

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la «Propuesta de Recomendación del Consejo sobre los entornos sin humo»

COM(2009) 328 final — 2009/0088 (CNS)

(2010/C 128/15)

Ponente: **Eugen LUCAN**

El 8 de julio de 2009, de conformidad con el artículo 262 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, la Comisión Europea decidió consultar, a título facultativo, al Comité Económico y Social Europeo sobre la

Propuesta de Recomendación del Consejo sobre los entornos sin humo

COM(2009) 328 final – 2009/0088 (CNS).

La Sección Especializada de Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía, encargada de preparar los trabajos en este asunto, aprobó su dictamen el 15 de octubre de 2009.

En su 457º Pleno de los días 4 y 5 de noviembre de 2009 (sesión del 5 de noviembre de 2009), el Comité Económico y Social Europeo ha aprobado por 81 votos a favor, 68 en contra y 9 abstenciones el presente Dictamen.

1. Recomendaciones específicas

1.1. Sobre el capítulo «Recomienda que los Estados Miembros», Art. 1

1.1.1. Una protección eficaz contra la exposición al humo de tabaco debe limitarse a hacer referencia a los lugares de trabajo y, sobre todo, a los espacios cerrados sin zonas específicas para fumadores.

1.1.2. El CESE recomienda que todos los espacios públicos frecuentados por niños o jóvenes menores de dieciocho años se incluyan en los «otros lugares públicos», como se estipula en el artículo 8.2 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).

1.1.3. El CESE pide al Consejo que prevea la instauración de un plazo de adopción más corto que los tres años propuestos por la Comisión, so pena de perder la actual generación de adolescentes de escuelas secundarias (14-18 años), que está expuesta al riesgo de pasar del tabaquismo pasivo al tabaquismo activo.

1.2. Sobre el capítulo «Recomienda que los Estados Miembros», Art. 2

1.2.1. «Las estrategias educativas y de asesoría a escala europea tendrán un papel esencial en todas las instituciones de educación y de enseñanza». El CESE recomienda que se complete y se refleje muy claramente la importancia a escala europea de las estrategias educativas y de asesoramiento en colegios y escuelas secundarias, de modo que cada niño o joven pueda ser informado de modo correcto, completo y periódicamente sobre la verdad del tabaco y sus efectos nocivos y sobre los efectos cancerígenos de la exposición al humo de tabaco ambiental (HTA).

1.3. Sobre el capítulo «Recomienda que los Estados Miembros», Art. 3

1.3.1. Conviene complementar las políticas antitabaco con medidas de apoyo, entre ellas:

- (c) extender el ámbito de aplicación de la Directiva 2004/37 relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos o mutágenos en el lugar de trabajo, a fin de que cubra también el HTA;
- (d) reforzar los requisitos relativos a la protección de los trabajadores contra el humo de tabaco en la Directiva 89/654/CEE, solicitando a todos los empleadores que se aseguren de que el lugar de trabajo es una zona en que el consumo de tabaco está prohibido;
- (e) modificar la Directiva relativa a las sustancias peligrosas (67/548/CEE) (1991), a fin de clasificar el HTA como agente cancerígeno. Esta directiva situaría automáticamente el HTA, en lo concerniente a los requisitos mínimos de seguridad y salud laboral, en el ámbito de aplicación de la Directiva relativa a la exposición a agentes carcinógenos o mutágenos en el lugar de trabajo.
- (f) hacer un llamamiento a los Estados miembros y a la Comisión para que modifiquen oficialmente la denominación Humo de Tabaco Ambiental (HTA) y la conviertan en Humo de Tabaco Ambiental Cancerígeno (HTAC),
- (g) elaborar, por las direcciones generales de «Educación y Cultura» y «Salud y Protección del Consumidor», estrategias educativas para inculcar a los niños y a los jóvenes de todas las redes de enseñanza de la UE una instrucción correcta, completa y regular sobre los efectos del consumo de tabaco y del humo de tabaco ambiental.

1.4. **Sobre** el capítulo «Recomienda que los Estados Miembros», **Art. 4**

1.4.1. Cabe añadir al final también «protección contra el humo de tabaco en entornos públicos frecuentados por niños y jóvenes» (zonas de juegos infantiles al aire libre, espacios de ocio, discotecas al aire libre o cerradas, clubes, bares frecuentados por niños o jóvenes menores de dieciocho años, otros espacios destinados a ellos).

1.5. **Sobre** el capítulo «Recomienda que los Estados Miembros», **Art. 6**

1.5.1. En la definición de los centros de referencia nacionales para el control del tabaco conviene añadir el texto «, así como para controlar o eliminar la exposición de la población al HTA».

2. **Conclusiones**

2.1. El CESE apoya la iniciativa dirigida a asegurar una aplicación eficaz del artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, con el fin de crear un entorno absolutamente libre de humo de tabaco, conforme al principio 1 (punto 6) de las directrices relativas al artículo 8 del Convenio Marco que se adjuntan como anexo de la propuesta COM(2009) 328 ⁽¹⁾. El Comité considera que la Recomendación europea constituye un instrumento útil para ir en este sentido, aunque apenas ofrece garantías. Si resultara que la aplicación y la eficacia de este dispositivo son insuficientes, la Comisión debería proponer lo más rápidamente posible un instrumento de carácter vinculante.

2.2. El CESE considera que es necesario realizar investigaciones a escala europea sobre la lucha contra los efectos nocivos del consumo de tabaco entre niños y jóvenes y el grado de exposición al HTA. Con el fin de elaborar estrategias y programas eficaces para el futuro, las investigaciones deberían evaluar también entre los fumadores la edad a la cual fumaron el primer cigarrillo y las motivaciones que tuvieron niños y jóvenes para tomar esta decisión.

2.3. Habida cuenta de que el Parlamento Europeo invitó a los Estados miembros a comprometerse a reducir en al menos un 50 % hasta 2025 el consumo de tabaco entre los jóvenes, el CESE considera que es necesario cuantificar los efectos nocivos concretos del consumo de tabaco entre los jóvenes para formular posteriormente objetivos europeos destinados a los Estados miembros, con el fin de reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes. El Comité precisa que no hay que entender por ello que la instauración de las disposiciones antitabaco deba extenderse hasta 2025 y subraya que, por el contrario, resulta urgente aprobar estas medidas, a la vista de sus graves implicaciones para la salud humana y los enormes costes que se generan.

(1) «La aplicación de las medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco, previstas en el artículo 8 del Convenio Marco de la OMS, comporta la abstención total del acto de fumar y la eliminación total del humo de tabaco en un espacio o ambiente determinado a fin de lograr un entorno absolutamente libre de humo de tabaco. No existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco, y hay que rechazar conceptos tales como el valor de umbral para la toxicidad del humo ajeno, puesto que los datos científicos no los corroboran». (COM(2009) 328 final, anexo, principio 1, pp. 13-14).

2.4. El CESE considera que es absolutamente necesario prohibir el consumo de tabaco y, en consecuencia, la exposición al HTA en lugares frecuentados por niños y jóvenes (grupo de edad comprendida entre cero y dieciocho años): lugares de ocio: clubes, discotecas en lugares cerrados, bares, instalaciones deportivas, espacios de ocio para niños, etc. Esta medida podría salvar parte de la generación actual de niños y adolescentes en el grupo de edad comprendido entre quince y dieciocho años, que son los más expuestos al riesgo de fumar y al HTA. Por lo general, los jóvenes eligen fumar el primer cigarrillo y pasar de fumadores pasivos a fumadores activos entre los quince y los dieciocho años.

2.5. El CESE considera esencial la realización de programas de educación y promoción de un modo de vida sano y armonioso en colegios y escuelas de enseñanza secundaria. A escala europea, los niños y adolescentes deben tener acceso a información periódica, correcta y completa sobre el consumo de tabaco y la exposición al HTA, con el objeto de tomar conciencia sobre todos los riesgos asociados al tabaco y poder entenderlos con conocimiento de causa y responsabilidad. Dicha información puede ser ofrecida también en colaboración con organizaciones no gubernamentales, pero es importante que sea accesible, periódica, adaptada a la motivación de los niños y jóvenes, interactiva e innovadora, para permitir a los niños asumir su propia responsabilidad de modo libre y totalmente consciente.

2.6. El CESE considera que son necesarias campañas de información y educación sobre estilos de vida sanos, concebidas para todas las categorías de edad y todos los grupos sociales, que permitan a las personas asumir la responsabilidad de sus elecciones con conocimiento de causa, tanto para ellas mismas como para sus hijos.

2.7. El CESE exhorta a las ONG y a la sociedad civil a desarrollar y apoyar, mediante la propia participación, acciones destinadas a la protección contra la exposición al HTA, especialmente para aquellas categorías desfavorecidas que corren el riesgo de perder, además de su autonomía social, la autonomía personal debido al empeoramiento de su estado de salud y la pérdida gradual de funciones vitales. Es necesario prestar una protección especial contra la exposición al HTA a los niños desfavorecidos procedentes de entornos con un alto nivel de exposición al humo de tabaco ajeno, a los «niños y jóvenes de la calle» y a la gente que vive en ella.

3. **Contexto y observaciones generales**

3.1. *Argumentos médico-sociales relativos al consumo de tabaco y al nivel de exposición al HTA*

3.1.1. Un estudio menciona que «cada cigarrillo puede acortar en 8 ⁽²⁾ minutos la vida de la persona que lo fuma». En la Unión Europea, el tabaco es la causa más importante de fallecimientos, enfermedades y discapacidades, causando la muerte de aproximadamente 650 000 personas cada año ⁽³⁾.

(2) Consumo de tabaco, Fundaciones Soros, 888 Seventh Avenue, NY 10106, 1992.

(3) Tobacco or health in the European Union: Past, present and future, («El tabaco o la salud en la Unión Europea: pasado, presente, futuro») ASPECT Consortium, octubre de 2004.

3.1.2. El humo de tabaco es una mezcla tóxica compleja formada por más de 4 000 sustancias, entre las cuales se hallan sustancias tóxicas como el cianuro de hidrógeno, amoníaco y monóxido de carbono y más de 50 sustancias (69 exactamente ⁽⁴⁾) que han demostrado ser cancerígenas, constituyendo el consumo de tabaco una fuente extendida de morbilidad y mortalidad en la UE. Desde el punto de vista científico, está justificado modificar la denominación de «Humo de Tabaco Ambiental» (HTA) en «Humo de Tabaco Ambiental Cancerígeno» (HTAC).

3.1.3. Se ha comprobado que la exposición prolongada al tabaquismo pasivo es causante de las mismas enfermedades que las provocadas por el tabaquismo activo, incluyendo el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfermedades pediátricas.

3.1.4. La exposición al HTA puede causar cardiopatías coronarias y cáncer pulmonar en adultos. El HTA puede ser el origen de accidentes vasculares cerebrales, asma o Broncopatía Pulmonar Obstructiva Crónica (BPOC) en adultos ⁽⁵⁾ y puede empeorar enfermedades preexistentes, como el asma y la BPOC ⁽⁶⁾.

3.1.5. Las investigaciones y definiciones relativas a los riesgos de la exposición al HTA han evolucionado en el tiempo. Deben evitarse términos tales como «tabaquismo pasivo» y «exposición involuntaria al humo de tabaco», ya que la experiencia de Francia y otros países muestra que hay situaciones en las cuales dichos términos son utilizados para apoyar la idea de que esta exposición sería «voluntaria» y, por tanto, aceptable. El nuevo contexto científico impone que ya no se hable de «Humo de Tabaco Ambiental» (HTA), sino de «Humo de Tabaco Ambiental Cancerígeno» (HTAC).

3.1.6. El HTA es especialmente dañino para los niños, causando asma, neumonía y bronquitis, síntomas respiratorios, afecciones del oído medio y el síndrome de muerte súbita del lactante ⁽⁵⁾.

3.1.7. Según estimaciones prudentes, 7 300 adultos, incluidos 2 800 no fumadores, fallecieron en 2002 en la UE-25 debido a la exposición al HTA en el lugar de trabajo. El fallecimiento de 72 000 personas más, incluyendo 16 400 no fumadores, fue asociado a la exposición al HTA en el domicilio ⁽⁷⁾.

3.1.8. Se ha comprobado que el riesgo de aparición de cáncer de pulmón aumenta considerablemente debido a la exposición al humo de tabaco en general o en el lugar de trabajo y que, por ejemplo, para los empleados de establecimientos relacionados con la industria alimenticia donde se fuma, el riesgo de padecer cáncer de pulmón es un 50 % mayor que para los empleados no expuestos al humo de tabaco ⁽⁸⁾.

3.1.9. La exposición al humo de tabaco durante el embarazo puede llevar al aumento del riesgo de malformaciones, pérdidas del embarazo, muerte fetal y partos prematuros.

⁽⁴⁾ Evaluación de impacto Rand, Rand Corporation.

⁽⁵⁾ Surgeon General (2006). *op. cit.*

⁽⁶⁾ Foreman, M. G., D. L. DeMeo, et al. «Clinical determinants of exacerbations in severe, early-onset COPD.» *European Respiratory Journal* 30(6): 1124-1130.

⁽⁷⁾ The Smoke free Partnership (2006). *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe*, European Respiratory Society, Bruselas, Bélgica.

⁽⁸⁾ Siegel M., Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects, («Tabaco involuntario en los lugares de trabajo de la restauración. Examen de la exposición de los trabajadores y de los efectos en su salud»), *Journal of the American Medical Association*, juillet 1993, 28; 270(4), 490-493.

3.2. Argumentos sociológicos del Eurobarómetro sobre las políticas antitabaco y exposición al HTA

3.2.1. El Eurobarómetro muestra que las políticas contra el tabaquismo cuentan con un respaldo cada vez mayor de los ciudadanos. Así, por ejemplo, el 84 % de los ciudadanos europeos es favorable a la prohibición del consumo de tabaco en oficinas y en otros lugares de trabajo cerrados, el 77 % está a favor de la prohibición del consumo de tabaco en restaurantes y el 61 % a favor de que la prohibición del consumo de tabaco se extienda a bares y otros establecimientos.

3.2.2. Aproximadamente el 70 % de los ciudadanos de la UE no fuma ⁽⁹⁾, y los estudios muestran que los fumadores en su mayoría quieren dejar de fumar ⁽¹⁰⁾.

3.2.3. Según una encuesta reciente de Eurobarómetro sobre la «Actitud de los europeos ante el tabaco», tres cuartas partes de los europeos son conscientes de que el humo de tabaco presenta un riesgo para la salud de los no fumadores, mientras que el 95 % reconocen que el consumo de tabaco en presencia de una mujer embarazada puede resultar muy peligroso para el bebé.

3.2.4. A finales de 2006 se estimaba que el 28 % de los empleados de la UE que trabajan en oficinas se exponen cada día al HTA en sus lugares de trabajo, mientras que a finales de 2008 alrededor del 39 % de los empleados de bares y restaurantes estaba expuestos al HTA. Otra encuesta reciente (2006) ha puesto de manifiesto que alrededor de 7,5 millones de trabajadores europeos están sometidos a una exposición cotidiana al humo de tabaco ambiental en su lugar de actividad ⁽¹¹⁾.

3.2.5. Las economías europeas soportan cada año costes que ascienden a centenares de miles de millones destinados a los sistemas sanitarios como consecuencia del consumo de tabaco. Estos costes son soportados por toda la población, y no por quienes son responsables de su generación. Se estima que en la UE-27 únicamente la exposición al humo de tabaco ambiental en los lugares de trabajo induce un coste de 2 460 millones de euros anuales ⁽¹²⁾, o sea 1 300 millones de gastos médicos en enfermedades relacionadas con el tabaco (de los que 560 millones corresponden a personal no fumador) y más de 1 100 millones de euros corresponden a gastos no médicos relacionados con las pérdidas de productividad (de los que 480 millones de euros son de personal no fumador).

3.3. El deber de proteger a la población contra la exposición al HTA es una forma de garantizar las libertades y los derechos humanos fundamentales (el derecho a la vida y a unos estándares de salud)

3.3.1. El deber de proteger a la población contra el humo de tabaco, consagrado en el artículo 8 del CMCT esta basado en las libertades y derechos humanos fundamentales. Habida cuenta de los peligros que entraña inhalar humo de tabaco ajeno, el deber

⁽⁹⁾ The European Community Health Indicator n° 23, «Regular Smokers»: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

⁽¹⁰⁾ Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res.* 2004 Dec; 6 Suppl 3:S341-51.

⁽¹¹⁾ Jaakkola M. Jaakkola J. (2006), Impact of smoke-free workplace legislation on exposure and health: possibilities of prevention («Impacto sobre la exposición y la salud de la legislación sobre lugares de trabajo sin tabaco: posibilidades de prevención», *European Respiratory Journal* 28, 397-408.

⁽¹²⁾ SEC(2009) 895, p.4, punto 2.1.2.

de proteger contra la exposición al humo de tabaco está implícito, entre otros, en el derecho a la vida y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocidos en numerosos instrumentos jurídicos internacionales (entre ellos, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), incorporados oficialmente en el Preámbulo del Convenio Marco de la OMS y reconocidos en las constituciones de muchos países.

3.3.2. El deber de proteger a las personas contra el humo de tabaco se corresponde con la obligación de los gobiernos de promulgar leyes que las protejan frente a las amenazas a sus derechos y libertades fundamentales. Tal obligación se hace extensiva a todas las personas, y no se limita a determinados grupos.

3.4. Contexto internacional y europeo

3.4.1. El HTA fue clasificado como agente cancerígeno para el ser humano por la Agencia para la protección medioambiental de los Estados Unidos en 1993, por el Departamento de Salud y Servicios Sociales en el año 2000 y por el Centro internacional de investigaciones sobre el cáncer de la Organización Mundial de la Salud en 2002.

3.4.2. A escala internacional, el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (CMCT), firmado por 168 partes y ratificado por 141, incluida la Comunidad Europea, reconoce que «la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidades». El convenio obliga a la Comunidad y a sus Estados miembros a adoptar medidas contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, transportes públicos y espacios públicos cerrados. El artículo 8 de este convenio establece la obligación de ofrecer protección contra la exposición al humo de tabaco.

3.4.3. La estrategia europea para 2004 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relativa a una política para el abandono del hábito de fumar considera que un asesoramiento intensivo de más de diez minutos a cargo de un médico es uno de los métodos más eficaces para lograr una abstinencia perdurable.

3.5. Análisis de impacto sobre la opción más favorable entre las cinco opciones políticas posibles de la UE

3.5.1. El 30 de enero de 2007, la Comisión publicó el «Libro Verde: Hacia una Europa sin humo de tabaco: políticas a escala de la UE» (COM(2007) 27 final), mediante las cuales abrió un debate público. Las cinco opciones políticas europeas son las siguientes: 1) Mantener el status quo; 2) Medidas voluntarias; 3) Método abierto de coordinación; 4) Recomendación de la Comisión o del Consejo; 5) Legislación vinculante.

3.5.2. En el análisis de impacto la Comisión menciona que, debido a su carácter preceptivo, la opción 5) (Legislación vinculante) generaría la máxima reducción de daños asociados al HTA, ya que de hecho elimina la exposición al HTA en los lugares de trabajo cerrados. Sin embargo, la aplicación tardaría más que en el caso de la opción política 4) (Recomendación de la Comisión o

del Consejo). Los beneficios para la salud de la opción 1) (Mantenimiento del status quo) resultarían en una reducción menor de la predominancia del HTA y de los perjuicios causados a la salud asociados a éste. Se espera que la tendencia antitabaco existente continúe, pero a un ritmo mucho más lento. Los efectos de las opciones 2) y 3) son similares y sólo aportan reducciones modestas del HTA comparado con la opción 1) (Mantenimiento del status quo). La opción 3) (Aplicación del método abierto de coordinación) puede ser lenta e inadecuada para tratar un tema como el HTA. La opción 4) (Impacto de una recomendación de la Comisión o del Consejo) estaría limitada por el hecho de que pudiera no crear un sentimiento de compromiso entre los Estados miembros. Se supone que la opción política 4) tendrá beneficios mayores para la salud debido al efecto de «apropiación» (*ownership effect*). Es de esperar que el impacto se materialice de modo relativamente rápido.

4. Grupos objetivo más vulnerables a la exposición al HTA y estrategias de resolución

4.1. Los grupos más vulnerables a la exposición al HTA son los siguientes: niños, jóvenes, desempleados, categorías desfavorecidas, empleados de la industria hotelera y restaurantes.

4.2. El problema de la exposición al HTA debe ser abordado de modo causal en correlación con el tabaquismo y la especificidad del grupo objetivo. El 80 % de los ciudadanos europeos que fuman manifestaron fumar también en casa. Las estrategias de disminución del consumo de tabaco y exposición al HTA deberían centrarse especialmente en los niños, jóvenes y padres.

4.3. Entre los ciudadanos de la UE de quince años y mayores, 31 % declaran fumar (26 % lo hace cotidianamente y 5 % ocasionalmente ⁽¹³⁾). En los niños, la tasa de fumadores aumenta muy rápidamente a partir de los once años. Los niveles muy elevados de consumo de tabaco que se observan antes de los dieciocho años refuerzan la idea de que los jóvenes empiezan a fumar cuando todavía son menores ⁽¹⁴⁾. El Eurobarómetro no hace ninguna referencia al primer cigarrillo fumado, pero en algunos países existen estadísticas nacionales ⁽¹⁵⁾ que mencionan que «la mayoría de las personas comenzaron a fumar en edad infantil: un 53 % (el 5,5 % fumaron por primera vez a una edad inferior a los 15 años, el 47,5 % fumaron su primer cigarrillo a edades comprendidas entre los 15 y los 19 años)». Más de la mitad de los hombres que fuman (51,4 %) comenzaron a fumar a edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. Una parte de las categorías sociales más vulnerables, los niños de la calle, fumaron su primer cigarrillo cuando aún no habían cumplido los cinco años ⁽¹⁶⁾. La vida de la calle, especialmente para las categorías desfavorecidas de niños, jóvenes o adultos, se asocia a un alto grado de consumo de tabaco y exposición al HTA.

⁽¹³⁾ Eurobarómetro 253, marzo de 2009, Survey on Tobacco («Encuesta sobre el tabaco»), autor: The Gallup Organisation, Hungría, p. 7, apartado 1

⁽¹⁴⁾ Tobacco Free Policy Review Group. (2000), Towards a tobacco free society: report of the Tobacco Free Policy Review Group («Hacia una sociedad sin tabaco: Informe del Grupo de control de la política de exclusión del tabaco»), Government Publication. Stationery Office, Dublin, (<http://www.drugsandalcohol.ie/5337/>), p. 29, apartado 1.

⁽¹⁵⁾ Romania, Insitutul National de Statistica.

⁽¹⁶⁾ Terapias Asociadas para la Integración de los Niños de la Calle, Eugen Lucan, Investigación Tesina de licenciatura, 1996.

4.4. Los espacios de ocio (clubes, bares, discotecas al aire libre, discotecas cubiertas, etc.) representan zonas en las cuales la exposición al HTA es muy alta y peligrosa, tanto para clientes (categorías de adolescentes, jóvenes, etc.) como para empleados (personal de la industria del ocio, hostelería y restauración). Una exposición de cuatro horas en una discoteca equivale a convivir con un fumador durante un mes ⁽¹⁷⁾.

4.5. Además de estrategias mediáticas de sensibilización, se necesitan en primer lugar estrategias educativas con fines preventivos. Las ONG han promovido servicios innovadores de información, educación y prevención para niños y adolescentes sobre los riesgos del tabaquismo y la exposición al HTA. La generalización de estos modelos de buenas prácticas mediante la introducción de programas de carácter educativo en los sistemas de enseñanza y la provisión de servicios de asesoría a través de las redes europeas de asesoramiento a los ciudadanos o centros escolares de asesoramiento a padres y niños constituirían soluciones a nivel europeo. Los clubes comunitarios para niños y padres y los programas educativos del tipo «Escuela/Universidad de los Padres» representan modelos de buenas prácticas que pueden ayudar a prevenir el consumo de tabaco y disminuir la exposición al HTA, tanto en la escuela como en el entorno familiar (en éste, la legislación europea respeta la vida privada).

5. Las campañas mediáticas positivas, basadas en información completa sobre la promoción de la salud disminuirán de modo natural el consumo de cigarrillos y el nivel de exposición al HTA

5.1. A escala europea se llevaron a cabo dos campañas antitabaco emprendidas en los medios de comunicación: «Feel free to say no» (2001-2004) y «HELP: Para una vida sin tabaco» (2005-2008), que tuvieron como objetivo resaltar los efectos perjudiciales del consumo pasivo de tabaco y promover un modo de vida sin tabaco, especialmente entre los jóvenes.

5.2. En lo relativo a la modificación de la Decisión 2003/641/CE de la Comisión, de 5 de septiembre de 2003, el CESE considera que todas las advertencias deberían incluir también datos claros

sobre el contenido de los cigarrillos, la naturaleza de las sustancias cancerígenas, tóxicas, especialmente de los conservantes y sustancias utilizadas en los cigarrillos, al igual que información adicional, como, por ejemplo, el número de teléfono de una línea gratuita o un sitio de Internet para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

5.3. Aunque 80 % de los fumadores o antiguos fumadores de la UE se acuerdan de una campaña contra el tabaco, también declaran en un 68 % que las acciones de este tipo no les han llevado a dejar de fumar ⁽¹⁸⁾. El CESE considera que son necesarias campañas de medios de información y sensibilización basadas en principios que:

- enfatizan la importancia de la respiración como función vital para el ser humano y la analogía entre la calidad del aire inspirado y la calidad de vida («¡Somos lo que respiramos!»);
- promuevan una información correcta y completa;
- utilicen la sugestión positiva centrándose en la creación de unos estilos de vida sanos que «hagan olvidar» los cigarrillos y los entornos con humo ajeno;
- modulen el mensaje en función de los diferentes grupos objetivo y las motivaciones concretas para las distintas categorías de edad (por ejemplo: para los jóvenes son importantes la «proeza» y la imagen personal);
- fomenten y divulguen sistemas deportivos y educativo-culturales, que por definición excluyen el consumo de tabaco: deporte profesional (natación, fútbol, ciclismo, balonmano, etc.), métodos de entrenamiento, defensa personal y/o autoconocimiento (kárate, tai-chi, yoga ⁽¹⁹⁾, ci-gong, etc.) y sistemas filosóficos que excluyen el consumo de tabaco; el nivel de exposición al HTA en los espacios públicos afectados por estos programas de educación debe seguir tendiendo al 0 %;
- promuevan en los medios de comunicación, como modelos a seguir, la imagen de personalidades deportistas, culturales o políticas que tengan una vida equilibrada y no fumen.

Bruselas, 5 de noviembre de 2009.

El Presidente
del Comité Económico y Social Europeo
Mario SEPI

⁽¹⁷⁾ M. Nebot et al., SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005 Feb; 14(1):60-3.

⁽¹⁸⁾ Eurobarómetro 239/2005, enero de 2006, pp. 58-59.

⁽¹⁹⁾ Un estudio publicado en Internet destaca que, entre las personas que han respondido a un cuestionario, 37 % eran fumadores antes de practicar el yoga, pero que todas dejaron de fumar después de comenzar a practicarlo. Asimismo, ninguna de ellas consumía droga (véase: <http://yogaesoteric.net/content.aspx?lang=RO&item=3869>).