

***PLAN DE PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DEL
TABAQUISMO EN CASTILLA
LA MANCHA
2002-2007***

PREAMBULO

1- INTRODUCCIÓN

En el momento actual, el tabaquismo se considera como la principal causa de morbimortalidad en los países desarrollados. De acuerdo con el último informe de la OMS , esta drogodependencia habrá causado 4 millones de muertos en el mundo durante el año 2000 y causará 10 millones de muertos en 2020, por lo que inevitablemente hace que las autoridades sanitarias contemplen el tabaquismo como una prioridad de salud pública, lo que obligará a establecer y a asignar recursos para prevenirlo y tratarlo.

Por otro lado, los más recientes informes científicos consideran que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que se inicia antes de los 18 años de edad en más del 80% de los casos y que es capaz de causar la muerte prematura en más de la mitad de aquellos que la padecen

Esta condición de enfermedad crónica adictiva es el principal motivo de desarrollo de intervenciones sobre los sujetos fumadores, para ayudarles a abandonar definitivamente el consumo del tabaco.

La creciente preocupación de los profesionales sanitarios respecto al tabaquismo y su capacidad para intervenir sobre el mismo, a pesar de la escasez de recursos, así como su capacidad para transmitir a la sociedad, a través de los medios de comunicación social, el problema de salud pública que aquél representa, han servido de estímulo para que las autoridades politicosanitarias de los distintos países hayan comenzado a desarrollar planes integrales de prevención y tratamiento de esta drogodependencia. En España varios sistemas autonómicos de salud han comenzado a elaborar planes de control del tabaquismo. Casi todos llevan implícita la creación, dentro del sistema sanitario público, de un programa de asistencia integral a los sujetos fumadores.

Todos los profesionales sanitarios deben intervenir sobre el tabaquismo de manera adecuada según la situación del paciente y en función de los recursos de que se disponga en el ámbito asistencial en el que se realice la intervención. En cualquier lugar del sistema asistencial se puede y debe intervenir sobre el tabaquismo, aunque esto no quiere decir que todas las intervenciones deban ser iguales. La intervención, independientemente del lugar del sistema donde se realice, debe ajustarse a la fase de abandono del consumo del tabaco en la que se encuentre el paciente , y con ello se aumenta su eficiencia , aspecto que es de primordial importancia para la administración sanitaria cuando se trata de asignar recursos a un área asistencial.

2- EFECTOS PERJUDICIALES DEL TABACO

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

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

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

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

Numerosos organismos internacionales alertan de la importancia del problema de salud que plantea el consumo de tabaco. El programa "Europa Contra el Cáncer" de la Comisión Europea en su "Código Europeo Contra el Cáncer" sitúa el abandono del tabaco en el primer lugar de las medidas para la prevención de los cánceres. El Comité de expertos oncólogos del citado programa recomienda unánimemente a la Unión Europea que las medidas para reducir el consumo de tabaco sean su mayor prioridad sanitaria para el quinquenio 1997-2001.

En los países industrializados, el tabaquismo se ha convertido en la primera causa de morbimortalidad evitable.

En España, durante el periodo 1978-1992, la mortalidad atribuible al tabaco se estimó en un 14% de la mortalidad total. Esto, junto al alto coste sanitario y social, y unido al hecho de que el tabaquismo es un factor de riesgo susceptible de prevención han convertido a "la reducción de la

prevalencia de consumo del tabaco” en uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud de cualquier país de nuestro entorno socioeconómico.

3 EFECTOS BENEFICIOSOS DE LA CESACION DEL TABACO

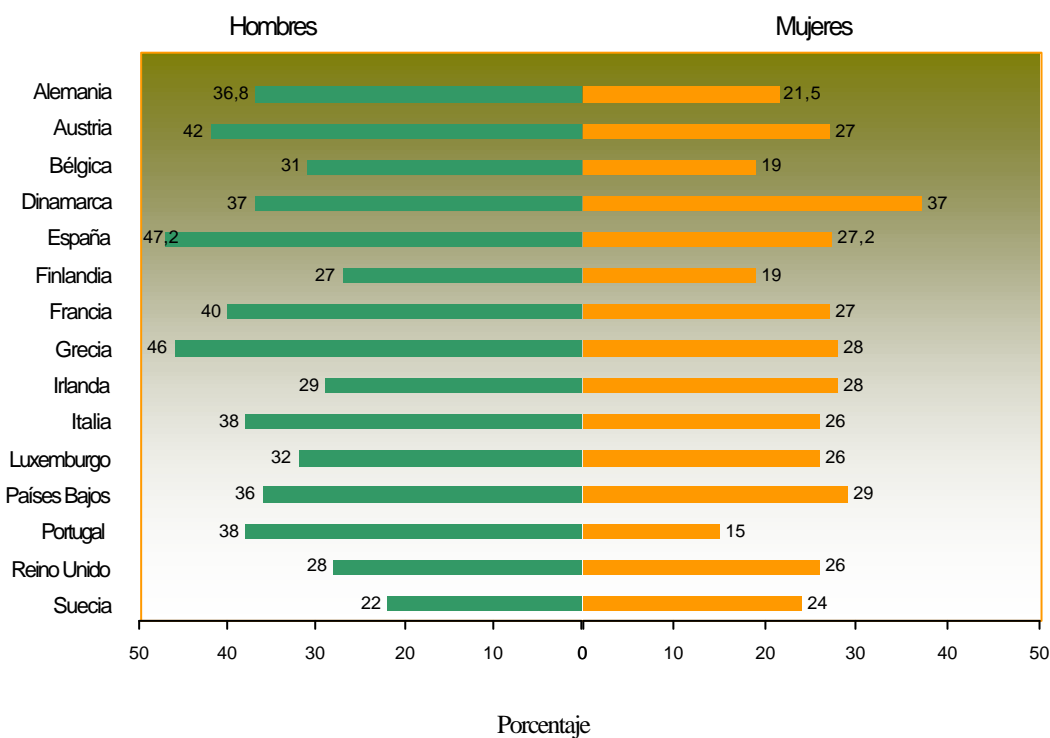
4- SITUACIÓN del TABAQUISMO

4.1 - SITUACION EN ESPAÑA

El consumo de tabaco, fundamentalmente en forma de cigarrillos, se encuentra incorporado en los hábitos de conducta de nuestra sociedad de forma extensa desde los años treinta, coincidiendo con la expansión de la fabricación industrial del cigarrillo y su transformación en una rentable industria.

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de 1997 (ENSE 1997) la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 16 y más años es del 35,7%, lo que representa un ligero descenso respecto a la prevalencia de 1987 (Encuesta Nacional de Salud 1987, ENS 1987) que fue del 38%. Sin embargo, España es uno de los países de la Unión Europea que presenta un mayor prevalencia de consumo, tanto en hombres como en mujeres. (Figura 1)

FIGURA 1. Prevalencia del consumo de tabaco en hombres y mujeres. Estados de la UE. Población de más de 15 años



Fuente: *Perfiles sobre tabaco de la UE. OMS Marzo 1996*

4.2 SITUACIÓN EN CASTILLA LA MANCHA

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1993, la **prevalencia** de tabaquismo en Castilla-La Mancha, se encuentra por debajo de la media nacional, con un 32% de población de 16 y más años fumadora, frente a un 36% en España .

Respecto a la encuesta realizada en 1987, se ha producido un descenso en el porcentaje de fumadores (34% 32%) y un incremento de los no fumadores (50,8% frente a un 55%).

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS FUMADORA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA EN LOS AÑOS 1987 Y 1993

¡Error! Marcador no definido.COMUNIDAD AUTONOMA	1987	1993
Andalucía	39	36
Aragón	40	34
Asturias	37	35
Baleares	34	34
Canarias	38	36
Cantabria	41	42
<u>Castilla-La Mancha</u>	<u>34</u>	<u>32</u>
Castilla y León	37	35
Cataluña	38	35
Comunidad Valenciana	38	36
Extremadura	39	37
Galicia	35	35
Madrid	40	37
Murcia	40	40
Navarra	39	38
País Vasco	41	39
La Rioja	38	35

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993.

Referido al **sexos**, el porcentaje de hombres fumadores **es más alto** que el de mujeres (47,2% y 18,2%) aunque esta diferencia disminuye con la edad (23,4% y 0,9% en el grupo de 65 y más años; 41,7% y 4,4% en el grupo de 45-64 años; 67,0% y 32,7% en el grupo de 25-44 años; 42,1% y 41,2% en el grupo de 15-24 años) siendo mínima en el grupo de 15-24 años (1,1%)

**PORCENTAJE DE FUMADORES SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO
EN CASTILLA-LA MANCHA, 1993**

EDAD	VARONES	MUJERES
15-24	42,10	41,20
25-44	67,00	32,70
45,64	41,70	4,40
65 y más	23,40	0,90
TOTAL	47,20	18,20

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1993.

Al analizar la tipología del consumo de tabaco en Castilla-La Mancha, la encuesta arrojó los siguientes resultados: un 67 % de no fumadores, un 4% de fumadores no diario, un 9% de fumadores moderados (de 1 a 10 cigarrillos diarios), un 15% de fumadores habituales (de 11 a 20 cigarrillos diarios), un 4% de fumadores altos de (21 a 40 cigarrillos diarios) y un 0% de fumadores pesados (de más de 40 cigarrillos diarios).

**TIPOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO, CASTILLA-LA MANCHA
/
ESPAÑA 1993. POBLACIÓN DE 16 Y MAS AÑOS.**

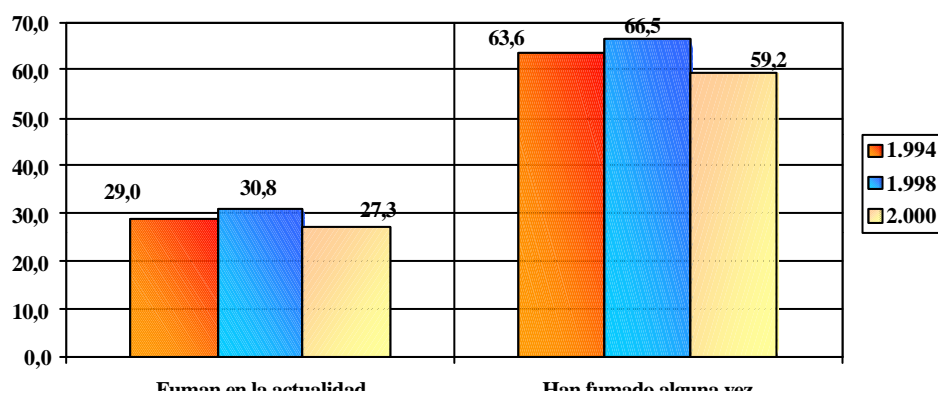
¡Error! Marcador no	ESPAÑA	CASTILLA-LA MANCHA
No fumadores	63%	67%
Fumador no diario	4%	4%
Fumador moderado	11%	9%
Fumador habitual	15%	15%
Fumador alto	5%	4%
Fumador pesado		0%
No contesta	1%	1%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1993

En el estudio de los datos de la **ENCUESTA SOBRE DROGAS EN LA EDAD ESCOLAR** realizada en Castilla la Mancha, en el año 2000 se ponen de manifiesto las cuestiones que se indican a continuación

Se ha reducido el porcentaje de jóvenes que fuman en la actualidad, pasando de 31 de cada 100 en 1.998 a 27 de cada 100 en el 2.000.

Se ha registrado una reducción del 12% en los escolares de 14 a 18 años que manifiestan haber



fumado alguna vez, pasando de un **66 % a un 59 %** entre el año **1998** y el **2.000**.

Con respecto a la evolución del consumo de escolares de 14 a 18 años se obtienen los siguientes datos:

Consumo alguna vez en la vida			Consumo en los últimos 30 días		
1994	1998	2000	1994	1998	2000
63,6	66,5	59,2	29,0	30,8	27,3

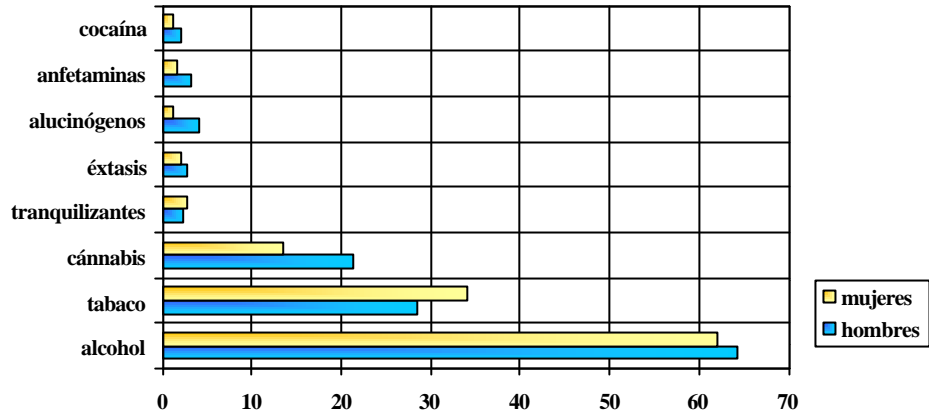
El contacto de los escolares con las diferentes drogas se produce en edades tempranas, siendo el consumo de tabaco el que más tempranamente se da entre los jóvenes (a los 13 años), seguido de las bebidas alcohólicas (13,4 años), los tranquilizantes (14,3) y el cánnabis (14,8). La cocaína es la droga cuyo consumo comienza en edades más avanzadas (15,7 años).

Edades medias de inicio al consumo de drogas, según edad del entrevistado. Castilla-La Mancha					
Encuesta sobre drogas a Población Escolar 2000					
	14	15	16	17	18
Tabaco	12,0	12,5	12,9	13,9	13,9
Tabaco (consumo diario)	13,2	13,7	14,1	15,0	15,3
Alcohol	12,6	13,0	13,8	14,2	14,4
Alcohol (consumo semanal)	13,4	14,1	14,6	15,1	15,3
Tranquilizantes	12,7	13,0	14,7	15,8	16,0
Cánnabis	13,5	14,3	14,9	15,3	15,4
Éxtasis y otras drogas de síntesis	13,7	14,6	15,3	16,2	16,5
Alucinógenos	13,5	14,6	15,5	15,8	16,8
Speed y anfetaminas	13,0	13,9	15,5	16,1	16,2
Cocaína	14,0	14,5	15,4	16,2	16,8
Sustancias volátiles	12,2	13,4	14,6	14,2	15,3

Las edades medias de inicio al consumo de las tres sustancias con mayores prevalencias, (alcohol, tabaco y cánnabis) han descendido en el período 1.998 - 2.000.

Las restantes sustancias, (alucinógenos, tranquilizantes, cocaína y éxtasis) presentan incrementos en dichas edades de inicio del consumo, observándose el más elevado en los consumidores de éxtasis que de 15 años pasa a 15,5.

■ Tanto en el patrón de consumo experimental como en el habitual, los varones presentan mayores prevalencias de consumo que las mujeres en todas las sustancias excepto en el tabaco y los tranquilizantes sin receta médica



La Prevalencia de los consumos de drogas de los escolares de 14 a 18 años, según sexo.

Prevalencia de los consumos de drogas, según sexo. Castilla-La Mancha, 2.000				
	Cosumos experimentales		Cosumos habituales	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Tabaco	56.0	61.9	28.6	34.2
Alcohol	78.3	75.8	64.3	62.0
Tranquilizantes	6.1	7.4	2.2	2.9
Cánnabis	31.2	23.1	21.4	13.5
Extasis	6.4	4.6	2.9	2.0
Alucinógenos	8.3	4.6	4.1	1.3
Speed y anfetaminas	5.9	2.7	3.2	1.6
Cocaína	5.0	2.6	2.0	1.2
Sustancias volátiles	6.7	4.3	2.9	1.2
Heroína	1.4	0.6	1.2	0.4

Consumo experimental = consumo de alguna vez en la vida

Consumo habitual = consumo en los últimos 30 días

En cuanto a las Edades medias de inicio del consumo de tabaco de los escolares de 14 a 18 años, según su edad se aprecia lo siguiente:

Edades medias de inicio al consumo de drogas, según edad del entrevistado. Castilla-La Mancha					
	Encuesta sobre drogas a Población Escolar 2000				
	14	15	16	17	18
Tabaco	12,0	12,5	12,9	13,9	13,9
Tabaco (consumo diario)	13,2	13,7	14,1	15,0	15,3
Alcohol	12,6	13,0	13,8	14,2	14,4
Alcohol (consumo semanal)	13,4	14,1	14,6	15,1	15,3
Tranquilizantes	12,7	13,0	14,7	15,8	16,0
Cánnabis	13,5	14,3	14,9	15,3	15,4
Extasis y otras drogas de síntesis	13,7	14,6	15,3	16,2	16,5
Alucinógenos	13,5	14,6	15,5	15,8	16,8
Speed y anfetaminas	13,0	13,9	15,5	16,1	16,2
Cocaína	14,0	14,5	15,4	16,2	16,8
Sustancias volátiles	12,2	13,4	14,6	14,2	15,3

Por otra parte se ha visto que, independientemente de la droga analizada, la proporción de consumidores aumenta progresivamente conforme aumenta la edad, es decir, a mayor edad del escolar mayores porcentajes de consumidores,

Los mayores incrementos en los consumos de tabaco, alcohol y cánnabis se observan entre los 14 y 15 años, lo que hace de esta una edad crítica en la expansión de los mismos. Por el contrario, para los psicoestimulantes los mayores incrementos se registran a partir de los 16 años

Prevalencia de los consumos de drogas, según edad.					
CONSUMOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA	EDAD DEL ENTREVISTADO				
	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Tabaco	43,8	61,0	63,4	70,8	78,4
Alcohol	53,2	78,5	87,4	89,3	89,7
Tranquilizantes	3,0	5,3	7,8	10,3	5,2
Cánnabis	8,2	21,5	33,2	40,1	49,5
Extasis	1,3	3,6	6,0	12,4	16,8
Alucinógenos	3,2	3,6	5,2	7,4	13,5
Speed y anfetaminas	1,1	2,0	2,9	7,4	10,5
Cocaína	1,1	2,3	3,3	11,2	12,4
Sustancias volátiles	3,2	5,2	5,4	3,9	9,3
CONSUMOS ULTIMOS 30 DIAS					
Tabaco	10,7	26,2	33,0	42,5	55,7
Alcohol	40,3	61,3	74,7	78,1	74,2
Tranquilizantes	1,1	1,6	3,9	3,4	1,0
Cánnabis	6,0	12,6	21,6	26,5	26,8
Extasis	0,9	1,1	3,1	6,4	5,2
Alucinógenos	1,1	1,4	2,3	2,6	3,1
Speed y anfetaminas	0,4	1,8	1,8	4,3	2,1
Cocaína	0,9	1,1	1,5	5,2	1,0
Sustancias volátiles	1,5	2,3	1,8	0,0	1,0

4.3- RECURSOS SOBRE EL TABACO EXISTENTES EN CASTILLA LA MANCHA

Los recursos en materia de prevención y tratamiento existentes en la región de Castilla la Mancha, son escasos y de distribución desigual.

Asimismo estos recursos están actuando sin conexión ni coordinación.

PROVINCIAS	UNIDADES DE TRATAMIENTO ANTITABACO	CENTROS DE SALUD CON TRATAMIENTO ANTITABACO	FARMACIAS CON ACTIVIDAD ANTITABACO	OTROS RECURSOS
ALBACETE	1			
CIUDAD REAL	0			
CUENCA	1			
GUADALAJARA	1			
TOLEDO	2			
TOTAL	5	nc	nc	nc

4.4-SITUACION EN EUROPA

4.5-SITUACION EN EL MUNDO

5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

El Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Castilla la Mancha, tiene como objetivo disminuir el consumo activo y pasivo del tabaco y consecuentemente aumentar la salud y calidad de vida de la población de Castilla la Mancha, mediante las correspondientes acciones que ayuden a conseguir este objetivo con especial incidencia en la:

5.1 PREVENCIÓN EN JÓVENES (prevención del inicio)

A este nivel se deben realizar actuaciones que consigan que nuestros jóvenes tengan mejores alternativas que la de iniciarse en el consumo del tabaco. Para ello a lo largo de la vigencia del Plan se deben realizar las siguientes actividades:

- 5.1.1.- Informar a los jóvenes de los efectos negativos del tabaco y de las ventajas de su abandono (mediante información en las escuelas y entrega de folletos).
- 5.1.2 Realizar campañas en los medios de comunicación específicamente dirigidas a los jóvenes a fin de contrarrestar la publicidad de las tabaqueras en este colectivo.
- 5.1.3 Introducir el tema del tabaquismo en los programas escolares de Educación para la Salud
- 5.1.4 Formar y concienciar y potenciar el papel ejemplar de los profesores sobre el tabaquismo y sus efectos a fin de que desempeñe de su rol, prevenga el inicio del consumo de tabaco entre sus alumnos.
- 5.1.5 Exigencia del cumplimiento de la normativa sobre el tabaco en los centros docentes

5.2 PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL

5.3 PREVENCIÓN EN EMBARAZADAS

5.4 PREVENCIÓN EN LA POBLACION LABORAL

6- INTEVENCION LEGAL

6.1 PROHIBICIÓN DE PUBLICIDAD

6.2 PROHIBICION VENTA SUELTA DE CIGARRILOS.

6.3 SOLO VENTA EN ESTANCOS, DISMINUIR LA ACCESIBILIDAD AL TABACO

6.4 IMPLICAR A LA ADMINISTRACIÓN LOCAL FAVORECIENDO LA PUBLICACIÓN DE ORDENANZAS MUNICIPALES SOBRE EL TABACO

6.5 SEÑALIZACION DE CENTROS

6.7 CLARIFICAR, AGILIZAR Y SIMPLIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS SANCIONADORRES SOBRE EL TABACO

7- PROGRAMAS DE FORMACION

7.1 FORMACION A PERSONAL SANITARIO: (primaria y especializada y personal sociosanitario)

7.2 FORMACIÓN A DOCENTES, ALUMNOS DE ESTUDIOS SUPERIORES

7.3 FORMACION E INFORMACIÓN A COLECTIVOS ESPECIALES (periodistas, políticos, policías.)

8. DESHABITUACION TABAQUICA

8.1 -PROGRAMA A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA:

8.1.1 Intervención mínima.

8.1.2 Intervención avanzada).

8.2- PROGRAMA A NIVEL DE SALUD MENTAL

8.3 - PROGRAMA A NIVEL ESPECIALIZADA:

8.3.1 Intervención mínima.

8.3.2 Unidades de Tratamiento Especializada en Tabaquismo (UTET).

8.4- PROGRAMA A NIVEL DE SALUD LABORAL. (servicios de prevención, mutuas)

9 ACTUACIONES A OTROS NIVELES DE AYUDA A LA DESHABITUACION

9.1. UNIDADES DE DESPLAZAMIENTO: *a núcleos rurales, centros sanitarios y sociosanitarios, centros de trabajo,)*

9.2 CREAR COMITES ANTITABACOS EN LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

9.4 A NIVEL DE FARMACIAS *que se adhieran al programa*

9.5 CON ASOCIACIONES SIN ANIMO DE LUCRO

9.6 POR INTERNET

9.7 POR CORREO

10- OTROS RECURSOS DE AYUDA AL FUMADOR

10.1- TELEFONO DE INFORMACION AL FUMADOR 24 HORAS

10.2- PUNTOS DE INFORMACION AL FUMADOR (Internet, centros sanitarios, sociosanitarios, carteles, folletos- expositores en centros públicos, bancos, grandes superficies comerciales)

1.3 SUBVENCION DE LOS TRATAMIENTOS AL 66 %

10.4 PREMIOS AL ABSTINENTE DE FUMAR

El prototipo de esta actividad es el programa QUIT and WIN (déjalo y gana). Este programa se realiza cada dos años en varios países del mundo. Participan los mayores de 18 años fumadores. El momento de participación es en el mes de mayo, se realiza simultáneamente en multitud de países. Lo que se exige es que los participantes estén el mes de mayo sin fumar y por ese hecho tienen derecho a participar en concursos regionales, nacionales e internacionales con interesantes premios.

Este programa ha demostrado su eficacia, pues un porcentaje nada desdeñable de fumadores continúan sin fumar después del mes del concurso.

Además este programa permite una presencia activa en los medios de comunicación social, sobre los aspectos relacionados con el tabaquismo, durante los meses previos y posterior al concurso.

Otra ventaja de este programa es que moviliza a grandes masas de personas, y el coste no es demasiado caro, estimándose para Castilla la Mancha un coste económico de 18.000 euros para el año 2002.

10.5 VIDEOS, DVD, CD INFORMATIVOS y/o LUDO- EDUCATIVOS SOBRE EL TABACO

Durante el periodo de vigencia del plan, la Consejería de Sanidad editará los videos, DVD's, CD's que proporcionen información sobre el Tabaquismo, y también sean elementos de apoyo tanto en la prevención del tabaquismo como en la ayuda al fumador a dejar de fumar.

10.6 FOMENTAR EL ASOCIACIONISMO DE EX FUMADORES

La Consejería de Sanidad, a lo largo de la vigencia del Plan, fomentará la creación de asociaciones sin ánimo de lucro de ex fumadores. La financiación de los proyectos que estas asociaciones elaboren y que contribuyan a la prevención y tratamiento del tabaquismo, recibirán trato preferente en la concesión de las subvenciones a través de la orden de Ayudas y Subvenciones a las Asociaciones de Autoayuda Sanitaria que cada año convoca la Consejería de Sanidad.

10.7 REVISTA TRIMESTRAL SOBRE EL TABAQUISMO

10.8 PROGRAMA MENSUAL CORTO EN LA TELEVISIÓN REGIONAL SOBRE TABACO

10.9 FAVORECER LA EXISTENCIA DE CENTROS SIN TABACO (restaurantes, hoteles, cafeterías...)

10.10 CELEBRAR ANUALMENTE EL DIA MUNDIAL SIN TABACO

11. OTRAS CONSIDERACIONES

11.1-COMPROMISO DE CONTAR CON RECURSOS MATERIALES, TÉCNICOS Y FINANCIEROS NECESARIOS

11.2 CREAR EL CONSEJO DE DIRECCIÓN DEL PLAN ANTITABACO

11.3 NOMBRAR UN COORDINADOR / DIRECTOR DEL PLAN ANTITABACO

11.4 NOMBRAR DIRECTORES DEL PLAN ANTITABACO EN CADA AREA

11.5 CREAR COMITÉ EJECUTIVO REGIONAL DEL PLAN ANTITABACO

11.6 SUVENCIONAR TRABAJOS D EINVESTIGACION SOBRE EL TABACO

12. SISTEMA DE INFORMACION Y EVALUACION DEL PROGRAMA

13 EVALUACION ECONOMICA DEL PROGRAMA

14 CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA