



LA IMAGEN SOCIAL DEL TABACO, LA LUCHA POR LA OPINIÓN PÚBLICA Y SU CERCANA REGULACIÓN

TOBACCO SOCIAL IMAGE, THE BATTLE FOR THE PUBLIC OPINION AND HIS NEAR REGULATION

AUTOR

David Caldevilla Domínguez

Profesor en la Facultad de CC. II. De la Universidad Complutense de Madrid (España).
davidcaldevilla@terra.es

RESUMEN

El Estado ha tomado las riendas de los problemas generados por el tabaquismo a través de una serie de acciones destinadas a paliar su consumo y minimizar sus efectos en la salud a través del planteamiento, a nivel de borrador aún, de una serie de leyes que confluirán en la eliminación de hábitos sociales que influyen en la juventud, especialmente sensible al consumo de esta 'droga' legal.

Obviamente toda campaña de re-educación conlleva una campaña de imagen con la que el Ministerio pretende concienciar a la Sociedad y que sus medidas sean aceptadas de manera mayoritaria.

El dato que ha servido de detonante para la Opinión Pública y que ha sido muy divulgado en estos meses pasados del 2001 es el resultado de la Encuesta Domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas: En el grupo de edad entre 15 y 64 años se está produciendo una ligera disminución del consumo entre los hombres. De hecho, se ha pasado del 42,8% en 1997 al 42% en 2001. Sin embargo, se ha producido un incremento entre las mujeres (ha pasado del 27,1% en el 97 al 31,3% en el 2001).



En la población adolescente, según la Encuesta Escolar sobre Drogas 2001, el 20,6% de los estudiantes de 14 a 18 años fuma diariamente. Las chicas presentan una prevalencia de consumo más alta que los chicos en todas las edades y a medida que aumenta la edad, aumenta el consumo. A la edad de 18 años fuma el 31,1% de los chicos y el 45,6% de las chicas.

Según datos de la Encuesta de Conductas de Salud en Escolares 2000-2001, la edad media de inicio en este hábito se sitúa en los 13,1 años, con un consumo medio diario de 7,4 cigarrillos. Los datos comparados muestran que, con el paso de los años, la edad de inicio es cada vez menor, lo que hace necesario redoblar los esfuerzos en las políticas de prevención.

Las tabaquerías han intentado, desde que se iniciaron las restricciones legales, burlar las medidas proteccionistas de las Administraciones, recurriendo a acciones (conocidas a través de declaraciones de 'arrepentidos') tildadas como poco éticas.

Desde el **Grupo Concilium** hemos tratado de estudiar este fenómeno, uniendo el concepto de imagen pública al de la situación política deseable.

PALABRAS CLAVE

Tabaco – Tabaquerías – Ministerio de sanidad – Imagen del tabaco – Plan Nacional antitabaquismo.

ABSTRACT

The State has tackled the problems generated by nicotine poisoning by means of a series of actions aimed at reducing its consumption and minimizing its side effects on people's health. The State is promoting a number of laws, which are still drafts, which will help eradicate some social habits among youngsters, who are especially sensitive to smoking this legal 'drug'.

Obviously any re-education campaign involves an image campaign like the one the Ministry is preparing to make society aware of this problem, so that the steps taken are to be accepted by a great majority.



The piece of data that has spurred Public Opinion and which has been published in these last months of 2002 is the result of the House-to-house Survey of the National Plan on Drugs: in the age group between 15 and 64 year olds consumption is slightly decreasing among men. In fact, it has passed from 42.8% in 1997 to 42% in 2001. Nevertheless, consumption among women has increased (from 27.1% in 1997 to 31.3% in 2001).

Among teenagers, according to the 2001 School Survey on Drugs, 20.6% of students between 14 and 18 years old smoke daily. Girls smoke more than boys at all ages, and the older they are, the more they smoke. At 18, 31.1% of boys and 45.6% of girls smoke.

According to the 2000-2001 Survey on Health Behaviour among School Children, the average age at which they start smoking is 13.1 years old, with a daily consumption of 7.4 cigarettes. Data show that, in more recent years, the adoption age is getting smaller, which makes it necessary to try twice as hard in prevention politics.

Cigar makers have attempted, since legal restrictions became the norm, to get around the protectionist measures of the Administration, by means of actions (known through declarations from 'reformed' people) which have been considered not very ethical.

From the ***Grupo Concilium*** have tried to study this phenomenon, linking the concept of the public image of the political situation desirable.

KEY WORDS

Tobacco – Tobacco Industries – Spanish Health Ministry – Image of tobacco – Spanish National anti-smoking Plan.

ÍNDICE

1. Introducción
2. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo
3. Un poco de historia



- 3.1. Aspectos económicos
- 4. Aspectos considerables en el consumo del producto
 - 4.1. Flujo del proceso de producción
- 5. Producción, rendimiento y exportaciones del tabaco a nivel mundial
 - 5.1. Economía del sector en la UE
 - 5.2. Transformación del tabaco en cigarrillos y otros productos del tabaco
 - 5.3. Utilización del tabaco
- 6. Aspectos socioeconómicos y posibles alternativas
- 7. Tabaco y salud
 - 7.1. Diferencias entre los sexos en el consumo de tabaco en el mundo: hallazgos de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes
 - 7.2. Empresas productoras de tabaco y la salud
 - 7.3. Antecedentes de la Industria Tabacalera
 - 7.3.1. *Los Documentos de Brown and Williamson:*
 - 7.3.2. *Plan de Acción Boca Ratón*
 - 7.3.3. *Proyecto Whitecoat*
 - 7.3.4. *Proyecto Y-1*
 - 7.3.5. *Acuerdos y demandas judiciales*
 - 7.3.6. *Estrategias de la Industria Tabacalera para anular esfuerzos de la OMS-OPS.*
- 8. Publicidad de la industria tabacalera
- 9. Efectos del consumo del tabaco en la salud
 - 9.1. El tabaco *light*
 - 9.2. Compuestos del cigarrillo
- 10. Campañas sobre el tabaco
- 11. Bibliografía

1. Introducción

La imagen del tabaco suscita controversias desde que se abrió el debate y se hizo trascender a la Opinión Pública su articulado a modo de borrador en el verano de 2005. La ley entró en vigor el 1 de enero de 2006 y suscitó tales controversias que su implantación nos lleva a considerar dos puntos básicos para el público en general:

1. ¿Qué campañas han existido para prevenir el uso del tabaco y/o dejar de fumar?¹
2. ¿Qué imagen se tiene de esta 'droga blanda' legalmente gravada con unos impuestos muy elevados?

Erradicar el tabaquismo no es fácil, ni por usos ni por voluntad explícita de los Estados quienes tienen un arma poderosa (al igual que sucede con el tráfico de drogas, aunque en este caso sean ilegales menos el alcohol): Los impuestos.

Recordemos que el tabaco representa una enorme carga económica (según datos de la Unión Europea, entre 98.000 y 130.000 millones de euros al año, es decir, entre el 1,04 y el 1,39% del PIB de la UE). El Banco Mundial estima que el gasto sanitario por el tabaco oscila entre el 6 y el 15%.

Gravar el consumo de tabaco es una medida extremadamente efectiva para reducir el consumo de tabaco. Por cada 10% de aumento en el precio real de los productos

¹ Históricamente la publicidad encubierta de las tabaquerías se basa en generar elementos perversamente disuasorios para la juventud a la que pretenden alejar de sus productos. Estos programas comunicativos tienen tres grandes beneficios para las compañías: primero, enfocan el problema de que fumar no es adecuado para los niños por la razón de que es una "*elección de adultos*". Con esto refuerzan el concepto de que el tabaquismo es una conducta adulta, y la hacen más atractiva a los jóvenes. Los programas típicamente no adoctrinan acerca de los efectos negativos sobre la salud y reafirman el concepto de fumar como una "*elección no coercitiva que acentúa el concepto de libertad*" sin mencionar la adicción de la nicotina y el hecho de que la mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar pero no pueden. Segundo, los gobiernos que reciben fondos y cooperación de la industria tabacalera son menos proclives a implementar políticas efectivas para reducir el uso del tabaco. Y finalmente, estos programas promueven la imagen de la industria tabacalera como "*buenos y colaboradores ciudadanos*" ante los ojos de la juventud y público en general mediante campañas de patrocinio y mecenazgo de deportes populares.



de tabaco, el consumo disminuirá alrededor de un 5% en los países donde se ha instalado esta práctica. La disminución será mayor entre los jóvenes y los menos favorecidos, que son justamente los grupos que las políticas gubernamentales buscan beneficiar y que son los que menos pueden afrontar la carga generada por las enfermedades causadas por el tabaco.

Durante las siguientes páginas, vamos a tratar de responder a estas dos cuestiones que servirán para que entendamos cada vez mejor qué es una campaña de imagen de movilización de la Opinión Pública. Este es el punto de reflexión necesario para entender las consecuencias de la aplicación de herramientas de Relaciones Públicas en nuestra vida cotidiana.

Partimos de una premisa básica a la hora de analizar el fenómeno del tabaquismo y sus intereses contrapuestos: Hay más beneficios que males en la erradicación del consumo del tabaco.

Lo que sucede en el cuerpo al abandonar el tabaco se puede resumir en:

- A los 20 minutos la presión arterial regresa a su nivel normal, lo mismo que la frecuencia cardíaca y la temperatura de pies y manos.
- Luego de 8 horas el oxígeno tiene los niveles adecuados para el cuerpo, lo que permite que la respiración sea más profunda y los pulmones se oxigenen de mejor manera.
- Después de 72 horas los pulmones aumentan de volumen, lo que mejora la respiración, el sentido del gusto y del olfato, por lo que se puede oler y saborear de manera más adecuada.
- 12 semanas después de abandonar el hábito mejora la circulación sanguínea, lo mismo que el funcionamiento de los pulmones.
- En un periodo aproximado de 9 meses es más notable la recuperación, ya que la tos, la congestión y la sensación de falta de oxígeno se reducen; asimismo, la cilia de los pulmones (pequeños filamentos) crece de nuevo.



- Tras 5 años sin fumar, la persona reduce en un 50% el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón; mientras que después de 10 años, dicho riesgo es similar al de una persona que nunca fumó.
- Por otra parte, el riesgo de padecer cáncer de vejiga se reduce en un 50% en tan sólo unos años de haber dejado de fumar, así como el cáncer de la cavidad bucal y del esófago.
- Después de 15 años de haber abandonado el hábito de fumar el riesgo de una enfermedad del corazón se reduce hasta llegar a ser igual al de una persona que nunca fumó.

Ante este estado de cosas el Gobierno pretende crear una corriente de Opinión Pública favorable a las limitaciones a la industria tabaquera, destinando 6 millones de euros a financiar programas de prevención del tabaquismo y la diabetes de las CC.AA.

Los colectivos a los que se desea dirigir esta financiación son los profesionales sanitarios y profesionales de instituciones educativas, y a los diabéticos. Las actuaciones previstas estarán orientadas a la prevención del tabaquismo y promoción de estilos de vida sin tabaco y a la prevención primaria y secundaria de la diabetes.

Los destinatarios de estos fondos serán las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que deberán especificar las actuaciones para las que se solicita financiación.

DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS

En el caso del tabaquismo, los recursos se distribuirán en función del número de profesionales sanitarios y de instituciones educativas, medidos a partir de las memorias oficiales disponibles en los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, y en el Instituto Nacional de Estadística. Se distribuirán un



máximo de 6 millones de euros, de los cuales un 0,5% se hará según el criterio de insularidad establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Estos 6 millones se suman a los otros 6 ya aprobados en anteriores Consejos de Ministros, con lo que la financiación total destinada por el Gobierno a las CC.AA. para la prevención y control del tabaquismo ha ascendido a 12 millones de euros para el año 2003 y siguientes.

Para la distribución de los 4 millones de euros destinados a la prevención de la diabetes, se repartirán en función del número de casos de diabetes (prevalencia) en cada Comunidad o Ciudad Autónoma, medido a partir de la Encuesta Nacional de Salud (un 0,5% según el criterio de insularidad).

El Gobierno prepara un Anteproyecto de Ley de Prevención del Tabaquismo para proteger a los no fumadores y ampliar las restricciones a la venta, consumo y publicidad del tabaco.

Entre las medidas previstas, se incluyen la prohibición de fumar en los centros de trabajo en locales cerrados y la venta de tabaco a menores de 18 años y limitar la publicidad de estos productos aunque se está aguardando a la promulgación de una Directiva europea para el 2003 en que se prohibirá la publicidad del tabaco en prensa, radio, televisión y soportes de la Sociedad de la Información, y se prohibirá también la distribución gratuita o promocional de productos del tabaco y el patrocinio de actos o eventos.

PROTEGER A LOS NO FUMADORES

El borrador del anteproyecto pretende ser elevado a definitivo como ley en 2003 y sustituirá la normativa actualmente en vigor en nuestro país, que es una de las más permisivas de la Unión Europea en temas como la venta de tabaco a menores, limitación de la publicidad y restricciones de lugares de consumo.



En el texto, se establecen limitaciones a la venta y suministro de los productos del tabaco, al consumo y a la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. De esta forma, el Gobierno se fija el objetivo de prevenir los problemas que el tabaquismo ocasiona y de dar un nuevo impulso a las políticas destinadas a este efecto.

1. Limitación a la venta y suministro de tabaco: El borrador del anteproyecto incluye las siguientes limitaciones:

- Se prohíbe vender o entregar tabaco a personas menores de 18 años.
- Se prohíbe la venta de tabaco por personas menores de 18 años.
- Se prohíbe la venta en lugares tales como centros y dependencias públicas, centros sanitarios o socio-sanitarios, de servicios sociales, centros docentes, culturales o deportivos, y de atención y ocio de los menores de edad, y en cualquier lugar, centro o establecimiento donde esté prohibido su consumo.

2. Limitaciones al consumo de tabaco: El anteproyecto define también los lugares en los que se restringirá el consumo de tabaco. El anteproyecto distinguirá entre lugares donde se establece la prohibición total de fumar y lugares donde se prohíbe fumar si bien se permite la habilitación de zonas para fumadores. En ambos casos se partirá del principio general de respeto al derecho de los no fumadores.

Con carácter general, estará prohibido fumar en centros de trabajo públicos y privados en locales cerrados.

Además, estará totalmente prohibido fumar en centros y establecimientos sanitarios; centros docentes; instalaciones deportivas cubiertas; lugares en los que se preste un servicio de atención al ciudadano; centros de atención social para menores de 18 años y de ocio o esparcimiento en los que se les permita la entrada; centros culturales, bibliotecas, museos, etc.; áreas donde se elaboren, transformen, preparen o vendan alimentos; ascensores; cabinas telefónicas, recintos de cajeros automáticos y espacios de uso público de

reducido tamaño; vehículos o medios de transporte colectivos (incluidos los aéreos); estaciones de autobús (excepto en los espacios al aire libre); todos los espacios del transporte suburbano; transportes ferroviarios y marítimos (excepto en dependencias al aire libre); y aviones.

Por otro lado, se establecen también los lugares donde se prohibirá fumar con posibilidad de habilitar zonas para fumadores. Estos lugares serán: centros de atención social; lugares privados en los que se ejerza una actividad comercial; establecimientos de hostelería y restauración cerrados con superficie superior a 100 metros cuadrados; teatros, cines y otros espectáculos públicos que se realizan en espacios cerrados; y aeropuertos. Además, en los establecimientos de hostelería y restauración en los que no existe prohibición legal de fumar, se deberá anunciar visiblemente si se permite o no el consumo de tabaco.

Los requisitos para las zonas habilitadas para fumadores serán: señalización adecuada, separación física del resto de las dependencias y dotación de sistemas de ventilación independientes.

3. Limitación a la publicidad y patrocinio

A partir de la nueva ley que prepara el Gobierno, y en cumplimiento de la Directiva europea 2003/33, de 26 de mayo, sobre publicidad y patrocinio de los productos del tabaco, quedará prohibida la publicidad del tabaco en prensa, radio y televisión y en los soportes de la Sociedad de la Información. Además, se prohibirá también la distribución gratuita o promocional de productos del tabaco y el patrocinio de actos y eventos por este tipo de productos.

4. Establecimiento de sanciones

El anteproyecto de ley recogerá también un régimen de infracciones y sanciones en el que además de tipificar las correspondientes conductas contrarias a la norma y asignarles la respectiva sanción, se identificarán los responsables, incluso en los supuestos de infracciones cometidas por menores, y se delimitarán claramente las competencias sancionadoras.

Las Comunidades Autónomas podrán destinar el importe de la recaudación de estas sanciones a la impartición de cursos y al desarrollo de programas de deshabituación tabáquica.

Comenzaremos por un sencillo Usted está aquí que representará el punto de inicio de la campaña de imagen sobre el Tabaco/Tabaquismo.

2. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo

ESTRUCTURA, FUNCIONES Y RECURSOS

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo dependerá orgánica y funcionalmente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y contará con una Comisión Intersectorial de Dirección y un Comité Ejecutivo. Este último integrado por el/la Coordinador/a General, la Secretaría Permanente y los/las Coordinadores/as Autonómicos.

1. Comisión Intersectorial de Dirección.

Composición:

Titular del Ministerio de Sanidad y Consumo, que actuará de Presidente/a.

Dos representantes del Pleno del Consejo Interterritorial del SNS.

Director/a General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dos representantes de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS.

Coordinador/a General del Plan Nacional (PNPyCT).

Un representante de cada uno de los Departamentos de Educación Cultura y Deporte, Trabajo y Asuntos Sociales, Economía, Hacienda e Interior.

Un representante del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

Un representante de la Secretaría Permanente del Plan Nacional (PNPyCT) (con voz y sin voto).



Funciones:

Actuará como órgano de carácter colegiado, se reunirá al menos una vez al año y tendrá las siguientes funciones:

Ser el foro de encuentro de los distintos sectores interesados en la prevención y control del tabaquismo en España, para el consenso de las actuaciones en esta materia.

Establecer el seguimiento y desarrollo del Plan.

Establecer la coordinación de las actuaciones de los distintos sectores representados, canalizando la participación comunitaria.

Asegurar la financiación adecuada y distribución de los recursos para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

2. Comité Ejecutivo

Estará formado por el/la Coordinador/a General del Plan, los/as Coordinadores/as Autonómicos y la Secretaría Permanente y tendrá las siguientes funciones:

Establecer las prioridades del Plan y las propuestas de líneas de actuación.

Elaboración de los presupuestos, acordando los criterios de distribución de los mismos entre los distintos órganos del Plan asegurando que los fondos asignados se destinan a las prioridades establecidas.

Realizar el seguimiento de las actuaciones acordadas.

Elaboración de los informes y memorias anuales de actividades tomando como referencia los informes y memorias realizadas en las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas.

Establecer los sistemas de información y evaluación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

2.1. Coordinador/a General del Plan

Adscrito a la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, con dedicación exclusiva, tendrá las siguientes funciones:



Actuar de Secretario Ejecutivo del Plan.

Presentar propuestas para el desarrollo de las estrategias recogidas en el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

Velar por el cumplimiento de los acuerdos.

Presentar a la Comisión Intersectorial de Dirección los presupuestos y los criterios de distribución de los mismos entre los distintos órganos del Plan.

Localizar y recabar financiación de otros organismos nacionales e internacionales.

Dinamizar los órganos de coordinación y las actuaciones del Plan.

Ostentar la representación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo en los foros técnicos nacionales e internacionales.

Difundir la información generada en esta materia.

2.2. Coordinadores/as Autonómicos

Cada Comunidad y Ciudad Autónoma dispondrá de un técnico de referencia como coordinador/a del Plan Nacional en su ámbito territorial, que formará parte del Comité Ejecutivo y tendrá las funciones asignadas al mismo.

2.3. Secretaría Permanente

Dependerá de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, de la Dirección General de Salud Pública. Estará dirigida por el/la Coordinador/a General del Plan, y formada por tres técnicos (jefes de servicio) de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, y tres administrativos.

Sus funciones serán:

Dar soporte técnico al Coordinador/a.

Participar en la Comisión Intersectorial de Dirección.

Mantener la comunicación permanente y elaborar propuestas en colaboración con la red de coordinadores técnicos de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Participar en los grupos de trabajo que se creen en el seno del Comité Ejecutivo.

Elaborar informes periódicos y la memoria anual de actividades.

Aplicar progresivamente los mecanismos de evaluación recogidos en el Plan.

2.4. Asesorías técnicas

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, a través de su Secretaría Permanente, podrá recabar cuando estime oportuno, el asesoramiento técnico de expertos en las diferentes materias relacionadas con el tabaquismo.

Inicialmente, durante el periodo de implantación del Plan, el Grupo de Trabajo de Tabaco (Ponencia de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS, constituido por técnicos de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra, Valencia, y de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del MSC), continuará su función técnica y asesora.

Recursos económicos

La Administración General del Estado aportará para su estructura y funcionamiento, el equivalente a un porcentaje de lo recaudado por los impuestos especiales de los productos de tabaco, que anualmente determinará la Comisión Intersectorial de Dirección, en función de las actuaciones que se programen para cada año de vigencia del Plan Nacional.

Para el primer año, el Ministerio de Sanidad y Consumo aportará 3,6 millones de euros.

Cada CC.AA. y CA deberá contar con un presupuesto finalista, dedicado a la prevención y control del tabaquismo, equivalente al menos a 0.25 euros *per capita* y año.

La aplicación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo está condicionada a la existencia en cada CC.AA. y CA de un Plan Autonómico por lo que éstas, deberán además dotar a sus respectivos territorios de los recursos humanos y financieros necesarios. Como mínimo se deberá contar con un/a Coordinador/a Autonómico y un técnico de referencia por área de salud u otra demarcación geográfica en función de la realidad de cada Comunidad o Ciudad Autónoma.



EVALUACIÓN

Sistema de información y evaluación.

La evaluación del Plan Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo previsto para el período 2003–2007 constituirá una valoración de la puesta en marcha del Plan y su pertinencia, estimando necesaria una aplicación progresiva de los mecanismos de



evaluación. Dada la imposibilidad de actuación simultánea e inmediata de todas las intervenciones estratégicas definidas por el Plan, los flujos, frecuencia, tipos de información y otros indicadores se irán estableciendo a medida que se progrese en el desarrollo del Plan, ya que estamos hablando de un proceso que consume tiempo, dedicación a la organización, desarrollo y gestión.

Anualmente la Secretaría Permanente y los Coordinadores Autonómicos del Plan realizarán una evaluación que contemplará:

Estructura del Plan; órganos de coordinación y su funcionamiento, recursos humanos (RR.HH.) y materiales (RR.MM.), desarrollo presupuestario y aquellos elementos que favorecen o condicionan la continuidad de la estructura del Plan.

Proceso: planificación y desarrollo de las estrategias básicas y de las actividades del Plan para la consecución de los objetivos operativos.

Resultados: que permitan contemplar el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos establecidos en el Plan.

Se realizará una evaluación externa del Plan en dos tiempos:

Al finalizar el segundo año de la puesta en marcha del Plan, esta evaluación contemplará el diseño del Plan y la formalización y funcionamiento de los órganos de coordinación.

Al finalizar el Plan se evaluará, además de los ámbitos descritos en el punto anterior, el nivel de consecución de los objetivos generales y específicos.

Para el desarrollo de la evaluación del Plan se contará con una dotación presupuestaria específica.



La Secretaría Permanente y los/as Coordinadores/as Autonómicos del Plan elaborarán la memoria anual que contemplará el grado de cumplimiento alcanzado de los objetivos previstos y el grado de ejecución presupuestaria. Esta memoria se presentará a la Comisión Intersectorial de Dirección, para su elevación al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS.

Indicadores de estructura:

En el primer trimestre de 2003 se habrá publicado la norma que regule la creación, composición y funciones de los órganos de coordinación y participación así como los medios de financiación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

En el plazo de tres meses tras la aprobación del Plan, se habrán constituido los órganos de coordinación previstos en el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo y todas las Comunidades y Ciudades Autónomas dispondrán, además del técnico responsable en materia de tabaco (Coordinador/a Autonomico), de al menos un técnico de referencia por el ámbito territorial que se determine, para el desarrollo de las actuaciones que se prioricen desde el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

Indicadores de proceso:

Se determinaran en función a las actuaciones que se prioricen anualmente condicionadas por los recursos asignados.

Indicadores de resultados:

Incluir fuentes de información que se utilizaran como referencia (ENS, EDIS, Encuesta en escolares de 14 a 18 años PND).

1. Prevalencia

% de fumadores por género y grupos de edad. (FD +FO)

Nº Fumadores

Población: 16 años

% de fumadores habituales por género y grupos de edad. (FD)

% de fumadores ocasionales por género y grupos de edad. (FO)

% de ex fumadores por género y grupos de edad. (EF)

% de nunca fumadores por genero y grupos de edad. (NF)

%s en población menor de 16 anos por género.

% de abandono. $EF/(FD+FO+EF)$

Edad de inicio: Edad media de inicio del consumo de tabaco por genero y grupo de edad (experimentación primer cigarrillo / consumo diario).

2. Mortalidad

Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco global, por genero y grupo de edad.

Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco por enfermedades y genero y grupo de edad.

3. Morbilidad

Nº de consultas especializadas por diferentes patologías.

4. Centros sanitarios

% de Historias clínicas que recogen el hábito tabáquico.

% de Historias clínicas que recogen la aplicación del consejo/intervención mínima.

% de Hospitales acreditados como Hospital sin tabaco. Categoría bronce.

% de Hospitales acreditados como Hospital sin tabaco. Categoría plata.

% de Hospitales acreditados como Hospital sin tabaco. Categoría oro.

Número de unidades de deshabituación tabáquica.

5. Profesionales Sanitarios (personal médico, de enfermería y farmacéutico)

% de profesionales sanitarios que FD por grupo de edad y género.

% de profesionales sanitarios que FO por grupo de edad y género.



% de profesionales sanitarios que EF por grupo de edad y género.

% de profesionales sanitarios que NF por grupo de edad y género.

6. Espacios sin humo

% de centros sanitarios.

% de centros docentes.

% de centros administrativos.

% de empresas sin humo.

Objetivos:

Objetivos del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Objetivos Generales y Específicos:

1. Disminuir la prevalencia tabáquica

1.1. Prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras

1.2. Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico

1.3. Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica

2. Proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco (ACHT)

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

2.2. Potenciar los espacios sin humo

2.3. Fomentar la norma social de no fumar

3. Potenciar la coordinación y la participación

3.1. Coordinación institucional

3.2. Coordinación intersectorial

3.3. Coordinación internacional

3.4. Participación social.



Para alcanzar cada uno de estos objetivos específicos, se han definido diversas Actuaciones, agrupadas en Estrategias (Informativa, Educativa y Formativa, Asistencial, Legislativa, Coordinación y Participación, e Investigación y Evaluación).

Objetivo General 1: Disminuir la prevalencia tabáquica.

Para el año 2007, el número de fumadores y fumadoras de 16 y más años, se habrá reducido en 6 puntos porcentuales, situando la prevalencia por debajo del 28%.

Objetivos Específicos:

- 1.1. Prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras. En el año 2007, la proporción de personas fumadoras en el grupo de 16 a 24 años, habrá disminuido 6 puntos porcentuales, situándose por debajo del 36%.
- 1.2. Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico. Para el año 2007, la edad media de inicio en el hábito tabáquico se habrá retrasado a los 14 años.
- 1.3. Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica. Para el año 2007, la proporción de población ex fumadora aumentará al menos en 6 puntos, situándose por encima del 23%.

Objetivo Específico 1.1.: Prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difundir amplia y periódicamente la información sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud de la población fumadora voluntaria e involuntaria, y los beneficios de no fumar, promoviendo el uso de las nuevas tecnologías de la información. ➤ Ampliar y difundir, exhaustiva y reiteradamente, la información sobre legislación vigente en materia de tabaco. ➤ Facilitar la información desde un enfoque multidisciplinar, integrándola en las diversas actividades de los servicios sanitarios, de prevención de riesgos laborales, farmacias, movimientos comunitarios, ONGs, asociaciones de consumidores. ➤ Difundir información sobre los efectos perniciosos de la exposición pasiva al humo del tabaco, destacando la especial importancia de no fumar durante el embarazo, ni en presencia de niños, ancianos y enfermos. ➤ Sensibilizar a padres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan en la adquisición de hábitos saludables. ➤ Elaborar materiales de apoyo impresos y audiovisuales, con mensajes adaptados a las características de edad, género y rol, asegurando su distribución periódica y accesibilidad: centros sanitarios, docentes, de ocio, farmacias, etc. ➤ Procurar el apoyo de los medios de comunicación social para realizar campañas coordinadas y periódicas. ➤ Potenciar la celebración del Día Mundial Sin Tabaco en todos los ámbitos, instalando mesas informativas en centros de salud y hospitales, realizando mediciones de monóxido de carbono en aire espirado. ➤ Ofertar teléfonos gratuitos de información sobre prevención del tabaquismo.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenciar el desarrollo de programas de prevención del tabaquismo atendiendo a las características de edad, género y rol. ➤ Concienciar a padres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan, fomentando su implicación activa. ➤ Facilitar formación a profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada sobre el problema de salud pública que representa el tabaquismo, las tendencias actuales de la edad de inicio y el aumento del consumo en mujeres jóvenes, señalando la importancia de su intervención para evitar la adquisición del hábito en la población no fumadora. ➤ Incentivar la intervención preventiva y educadora de profesionales sanitarios, reforzando en la población (jóvenes, mujeres) el comportamiento de no fumar. ➤ Facilitar formación al personal docente sobre prevención del tabaquismo, y potenciar la integración de la Educación para la Salud en la Escuela. ➤ Patrocinar la realización de actividades sin tabaco desde las Consejerías de Cultura y Deportes. ➤ Introducir la formación específica sobre tabaco/salud y consejo antitabaco, en los centros de formación de profesionales sanitarios (Facultades de Medicina, Odontología, Escuelas Universitarias de Enfermería, Formación Profesional, etc.), prestando especial atención a la problemática del tabaco en la mujer, suministrando materiales de apoyo adecuados. ➤ Formar al personal docente, monitores de tiempo libre y líderes juveniles sobre las ventajas y beneficios de no fumar, la publicidad y las técnicas de resistencia a la presión.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenciar la intervención de profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada, facilitando el Consejo Sanitario Antitabaco a usuarios y reforzando el comportamiento de no fumar.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer lugares de trabajo (docentes, sanitarios, públicos y de ocio) como espacios libres de humo. ➤ Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre limitaciones de la venta y consumo de tabaco, contando con la participación de todos los sectores implicados: consumo, trabajo, educación, salud pública, policía municipal, guardia civil, etc. ➤ Ampliar el marco legislativo estatal implantando gradualmente la prohibición de la publicidad directa e indirecta, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco dentro del marco normativo establecido. ➤ Excluir del Índice de Precios de Consumo (IPC), los productos del tabaco. ➤ Ampliar el marco legislativo estatal, unificando la prohibición de venta de tabaco, a menores de 18 años. ➤ Establecer medidas fiscales a nivel nacional de aumento del precio del tabaco. ➤ Promover la supresión de máquinas expendedoras de tabaco (que no discriminan la edad del comprador), contemplando la venta personalizada como forma principal de adquisición de estos productos. ➤ Prohibir la venta de cigarrillos sueltos, estableciendo como unidad única de venta las cajetillas de 20.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivar políticas de actividades de ocio para adolescentes y jóvenes en locales sin humo. ➤ Establecer una política gradual de espacios sin humo encaminada a conseguir una sociedad libre de tabaco. ➤ Promover la acreditación como espacios sin humo de aquellos locales donde se realicen actividades de ocio principalmente para jóvenes y adolescentes. ➤ Promover la participación de la comunidad, de colectivos sociales y asodaciones profesionales en el desarrollo de actividades de prevención del tabaquismo.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigar la motivación, causas del inicio y la consolidación, del hábito de fumar en jóvenes y adolescentes, atendiendo a la edad y género. ➤ Realizar estudios epidemiológicos y encuestas que faciliten información sobre las causas que motivan el consumo de tabaco.

Objetivo Específico 1.2.: Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difundir la información sobre los beneficios de no fumar, o en su defecto el beneficio del retraso en el inicio del hábito tabáquico, especialmente en el entorno familiar y docente de adolescentes y jóvenes.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concienciar y proporcionar información a profesionales docentes y sanitarios sobre la importancia de retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico. ➤ Diseñar programas de prevención del tabaquismo específicos para niños/as, adolescentes y jóvenes. ➤ Realizar intervenciones en colaboración con las Asociaciones de Madres y Padres del Alumnado, dirigidas a reforzar sus conocimientos sobre tabaquismo, incidiendo especialmente en los beneficios de retrasar la edad de inicio y de la experimentación en el consumo de tabaco. ➤ Facilitar formación al personal docente, monitores de tiempo libre y líderes juveniles sobre las ventajas y beneficios de no fumar, publicidad y técnicas de resistencia a la presión.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenciar la intervención de profesionales sanitarios en programas educativos comunitarios, reforzando el comportamiento de no fumar y los perjuicios que ocasiona el consumo de tabaco. ➤ Fomentar el Consejo Antitabaco de modo sistemático y su registro en los servicios sanitarios.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reforzar el conocimiento y cumplimiento de la legislación respecto a la prohibición de vender tabaco a los menores de 18 años. ➤ Restringir la accesibilidad y disponibilidad del tabaco, unificando en todo el territorio nacional la prohibición de venta de tabaco a la población menor de 18 años. ➤ Ampliar el marco legislativo estatal implantando de modo gradual la prohibición de la publicidad directa e indirecta, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco dentro del marco normativo establecido. ➤ Promover la supresión de las máquinas expendedoras de tabaco (que no distinguen la edad del comprador), delimitando la venta personalizada como forma principal de adquisición de estos productos. ➤ Establecer medidas fiscales nacionales de aumento del precio del tabaco. ➤ Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre limitaciones de la venta y consumo de tabaco.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover la acreditación como Espacios Sin Humo de aquellos locales donde se realicen actividades de ocio para jóvenes y adolescentes. ➤ Fomentar iniciativas y participación en proyectos de ámbito nacional e internacional que permitan el intercambio de conocimientos y estrategias de prevención del inicio (Clases Sin Humo, etc.). ➤ Obtener el compromiso de autoridades, personalidades y otros líderes sociales, de no fumar en actos públicos. ➤ Convocar anualmente subvenciones a proyectos y actividades de prevención del tabaquismo, promovidos sin ánimo de lucro, por colectivos de jóvenes y ONGs.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigar la motivación y causas del inicio del hábito tabáquico en jóvenes y adolescentes, según género. ➤ Realizar encuestas que permitan conocer datos sobre el inicio y los factores influyentes, según género. ➤ Desarrollar sistemas de información y monitorización que permitan la evaluación de las actuaciones.

Objetivo General 2: Proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco.

Para el año 2007, al menos el 65% de la población considerará que está protegida de la exposición al aire contaminado por humo de tabaco.

2. Objetivos Específicos:

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

Para el año 2004, se habrán desarrollado normativas que regulen el consumo de tabaco en todos los ámbitos públicos.

2.2. Potenciar los espacios sin humo. Para el año 2003, al menos el 95 % de los centros sanitarios, docentes y de la Administración Pública serán espacios sin humo. Para el año 2005, al menos el 70% de las empresas dispondrán de espacios libres de humo.

2.3. Fomentar la norma social de no fumar. Para el año 2005, el 75% de la población considerará que el tabaco es menos aceptado en su entorno social.

Objetivo Específico 2.1. Evitar el tabaquismo involuntario

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar a la población de las consecuencias de convivir en espacios donde otros fuman. ➤ Fomentar los hogares y espacios de ocio sin tabaco. ➤ Informar a la población sobre su derecho a respirar aire no contaminado por humo del tabaco. ➤ Difundir la normativa sobre espacios sin humo.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollar actividades formativas dirigidas a profesionales sanitarios, actualizando los conocimientos sobre el tabaquismo involuntario y favoreciendo su intervención. ➤ Facilitar formación a profesionales docentes, a madres y padres, sobre los perjuicios de la exposición involuntaria al aire contaminado por humo del tabaco, motivando su intervención activa.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar entre profesionales sanitarios de Atención Primaria y Especializada la "intervención mínima o intervención breve", preguntando a todos los pacientes sobre su exposición al aire contaminado por humo de tabaco en el hogar o lugar de trabajo, aconsejando como minimizar el riesgo que conlleva.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover la inclusión del humo ambiental del tabaco en el listado de sustancias nocivas ambientales. ➤ Favorecer la creación de una medida comunitaria para clasificar el humo ambiental del tabaco, como agente carcinógeno del lugar de trabajo, a través de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. ➤ Al no existir un nivel seguro de exposición al humo ambiental del tabaco, no se aceptarán las estrategias de regulación de ventilación, diseño del espacio, etc., que se alegan para evitar el tabaquismo involuntario.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar iniciativas de colectivos comunitarios que promuevan el derecho de no fumar obligadamente. ➤ Buscar alianzas entre políticos y líderes de opinión, para que se manifiesten a favor de una sociedad libre de tabaco. ➤ Fomentar en la población que las celebraciones privadas con asistencia de población infantil, sean sin tabaco.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover la investigación y estudios epidemiológicos acerca del tabaquismo involuntario y su repercusión en la salud de la población. ➤ Fomentar los estudios sobre la toxicidad del aire contaminado por humo de tabaco.

Objetivo Específico 2.3. Fomentar la norma social de no fumar

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener informada a la población de las ventajas de no fumar, de los perjuicios que ocasiona el tabaco, y del derecho a respirar aire no contaminado por el humo de tabaco. ➤ Diseñar mensajes específicos dirigidos a la población fumadora, concienciando sobre lo que representa la imposición de su hábito tabáquico a los demás. ➤ Difundir información a la población, propiciando posiciones asertivas frente al tabaco, y anteponiendo el diálogo al enfrentamiento.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollar actuaciones que favorezcan el sentido crítico de la población, desvelando las estrategias de la industria tabaquera tendentes a aumentar la aceptabilidad social del tabaco (minimizar los riesgos del tabaquismo involuntario, presentar como intolerante a la población no fumadora, etc.). ➤ Desarrollar programas que estimulen el diálogo desde una posición asertiva contra el tabaco, buscando el respeto hacia la opción de no fumar. ➤ Analizar críticamente las estrategias seguidas por la industria tabaquera para oponerse a la regulación de los espacios sin humo. ➤ Potenciar la actitud de respeto hacia la población que no fuma, formando parte de otras actividades de formación de hábitos saludables.
Estrategia Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar la intervención de distintos profesionales, potenciando las actitudes saludables y facilitando los recursos para saber resistir a la presión de grupo, de la industria tabaquera, y de la publicidad.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener informada a la población de la normativa vigente. ➤ Cumplir la legislación actual y ampliar el marco legislativo progresivamente. ➤ Facilitar mecanismos ágiles de consulta, inspección y sanción.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar el desarrollo de actividades comunitarias libres de tabaco, destacando el importante papel de la ciudadanía y su necesario apoyo. ➤ Propiciar la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, como una manifestación social mayoritariamente compartida frente al tabaco. ➤ Promover la participación activa de grupos sociales, sindicales y profesionales, en la creación de un clima social donde la norma sea no fumar, haciendo especial énfasis en la colaboración con los medios de comunicación social (TV, radio, prensa, etc.). ➤ Convocar anualmente subvenciones a proyectos y actividades de prevención del tabaquismo sin ánimo de lucro, promovidos por colectivos de jóvenes y ONGs.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un sistema de información que permita evaluar las acciones informativas, de cambio de actitudes, de percepción del riesgo, de cumplimiento de las normas, y de tramitación y resolución de las denuncias.

Objetivo General 3: Potenciar la coordinación y la participación.

En el plazo de tres meses, tras la aprobación del Plan, se constituirá la Comisión Intersectorial de Dirección, que se reunirá con una periodicidad al menos anual, durante el quinquenio 2003-2007.

3. Objetivos Específicos:

3.1. Coordinación Institucional. El Comité Ejecutivo del Plan Nacional elaborará las memorias anuales del periodo 2003-2007, presentando un informe global del quinquenio y las líneas de continuidad para el siguiente Plan, al finalizar el año 2007.

- 3.2. Coordinación Intersectorial. Antes de finalizar el año 2003, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas deberán contar con un Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.
- 3.3. Coordinación Internacional. El Plan estará representado en foros internacionales de control del tabaquismo, en el plazo de un año a partir de la aprobación del Plan.
- 3.4. Participación Social. Al menos el 1% del presupuesto global del Plan, se destinará anualmente a incentivar la participación social.

Objetivo Específico 3.1.- Coordinación Institucional:

<i>Estrategias</i>	<i>Actuaciones</i>
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantizar una permanente información de la política de prevención y control del tabaquismo en España. ➤ Disponer de la información en su conjunto del desarrollo del Plan Nacional y de las actuaciones realizadas en las Comunidades y Ciudades Autónomas. ➤ Facilitar la información de las políticas internacionales en esta materia, desde los organismos responsables a los órganos del Plan Nacional. ➤ Realizar informes periódicos por la Secretaría del Plan Nacional sobre el estado de situación y desarrollo del Plan Nacional. ➤ Mantener actualizada la información por los Coordinadores Autonómicos de las actuaciones procedentes de sus respectivos ámbitos territoriales.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dotar al Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo del soporte jurídico oficial necesario y de la asignación de recursos humanos y materiales, para la consecución de sus fines, garantizando el funcionamiento de sus estructuras y organización. ➤ Promover la armonización en el conjunto del Estado de la normativa existente sobre tabaco. ➤ Garantizar el seguimiento y cumplimiento de la normativa vigente, potenciando un sistema ágil y eficaz en los procedimientos de inspección, control, y sanción.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afianzar el liderazgo de la Administración Sanitaria dentro del conjunto de las Administraciones Públicas, en la prevención y control del tabaquismo. ➤ Desarrollar como principio fundamental del Plan Nacional, la coordinación e integración de todas las acciones dentro de este marco general de actuación. ➤ Establecer la coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas y sus correspondientes Planes Autonómicos, estableciendo canales de diálogo permanentes con otros Departamentos y entidades de ámbito nacional, implicados en la prevención y control del tabaquismo. ➤ Garantizar el intercambio de información y experiencias, manteniendo un contacto directo y permanente entre la Secretaría del Plan y los Coordinadores Autonómicos. ➤ Establecer los sistemas de información y los mecanismos de coordinación con los Planes Autonómicos de Prevención y Control del Tabaquismo. ➤ Contemplar los distintos niveles de desarrollo de las políticas de prevención y control del tabaquismo en los respectivos ámbitos geográficos, potenciando aquellas con menor nivel de desarrollo. ➤ Incrementar la coordinación con otras administraciones públicas, como Diputaciones, Ayuntamientos, Cabildos, etc.
Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

Objetivo Específico 3.2.- Coordinación Intersectorial

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una amplia difusión del Plan Nacional, que permita dar a conocer sus objetivos y actuaciones a todos los sectores de la sociedad, tanto a nivel nacional como autonómico y local. ➤ Canalizar y difundir la información nacional e internacional sobre políticas de tabaquismo, programas de formación, ayudas y proyectos de investigación, fomentando la participación en los mismos.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Buscar la colaboración y apoyo en el cumplimiento de la legislación vigente, y en la elaboración de nuevas propuestas.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intensificar la colaboración de los colectivos profesionales, sociedades científicas, asociaciones y organizaciones sociales, potenciando las actividades desarrolladas en materia de prevención del tabaquismo. ➤ Canalizar en los respectivos ámbitos autonómicos la coordinación con otros organismos y entidades competentes en este tema. ➤ Facilitar la colaboración de las diversas instituciones y entidades interesadas en la prevención y control del tabaquismo (Federación Española de Municipios y Provincias, de Consumidores y Usuarios, de Madres y Padres, etc.). ➤ Garantizar la participación de los distintos sectores implicados en la prevención y control del tabaquismo, en las estructuras previstas en el Plan Nacional. ➤ Establecer canales de diálogo permanentes con otros Departamentos y entidades implicados en la prevención y control del tabaquismo, a través de los mecanismos previstos en el Plan Nacional. ➤ Impulsar, con el patrocinio del Plan Nacional, la celebración de un encuentro anual en el que participen las entidades, asociaciones científicas, profesionales y ciudadanas y las Administraciones Públicas, interesados en la prevención y control del tabaquismo. ➤ Potenciar la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, planificando actuaciones coordinadamente.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un sistema de información que permita evaluar las actuaciones y estrategias.

Objetivo Específico 3.3.- Coordinación Internacional

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar información del Plan Nacional y el desarrollo de sus objetivos y actuaciones a los organismos internacionales. ➤ Participar en los foros informativos internacionales relacionados con esta materia.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colaborar con el Grupo de Salud del Consejo de la Unión Europea para la elaboración de la Directivas Comunitarias. ➤ Participar y apoyar las orientaciones legislativas de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contemplar como marco referencial, la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud. ➤ Apoyar al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. ➤ Participar en los foros internacionales de prevención y control del tabaquismo. ➤ Apoyar y promover las estrategias de la Organización Mundial de la Salud en la prevención y control del tabaquismo. ➤ Canalizar y difundir la información de proyectos y programas internacionales de investigación e intervención en la prevención y control del tabaquismo, fomentando la participación en los mismos. ➤ Divulgar la información de programas de formación sobre tabaco y salud, programas de intercambio y de ayudas, etc. ➤ Participar en la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, desarrollando las estrategias señaladas por la Organización Mundial de la Salud.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

Objetivo Específico 3.4.- Participación Social

Estrategias	Actuaciones
Estrategia Informativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difundir ampliamente la información del Plan Nacional a todos los sectores de la sociedad, tanto a nivel nacional como autonómico y local. ➤ Informar de la necesidad, oportunidad y mecanismos de participación en el desarrollo del Plan Nacional. ➤ Llamar la atención de la población, informando periódicamente sobre los problemas ocasionados por el tabaquismo voluntario e involuntario.
Estrategia Educativa Formativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar actuaciones que estimulen la conducta de no fumar como norma social, promoviendo el concepto de sociedades libres de tabaco. ➤ Estimular el sentido crítico de la población, tomando en cuenta las estrategias y presiones existentes para consumir tabaco. ➤ Realizar campañas formativas dirigidas a población general y colectivos específicos, concienciando sobre los daños ocasionados por el consumo de tabaco y la necesidad de colaborar en el cumplimiento de la legislación vigente.
Estrategia Legislativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exponer las medidas legislativas y sus objetivos como instrumentos necesarios de protección de la salud. ➤ Buscar el apoyo en el cumplimiento de la normativa vigente. ➤ Elaborar y distribuir materiales de apoyo sobre la legislación y los mecanismos para hacer eficaz su cumplimiento.
Estrategia Coordinación Participación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivar el movimiento ciudadano y asociativo interesado en la prevención y control del tabaquismo, apoyando sus actividades y fomentando la creación de nuevas organizaciones. ➤ Facilitar la participación de organizaciones sociales, sindicales y de consumidores relacionadas con esta materia. ➤ Incentivar programas formativos y actividades promovidos por colectivos sociales. ➤ Promover la participación y el compromiso de autoridades, personalidades y otros líderes sociales, en las actuaciones de prevención y control del tabaquismo.
Estrategia Investigación Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

3. Un poco de historia

La planta de tabaco es una de la más estudiada y empleada en investigación aplicada, existen más de 90.000 publicaciones científicas sobre temas relacionados con el tabaco y sus utilidades. Destacan los resultados sobre evaluación química y biológica del tabaco y el humo, así como sobre biotecnología y biología molecular, pero sobre todo los relativos a producción, fisiología y bioquímica de gran interés para los productores ya que estos datos (los positivos) son recurrentemente empujados ante los consumidores. Bien es cierto que los datos negativos (incuestionablemente más numerosos) son blandidos por Estados y ligas antitabaco, produciendo efectos visibles en la bajada del consumo de los últimos años.

La planta "*Nicotiana tabacum*"², cuyo producto para ser utilizado o consumido es su hoja curada, tuvo su origen en América Central y se consumía antes de la era cristiana. La historia del tabaco data de 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a las

² La planta *Nicotinia tabacum* debe su nombre a Jean Nicot, el médico francés que introdujo y popularizó su uso en Europa.

playas de San Salvador (Cuba) y los nativos le entregaron entre otros productos, hojas secas de tabaco.

Cuentan los historiadores que el 28 de octubre de 1492, Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, en el primer viaje de Cristóbal Colón, fueron los primeros que repararon en los indios fumando tabaco. Rodrigo de Jerez los imitó enseguida, lo que supuso, a su vuelta a España que la Santa Inquisición lo encarcelara acusado de brujería puesto que *"sólo el diablo podía dar a un hombre el poder de sacar humo por la boca"*.

El tabaco era empleado antes del Descubrimiento por parte de diversas tribus de aborígenes con fines tanto rituales como terapéuticos, ya fumado ya bebido (en jarabe). Lo enrollaban en forma de puro, lo envolvían en hojas de maíz a manera de cigarrillo o lo fumaban en pipa.

Los españoles iniciaron el cultivo del tabaco en La Española en 1531, en Cuba en 1589 y más tarde en las Guayanas y Brasil, introduciéndose en Europa, Asia y África durante la segunda mitad del siglo XVI. La comercialización del tabaco en el mundo la iniciaron los españoles y tiene una antigüedad de unos 400 años.

Generó hábito en Europa a partir del siglo XVII, a raíz de la "cura" que logró Jean Nicot (el médico francés quien da nombre a la nicotina) de las migrañas de Catalina de Médicis, esposa del rey Enrique II de Francia. En aquel entonces el tabaco era llamado *hierba santa* o *hierba para todos los males* porque se recomendaba casi indiscriminadamente para todo tipo de padecimiento.

La religión interviene en el consumo del tabaco al relacionarlo con un pasaje bíblico en el que se dice que todo lo que sale de la boca del hombre le mancha. Este estigma del tabaco no fue óbice, con sus altibajos, para popularizarse su empleo entre las clases altas inicialmente y más tarde entre el pueblo.

Esta lectura satánica del tabaco se reflejó en varios momentos: Así, en 1603, Jacobo I de Inglaterra prohíbe el tabaco "*cuyo humo negro y apestoso evoca el horror de un infierno lleno de pez y sin fondo*". También en Rusia, el Zar Miguel III Fedorovich hace cortar la nariz de los tomadores de petún (antigua forma de nombrar al tabaco rapé). La Iglesia actúa también y en 1621, Urbano VIII excomulga a los fumadores culpables de usar «*una sustancia tan degradante para el alma como para el cuerpo*». El acto de fumar (literalmente 'ahumar' o echar humo) tenía por entonces mala imagen.

Pese a todo el fumar, resultó una actividad común durante aquellas épocas. En 1732 el Papa Benedicto XIII, fumador empedernido, revocó los edictos que prohibían su consumo en el ámbito católico. Los médicos fueron los primeros en indagar los beneficios del tabaco (mascado, inhalado -especialmente- y fumado -minoritariamente-). Fuera del orbe católico, Rusia (ortodoxa), Turquía (musulmana) y China (taoísta-confucionista-budista) aún castigaban a los fumadores con pena de muerte.

El consumo del tabaco fue aumentando paulatinamente en Europa inhalado por la nariz pulverizado, particularmente entre las clases altas. Fue la época dorada del llamado rapé. En Inglaterra, la reina Carlota era conocida por su adicción al rapé, y en Francia, Napoleón consumía casi cuatro kilos de rapé al mes.

Los españoles mantuvimos el monopolio del tabaco durante más de 100 años puesto que la planta provenía exclusivamente de nuestras colonias. La codicia propició que en 1610 los ingleses enviaran a John Rolfe a colonizar la región ahora conocida como Virginia (en honor a la reina virgen inglesa, Isabel I), en su colonia americana, más tarde Estados Unidos. Pronto se sumaron al cultivo los territorios de Maryland y Carolina, de tal manera que para 1619 en Londres se vendía tanto tabaco de Virginia como de las colonias españolas.



En los Estados Unidos el uso del cigarrillo (tabaco fumado) no empezó a ser significativo hasta 1883, año en que se introdujo al mercado la máquina para fabricarlos. Antes de esta fecha el tabaco se mascaba (de hecho, hasta 1945, era obligatorio poner escupideras en todos los edificios públicos de ese país).

Más tarde, el Congreso de los EE.UU. fue el adelantado legalista mundial al aprobar medidas reglamentarias para regular la cantidad de nicotina y alquitrán que deberían contener los cigarros y estableció una edad mínima como requisito para adquirirlos (entre 15 y 21 años, dependiendo de las legislaciones estatales). En 1962 el ministerio de Agricultura americano se lanzó a fomentar el consumo del tabaco en el extranjero, subvencionando generosamente a los estudios de Hollywood para que los guionistas insertaran escenas capaces de estimular la costumbre. Arquetípicas son las películas de cine negro de los años 40³, corriente que se tomó como precursora de esta nueva campaña de imagen de los 60.

El 1964 supone un punto de inflexión en las campañas de imagen del tabaco porque es este año cuando las compañías tabacaleras se vieron obligadas a incluir leyendas con las contraindicaciones y efectos secundarios en los paquetes de cigarrillos para advertir a los consumidores sobre los riesgos para la salud en términos generales.

3.1. Aspectos económicos

El cultivo del tabaco está muy extendido en el mundo, en límites geográficos de latitudes 60° N a 40° S, pero la mayor producción se concentra entre 45° N y 30° S.

El tabaco es el cultivo industrial no alimentario líder en el mundo, debido a los buenos resultados que proporciona por su gran adaptabilidad a las diferentes

³ La película *Tener y no tener* (Howard Hawks, 1944) comienza con los títulos de crédito sobre un cenicero con dos cigarrillos. Además Bogart puede ser considerado como el héroe con un cigarrillo colgado desde sus labios en casi todas sus películas.



condiciones climáticas y de suelos. Por ello, se cultiva por los agricultores en 6 continentes y más de 100 países.

El tabaco pertenece a la familia de las solanáceas, que incluye también, a muchas otras especies de cultivos, tales como los tomates, patatas y pimientos. "*Nicotiana tabacum*" es la especie principal en la producción de tabaco con fines comerciales. Bajo condiciones de cultivo normales, la planta puede alcanzar de uno a dos metros de altura y tiene entre 15 y 25 hojas cosechables.

Los tabacos pueden agruparse en cuatro tipos principales para ser usados en la fabricación de labores, diferenciándose según el método de curado (secado):

- Curado al aire caliente forzado, conocido también como "Virginia", en honor al estado norteamericano en el cual se llevó a cabo por primera vez este método de curado utilizando calor artificial y "Brillante" debido a su lustre y color.
- Curado al aire, que comprende el "Brillante", para puros y tabacos rubios y negros curados al aire. Se cura de manera natural en secaderos abiertos prácticamente sin control de temperaturas y, a veces, con un mínimo de control artificial de la humedad.
- Curado al fuego, se cura mediante un proceso parecido al del Virginia, con la diferencia que el calor aportado lo suministra un fuego lento, consiguiendo así su característico sabor y aroma ahumado.
- Curado al sol, tipo al que pertenecen los tabacos orientales y semiorientales (Basma, Katerini y Kaba Kou). Su fuerte sabor y gusto se desarrollan en la primera fase del curado, reteniéndose después al secar las hojas al sol.

Para lograr sus características singulares, cada tipo necesita ser cultivado en suelos y climas adecuados, un cuidado correcto y un curado específico.

Debido a la variación en las condiciones climáticas y de crecimiento, puede ocurrir que tabacos del mismo tipo tengan un gusto y una apariencia distintos. En la fabricación se mezclan distintos tipos de tabaco, correspondientes a distintas cosechas y producidos en diferentes países, en diversas proporciones, según las características que deseen obtener en cada producto terminado (labores).

Las principales áreas de cultivo del tabaco en el mundo según adaptación de las variedades a las diferentes condiciones de medio se muestran en la siguiente Tabla.

PAÍS // REGIÓN PRODUCTORA	TIPOS DE TABACO CULTIVADOS
Canadá	Virginia
Estados Unidos	Virginia, Brillante curado al aire, Maryland curado al fuego, para puros.
América central	Tabaco negro curado al aire.
Sudamérica-Brasil y Argentina	Virginia, Brillante curado al aire y variedades locales.
Europa	Negro curado al aire, Brillante, oriental curado al sol y Virginia.
África	Virginia y Brillante ligero curado al aire. Negro curado al fuego, oriental.
Oriente Medio	Curado al sol incluyendo el oriental.
Sur Asiático	Virginia y Brillante curado al aire.
Lejano Oriente	Virginia y negro curado al aire
Australia	Virginia.

Gráfico 1: principales áreas de cultivo de tabaco.

En general, el tabaco para ser vendido por los agricultores se presenta diferenciado por clases y tipos. Las clases, se establecen según las características propias de la variedad, condiciones de suelo y clima, método de cultivo, recolección y curado. El tipo subdivide una clase de tabaco según ciertas características comunes y grados



estrechamente relacionados. El tabaco con las mismas características y calidades análogas, color y tamaño, debe considerarse como de un solo tipo.

La producción del tabaco necesita de mano de obra intensa y en muchos aspectos es parecida a la horticultura. La semilla se siembra en tierra especialmente preparada o en bandejas flotantes (semilla pildorada), dejándola crecer antes de ser transplantada al campo, generalmente a mano, en determinados países (desarrollados) se realiza con trasplantadoras automáticas.

En el momento del trasplante, los niveles de humedad del suelo son críticos para el establecimiento del cultivo. Excepto en el caso de las variedades orientales, el cultivo se lleva a cabo en los caballones (pequeño montón de tierra, puesto en hilera y en línea recta en el bancale o la huerta; se suele hacer para cubrir las plantas y así protegerlas de las inclemencias del tiempo) del surco par evitar inundaciones por el agua de riego y las lluvias, que permite asegurar un buen enraizamiento de las plantas por disponer de un subsuelo más fértil. Los caballones se van construyendo mediante sucesivas labores de cultivo. En general, las malas hierbas se eliminan manualmente y con azadas mecánicas o con tratamientos químicos.

Aproximadamente después de ocho semanas del trasplante, se realiza el despunte cortando las flores y hojas superiores de la planta, para lograr que el crecimiento y desarrollo se concentre en las hojas. La maduración de las hojas es escalonada de la base de la planta hacia arriba.

La recolección se realiza por pisos foliares (variedades Virginia y oriental) o por planta entera (variedades Brillante y para cigarrillos negro y cigarros). En algunas variedades de tabaco curado al aire, este proceso requiere la eliminación de algunas hojas, para cortar el tallo posteriormente y permitir que se cure con las hojas restantes.

En la mayoría de los países, y principalmente en los en vías de desarrollo, la recolección se realiza a mano y en ella participa toda la familia; en los países desarrollados y para determinadas variedades cultivadas en medianas y grandes explotaciones, se utilizan técnicas de recolección mecanizada.

Una vez recolectado el tabaco se traslada a los lugares de secado y/o curado que se realiza de manera natural (aire, sol y humedad ambiental) o de manera forzada (secaderos de atmósfera controlada). La mayoría de los tabacos producidos en el mundo son del tipo Virginia (65% de la producción mundial), y utilizan calor procedente de fuentes de energía diferentes como carbón, petróleo, gas o madera. Estas fuentes de energía calientan el aire que se hace circular por las hileras de hojas de tabaco mediante métodos de convección o con la ayuda de ventiladores para mejorar el control. En el curado del tipo Virginia, por pisos foliares, se tarda una semana por carga de secadero, y este método ofrece un mayor control sobre la hoja que cualquier otro método de curado que pueda utilizar el agricultor. El resto de tipos de tabaco se seca mediante métodos tradicionales tales como en secaderos al aire, fuego o sol, los procesos son más largos duran de seis a ocho semanas.

Una vez curado, el tabaco se presenta tradicionalmente en fardos para su venta en subastas o directamente al comprador. Las hojas se clasifican por grados de calidad y se embalan para su envío a los fabricantes locales o a los procesadores que hay en todo el mundo.

4. Aspectos para considerar en el consumo del producto

El tabaco es un producto agrícola que, a diferencia de otros cultivos es consumido principalmente por su combustión. La mayoría de las características físicas y químicas de la hoja de tabaco dependen del grado de combustibilidad y, sobre todo, de los productos derivados de la misma. El objetivo deseable de este cultivo no es sólo la

obtención de altos rendimientos, sino también conseguir una hoja de tabaco apropiada y con una calidad deseable de su humo.

Las características físicas y químicas de la hoja de tabaco las determinan las variedades (su carga genética), las prácticas culturales, las condiciones del suelo y climatológicas, y los métodos de curado empleados. El valor comercial del producto depende de la demanda y del uso de los diferentes tipos de tabaco, condicionado por las distintas labores que demanda el mercado.

La calidad del tabaco viene determinada por un balance de propiedades que son requeridas por la industria mundial del tabaco en atención a la demanda diferenciada de los consumidores.

Las características más importantes para evaluar la calidad, que permita un mejor uso de la hoja de tabaco, se agrupan en tres áreas:

- a. *Aspecto visible y evaluable*: tamaño, uniformidad, acabado, contenido de materias extrañas, porcentaje de daños (físicos por plagas y/o enfermedades), color, textura, cuerpo, madurez, olor y aroma.
- b. *Aspecto físico*: poder de llenado, resistencia a la rotura, contenido de humedad equilibrado, rendimiento de strip (trozos de lámina de hoja), combustibilidad y posición foliar.
- c. *Aspecto químico*: contenidos en nicotina, azúcar, extracto de éter de petróleo, compuestos minerales, alcalinidad de cenizas solubles en agua, nitrógeno total, nitrógeno proteínico, nitrógeno alfaamínico, almidón, ácidos no volátiles y bases volátiles totales.

La producción de tabaco de calidad, según el tipo cultivado, requiere un equilibrio en los aspectos referenciados. Asimismo, se relacionan algunos factores que intervienen en el mismo de control técnico agrícola: marco y densidad de plantación, altura de despunte, agua disponible y su calidad, fertilización, madurez en la recolección,

manejo de las fases de curado y control físico-químico equilibrado de plagas y enfermedades.

4.1. Flujo del proceso de producción

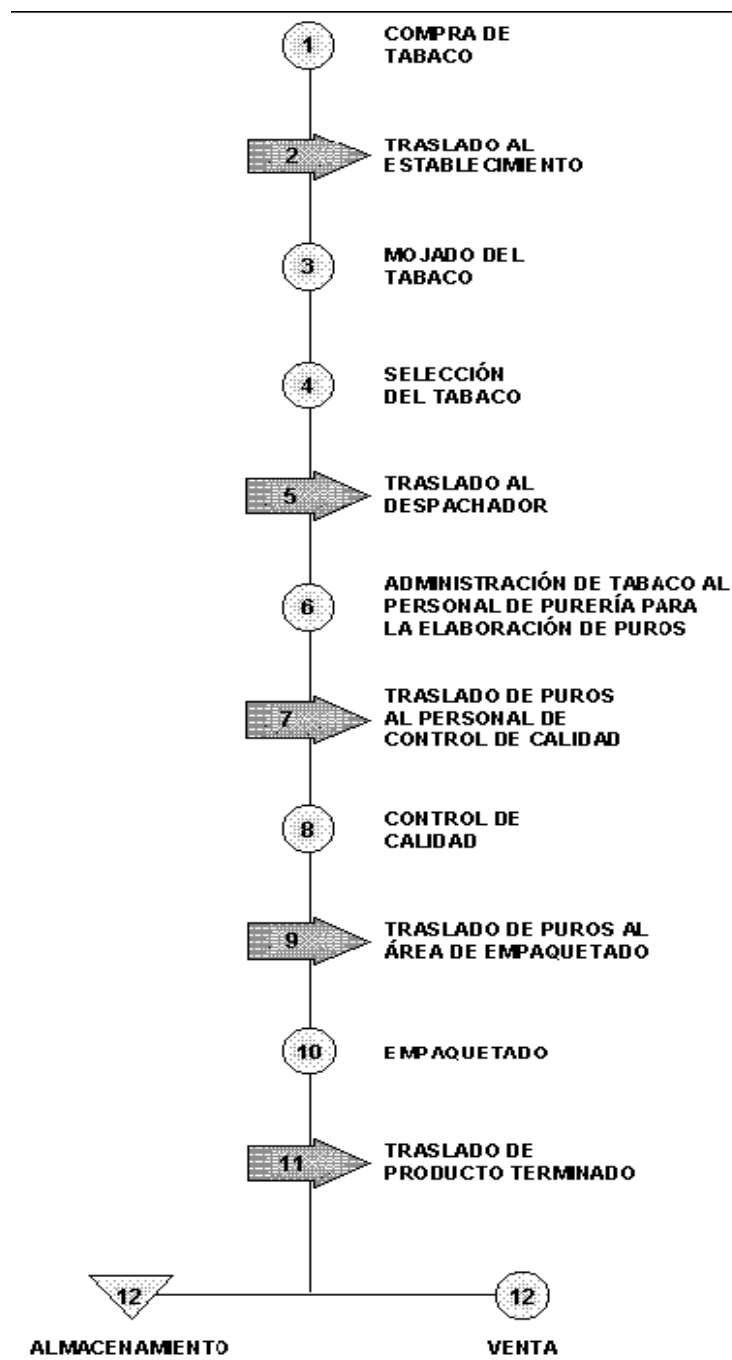


Gráfico 2: Fuente: Elaboración propia

5. Producción, rendimiento y exportaciones del tabaco a nivel mundial

Según los datos reportados por la FAO, la producción mundial de hoja de tabaco en el año 2003 fue de 6'376.369 toneladas y se llevo a cabo en 3'931.715 hectáreas. En este año el tabaco se produjo de manera importante en 129 países de todo el mundo. Sin embargo si se observan los volúmenes de producción promedio de los últimos diez años, se encuentra que la producción está concentrada en 10 países, los cuales reportan cerca del 78% de la producción mundial. Estos países son China (39,05%), India (8,49%), Estados Unidos (8,38%), Brasil (8,21%), Turquía (2,99%), Zimbabwe (2,96%), Indonesia (2,01%), Grecia (1,98%), Italia (1,83%) y Argentina (1,57%).

Es de resaltar que los mayores niveles de rendimiento por hectárea cultivada los presentan países distintos a los 10 mayores productores mundiales. Emiratos Árabes (12,93 Tm/Ha), Perú (12 Tm/Ha), Laos (5,11 Tm/Ha), Omán (4,7 Tm/Ha) y Chipre (4,4) presentaron los mayores rendimientos durante el 2003. Además de Perú, Uruguay y Chile se destacaron a nivel latinoamericano con rendimiento cercanos a 3 Tm/Ha, durante este año. Entre los diez mayores productores mundiales, en el 2003 sobrepasaron las 2 toneladas por hectárea cultivada Italia (2,88 Tm/ha), Estados Unidos (2,23 Tm/ha), Zimbabwe (2,16 Tm/ha) y Grecia (2,12 Tm/ha). De lo mayores productores Indonesia es el que presenta la menor productividad con apenas 0,86 toneladas por hectárea sembrada.

Por su parte las exportaciones en el 2001 alcanzaron un volumen de 2'108.074 Tm, con un valor de 5.420 millones de dólares. Los 10 mayores exportadores por volumen durante el periodo 1993-2001 fueron Brasil (17%), Estados Unidos (10%), Zimbabwe (10%), Turquía (6%), Italia (6%), China (6%), Malawi (5%), Grecia (5%), India (4,7%) y Argentina (3%).

Durante el periodo en promedio participaron con el 72% de las exportaciones anuales.

GRAFICO 3. EXPORTACIONES MUNDIALES DE TABACO EN EL 2002. (MILLONES DE DOLARES)

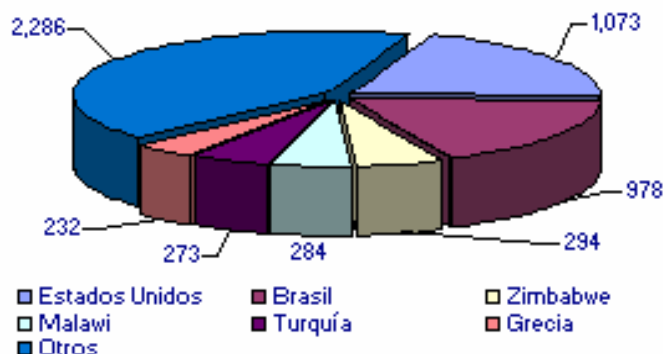


Gráfico 3: Fuente FAO

En cuanto a los otros elementos de la cadena, en el 2001 el volumen exportado de cigarrillos alcanzó 914.787 Tm, por un valor de 12.353 millones de dólares. En el periodo de 1993 - 2001 las exportaciones anuales promedio fueron de 943.553 Tm y el 67% de las mismas estuvo concentrada en 10 países: Estados Unidos (16%), Holanda (11%), Alemania (11%), Reino Unido (6%), Hong Kong (7%), Singapur (5%), Brasil (4%), China (3%), Indonesia (3%) y Chipre (2%).

GRAFICA 4. EXPORTACIONES MUNDIALES DE CIGARRILLOS EN EL 2002 (MILLONES DE DOLARES).

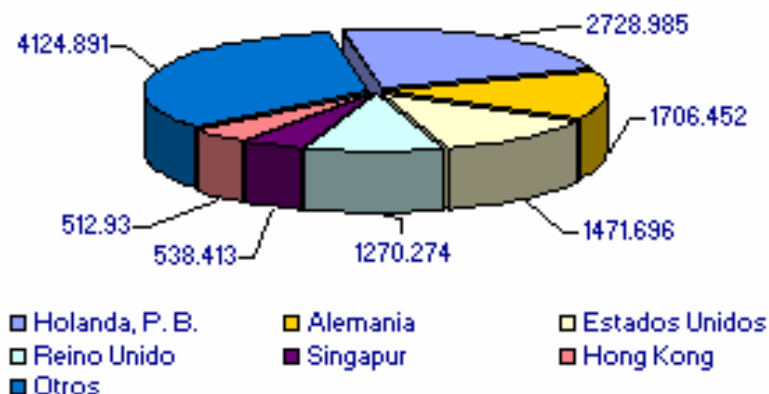


Gráfico 4: Fuente FAO

5.1. Economía del sector en la UE

Durante el periodo de 1999-2001, la producción mundial de tabaco en rama fue de 6,4 millones de toneladas anuales. Con 348.013 toneladas, que corresponden al 5,4% de la producción mundial, la UE es el quinto productor mundial, detrás de China (38%), Brasil (9%), la India (8%) y Estados Unidos (7%). En la última década se ha observado una tendencia a la baja del volumen producido en la UE y todos los demás principales países productores, excepto en Brasil. En el periodo 1999-2001 la producción comunitaria descendió un 20% en relación con 1990-1992.

Ocho Estados miembros de la UE producen tabaco: Bélgica, Alemania, Grecia, España, Francia, Italia, Austria y Portugal. Los mayores productores son, con diferencia, Grecia e Italia que, con 132.261 y 130.274 toneladas respectivamente en 1999-2001, representan el 75% de la producción comunitaria. Aunque sigue manteniéndose en un nivel relativamente alto, un 37,4% en el periodo 1999-2001, el porcentaje de Italia en la producción comunitaria de tabaco ha disminuido durante la última década, mientras que la parte de Grecia, un 38% del total, se ha mantenido o incluso ha aumentado ligeramente.

De los diez nuevos países en vías de adhesión a la UE, sólo cuatro producen tabaco: Polonia, Hungría, Eslovaquia y Chipre. Su producción anual media en el periodo 1999-2001 es la siguiente: Polonia, 24.617 toneladas; Hungría, 9.805 toneladas; Eslovaquia, 1.959 toneladas y Chipre, 362,3. Durante ese mismo periodo Bulgaria y Rumanía produjeron 43.915 toneladas y 10.662 toneladas respectivamente.

El sector del tabaco en la UE emplea a una gran cantidad de mano de obra, 126.070 UTA (Unidades de Trabajo Anual), (212.960 personas), que corresponde al 2,4% del total de UTA empleadas en el sector agrario de la UE. No obstante, la mayor parte de la mano de obra que trabaja en el sector del tabaco en rama es temporal y el

porcentaje de empleo a tiempo parcial es considerablemente alto. Grecia es el país que tiene más puestos de trabajo en este sector, con 79 230 unidades (UTA), seguido por Italia, con 23 120 unidades. Ambos Estados miembros representan juntos el 81% de toda la mano de obra empleada en la producción de tabaco.

La mano de obra familiar predomina de forma significativa, ya que representa alrededor el 80% de toda la mano de obra empleada en este sector. En las explotaciones comunitarias que no producen tabaco esa cifra asciende al 73%.

Tradicionalmente, la producción de tabaco es una actividad que requiere una gran aportación de mano de obra. El nivel de mecanización del cultivo del tabaco se ve limitado por razones técnicas. Como media, las UTA por explotación y hectárea sembrada de tabaco son superiores a los indicadores equivalentes para todas las explotaciones.

El 53% de los agricultores dedicados al tabaco son mayores de 55 años. En Grecia, Portugal, Italia y España más del 90% de los explotadores tienen sólo experiencia práctica, mientras que el porcentaje más elevado de agricultores con una formación agrícola completa se registra en Francia. Como media, las mujeres constituyen solamente el 25% de los titulares de estas explotaciones.

5.2. Transformación del tabaco en cigarrillos y otros productos del tabaco

En la UE la industria de primera transformación se sitúa principalmente en los Estados miembros donde se concentra la producción de tabaco en rama. Italia, con el 52%, y Grecia, con el 28%, representan la mayor parte de la producción de primera transformación.



En cuanto a la fabricación, los principales fabricantes de cigarrillos son Alemania, el Reino Unido y los Países Bajos. En 1999 la producción de esos tres países representó el 63% de los cigarrillos fabricados. Los Países Bajos y Alemania son los principales productores de cigarros de la UE, con un 67% de la producción comunitaria, y de tabaco de pipa, con un 67% del total. El empleo del sector es relativamente importante en Alemania y en el Reino Unido, 12.000 y 8.000 personas respectivamente, de las 50.697 unidades a tiempo completo de toda la industria de fabricación de tabaco de la UE. El empleo femenino en este sector es muy importante (en España asciende a un 53%, frente al 23% de toda la economía).

En relación con el sector minorista, las ventas de productos derivados del tabaco han aumentado sorprendentemente en los últimos años, tanto en términos de volumen como de valor de producción. En 1999, las ventas totales ascendieron a cerca de 93.000 millones de euros.

Los ingresos fiscales generados por las ventas de tabaco manufacturado son elevados en todos los Estados miembros. El valor añadido total en 1999 fue de 12.000 millones de euros. Los «*fabricantes*» contribuyen con un 54% del total, seguidos por los «*minoristas*», con el 28%. De forma global, la contribución de los impuestos sobre consumos específicos y el IVA a los impuestos de los Estados miembros fue de 60 000 millones de euros en 1999.

5.3. Utilización del tabaco

La UE representa el 10% del consumo total de tabaco en rama del mundo, solamente detrás de China (36%) y delante de la India (8%) y los Estados Unidos (6%). En 2001, la utilización de tabaco en rama en la UE ascendió a casi 587.000 toneladas, mientras que en 1999 el consumo de cigarrillos en la UE alcanzó las 628.000 toneladas.



Los últimos datos indican que el número de fumadores en la UE está disminuyendo más rápidamente que el consumo total de cigarrillos de la Unión Europea, lo que significa que hay menos fumadores pero fuman más.

Las cifras correspondientes a los cigarrillos por fumador son generalmente más elevadas en Dinamarca, Grecia, Alemania y España, y los niveles más bajos se registran en Suecia, Portugal, Finlandia e Italia. Con excepción de Suecia, el porcentaje de fumadores en toda Europa es más alto en los hombres que en las mujeres.

Por otra parte, el informe de evaluación sobre el tabaco realizado por COGEA en 2001 indicó que el consumo de cigarrillos en la UE no está directamente relacionado con la OCM del tabaco. Por esta razón, los cambios que se introduzcan en la OCM y, por consiguiente, en la producción de tabaco de la UE no tendrían ninguna repercusión en el consumo de cigarrillos en la UE.

6. Aspectos socioeconómicos y posibles alternativas

La importancia de este cultivo, desde el punto de vista socioeconómico, destaca por el número de personas que viven del mismo, actualmente son de, al menos, 33 millones de personas en jornada completa y otros 70 millones en las industrias relacionadas directa e indirectamente con el sector. La mayor parte de estos trabajos se realizan en países en vías de desarrollo, mediante una agricultura de tipo familiar que fija empleo en el medio rural.

El tabaco es un cultivo legal que se produce en la Unión Europea en zonas deprimidas, en nuestro país mayoritariamente en Extremadura y Andalucía, regiones con las mayores tasas de desempleo y menor renta *per cápita*; siendo un cultivo eminentemente social que contribuya a una mejor ordenación del territorio. Está regulado por la Organización Común de Mercado del tabaco (Reglamento (CEE) nº



2075/92, reformado en 1998), que fija unas cantidades máximas a producir (umbrales de garantía) por grupos de variedades y países a las que concede ayudas a la producción sin límite temporal. En las tablas II y III siguientes se incluyen los umbrales de garantía en toneladas para la cosecha 2001 y el importe unitario de las primas por grupos de variedades en Euro por kilogramos (Euro/Kg).

España es el tercer país productor de tabaco de la UE., con un umbral de garantía máximo para el periodo 1999- 2001 de 42.300 t., que representa el 12 por ciento del total Comunitario. Su cultivo se desarrolla en ocho países de la UE y, en España, en 6 Comunidades Autónomas, en zonas de objetivo 1 (regiones rurales desfavorecidas).

Este cultivo se caracteriza por desarrollarse en explotaciones de tipo familiar, siendo la explotación media comunitaria de 1,1 hectáreas. Los cultivadores reciben una ayuda a la producción (prima), cuya importe diferenciado por variedades, es debido fundamentalmente al diferencial existente en los costes de producción (sobre todo la mano de obra) respecto a los países en desarrollo productores de variedades concurrenciales.

El importe anual de las primas que recibe el sector en la UE es de 1.000 millones de Euros, de los que 118 corresponden a España.

La dimensión social de este cultivo en la Unión Europea se cifra en unos 200.000 puestos de trabajo directos y gran número de indirectos, pues una hectárea de tabaco puede necesitar hasta 2.200 horas de trabajo anuales. En España hay unas 20.000 familias que dependen del cultivo del tabaco y se necesitan 1,5-2 millones de horas de trabajadores temporeros.

Europa sólo produce el 18-20% de su consumo interior, por ello, pretender una reducción o la eliminación de la producción de tabaco en Europa tan sólo

comportaría un incremento de las importaciones de tabaco procedente de países terceros.

Además, en un reciente informe del Banco Mundial para la OMS se indica que, debido al crecimiento de la población adulta, y en parte por el incremento del consumo en los países de ingreso medio y bajo, se prevé que el número de fumadores aumente un 45 por ciento en el 2025 y, por tanto, la demanda de tabaco en el mundo, lo que conllevará el consiguiente aumento de la producción.

Es importante resaltar la posición común de la UE sobre reducción de las ayudas a la producción de tabaco, manifestada en la Segunda Reunión del Convenio Marco de Lucha Antitabáquica de la OMS, celebrada en Ginebra (30 de abril-5 de mayo de 2001) ha sido la siguiente:

"Las subvenciones son un elemento clave del régimen comunitario de cultivo de tabaco. Las normas de la Comunidad imponen un límite a la producción de tabaco mediante una serie de cuotas y un programa de nueva compra de cuotas que permite a los productores la reconversión de sus actividades. Las investigaciones sobre medios de subsistencia alternativos, usos alternativos del tabaco y otras actividades agrícolas, se financian mediante una deducción sobre las subvenciones a los cultivadores de tabaco. La Comunidad considera que el enfoque esbozado es válido, pero señala que el texto propuesto no permitirá que la prestación de apoyo relacionado con el tabaco se haga extensiva al empleo ni que constituya una ayuda estructural para el sector industrial, aun cuando tal ayuda pueda formar parte de la reconversión".

Como manifiesta el Banco Mundial en un reciente informe realizado en 1999 para la OMS, no existen alternativas realistas a corto y medio plazo que permitan la



sustitución del cultivo del tabaco por otros cultivos o actividades económicas, debido a la inexistencia de cultivos tan rentables, tan fáciles de almacenar y transportar, poco perecedero y con una demanda mundial sólida y estable y, por supuesto, por su carácter social debido a la gran cantidad de mano de obra que requiere su producción.

Además, ciertas variedades de tabaco se cultivan en terrenos muy pobres que no son aptos para otros cultivos y no constituyen alternativa económicamente viable.

7. Tabaco y salud

7.1. Diferencias entre los sexos en el consumo de tabaco en el mundo: hallazgos de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 4,9 millones de personas mueren al año como consecuencia del tabaco. Esa cifra podría alcanzar los 10 millones para el año 2030. La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes (GYTS, por sus siglas en inglés), un proyecto internacional de monitoreo establecido en forma conjunta por la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), les permite a los países analizar el consumo de tabaco entre los jóvenes y de esa manera darle dirección a la ejecución y evaluación de los programas de prevención y control del tabaco. La encuesta GYTS ha sido completada en 121 sitios en 76 países y la Franja de Gaza / margen Occidental, y ha recogido datos a nivel nacional en 52 países y a nivel de estados, provincias / regiones y ciudades en 24 países. Este documento informa sobre las diferencias entre los sexos en el consumo de tabaco, específicamente entre los jóvenes de las seis regiones de la OMS a nivel mundial. Dos hallazgos no esperados surgieron del estudio. Primero, que hay poca diferencia entre los sexos con relación al consumo de cigarrillos así como en el consumo de otros productos de tabaco. De 120 sitios que recopilaron

información sobre la forma en la que fuman cigarrillos los varones y las jóvenes, más de la mitad (n=61) no reflejó diferencia entre los sexos.

Para otros productos del tabaco, 82 de los 117 sitios (70,1%) no mostraron diferencia entre los sexos. Segundo, el análisis reveló el uso sorprendentemente alto de otros productos del tabaco con relación a los cigarrillos. Los hallazgos sugieren que los programas deben enfocarse ampliamente en todos los productos del tabaco, no sólo en los cigarrillos. Además, los programas requieren componentes especialmente dirigidos a cada uno de los sexos que se enfoquen en las consecuencias únicas para las mujeres, como los efectos en su sistema reproductivo.

La falta de diferencias en el estudio resalta el crecimiento potencial del consumo del tabaco, especialmente entre las mujeres en los países en desarrollo.

7.2. Empresas productoras de tabaco y la salud

Las empresas productoras de cigarrillos desde hace muchos años han manejado información, obtenida de sus investigaciones sobre los efectos causados por el tabaco en los fumadores, en quienes no fuman, pero respiran el humo de los fumadores, y sobre la adicción que produce la nicotina y que es factor fundamental para el mantenimiento de una gran cantidad de clientes

Cuatro empresas dominan 70% del mercado mundial del tabaco: *Philip Morris*, *British American Tobacco* y la *Japan Tobacco (JT)*, que funcionan como empresas transnacionales y, la última, *China National Tobacco Co. (ChiT)*, monopolio estatal que produce 30% de los cigarrillos de todo el mundo.

La actuación de las empresas tabacaleras en la comercialización de sus productos y en la utilización de los conocimientos adquiridos en investigaciones sobre la composición y acción del tabaco es motivo de controversias, demandas judiciales



millonarias en EE.UU. e intentos de regular el consumo del tabaco por considerarse el tabaquismo la principal epidemia que afronta la humanidad. La situación actual puede vivirse entrando a Internet, donde se observa una verdadera guerra entre las empresas tabacaleras y las organizaciones sanitarias, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Guerra que se desarrolla a nivel internacional con estrategias y batallas.

En la actualidad gracias a las demandas realizadas en Estados Unidos por los fumadores, se ha conseguido que los representantes de las tabacaleras lleguen ante la Justicia y presenten su documentación interna (y hasta la fecha secreta)⁴ por imposición judicial.

Clínicamente pueden comprobarse los daños del tabaco en diversas ocasiones:

- El tabaco causa varias enfermedades en los fumadores, siendo las principales el cáncer broncopulmonar, el enfisema y el infarto de miocardio. La prueba del cáncer de pulmón la tenemos en que hace años la mujer casi no lo padecía, pero desde que aumentó el porcentaje de fumadoras se presenta con la misma frecuencia que en el hombre, llegando en los países desarrollados a superar la mortalidad del cáncer de mama. Si no llega a cáncer, la destrucción pulmonar por el enfisema es evidente en los fumadores de muchos años, y dificulta la respiración y toda actividad. El infarto de miocardio es visible en la cantidad de fumadores que mueren en forma prematura entre los 40 y 60 años.
- Más difícil de cuantificar es el daño que causa el humo del tabaco en las personas que no fuman y están obligadas a respirar el humo del ambiente, sobre todo en los niños y embarazadas. Los pediatras advierten contra este hecho ya que los niños de padres fumadores suelen presentar tos continua, infecciones respiratorias repetidas y otitis.

⁴ Películas como *El Dilema* (Michael Mann, 1999), tratan de poner al descubierto el funcionamiento (dramatizado, eso sí) de las grandes tabaquerías.

- El tabaco causa adicción por la nicotina que contiene. Ya en el primer día de abstinencia el paciente se angustia y se presenta irritable, agitado e inquieto; el malestar, la impaciencia, el deseo de fumar aumenta y se presentan dificultades para concentrarse. Esto es el Síndrome de abstinencia por la supresión de la nicotina.

7.3. Antecedentes de la Industria Tabacalera

Se pueden puntualizar algunos datos destacados para mostrar la actuación de la industria del tabaco y como han surgido distintos documentos internos de las tabacaleras:

- Documentos de Brown and Williamson.
- Jeffrey Wigand.
- Plan de Acción Boca Ratón.
- Proyecto Whitecoat o el escándalo de Philip Morris en la estrategia con los fumadores pasivos.
- Proyecto Y-1 para la producción de tabaco transgénico rico en nicotina.
- Acuerdos y demandas judiciales.
- Estrategias de la Industria Tabacalera para anular esfuerzos de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

7.3.1. Los Documentos de Brown and Williamson:

El comienzo es confuso pero parece surgir desde la aparición de documentos de *Brown and Williamson* y después la intervención de Jeffrey Wigand, como el principal referente para interpretar los datos del tabaco y toda una sucesión de estrategias por parte de las empresas tabacaleras, así como el inicio de investigaciones y demandas de estados norteamericanos y de fumadores que impusieron a las tabacaleras la entrega de documentos internos. Más el subsiguiente movimiento de



las empresas que entregaron sus documentos, pero sepultados entre 33 millones de páginas, esperando no se descubriera lo fundamental, que estaba enterrado o "empapelado" en ese montón de informes.

En Mayo de 1994 cuatro mil páginas con informes confidenciales de la industria del tabaco llegaron, en forma anónima, a la oficina del Profesor Stanton Glantz de la Universidad de California. Eran documentos sobre los últimos treinta años de las actividades de *Brown and Williamson*, empresa tabacalera, y en donde se reconocía internamente en todos esos años que el tabaco producía adicción, enfermedades graves y muerte.

Jeffrey Wigand es la pieza clave que permitió investigar y enjuiciar a las compañías de tabaco. En su historia se basa la película *El Dilema*⁵ ("*The Insider*" de Michael Mann, 1999).

Wigand fue hasta 1993 importante ejecutivo de la *Corporación Brown and Williamson*, donde desempeñó la vicepresidencia de Investigación y Desarrollo.

Desplazado de esta empresa conoció en enero de 1994 al periodista Lowel Bergman, quien lo solicitó como asesor técnico para interpretación de documentos de Philip Morris. En 1995 realizó una entrevista televisiva con ese periodista en el programa "60 minutos", y estas declaraciones a la prensa y en la justicia, fueron vitales en la demanda que varios estados de EE.UU. hicieron contra las tabacaleras en la década de los noventa. Estos procesos produjeron el compromiso de las tabacaleras de pagar 360.000 millones de dólares por los gastos de salud por el consumo del tabaco; siendo así el primer reconocimiento público de la industria del tabaco sobre el daño que este produce en la salud. Presentó, además, la necesidad de atacar la estrategia central de las empresas tabacaleras, que es el consumo de tabaco por

⁵ Cuya ficha técnica se puede revisar en: www.imdb.es/title/tt0140352/



parte de los menores de edad y demostró que estas empresas abusaron del privilegio de la cláusula de confidencialidad para ocultar documentos.

7.3.2. Plan de Acción Boca Ratón

Era un plan de *Philip Morris* para 1989, y comprendía una estrategia para una campaña destinada a frenar las iniciativas contra el tabaco, identificando 26 amenazas a los intereses de la compañía. También estableció las estrategias múltiples para oponerse a cada una, destacando como la principal amenaza a la Organización Mundial de la Salud. Y para contenerla en su campaña contra el tabaco se decidió presionar a la OMS (Organización Mundial de la Salud) con diversos organismos comerciales, medios de comunicación, gobiernos y organismos internacionales de la ONU. La preocupación era como desviar las actividades de la OMS sobre tabaquismo, y evitar contribuciones privadas que pudieran financiar estas actividades.

El *Plan Boca Ratón* (ciudad de Florida) requirió la creación e instrumentalización de organizaciones aparentemente independientes, con lazos fuertes con las compañías de tabaco, para llevar a cabo los planes de *Philip Morris*. Y así presionar a la Cámara de Comercio Internacional, a la Organización Internacional del Trabajo, a la FAO y a otras agencias de la ONU con la finalidad de influenciar sobre la OMS.

Impulsó *Philip Morris* actividades para influir sobre los gobiernos de países en desarrollo, dando énfasis a las políticas sobre la importancia económica del cultivo del tabaco a través de las representaciones de esos países a la OMS, OIT y FAO, con la finalidad de que se opusieran a las resoluciones contra el tabaco.

Relacionado a esto está el informe presentado por la OMS en la Conferencia Mundial de Tabaco o Salud realizada en Chicago en Septiembre 2000, sobre Paul Dietrich, abogado vinculado a las empresas tabacaleras que ingresó en 1990 al Comité de



Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud (oficina regional de la OMS). Dietrich intentó revertir las prioridades de la OPS, dejando de lado los asuntos relacionados con la lucha contra el tabaquismo. Desde su oficina en Ginebra este posterior cabildero de las tabacaleras obtenía documentación confidencial de los organismos mundiales. Su labor quedó al descubierto por las declaraciones de Jeffrey Wigand.

7.3.3. Proyecto Whitecoat

Nombre dado a la "Contratación de Científicos" y de cómo *Philip Morris* y sus abogados de *Covington y Burling* tramaron una controversia alrededor de los daños que sufre el fumador involuntario o pasivo. Para ello contrataron científicos para que respaldaran la posición de la industria tabacalera. Dirigidos por *Philip Morris* su trabajo era controlado por los abogados como parte de una estrategia general sobre el humo del tabaco en el medio ambiente, no solamente para influir en la controversia sino para ayudar a la compañía en los procesos que se anticipaban de los fumadores pasivos.

Al aparecer esto en 1998 se produjo el "Escándalo de *Philip Morris*" sobre los inventos en la controversia del fumador pasivo, la manipulación de informes de científicos y la infiltración de sociedades científicas e instituciones respetadas, como la Cámara de los Comunes en Inglaterra en su Comité Selecto –el del Medio Ambiente-. También *Philip Morris* formó una Fundación (la *Philip Morris Institute*⁶) que pensó se volvería referente como autoridad científica en un amplio espectro de problemas humanos y de nivel equivalente a la OMS, FAO y otras organizaciones de la ONU.

⁶ Cuya página web es: www.pmi.com

7.3.4. Proyecto Y-1

Trataba de estudiar el tabaco transgénico. Consistió en producir hojas de tabaco altamente enriquecidas de nicotina a través de la manipulación genética de las semillas del tabaco. Se elaboró un tipo de cigarrillos que fue comercializado por la *British American Tobacco* y con el cual se pretendía simplemente aumentar el consumo por la adicción. Se mantuvo en secreto pero el abogado Merrel Williams, de *Brown and Williamson*, ante la trascendencia de los papeles que tenía que manejar decidió entregarlos a abogados especialistas en asuntos de tabaco y de ahí a la Opinión Pública.

Esto llevó al gobierno norteamericano a denunciar a esa empresa como parte de la confabulación para crear un súper-cigarrillo cargado de nicotina, que enganchara para siempre a los fumadores de varias marcas, entre ellas *Viceroy*.

En la manipulación genética de las semillas intervino la empresa de biotecnología *DNH Plant Technologies*, que colaborará en la investigación criminal a cambio de ser acusada por la fiscalía de cargos menores, como la exportación de semillas ilegalmente.

En Agosto 2000 sale a luz en Argentina que la empresa norteamericana *Hail and Cotton* había sembrado ilegalmente en el país tabaco transgénico Burley 51, variedad no autorizada en Estados Unidos y en ningún país. La empresa opera en Argentina con el nombre *Tabatuc* y realizó el cultivo en la provincia de Tucumán, departamento La Cocha.

7.3.5. Acuerdos y demandas judiciales

En 1995 la Asociación Médica de Estados Unidos revela que la industria del tabaco de ese país ocultó durante tres décadas información sobre el impacto cancerígeno y



adictivo del cigarrillo, engañando así al público norteamericano. El Departamento de Justicia dispone entablar cargos contra las empresas del tabaco.

El 20 de Marzo de 1997 Bennet Lebow, máximo ejecutivo de *Liggett Group* (con marcas como *Chesterfield* y *L&M*) fue el primer empresario tabacalero en admitir públicamente que el tabaco es adictivo y que puede causar la muerte. *Liggett* se comprometió a entregar una serie de documentos internos sobre investigaciones relacionadas con los daños a la salud por el tabaco y sobre las manipulaciones en los niveles de nicotina de los cigarrillos para aumentar su poder adictivo. Compromiso compensado para evitar los problemas financieros y finalizar los procesos en su contra, terminando con la incertidumbre legal.

El 20 de Junio de 1997 la totalidad de las compañías tabacaleras de EE.UU., convinieron con 39 estados y Puerto Rico, debido a las demandas, pagar en un plazo de 25 años 368.500 millones de dólares en concepto de reparación de daños y gastos derivados de la asistencia médica por enfermedades producidas por el tabaco.

Además se convino acabar la publicidad para los jóvenes, financiar campañas para reducir el consumo en la juventud y no realizar el auspicio de eventos.

También se realizaron acuerdos con los estados de Misisipi y Florida con la finalidad de terminar con la presión legal y evitar que mayor número de informes reservados de la industria tabacalera sean abiertos.

Posteriormente en 1998 el Congreso de los EE.UU. endureció el acuerdo con las tabacaleras, aprobando un proyecto de ley con pocas protecciones legales y multas mayores para las empresas, estableciendo también que la cantidad por pagar en 25 años será de 516.000 millones de dólares en lugar de 368.500. Una de las industrias más perjudicadas es *R. J. Reynolds* (fabricante de *Camel* y *Winston*) pues la ley quiere prohibir el dibujo del camello en las etiquetas (ya en 1997 se prohibió en



carteles y anuncios). Se afirma que *Reynolds* es la compañía que más vende cigarrillos a los adolescentes, de manera que evitar que fumen los jóvenes es evitar que haya futuros adultos fumadores.

El Congreso de EE.UU. divulgó, y se encuentran en Internet, en abril de 1998 unos 39.000 documentos sobre la actividad de la industria tabacalera, a pesar de la intensa batalla judicial librada por esta para evitar la entrega de esos estudios, porque allí se observa en forma manifiesta que ocultó estudios y destruyó informes que advertían sobre el peligro del consumo de tabaco.

En el mes de Julio 2000 un jurado de Miami otorgó 145.000 millones de dólares de indemnización a 500.000 fumadores de Florida, en un juicio contra la industria tabacalera norteamericana, siendo las cantidades por empresa las siguientes:

- *Philip Morris*: 73.000 millones.
- *R. J. Reynolds*: 33.000 millones.
- *Brown and Williamson*: 17.000 millones.
- *Lorillard*: 16.000 millones.
- *Liggett Group*: 790 millones.

En Julio de 1999 el jurado había declarado a las tabacaleras culpables de conspirar para ocultar los peligros de fumar, y de actuar fraudulentamente manipulando los niveles de nicotina para acentuar los efectos adictivos, a sabiendas del daño que causaban.

En este juicio, que llevó dos años, el jurado encontró a las tabacaleras responsables de las enfermedades vinculadas con el cigarrillo "*por fabricar un producto defectuoso que causa enfisema y cáncer pulmonar entre otras enfermedades*". La compañía *Philip Morris* destaca que en todos los juicios de los últimos años los casos han sido dictados a favor de la compañía, porque se reconoce que "*los fumadores conocen el*



riesgo a que se exponen". Y asegura que desde hace tiempo las empresas tabacaleras han cambiado la forma de hacer negocios y ahora "*luchan para evitar que fumen los menores de edad*". Pero los presidentes de tres de las principales empresas tabacaleras de los Estados Unidos admitieron formalmente que el tabaco es adictivo y que constituye una de las causas del cáncer. Además reconocieron que ellos mismos mintieron anteriormente cuando negaron esas dos verdades ante los estrados judiciales.

Esto que ocurrió en Miami (Florida) muestra que el propio sector industrial toma conciencia de que resulta anacrónico, a esta altura, negar la condición adictiva del cigarrillo. El jurado tuvo en cuenta el acuerdo de 1998 entre los estados norteamericanos y las empresas tabacaleras y su compromiso de compensar los gastos del sistema público de salud que producen las enfermedades por tabaquismo.

7.3.6. Estrategias de la Industria Tabacalera para anular esfuerzos de la OMS-OPS.

Documentos secretos de la industria tabacalera revelan planes para desacreditar a la Organización Mundial de la Salud y las medidas contra el tabaquismo. El 2 de agosto de 2000 un panel de expertos hizo público un informe de 260 páginas, en él dio pormenores de las acciones que desde hace décadas desarrolla la industria tabacalera para desacreditar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su empeño por dominar la muerte y enfermedades causadas por el tabaquismo.

Los documentos muestran que las empresas tabacaleras trataron de desviar la atención de los temas de salud pública que surgieron con el consumo de productos del tabaco, reducir el presupuesto destinado a la OMS para el desarrollo de actividades científicas y de políticas, enemistarla con otras agencias de la ONU, convencer a los países en desarrollo de que los programas contra el tabaquismo impulsados por la OMS formaban parte de la agenda del "Primer Mundo" a costa de



los países en desarrollo, distorsionar los resultados producto de investigaciones científicas importantes sobre el tabaquismo y desacreditar a la OMS en tanto que institución.

Un informe de Marzo de 2002 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestra que empresas tabacaleras transnacionales han llevado a cabo campañas amplias y deliberadamente engañosas durante el último decenio en América Latina y el Caribe (ALC) sobre los efectos perjudiciales de humo ambiental de tabaco y la naturaleza de actividades de comercialización de empresas tabacaleras.

El informe revela que las empresas tabacaleras:

- Contrataron científicos para tergiversar los resultados científicos que vinculan la exposición pasiva al humo del cigarrillo con enfermedades graves, mientras mantenían en secreto cualquier conexión de estos científicos con la industria tabacalera.
- Diseñaron campañas y programas de "*prevención de tabaquismo en jóvenes*" principalmente como maniobras de relaciones públicas encaminadas a disuadir cualquier reglamentación significativa de la comercialización del tabaco. Estas campañas no se centran en las consecuencias de salud del tabaco, sino en que el "*tabaquismo es impropio de los jóvenes*". El objetivo principal de estas campañas es presentar a la industria como un ciudadano institucional preocupado y al tabaquismo como un comportamiento de "adultos". En los documentos examinados está claro que la meta de estas campañas nunca fue reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes.
- Tenían conocimiento detallado de las redes de contrabando y los mercados negros del tabaco y buscaron activamente aumentar su cuota de este mercado ilegal estructurando campañas de comercialización y rutas de distribución *ex profeso*.

- Gozaban de acceso a funcionarios clave del gobierno y lograron debilitar o incluso evitar legislación sobre control del tabaco en varios países.

8. Publicidad de la industria tabacalera

La OMS mantiene una larga lucha para reducir el consumo de tabaco en el mundo y ha propiciado un Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica, como un Tratado o Convención Marco internacional para la reducción del tabaquismo, siendo la principal medida a implementar la prohibición total de la publicidad del tabaco, porque es un error fundamental creer que se pueden elaborar reglamentos eficaces contra la exposición de los niños a la publicidad del tabaco mientras se permita la publicidad dirigida a fumadores adultos.

La publicación del Consejo Mundial de Iglesias (A través de su manifiesto 'El Tabaco: ¡Un problema mundial requiere una respuesta mundial!') muestra en el número 153 del año 2000, la utilización de María Santísima, para la promoción de cigarrillos. Las empresas tabaqueras están utilizando, sin ningún pudor, símbolos religiosos para promover el tabaco, como en Filipinas, mediante "Calendarios de la Virgen". En algunos países asiáticos los paquetes de cigarrillos reproducen fotografías de templos budistas.

9. Efectos del consumo del tabaco en la salud

Para la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es una epidemia que constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo. En España, el tabaco provoca la muerte de más de 50.000 personas al año (lo que representa el 16% de todas las muertes entre mayores de 35 años), más que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos.

Además, el tabaquismo es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España. De hecho, el consumo de tabaco está relacionado con más de 25 enfermedades, siendo la causa principal del 90% de los casos de cáncer de pulmón y del 95% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Es especialmente grave la tendencia creciente en mujeres del cáncer de pulmón.

La OMS ha determinado también que el humo ambiental del tabaco debe ser considerado cancerígeno, y especialmente en la población infantil con neumonías, bronquitis, otitis, asma, bajo peso del recién nacido y muerte súbita del lactante. Se considera que el 60% de los no fumadores son fumadores involuntarios o pasivos y, de hecho, el 1% de las muertes atribuibles al consumo de tabaco se producen entre estos últimos.

Siguiendo con el informe de la OMS del 2000, unas 500.000.000 de personas que viven actualmente en el mundo morirán por causa del tabaco. De estas muertes, 250.000.000 serán a una edad prematura, es decir, antes de tiempo, y ocurrirán en la edad adulta. Esto es debido a que los fumadores de largo plazo tienen 50% de probabilidades de morir como consecuencia de una enfermedad relacionada con el tabaco. Y de estas defunciones cerca de la mitad ocurrirá a una edad media entre 40 y 60 años, con una pérdida de unos 20 años de esperanza de vida normal. Así se estima que para el año 2020 el tabaco será la mayor causa de muerte y discapacidad, y matará a más de diez millones de personas por año, causando más muertes que el SIDA, accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, alcoholismo y drogas ilícitas todos combinados.

Datos de consumidores de tabaco en el mundo:

- Un tercio de la población mundial de 15 años y más fuma, siendo la cantidad total de 1.100 millones de fumadores en el mundo. De estos, 800 millones pertenecen a los países en desarrollo. Y en el año 2025 los fumadores llegarán

a 1.600 millones. En el mundo fuma el 47% de los hombres y el 12% de las mujeres.

- En los países desarrollados fuma el 42% de los hombres y el 24% de las mujeres.
- En países en desarrollo fuma el 48% de los hombres y el 7% de las mujeres.
- Desde 1950 hasta el 2000 el tabaco provocó la muerte de 60.000.000 de personas sólo en los países desarrollados, un campo de muerte mayor que el que produjo la Segunda Guerra Mundial. En Estados Unidos 400.000 vidas se pierden por año debido al consumo de tabaco. En América Latina 150.000 vidas se pierden por año debido al consumo de tabaco. Los incendios causados por el tabaquismo producen 25.000 muertes por año en Estados Unidos.

El hábito de fumar es causa de unas 25 enfermedades comprobadas, siendo sobre todo responsable de:

- El 30% de todas las cardiopatías coronarias
- El 80%-90% de todos los casos de Enfisema-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- El 90% de los casos de Cáncer de pulmón.
- El 70% de cáncer de laringe.
- El 50% de cáncer en boca.
- El 50% de cáncer de esófago. (Bogart, icono de fumadores, murió de esta enfermedad)
- El 30%-40% de cáncer de vejiga.
- El 30% de cáncer de páncreas.
- Los no fumadores que conviven con fumadores tienen un riesgo 35 veces mayor de contraer cáncer de pulmón que aquellos que no conviven con fumadores.
- El 42% de los niños con enfermedades respiratorias crónicas es fumador pasivo. En el mundo unos 100.000 niños y jóvenes cada día se convierten en

fumadores. Son los que la industria tabacalera nombra como sus *"fumadores de reemplazo"*, porque van sustituyendo a los que desaparecen prematuramente.

9.1. El tabaco *light*

El tabaco puede afectar a diferentes órganos del cuerpo, desde los labios, tráquea, bronquios y pulmones, sin embargo hay tabacos que pueden afectar más a unas zonas que a otras. La diferencia la marca la profundidad de *"la inhalación o calada"*. En el caso del tabaco negro, muy irritante, las revistas médicas avisan de que *"es probable que el fumador no pueda realizar caladas muy profundas con lo que el depósito de alquitranes y otros tóxicos se queda en la boca o en la laringe, y ahí puede hacer con más frecuencia que se desarrolle un cáncer"*. Lo contrario ocurre, en cambio, con tabacos *"de tipo Light donde la irritación es menor, y por ello, la profundidad de la calada es enorme"*. Ello está originando el desarrollo de cánceres periféricos en el pulmón.

9.2. Compuestos del cigarrillo

Los cigarrillos contienen más de 4.000 compuestos químicos, incluyendo 43 que son causantes o pueden causar cáncer, y muchos otros que son tóxicos, venenosos o dañan los genes.

Se ha encontrado que los cigarrillos contienen sustancias como:

- Isocianato metílico (que fue la causa de la muerte de 2.000 personas cuando se liberó al aire, tras un descarrilamiento, en Bhopal, India, en 1984)
- Acetona (removedor de pintura)
- Amoníaco (irritante)
- Arsénico (veneno)
- Benceno (que forzó la remoción del agua *Perrier* del mercado)

- Butano (líquido de encendedores)
- Monóxido de carbono (gas tóxico del escape de los autos y de los braseros)
- Cianuro (veneno)
- DDT (insecticida prohibido)
- Formaldehído (empleado en la preservación de cadáveres)
- Plomo (metal paseado)
- Metanol (combustible de aviones)
- Naftaleno (ingrediente de las bolitas de naftalina)
- Nicotina (sustancia adictiva y también insecticida): La nicotina es un alcaloide del cigarrillo que produce adicción. Un cigarrillo normal de 1 gramo contiene más o menos 10 - 20 mg de nicotina, lo que significa que 1 ó 2 mg de nicotina entrarán a los pulmones con el humo (el 10%) de cada cigarrillo.

10. Campañas sobre el tabaco

El debate actual se centra en el derecho a respirar un aire libre de humo porque todas las organizaciones médicas y científicas, que gozan de credibilidad en el mundo (incluyendo la Organización Mundial de la Salud, el Director General de Salud Pública de los EE.UU., las agencias nacionales de protección ambiental, y las asociaciones de médicos y cirujanos) han concluido que respirar aire contaminado por el humo de tabaco de los demás causa graves enfermedades y muerte a los no fumadores.

Recordemos que la publicidad del tabaco no influye sobre el consumo de tabaco. Docenas de estudios muestran que el aumento de la promoción del tabaco está ligado a un aumento de su uso en la población general. La promoción también está ligada al inicio del tabaquismo en grupos específicos (como los niños y las mujeres) como resultado de campañas específicamente dirigidas a ellos.

Los estudios también han mostrado que la eliminación total o casi total de la promoción del tabaco disminuye su uso. Las restricciones parciales de la publicidad

tienen poco o ningún impacto en el consumo, generalmente porque cuando sólo algunos medios o tipos de publicidad están prohibidos las compañías tabacaleras simplemente invierten más dinero en promoción a través de aquellas formas que todavía están permitidas.

Las tabaqueras suelen incidir en sus campañas en varios tópicos. De los hallados, destacamos:

- Los adultos tienen derecho a elegir fumar.
- Existen temas de salud más importantes para tratar.
- La gente continuará fumando sin importar qué medidas se tomen.
- Los gobiernos *"no se toman en serio el control del tabaco"*, pues son demasiado dependientes de los ingresos generados por los impuestos al tabaco.
- Tenemos que afrontar otros problemas de drogas.
- Los programas de control del tabaco deberían centrarse en ayudar a los fumadores a que dejen de fumar.
- La solución real para reducir el uso del tabaco es educar a nuestros niños.
- No se ha demostrado una relación causal entre respirar aire contaminado por humo de tabaco de los demás y el desarrollo de enfermedades.
- Hay fuentes más importantes de contaminación ambiental.
- Las áreas compartidas para fumadores y no fumadores solucionan el problema.
- La exposición al humo de tabaco de los demás es sólo un tema de mala ventilación.
- Los ambientes libres de humo perjudicarán a los negocios, especialmente bares, restaurantes y a la industria turística.
- Los gobiernos no tienen derecho a decirle a los comerciantes qué hacer.
- La restricción de fumar vulnera los derechos de los fumadores.
- Los eventos artísticos y deportivos desaparecerán sin el apoyo de la industria tabacalera.



- No es necesario que regulemos la publicidad del tabaco. Las compañías tabacaleras tienen un código voluntario y se comportan responsablemente.
- El control del tabaquismo le costará a la economía puestos de trabajo.
- Los cultivadores de tabaco se quedarán sin trabajo si reducimos el uso de tabaco.
- El control del tabaco es muy costoso.
- Las compañías tabacaleras contribuyen a nuestra economía nacional.
- Los impuestos del tabaco cubren ampliamente los costos del uso del tabaco.
- Los impuestos sobre el tabaco perjudican a las personas con ingresos bajos y penalizan a los fumadores.
- Los impuestos sobre el tabaco son sólo una forma de ganar dinero por parte del gobierno.
- Los gobiernos perderán ingresos si aumentan los impuestos sobre el tabaco.
- Mayores impuestos sobre el tabaco aumentarán el contrabando.
- Las advertencias en los paquetes son inefectivas.
- La gente aquí compra los cigarrillos sueltos, ni siquiera ven los paquetes.
- Mucha gente no sabe leer, por lo tanto estos mensajes no serán efectivos.
- Las compañías tabacaleras están preocupadas por el tabaquismo en los jóvenes y nos están ayudando con programas educativos para la juventud.

NÍHIL ÓBSTAT . IMPRIMÁTUR



11.- Bibliografía

ASOCIACIÓN AZAHAR (2001): *Antecedentes de la industria tabaquera*. Disponible en: www.asociacionazahar.org/index.php/la-industria/11-antecedentes-de-la-industria-tabacalera.html?start=7. (Consultado el 3 de junio de 2002).

CALDEVILLA DOMÍNGUEZ, David (2002): *Campaña de imagen sobre el tabaco*. Vision Net. Madrid.

MINISTERIO DE SANIDAD DE ESPAÑA: www.msps.es/

PHILIPS MORRIS INTERNACIONAL: www.pmi.com/esp/pages/homepage.aspx

Plan nacional de prevención del tabaquismo: www.apta-aragon.org/download/16/

Plan nacional sobre drogas:
www.pnsd.msc.es/Categoria2/noticias/A2002/1jun2002.htm

TAYLOR, Allyn L. y BETTCHER, Douglas W. (2001): *El Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica: una baza mundial para la salud pública*. Disponible en: <https://apps.who.int/bulletin/digests/spanish/number4/bu0631.pdf>. (Consultado el 19 de junio de 2002).