuropea-de-salud-en-espana-2014

3. Álvarez E, Llorens N, Brime B. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.

4. Mesa Cruz P, Amo Alfonso M, López Pérez P. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sevilla. Consejería de Salud. 2005.

5. Forma Joven en el ámbito educativo. Disponible en: http://portal.ced.junta-andalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/74db6206-c2ff-4da3-ab5d-56f3d9957cf3

6. Creciendo en Salud. Disponible en: http://portal.ced.junta-andalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/creciendoensalud

7. III Plan andaluz sobre drogas y adicciones en Andalucía. http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/drogodependencias_archivos_III_plan_andaluz_drogas_y_adicciones_2.pdf

8. Guía de intervención de menores en la comunidad de Madrid. http://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf

9. Vellisco García A., Resiliencia y tabaquismo en adolescentes. Prevención del tabaquismo. 8:3. 2006.

10. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud. 2003. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

Anexo 1. Glosario

Productos del tabaco (OMS): Los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.

Tabaquismo: El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco y dónde se puede fumar.

Droga (OMS): Toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Adicción (OMS): Es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación (drogas ilegales, alcohol, nicotina, medicamentos, sexo, relaciones, codependencia, juego, internet y comida…).

Dependencia (OMS): El estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar la droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Craving. Se refiere al deseo irrefrenable de consumo.

Determinantes sociales de la salud (OMS): Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Factores de riesgo (OMS): Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.