

# Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 77

NÚMERO 4

JULIO-AGOSTO 2003

NÚMERO MONOGRÁFICO SOBRE EL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO, 2003-2007

## EDITORIALES

Hacia la prevención y el control del tabaquismo en España. **A Pastor Julián. 433**

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo y el Movimiento de Prevención en España. **JR Villalbí Hereter. 435**

Desde la evidencia en salud pública a la acción. La importancia del trabajo en equipo para el éxito del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. **JM Martín Moreno. 437**

## PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO, 2003-2007

Introducción. **441**

Principios del Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo. **454**

Objetivos. **454**

Estructura, funciones y recursos. **468**

Evaluación. **470**

Cronograma. **473**

## CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

**475**

## ANEXOS

Resolución WHA 52.18: Hacia un Convenio Marco de la OMS para la lucha antitabáquica. **52ª Asamblea Mundial de la Salud. 497**

Legislación nacional y autonómica en materia de tabaquismo. **503**

**EDITORIAL****HACIA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL TABAQUISMO  
EN ESPAÑA****Ana Pastor Julián**

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Nos encontramos ante la oportunidad de establecer un marco común de actuación frente a uno de los principales problemas de Salud Pública, el tabaquismo, que representa la primera causa de enfermedad y muerte prevenible en nuestro país.

Contamos con un amplio consenso. En todo el territorio nacional se ha ido extendiendo progresivamente la necesidad de dar la respuesta adecuada a esta epidemia silenciosa de las sociedades desarrolladas, comenzando un movimiento de opinión, sensibilización y concienciación, liderado desde los distintos sectores técnicos, políticos, y cada vez más creciente, sociales.

Consecuentemente, se han ido desarrollando actividades encaminadas a la prevención y control del tabaquismo en toda nuestra geografía, desde Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y Administración Central, así como por Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales y Organizaciones Sociales.

**El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo** que presentamos, trata de establecer el marco más adecuado para potenciar todas estas iniciativas que se vienen realizando, facilitar el desarrollo de otras nuevas, y difundir con amplitud y oportunidad, la información y los conocimientos, fortaleciendo así un cuerpo común que fomente una sociedad libre de tabaco y desarrolle las estrategias para alcanzar sus objetivos.

También tiene presente la complejidad y dificultades existentes en el control del tabaquismo, por lo que señala la necesidad de reunir todos los esfuerzos para conseguir un efecto sinérgico y multiplicador, comparando objetivos y un enfoque global del problema.

En esta misma línea, entendemos muy oportuno continuar participando en el horizonte marcado por las iniciativas internacionales. La Organización Mundial de la Salud contempla en la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo que los Estados miembros cuenten con planes propios, así como políticas globales, según se propone en el Convenio Marco para el Control del Tabaco. También desde la Unión Europea se establecen líneas de acción de interés y compromiso para España.

Así, desde la Presidencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de fecha 30 de junio de 2001, se presenta en líneas básicas, la propuesta de un **Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo**, para que sea elaborado conjuntamente por las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como acuerdo, se propone que dicho Plan Nacional sea elaborado por el Grupo de Trabajo de Tabaco, constituido en la Ponencia de Promoción de la Salud de la Comisión de

Salud Pública, y formado por técnicos responsables en este tema de las Comunidades Autónomas y de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Departamento.

Con anterioridad, este Grupo de Trabajo de Tabaco cumplió su primer compromiso, elaborando el Informe sobre el Tabaco, donde se recogía la descripción de la situación actual de las políticas e intervenciones que las administraciones sanitarias del Estado español desarrollan ante el tabaquismo, y ofrecer unas Recomendaciones que pudieran orientar los programas de actuación para mejorar la situación.

El Informe sobre el Tabaco, presentado en la Comisión de Salud Pública en septiembre de 2000, recoge como Recomendación básica la elaboración de un Plan Nacional de carácter intersectorial, en la línea propuesta por la OMS.

El presente **Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo**, elaborado por el Grupo de Trabajo de Tabaco, pretende recoger aquellos aspectos fundamentales para el abordaje global del tabaquismo, desde una estructura lo menos compleja posible, con unos objetivos consensuados, alcanzables desde distintas estrategias. Tiene en cuenta las distintas situaciones y grados de

desarrollo, planteando disminuir las desigualdades. Se dibuja como un plan dinámico, conociendo bien el punto de partida y sabiendo con claridad los objetivos que persigue, dispuesto a revisiones y nuevas propuestas.

Representa el marco nacional de actuación de una política de Gobierno, que desde el liderazgo sanitario, cuenta con otras Administraciones y Departamentos Ministeriales, con colectivos profesionales y con la participación social. Dispone una estructura que cuenta con amplia participación intersectorial, a la vez que un funcionamiento ágil y práctico.

Responde al compromiso del Ministerio de Sanidad y Consumo, disponiendo de recursos humanos y materiales propios para la gestión y desarrollo del Plan, y de las Comunidades y Ciudades Autónomas, que también dispondrán de los recursos específicos que estimen necesarios.

En cumplimiento del acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que dio su aprobación el 13 de enero de 2003, se presenta el **Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo** para ser desarrollado en el periodo 2003-2007.

**EDITORIAL****EL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO Y EL MOVIMIENTO DE PREVENCIÓN EN ESPAÑA****Joan R Villalbí**

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

Desde hace años, las autoridades sanitarias españolas han identificado correctamente el consumo de tabaco como la mayor fuente de mortalidad evitable y prematura en nuestro país. Sin embargo, este diagnóstico no se ha acompañado del esfuerzo necesario para cambiar esta situación. Pese a la retórica, las políticas públicas de eficacia demostrada para reducir la magnitud de los daños que causa el tabaco, identificadas por la Organización Mundial de la Salud desde su primer plan de acción a finales de los años ochenta, apenas se habían desarrollado en España. Los presupuestos y la legislación no han reflejado la prioridad teórica del problema. Ha habido un rico abanico de iniciativas locales y de muchos profesionales heroicos, aunque huérfanos de recursos y coordinación, que no han podido compensar la falta de compromiso institucional durante este periodo.

Hoy sabemos que la falta de desarrollo de políticas contra el tabaco no es casual: los documentos internos de la industria tabacquera revelados en los Estados Unidos por acciones judiciales, nos han permitido conocer los planes estratégicos diseñados desde finales de los años ochenta para abortar la

aprobación de políticas de control del tabaquismo en España, o para debilitarlas y dificultar su aplicación efectiva en caso de ser aprobadas. El movimiento de prevención, aglutinado desde 1996 en torno al Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, se esforzó siempre en fomentar la aprobación de una estrategia global de prevención, fundada en tres pilares: control de la publicidad, una política fiscal disuasoria, y la ampliación efectiva de los espacios sin humo. Junto con la ayuda a los fumadores para dejar de fumar, estas tres políticas constituyen las bases sobre las que se han asentado los progresos conseguidos por los países que han avanzado más en la reducción del consumo de tabaco. Hasta hace poco, en nuestro país esto era utópico, ya que la agenda del movimiento de prevención, que se orienta a desnormalizar el fumar, no era la de las autoridades sanitarias.

Sin embargo, podemos estar en puertas de cambios importantes. La aprobación del **Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo** en enero de 2003 por el Consejo Interterritorial de Salud es un cambio cualitativo: comporta la adopción de una agenda integral de prevención común por parte de las autoridades sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo y las de las Comunidades Autónomas. Es por tanto un gran paso adelante, que permite esperar nuevos progresos. En su formulación actual, el

---

Correspondencia:  
Joan R Villalbí  
Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo  
C/ Fuencarral, 18, 1D  
28004 Madrid

Plan propone una batería de objetivos, Los que se refieren a la regulación de la promoción, la venta y el consumo del tabaco no requieren recursos, pero sí una fuerte voluntad política para conseguirse de manera efectiva. Los que se refieren a estimular la cesación necesitan recursos de apoyo a los fumadores que quieren dejar de fumar, en diversas formas, cuya disponibilidad no está aún plenamente garantizada. En cualquier caso, plantean nuevos retos que precisan de acciones concretas para pasar de la esfera de

los buenos deseos al terreno de los hechos. Con un horizonte muy claro: porque cuanto antes se ejecuten antes notaremos su impacto en la salud pública: en el consumo de tabaco, en la proporción de fumadores, en las enfermedades, incapacidades, sufrimiento y número de muertes evitadas. Un objetivo compartido en el que las autoridades sanitarias pueden contar con la implicación, la colaboración e incluso el constante y leal estímulo del movimiento de prevención.

**EDITORIAL****DESDE LA EVIDENCIA EN SALUD PÚBLICA A LA ACCIÓN.  
LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO PARA EL ÉXITO DEL PLAN  
NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO****José M<sup>a</sup> Martín Moreno**

Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

El consumo masivo de tabaco en nuestra sociedad se ha convertido en uno de los problemas de Salud Pública más preocupantes. España sigue siendo uno de los países de la Unión Europea con mayor consumo y, aunque la prevalencia está descendiendo globalmente de manera paulatina, todavía persiste una alarmante tendencia en ciertos grupos poblacionales, particularmente entre las mujeres más jóvenes.

Para entender la situación del tabaquismo en España hemos de reconocer la coexistencia de múltiples factores de carácter económico y social, tales como la producción, un alto nivel de tolerancia y permisividad hacia su consumo y hacia las prácticas comerciales más agresivas, o una elevada accesibilidad al producto a causa de la política de precios y puntos de venta.

Hemos de reconocer que en España la vertebración social en torno al abordaje del tabaquismo como problema de Salud Pública ha sido históricamente débil. Se partía de una limitada sensibilización de la sociedad

en la percepción del riesgo para la salud que presenta la exposición al tabaco, fruto del generalizado consumo (alta prevalencia) alcanzado en décadas anteriores. Por otro lado, la contribución y movilización de los profesionales sanitarios ante el problema del tabaquismo, que ha sido el motor fundamental para la acción decidida en los países anglosajones, no se ha producido en nuestro país hasta fechas más recientes. Eso sí, dicha contribución ha irrumpido con fuerza y ahora tiene gran valor.

Así las cosas, en la percepción de los especialistas concedores de esta problemática de Salud Pública quedaba subyacente una cierta frustración. Mientras la evidencia del enorme impacto negativo del Tabaco sobre la salud se acumulaba de manera inexorable, y aunque en las dos últimas décadas se habían ido incorporando medidas muy importantes desde todos los ámbitos (incluyendo desde la Administración Central del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales), existía un cierto desajuste entre la magnitud de un problema señalado por todos como prioritario y la limitación de las medidas y recursos articulados como respuesta.

Específicamente, durante el periodo liderado por la Ministra Ana Pastor, se han pro-

---

Correspondencia:  
Dr. Jose María Martín Moreno  
Director General de Salud Pública  
Ministerio de Sanidad y Consumo  
Paseo del Prado 18-20  
28071-Madrid  
Correo electrónico: DGSP@msc.es

ducido importantes hechos que de forma muy sintética revisaremos a continuación.

En primer lugar, y enmarcada en las acciones europeas e internacionales en este campo, tuvimos la ocasión de transponer una Directiva Europea en forma de Real Decreto por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los mismos, Real Decreto que fue aprobado en Consejo de Ministros el 18 de octubre de 2002 (RD 1079/2002, publicado en el BOE de 19 de octubre 2002). Teniendo como fecha horizonte el 30 de septiembre de 2003, las empresas tabaqueras habrán de ajustarse a las disposiciones que establece este Real Decreto.

Por otro lado, los ministros de Sanidad de la Unión Europea aprobaron el pasado 2 de diciembre de 2002 la futura normativa por la que se prohibirá la publicidad del tabaco y su promoción mediante actividades de patrocinio de acontecimientos. El 20 de junio de 2003, tras superar los trámites preceptivos, dicha norma fue publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea. La Directiva contempla la supresión de la publicidad y patrocinio de los productos de tabaco en radio, sociedad de la información, la publicidad en prensa y publicaciones impresas y el patrocinio de acontecimientos o actividades en los que participen varios Estados miembros, se celebren en varios Estados miembros o tengan de cualquier otro modo de efecto transfronterizo. Pese a que la fecha tope de transposición a nuestro ordenamiento jurídico del texto de la Directiva es la del 31 de julio de 2005, en España se está trabajando ya en la transposición de esta Directiva.

Otro punto de referencia esencial es el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra (del 19 al

21 de Mayo). Este tratado internacional, en cuya elaboración España ha sido uno de los Estados miembro que ha contribuido de forma activa, supone el mayor esfuerzo hasta ahora realizado en el ámbito de las políticas de Salud Pública por la OMS. El acuerdo ha sido posible a pesar de las resistencias mostradas por algunos países y las fuertes presiones en contra ejercidas por sectores industriales. El Convenio Marco abre importantes esperanzas a una nueva acción global, coordinada y más efectiva en el mundo para garantizar el derecho a la salud, a la libertad de elegir el propio estilo de vida, a la información veraz sobre riesgos y al derecho a respirar aire no contaminado por humo de tabaco. El grupo de Estados Miembro de la Unión Europea ha sido de los primeros en ratificar dicho Convenio Marco, que requiere de una serie de mínimos a incorporar en las políticas de cada país, incluyendo la introducción de medidas amplias de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de marcas de tabaco, la mejora de la información dirigida a las personas que fuman sobre los contenidos tóxicos de cada marca de tabaco, la adopción de políticas económicas disuasorias, la protección frente al aire contaminado por humo de tabaco a toda la población, el desarrollo de programas de prevención, y el ofrecimiento de programas eficaces de tratamiento de la dependencia al tabaco.

En línea con todo lo anteriormente expresado, quizá el avance del que todos nos sentimos más satisfechos en España es el que ha supuesto la elaboración y aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007 (PNPCT). Este plan fue acordado el 19 de Septiembre de 2002 por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tras lo cual se elevó al Pleno del Consejo. Dicho órgano otorgó al plan su aprobación por unanimidad el 13 de Enero de 2003. A partir de ahí, la iniciativa se puso formalmente en marcha mediante la constitución de sus órganos de dirección según lo estable-

cido en el Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crean las estructuras del PNPCT (BOE de 13 de Mayo de 2003). Una de las virtudes de este plan es su carácter multisectorial. De hecho, su órgano de liderazgo es la Comisión Intersectorial de Dirección que, presidida por la Ministra de Sanidad y Consumo, está compuesta por dos representantes del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; dos representantes de la Comisión de Salud Pública de dicho Consejo; sendos representantes, con rango de Director General, de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, Trabajo y Asuntos Sociales, Economía, Hacienda e Interior; y el presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; junto a la persona que ostenta la secretaría de dicha Comisión del Plan (en este momento la Subdirectora General de Promoción de la Salud y Epidemiología) y el Director General de Salud Pública. Por otra parte, el Comité Ejecutivo del PNPCT incluye a todos los coordinadores autonómicos, además de la secretaría del Plan (que ostenta el Ministerio de Sanidad y Consumo), con todo lo cual se asegura la intersectorialidad e interterritorialidad de esta iniciativa.

Pero no debemos olvidar que poder disponer hoy de este Plan ha sido fruto del trabajo en equipo y del mayor consenso para su elaboración y desarrollo. Así, a partir del encargo de la Ministra de Sanidad y Consumo y del propio Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el texto del Plan surgió a partir del Grupo de Trabajo de Tabaco, constituido en la Ponencia de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública. Aunque el conjunto de la Comisión (constituida por representantes de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo) colaboró en la tarea, el Grupo de Trabajo de Tabaco específicamente constituido a este efecto, estaba formado por técnicos de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra y Comunidad Valenciana y técnicos de la Sub-

dirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo. De esta forma se elaboraron sucesivos borradores que fueron revisados no sólo por los Directores Generales de Salud Pública y técnicos de las Comunidades y Ciudades Autónomas, sino también por otros departamentos y unidades ministeriales (tales como Ministerio de Interior, Instituto de la Mujer, o Instituto de la Juventud), colegios profesionales (médicos, farmacéuticos, diplomados universitarios de enfermería, odontólogos y estomatólogos...), expertos y profesionales destacados en este campo, organizaciones sindicales y sociales, y el propio Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (organización que prácticamente representa al conjunto de personas del mundo sanitario involucrado en este campo, dado que incluye en torno a unas 40 sociedades científicas y asociaciones profesionales).

El PNCPT es en realidad un instrumento de apoyo para avanzar en la aplicación de políticas integradas, globales y eficaces para el control del tabaquismo y la contribución de los distintos sectores sociales para su desarrollo consolidará la actuación en la línea más adecuada y permitirá observar los frutos en el futuro inmediato. El respaldo de la población a las medidas propuestas es el mejor garante de la continuidad y el éxito frente a las presiones de sectores minoritarios, y el trabajo sinérgico y en equipo será fundamental para el desarrollo de esta iniciativa.

En definitiva, hoy somos todos conscientes de que el tabaquismo ocupa un lugar destacado dentro los problemas más importantes de Salud Pública. Actualmente existe evidencia científica incuestionable que demuestra que el tabaquismo genera graves daños a la salud, no sólo a la de quienes fuman, sino también a la de aquellos que de forma involuntaria se ven expuestos al humo del tabaco.

Como dice Julio Frenk (anterior Director Ejecutivo de la OMS y actual Ministro de Salud de México): *Hay que decirlo con claridad, el tabaco no es un bien de consumo, es un mal de consumo*. La visión integral de este problema, nos exige no sólo reflexionar acerca de lo que significa la epidemia del tabaquismo desde el punto de vista estricto de pérdida de salud, sino además del impacto económico y social que representa, para así continuar trabajando en el desarrollo y puesta en marcha del Plan, con un profundo sentido ético y un compromiso firme en el marco global de las políticas, estrategias y acciones que logren enfrentar con éxito esta verdadera epidemia.

Así, además de seguir trabajando en las acciones programadas en el Plan, avanzando para conseguir despertar el interés individual, familiar y colectivo en el tema, debemos mantener el espíritu crítico que nos ayude a conseguir que las acciones formuladas se conviertan en una realidad y se alcancen los objetivos planteados: disminuir la prevalencia del tabaquismo (previniendo la incorporación de nuevos fumadores), garantizar el derecho a respirar aire libre de la contaminación por el humo del tabaco (potenciando los espacios sin humo) y fomentar la norma social de no fumar. Sabemos que tenemos ante nosotros un reto importante, pero también estamos seguros que, si trabajamos de forma conjunta, lo conseguiremos.

## PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

**Isabel Saiz Martínez-Acitores (1), Jesús Rubio Colavida (1), Isabel Espiga López (1), Begoña Alonso de la Iglesia (2), Javier Blanco Aguilar (3), Mercedes Cortés Mancha (4), José Domingo Cabrera Ortega (5), Pepa Pont Martínez (6), José María Saavedra Rodríguez (7), Javier Toledo Pallarés (8)**

- (1) Ministerio de Sanidad y Consumo
- (2) Comunidad Autónoma de Galicia
- (3) Comunidad Autónoma de Andalucía
- (4) Comunidad Autónoma de Extremadura
- (5) Comunidad Foral de Navarra
- (6) Comunidad Valenciana
- (7) Comunidad Autónoma de Canarias
- (8) Comunidad Autónoma de Aragón

### INTRODUCCIÓN

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

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de 2001 (ENSE 2001) la prevalencia del consumo de tabaco en la población de 16 y más años es del 34,4%, lo que representa un ligero descenso respecto a la prevalencia de 1987 (ENSE 1987) que fue del 38,4%. Sin embargo, España es uno de los países de la Unión Europea que presenta una mayor prevalencia de consumo, tanto en hombres como en mujeres. (figura 1).

Paralelamente a la generalización del consumo de tabaco empezaron a aparecer las primeras pruebas sobre su nocividad. El estudio epidemiológico de Doll y Hill en los años cincuenta, en el que se evidenció la relación entre el consumo de tabaco y el exceso de mortalidad, marcó el principio de una extensa lista de nuevos informes en los que se ha relacionado al tabaco como factor

de riesgo de un gran número de problemas de salud.

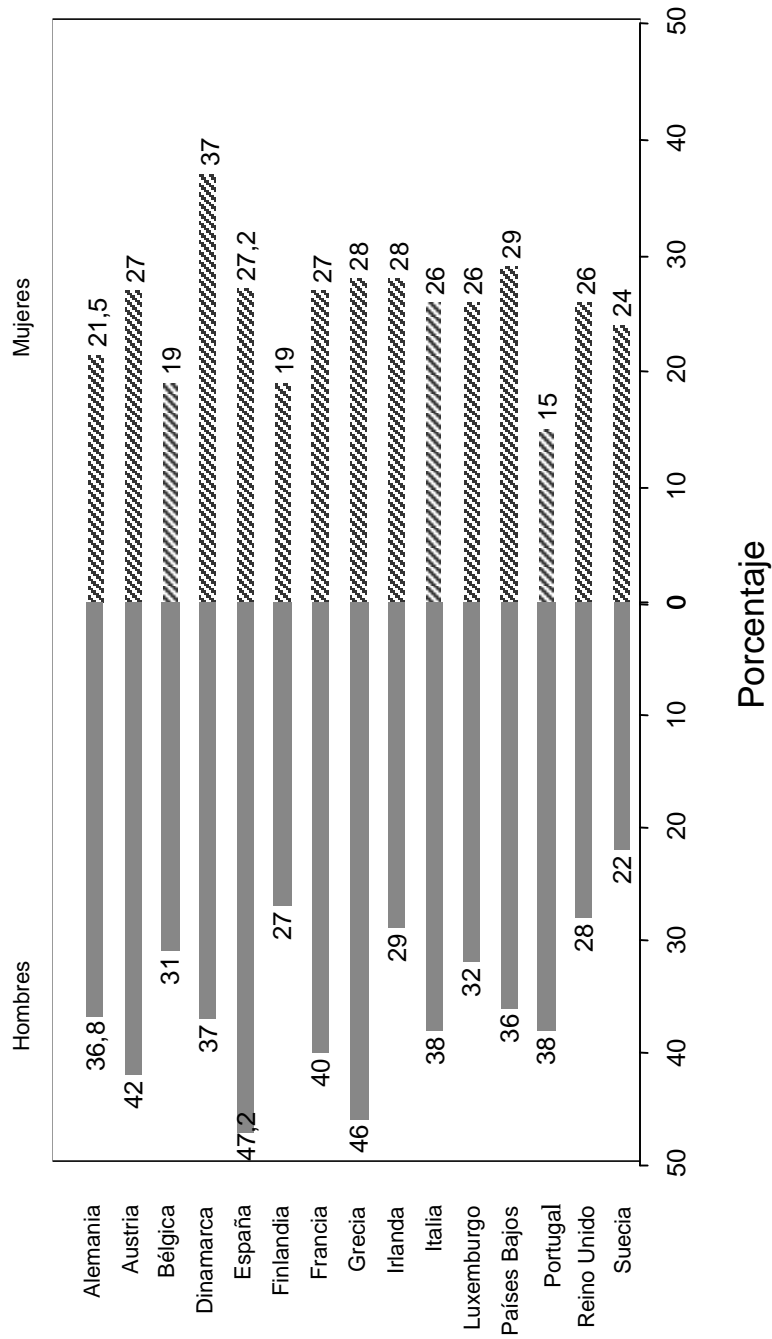
En los países industrializados, el tabaquismo se ha convertido en la primera causa de morbi-mortalidad evitable.

En España, en el año 1998, la mortalidad atribuible al tabaco se estimó en un 16% de la mortalidad total. Esto, junto al alto coste sanitario y social, unido al hecho de que el tabaquismo es un factor de riesgo susceptible de prevención, ha convertido a «la reducción de la prevalencia de consumo del tabaco» en uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud de cualquier país de nuestro entorno socioeconómico.

El tabaquismo, considerado durante años un hábito, es en realidad una dependencia. La nicotina, el principio activo del tabaco es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica.

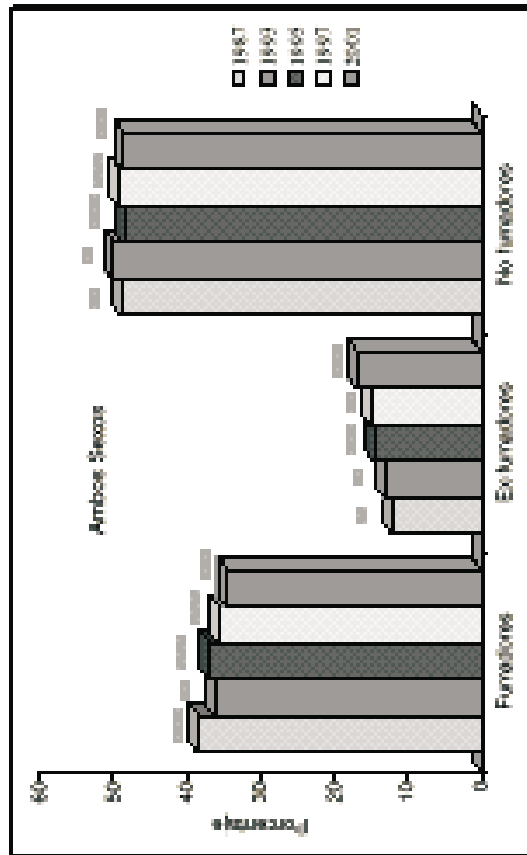
La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV).

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



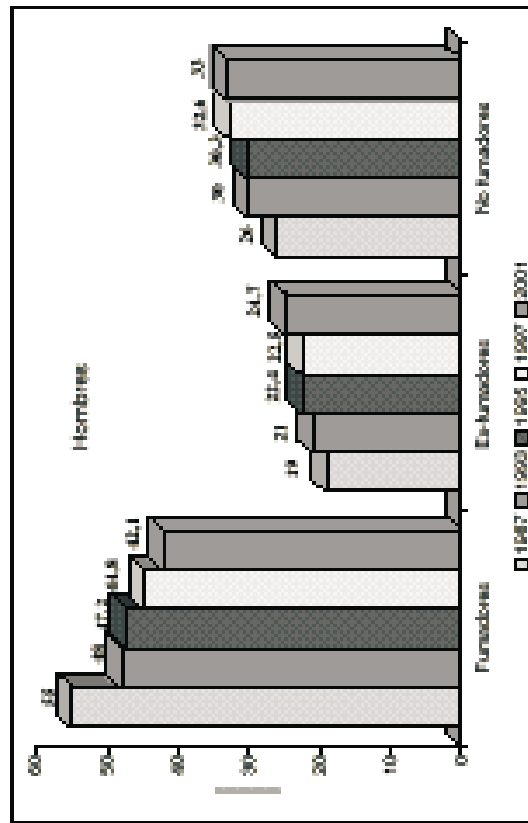
Fuente: Perfiles sobre tabaco. OMS; 1996

Figura 2  
Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años. España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001



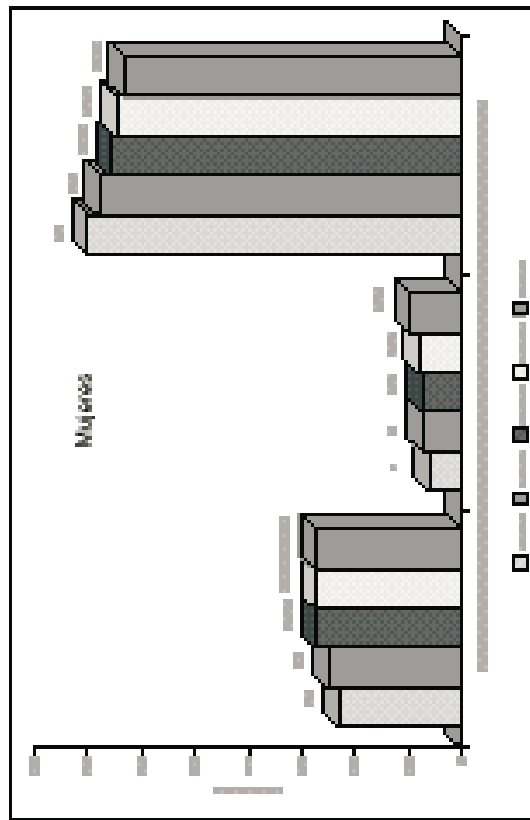
Fuente: Perfiles sobre tabaco. OMS; 1996

Figura 3  
Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años según género. España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001



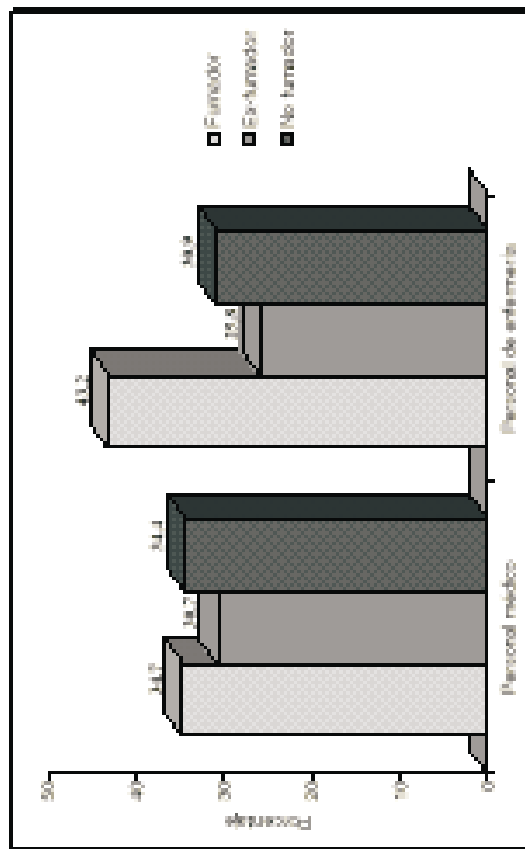
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001

Figura 4  
Prevalencia del hábito tabáquico en la población de 16 y más años según género. España, 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001



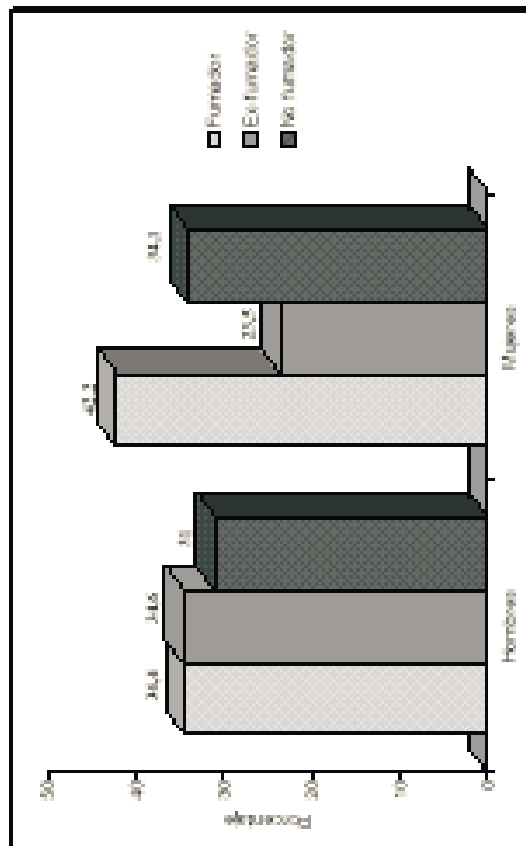
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001

Figura 5  
Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios, según el nivel profesional. IN-SALUD, España 1998



Fuente: Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998.

Figura 6  
Prevalencia del consumo de tabaco en el personal sanitario, según el género. INSALUD, España 1998



Fuente: Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998.

### PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN ESPAÑA

Como se ha comentado anteriormente en España, según los datos de la ENSE 2001, la prevalencia del tabaquismo en la población española de 16 y más años, fue del 34,4%. Comparando con los resultados obtenidos en la ENSE 1987, en la que la prevalencia fue del 38,4%, se observa un ligero descenso del consumo de tabaco en España (figura 2).

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el género y la edad. En la ENSE 2001, el porcentaje de hombres fumadores fue del 42,1% y del 27,2% en las mujeres.

Al analizar la evolución del tabaquismo en España de 1987 a 2001, podemos observar que el consumo de tabaco en los hombres ha descendido sensiblemente (de 55% a 42,1%), en contraposición al aumento que ha experimentado el consumo en las mujeres, de 23% a 27,2%. Este aumento de mujeres fumadoras tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias (figuras 3 y 4).

Por grupos de edad, el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25 a 44 años (48,2%) seguido del grupo de 16 a 24 años (41,7%).

Observando la tendencia durante este periodo, en cada uno de los dos géneros, se comprueba que en los hombres la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido en todos los grupos de edad, produciéndose en las mujeres el fenómeno contrario. Por grupos de edad, la prevalencia del consumo es mayor en los hombres, excepto en el grupo de 16 a 24 años (40,8% hombres, 42,7% mujeres) en el que el consumo de tabaco es mayor en las mujeres jóvenes. (tabla 1).

Un grupo de especial importancia es la población adolescente y joven. Según la última Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar, 2000 (Plan Nacional sobre Drogas), el 30,5% de los escolares de 14-18 años han fumado en el último mes y el 5% se definen como exfumadores. Las chicas tienen una prevalencia de consumo mayor que los chicos, 35,8% frente al 25,2%.

El consumo medio de cigarrillos en jóvenes de 14 a 18 años es de 7 (el 47,5% con-

Tabla 1

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes según edad. España 1987-2001

Grupos de edad	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1987	2001	1987	2001	1987	2001
16 a 44	51,8	41,7	54,5	40,8	49,0	42,7
25 a 44	48,9	48,2	64,2	52,6	33,6	43,5
45 a 64	28,0	29,7	54,0	42,6	5,1	17,5
65 y más	15,3	9,3	33,8	19,2	1,8	2,1
Total	38,4	34,4	55,1	42,1	22,9	27,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987-2001.

sume 1-5 cigarrillos al día). La edad media de inicio al consumo se sitúa en los 13,2 años.

Tanto por su función modélica dentro de la sociedad como por su actuación profesional, se ha de resaltar la importancia del consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios. En 1998, el 38,9% de los sanitarios (personal médico y de enfermería) eran fumadores, el 34,7% en el personal médico y 43,2% en el de enfermería (figura 5).

Según el género, la prevalencia de fumadores en los hombres sanitarios fue del 34,4% y del 42,2% en las mujeres (figura 6).

## EFFECTOS DEL TABACO SOBRE LA SALUD

### Morbilidad

El consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades y es el principal factor causante del 30% de todos los cánceres: cáncer de pulmón (se estima que en un 85% de los casos es provocado por el tabaquismo), cáncer de la cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), y el cáncer de laringe, faringe, esófago, vejiga y riñones.

También enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Así mismo, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

Además de los riesgos generales asociados al tabaquismo, las mujeres fumadoras tienen unos riesgos adicionales para la salud específicos de su género. El tabaquismo contribuye a una reducción de la fertilidad e incrementa el riesgo de menopausia precoz, contribuye a la pérdida de calcio óseo y a la osteoporosis en las mujeres en fase postmenopáusica. El consumo de tabaco cuando se combina con el uso de anticonceptivos ora-

les incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Se ha asociado el consumo de tabaco durante el embarazo con un mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones durante el embarazo, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato.

La exposición involuntaria al humo del tabaco está provocando un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable para la población no fumadora. La población expuesta tiene un riesgo aumentado de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

La población infantil que está sometida al aire contaminado por humo de tabaco, presenta una mayor incidencia de infecciones de las vías respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías, asma y muerte súbita del lactante.

### Mortalidad

En España, se estima que el consumo de tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas de 35 y más años, durante el periodo 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual.

Sólo en el último año (1992) de este mismo periodo, las muertes atribuibles al consumo de tabaco en ese grupo de población, han pasado de 37.259 a 46.226, lo que representa un 24% de aumento en la mortalidad debida al consumo de tabaco. Un tercio de estas muertes fueron prematuras con la consiguiente pérdida de años potenciales de vida (entre 10 y 20 años por persona).

Aunque la mayoría de estas muertes ocurrieron en hombres (93,4% en 1992), hay que destacar que la mortalidad en las mujeres ha experimentado un aumento considerable entre 1978 y 1992, siendo el incremento anual promedio del 6%, frente a una disminución promedio de -0,2% en los hombres.

Por último señalar, que la mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998, se ha estimado en 55.613 muertes, que representan el 16% de todos los fallecimientos ocurridos en población de 35 o más años. El 92,5% de estas muertes se produjeron en hombres (51.431), y el 7,5% en mujeres (4.182). De todas estas muertes, 26,5% se debieron a cáncer de pulmón, 20,9% a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 12,8% a cardiopatía isquémica, y 9,2% a enfermedad cerebrovascular.

#### COSTES SANITARIOS Y SOCIALES DEL CONSUMO DE TABACO

El Banco Mundial ha evaluado los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y de la morbilidad atribuibles al tabaquismo, estimando que un aumento de 1.000 toneladas en el consumo de tabaco representa 2,6 millones de dólares de beneficios y 29,8 millones de costes. Esto supone una pérdida neta de 27,2 millones de dólares.

En 1988, se estimó que la sola reducción del consumo de tabaco en un 10% evitaría costes equivalentes al 0,18% del PIB en España.

Según un estudio realizado en el año 2001 por la Universidad Pompeu Fabra, los costes sanitarios directos generados por el consumo de tabaco, en seis enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y bajo peso al nacer), en España en el año 2001 se estimaron entre 437.000 y 604.000 millones de pesetas (según las distintas fracciones atribuibles al consumo de tabaco en las enfermedades estudiadas).

#### MARCO INTERNACIONAL

En la Primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco, celebrada en Madrid en

1988, se adoptó una Carta Europea contra el Tabaco en la que se reconocía el derecho de la población a ser protegida, no sólo de las enfermedades causadas por el tabaco, sino también de la contaminación creada por el humo del tabaco. Se recomendaron diez estrategias a seguir para posibilitar los derechos establecidos en la Carta, así como las medidas a tomar para desarrollar cada estrategia.

Las principales estrategias propuestas en la Carta de Madrid han sido ratificadas en la II Conferencia Europea y I Iberoamericana sobre Tabaco o Salud celebrada en Canarias en 1999, y en el I Congreso Nacional sobre la Prevención y el Tratamiento del Tabaquismo celebrado en Sevilla en 2001.

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es contundente: deben ponerse en marcha programas de disminución del tabaquismo que integren acciones educativas, legislativas y asistenciales. Desde la Oficina Regional Europea se destaca que una reducción en el consumo de tabaco es la más importante medida de Salud Pública que los países pueden adoptar para beneficio de su salud y su economía.

La Oficina Regional Europea de la OMS incluyó entre los objetivos de la estrategia «Salud para Todos 2000» la reducción del hábito de fumar (Objetivo 16). En el documento Salud 21, la OMS vuelve a incorporar entre sus prioridades las intervenciones para reducir el consumo de tabaco y los daños para la salud que se derivan del tabaquismo. En su objetivo 12, propone: reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco; y en particular el objetivo 12.1 señala que para el año 2015, el porcentaje de no fumadores debe ser, al menos, el 80% entre las personas mayores de 15 años y prácticamente el 100% de los menores de 15 años.

En la 52 sesión del Comité Regional Europeo de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Copenhague en septiem-

bre de 2002, se acordó mediante Resolución, la «**Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo**», que establece un marco estratégico referencial para el control del tabaquismo en la región Europea, con una serie de medidas que deben ser contempladas en los correspondientes planes nacionales, según sus necesidades y realidades, para continuar intensificando su tarea y seguir explorando acciones innovadoras. Tiene en consideración los tres anteriores Planes de Actuación para una Europa sin Tabaco y sus evaluaciones, los principios rectores de la Declaración de Varsovia y es acorde con la estructura y contenido del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

**El Convenio Marco para el Control del Tabaco** representa un instrumento jurídico internacional para el control mundial del tabaquismo y complemento global a los programas y planes de control del tabaquismo a nivel nacional, que surge en 1996 con la resolución WHA49.17 ante la necesidad de dar una respuesta mundial a este problema que no tiene fronteras, y que liderado por la OMS el proceso de su desarrollo desde la resolución EB103.R11 de la Asamblea Mundial de la Salud, se adoptará en el año 2003 por los 192 Estados miembros, al objeto de hacer progresar sinérgicamente las políticas nacionales de salud pública.

Además del firme apoyo a las políticas de la OMS, la **Unión Europea** promueve acciones de protección de la salud y control del tabaquismo mediante **Recomendaciones** a los Estados miembros, y desarrolla su capacidad legislativa a través de la promulgación de **Directivas** que deben ser transpuestas a las respectivas normativas nacionales.

Cada año, los productos del tabaco son responsables de 1,2 millones de muertes (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la OMS. Se prevé que, a menos que se adopten medidas más estrictas, estos productos serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos

los fallecimientos) para el año 2020. Además de enfermedad y muerte, provocan unas pérdidas económicas netas en el mundo de al menos 200.000 millones de dólares (USD) al año.

Para conseguir disminuir la elevada prevalencia (más del 30% en población adulta), se precisa reducir la accesibilidad tan extendida de los productos de tabaco, y poner especial atención en jóvenes y mujeres.

En España, desde la publicación del Real Decreto 192/1988 del 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, se han venido incrementando las actividades dirigidas a disminuir el consumo de tabaco en todos los ámbitos sociales del Estado, de las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, y a fomentar una cultura sin tabaco. **El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo** pretende impulsar y coordinar todas las acciones encaminadas a prevenir y controlar el tabaquismo en España.

## CONCLUSIONES

En los últimos 15 años las diferentes administraciones y en especial los distintos gobiernos autonómicos, han desarrollado programas de actuación para la prevención del tabaquismo. Aunque su grado de desarrollo es heterogéneo y los recursos empleados muy desiguales, estas iniciativas suponen sin duda oportunidades que favorecen e impulsan las políticas para la prevención y el control del tabaquismo que constituyen los objetivos prioritarios del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.

La mayoría de las Comunidades y Ciudades Autónomas están realizando intervenciones que tienen básicamente los mismos objetivos y proponen fundamentalmente las mismas líneas de actuación.

Es por tanto de gran utilidad, aprovechar la experiencia acumulada por todas las administraciones públicas en el desarrollo de este tipo de intervenciones y especialmente los logros de aquellas Comunidades que han podido llevar a cabo programas más sistemáticos de actuación, siendo a la vez necesario reforzar las políticas de control del tabaquismo en España, y aumentar los recursos humanos y materiales destinados a la prevención del consumo de tabaco y a reducir su prevalencia, para lograr desarrollar este Plan Nacional.

La preocupación y actividad de numerosas sociedades científicas y la progresiva implicación de las asociaciones sociales en las actuaciones destinadas a la prevención del tabaquismo, es sin duda otro instrumento de incuestionable valor que el Plan Nacional contempla.

Un ejemplo de la importancia de estos movimientos asociativos lo representa el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT). Actualmente lo constituye 33 organizaciones, principalmente asociaciones de profesionales sanitarios, que mantiene vínculos con otras organizaciones implicadas e interesadas en la prevención del tabaquismo. Además, forma parte de la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, que agrupa a coaliciones similares de los diversos países de la Unión Europea.

Desde su fundación, el CNPT ha trabajado para ampliar la prevención del tabaquismo en España y ha desarrollado acciones de educación e información dirigidas a la población, de formación y trabajo con los profesionales de la salud, de colaboración con las autoridades sanitarias, y de contacto con los representantes políticos de la población.

La existencia de la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo y el Convenio Marco para el Control del Tabaco, de la Organización Mundial de la Salud, así como las iniciativas legislativas de la Unión Euro-

pea, son también aspectos que propician, refuerzan y favorecen el desarrollo del Plan Nacional.

El objetivo principal del Plan Nacional es conseguir la armonización entre las diferentes Administraciones para afrontar globalmente el control y prevención del tabaquismo, evitando la dispersión de competencias, la insuficiente difusión sistemática de las acciones realizadas, la escasez de recursos disponibles para afrontar un problema de salud pública de tal magnitud, la falta de homogeneidad en algunos criterios de seguimiento y evaluación del control del tabaquismo, o las dificultades para realizar un seguimiento eficaz del cumplimiento de la normativa que regula la venta, el consumo, y la publicidad del tabaco.

Es necesario impulsar programas que eviten la incorporación al consumo (o al menos retrasen la edad de inicio) y también actividades destinadas a disminuir la prevalencia del tabaquismo, facilitando la deshabitación de la población fumadora. Este descenso en la prevalencia es el único mecanismo para reducir un gran número de enfermedades y muertes, en su mayoría prematuras, atribuidas al tabaquismo. Conviene que estas intervenciones, incluyan acciones específicas por género para evitar que la prevalencia del consumo de tabaco siga aumentando entre las mujeres.

Es fundamental que las intervenciones sean multisectoriales y de amplio alcance, para garantizar su máxima eficacia. También es necesario que sean sólidamente mantenidas, sabiendo que la reducción del consumo se refleja en el tiempo como una disminución de las enfermedades y muertes asociadas al tabaquismo.

Se pone de manifiesto de manera constante en foros nacionales e internacionales, la necesidad de incrementar las actividades informativas y educativas, los desarrollos normativos, ampliar las restricciones para la

venta, el consumo y la publicidad del tabaco, aumentar los recursos destinados a la deshabituación de la población fumadora, incrementar la investigación para mejorar nuestro conocimiento sobre los factores que determinan el inicio y la consolidación del consumo de tabaco (especialmente en la población joven y entre las mujeres).

La gravedad del problema y la posibilidad de obtener ganancias de salud, mediante políticas estables y comprometidas, obligan a intervenir decididamente. Es un gran reto, como grande debe ser el esfuerzo ante la existencia de poderosos obstáculos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1995.
2. Barnum HN. La política del Banco Mundial sobre el tabaco. IX Conferencia sobre el Mundial sobre el Tabaco en la Salud. París; 1994.
3. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Saiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. *Prev Tab* 2000; 2: 22-31.
4. González Enríquez J, Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:577-82.
5. Banegas Banegas JR, Díaz Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez Regadera A, Villar Alvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:692-4.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (pendiente de publicación).
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
11. Ministerio del Interior. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2000. Madrid: Ministerio de Interior. Disponible en: [www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd).
12. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
14. Organización Mundial de la Salud. Se puede lograr: Una Europa libre de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.
15. Organización Mundial de la Salud. Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco 1997-2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Europea para el Control del Tabaco. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; 2002.
17. Organización Mundial de la Salud: Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.
18. Organización Mundial de la Salud: Perfiles sobre tabaco en la Región Europea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
19. Rovira J, Escribano M. Estimación del impacto económico a largo plazo de una reducción del consumo de tabaco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
20. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.

## PRINCIPIOS DEL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

### Principios fundamentales:

- Responde a un **compromiso institucional**.
- Está **liderado por las autoridades sanitarias** para promover y coordinar todas las acciones que se desarrollen en este campo.
- Participa de las **orientaciones y estrategias internacionales** de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.
- Cuenta con un **enfoque global del problema**, promoviendo la colaboración intersectorial y estableciendo medidas graduales para disminuir las desigualdades.
- Pretende **promover la salud, la calidad de vida, y la participación social**.

## 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 (AHT)**
  - 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%.

**Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 1.1: Prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras**

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Educativa Formativa</b>
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.

<b>Estrategia Asistencial</b>
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.
<b>Estrategia Legislativa</b>
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.
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 distinguen 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.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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 asociaciones profesionales en el desarrollo de actividades de prevención del tabaquismo.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
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 motiven el consumo de tabaco.

**Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 1.2: Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico**

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Educativa Formativa</b>
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.
<b>Estrategia Asistencial</b>
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.
<b>Estrategia Legislativa</b>
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.
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.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
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

**Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 1.3: Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica**

<b>Estrategia Informativa</b>
Aumentar la sensibilización, estimulando dejar de fumar y facilitando información sobre los medios de ayuda existentes.
Facilitar información adaptada a las características de los diferentes grupos poblacionales, resaltando los beneficios de no fumar más destacados en cada uno de ellos (jóvenes, mujeres, enfermos, colectivos modélicos, etc).
Concienciar a padres y madres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan, de la influencia que ejercen en su entorno, y de los beneficios de abandonar su dependencia.
Difundir información sobre los efectos del tabaco en la salud de los fumadores activos y pasivos, destacando la especial importancia durante el embarazo, en presencia de niños, ancianos y enfermos.
Elaborar mensajes para potenciar los espacios sin humo como factor contribuyente a la disminución y abandono del consumo de tabaco.
Ofertar teléfonos gratuitos de información y de apoyo al abandono de la dependencia tabáquica.
<b>Estrategia Educativa Formativa</b>
Reforzar el rol modélico de profesionales sanitarios, motivándoles para que desarrollen programas de tratamiento de la dependencia tabáquica.
Desarrollar programas formativos específicos, dirigidos a colectivos modélicos (sanitarios, docentes, asociaciones de padres y madres), para ayudarles a dejar de fumar, y motivarles para intervenir en sus respectivos ámbitos.
Promover los programas de ayuda al abandono tabáquico en el ámbito laboral.
<b>Estrategia Asistencial</b>
Impulsar el reconocimiento sanitario de la dependencia tabáquica como enfermedad crónica y motivar el desarrollo de programas de apoyo al abandono del tabaco en Atención Primaria.
Garantizar el abordaje global y el tratamiento de la dependencia tabáquica mediante su inclusión en las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).
Impulsar la cumplimentación de la historia de consumo de tabaco en la historia clínica y la aplicación y registro sistemático del Consejo Sanitario Antitabaco.
Garantizar la aplicación de la intervención breve (Consejo sistematizado breve y firme al fumador, suministrando material de autoayuda y haciendo un seguimiento), que se ofertará a la población fumadora que acuda al centro de salud independientemente de la patología que presente.
Elaborar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento homogéneos que permitan monitorizar y evaluar el desarrollo de esta actividad.
Elaborar materiales de autoayuda (guías para dejar de fumar) y asegurar una distribución y reposición adecuada y continua que garanticen la accesibilidad a toda la población fumadora.
Regular las unidades de deshabituación tabáquica garantizando su acreditación, dotación de medios y de personal multidisciplinar formado, y estableciendo criterios de derivación. Tendrán funciones asistenciales, de formación de profesionales sanitarios y de investigación. Deberán estar integradas en la red de servicios de salud del SNS.
Promover la realización de programas de tratamiento de la dependencia tabáquica dirigidos a colectivos específicos: sanitarios, docentes, profesionales de los medios de comunicación, líderes sociales, etc.

Promover la puesta en marcha de programas de apoyo a través de nuevas tecnologías (internet).
Facilitar el desarrollo de otras intervenciones de apoyo al abandono del tabaco que hayan demostrado su eficacia.
Impulsar programas de ayuda desde los servicios de salud laboral, facilitando la asistencia del personal fumador a las consultas o programas en el horario laboral.
Elaborar programas específicos para mujeres embarazadas o que toman anticonceptivos orales, mediante los servicios de obstetricia, matronas, orientación familiar, preparación al parto, etc.
<b>Estrategia Legislativa</b>
Incluir la vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente en materia de venta y consumo de tabaco entre las competencias de los distintos órganos inspectores implicados (consumo, trabajo, educación, salud pública, policía municipal, guardia civil, etc.).
Ampliar el marco legislativo estatal implantando de modo gradual la prohibición total de la publicidad directa e indirecta, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
Apoyar las intervenciones que desde las organizaciones ciudadanas se desarrollan en este tema.
Establecer una política gradual de espacios sin humo (ámbito público, laboral, social y de ocio), hasta conseguir la totalidad de los espacios libres de humo de tabaco.
Incluir en la cartera de servicios de Atención Primaria el tratamiento de la dependencia tabáquica, asignando los recursos humanos y económicos específicos.
Establecer un sistema de acreditación de las unidades de tratamiento de la dependencia tabáquica.
Impulsar la participación de los centros hospitalarios en la Red Europea de Hospitales Sin Tabaco, estimulándoles a desarrollar actividades establecidas en el Decálogo Europeo y a la acreditación de sus centros.
Promover la participación en programas de intervención comunitaria (Quit & Win, etc.).
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
Fomentar la investigación en el abandono de la dependencia tabáquica, atendiendo a las características por grupos etáreos y de género.
Realizar estudios que permitan conocer los factores que influyen en el abandono, según edad y género.

**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

**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

**Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 2.1. Evitar el tabaquismo involuntario**

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Educativa Formativa</b>
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.
<b>Estrategia Asistencial</b>
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.
<b>Estrategia Legislativa</b>
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.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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.

**2.2. Potenciar los 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.

Fomentar en la población que las celebraciones privadas con asistencia de población infantil, sean sin tabaco.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
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.

### Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 2.2. Potenciar los espacios sin humo

<b>Estrategia Informativa</b>
Facilitar información y normativa sobre espacios sin humo, a la población general y a colectivos y sectores de la sociedad afectados de forma directa: empresas de transporte, administraciones públicas, centros docentes, sanitarios, sociales, deportivos, de ocio, etc.
Desarrollar campañas de información sobre los beneficios que conlleva la creación de ambientes sin humo y los riesgos que provoca el estar en ambientes contaminados por humo de tabaco.
Promover iniciativas que faciliten la información y el respeto por los espacios sin humo.
<b>Estrategia Educativa Formativa</b>
Promover programas formativos para el personal encargado de velar por el cumplimiento de la normativa (vigilantes, guardias de seguridad, celadores, etc.).
Fomentar actuaciones formativas en el ámbito laboral, dirigidas a las organizaciones sindicales y empresariales.
<b>Estrategia Asistencial</b>
Incentivar prioritariamente la intervención de los profesionales sanitarios, consiguiendo hacer realidad que los centros sanitarios sean espacios sin humo.
<b>Estrategia Legislativa</b>
Facilitar los cambios legislativos necesarios para que toda persona vea respetado su derecho a respirar un aire sin humo de tabaco en todos los espacios públicos.
Velar por el cumplimiento de la normativa sobre espacios sin humo en los centros sanitarios, docentes, sociales, de atención al público, y en el ámbito de las administraciones públicas.
Promover las medidas legislativas necesarias para que se establezcan espacios libres de humo en las empresas.
Potenciar una señalización adecuada en todos los espacios sujetos a regulación (prohibición de fumar o zonas para fumadores).
Establecer los niveles de responsabilidad en la vigilancia de la normativa sobre espacios sin humo, diseñando mecanismos ágiles de inspección y respuesta a reclamaciones.
Promover los cambios legislativos para que en el sector de hostelería y restauración se establezcan zonas diferenciadas y limitación del número de plazas para fumadores.
Promover que las entidades locales establezcan y hagan cumplir normas reguladoras sobre limitaciones del consumo de tabaco en espacios públicos.
Establecer los requisitos mínimos de los espacios habilitados para fumar.

<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
Potenciar que todos los actos en lugares cerrados promovidos o subvencionados por la administración pública, sean declarados sin humo.
Potenciar las actividades de promoción de espacios sin humo en el marco de la red de Ciudades Saludables.
Promover la participación de los sindicatos, unidades de prevención de riesgos laborales y colectivos sanitarios, en las políticas de espacios laborales sin humo.
Proponer a las asociaciones empresariales que consideren la provisión de espacios sin humo para la población trabajadora y clientes, como criterio de calidad en sus empresas.
Promover el establecimiento de zonas diferenciadas para población fumadora y no fumadora en los establecimientos de restauración y hoteleros.
Promocionar con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, los reconocimientos a las tareas de personas o entidades, que se han distinguido por la promoción de los espacios sin humo.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
Crear un sistema de información sobre infracciones y sanciones que recoja las actuaciones de las autoridades locales, autonómicas y estatales, al objeto de conocer y evaluar el cumplimiento y seguimiento legislativo sobre espacios sin humo en España.

### **Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 2.3. Fomentar la norma social de no fumar**

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Educativa Formativa</b>
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.
<b>Estrategia Asistencial</b>
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.

<b>Estrategia Legislativa</b>
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.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
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

#### **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.

**Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 3.1.- Coordinación Institucional**

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Legislativa</b>
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.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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.
<b>Investigación Evaluación</b>
Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

**Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 3.2.- Coordinación Intersectorial**

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Legislativa</b>
Buscar la colaboración y apoyo en el cumplimiento de la legislación vigente, y en la elaboración de nuevas propuestas.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
Establecer un sistema de información que permita evaluar las actuaciones y estrategias.

### **Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 3.3.- Coordinación Internacional**

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Legislativa</b>
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.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

### Actuaciones y estrategias para lograr el Objetivo Específico 3.4.- Participación Social

<b>Estrategia Informativa</b>
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.
<b>Estrategia Educativa Formativa</b>
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.
<b>Estrategia Legislativa</b>
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.
<b>Estrategia Coordinación Participación</b>
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.
<b>Estrategia Investigación Evaluación</b>
Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones.

## 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:

1. 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.
2. Establecer el seguimiento y desarrollo del Plan.
3. Establecer la coordinación de las actuaciones de los distintos sectores representados, canalizando la participación comunitaria.
4. 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:

1. Establecer las prioridades del Plan y las propuestas de líneas de actuación.
2. 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.
3. Realizar el seguimiento de las actuaciones acordadas.
4. Elaboración de los informes y memorias anuales de actividades tomando como referencia los informes y memorias realizadas en las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas.
5. 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:

1. Actuar de Secretario Ejecutivo del Plan.
2. Presentar propuestas para el desarrollo de las estrategias recogidas en el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo.
3. Velar por el cumplimiento de los acuerdos.
4. Presentar a la Comisión Intersectorial de Dirección los presupuestos y los criterios de distribución de los mismos entre los distintos órganos del Plan.
5. Localizar y recabar financiación de otros organismos nacionales e internacionales.
6. Dinamizar los órganos de coordinación y las actuaciones del Plan.
7. Ostentar la representación del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo en los foros técnicos nacionales e internacionales.
8. 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, al menos, por tres técnicos (jefes de servicio) de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, y tres administrativos.

Sus funciones serán:

1. Dar soporte técnico al Coordinador/a.
2. Participar en la Comisión Intersectorial de Dirección.
3. Mantener la comunicación permanente y elaborar propuestas en colaboración con la red de coordinadores técnicos de las Comunidades y Ciudades Autónomas.
4. Participar en los grupos de trabajo que se creen en el seno del Comité Ejecutivo.
5. Elaborar informes periódicos y la memoria anual de actividades.
6. Aplicar progresivamente los mecanismos de evaluación recogidos en el Plan.

### *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.

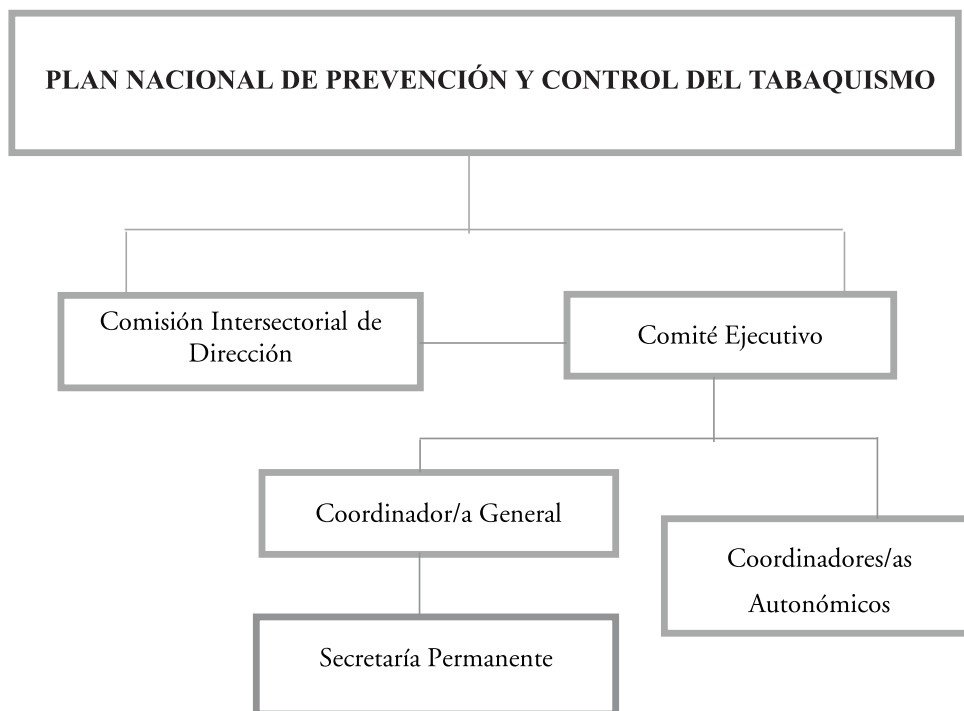
### Recursos económicos

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 CCAA 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 CCAA 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 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 defi-

nidas por el Plan, los flujos, frecuencia, tipos de información y otros indicadores se irán estableciendo a medida que se progresa 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 (RRHH) y materiales (RRMM), 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:

1. 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.
2. 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 Autonómico), 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 determinarán en función a las actuaciones que se prioricen anualmente condicionadas por los recursos asignados.

#### *Indicadores de resultados*

Incluir fuentes de información que se utilizarán 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)  
Número de fumadores / número de personas  $\geq$  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 género y grupos de edad. (NF)
  - %s en población menor de 16 años por género.
  - % de abandono.  $EF/(FD+FO+EF)$
  - Edad de inicio: Edad media de inicio del consumo de tabaco por género y grupo de edad (experimentación primer cigarrillo / consumo diario).
- 2. Mortalidad**
- Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco global, por género y grupo de edad.
  - Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco por enfermedades y género y grupo de edad.
- 3. Morbilidad**
- Número de consultas especializadas por diferentes patologías.
- 4. Centros sanitarios**
- % de H<sup>a</sup> clínicas que recogen el hábito tabáquico.
- % de H<sup>a</sup> 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

**CRONOGRAMA DE LA ELABORACIÓN DEL PLAN NACIONAL Y CONTROL DEL TABAQUISMO**

	30-6-2001	Noviembre de 2002	18-01-2002	Enero y febrero de 2002	24-04-2002	19-09-2002	13-01-2003	9-5-2002
Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS para la elaboración del Plan	X							
Redacción del borrador		X						
Revisión del documento			X					
Período de consulta				X				
Redacción final					X			
Aprobación del Plan de la Comisión de Salud Pública						X		
Aprobación por el Pleno del Consejo Interterritorial							X	
Publicación del RD 548/2003 por el que se crean estructuras del Plan								X

## CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

### PREÁMBULO

Las Partes en el presente Convenio,

*Determinadas* a dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública,

*Reconociendo* que la propagación de la epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública, que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral,

*Teniendo en cuenta* la inquietud de la comunidad internacional por las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco en el mundo entero,

*Seramente preocupadas* por el aumento del consumo y de la producción de cigarrillos y otros productos de tabaco en el mundo entero, particularmente en los países en desarrollo, y por la carga que ello impone en las familias, los pobres y en los sistemas nacionales de salud,

*Reconociendo* que la ciencia ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y que las enfermedades relacionadas con el tabaco no aparecen inmediatamente después de que se empieza a fumar o a estar expuesto al humo de tabaco, o a consumir de cualquier otra manera productos de tabaco,

*Reconociendo además* que los cigarrillos y algunos otros productos que contienen tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia, que muchos de los compuestos que contienen y el humo que producen son farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos, y que la dependencia del tabaco figura como un trastorno aparte en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades,

*Reconociendo también* que existen claras pruebas científicas de que la exposición prenatal al humo de tabaco genera condiciones adversas para la salud y el desarrollo del niño,

*Profundamente preocupadas* por el importante aumento del número de fumadores y de consumidores de tabaco en otras formas entre los niños y adolescentes en el mundo entero, y particularmente por el hecho de que se comience a fumar a edades cada vez más tempranas,

*Alarmadas* por el incremento del número de fumadoras y de consumidoras de tabaco en otras formas entre las mujeres y las niñas en el mundo entero y teniendo presente la necesidad de una plena participación de la mujer en todos los niveles de la formulación y aplicación de políticas, así como la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas en función del género,

Nota: Puede que se introduzcan modificaciones sin importancia en la redacción del texto que la Asamblea de la Salud tiene ante sí, en cuyo caso se prepararía un corrigendum.

*Profundamente preocupadas* por el elevado número de miembros de pueblos indígenas que fuman o de alguna otra manera consumen tabaco,

*Seramente preocupadas* por el impacto de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio encaminadas a estimular el consumo de productos de tabaco,

*Reconociendo* que se necesita una acción cooperativa para eliminar toda forma de tráfico ilícito de cigarrillos y otros productos de tabaco, incluidos el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación,

*Reconociendo* que el control del tabaco en todos los niveles, y particularmente en los países en desarrollo y en los países con economías en transición, necesita de recursos financieros y técnicos suficientes adecuados a las necesidades actuales y previstas para las actividades de control del tabaco, *Reconociendo* la necesidad de establecer mecanismos apropiados para afrontar las consecuencias sociales y económicas que tendrá a largo plazo el éxito de las estrategias de reducción de la demanda de tabaco,

*Conscientes* de las dificultades sociales y económicas que pueden generar a mediano y largo plazo los programas de control del tabaco en algunos países en desarrollo o con economías en transición, y reconociendo la necesidad de asistencia técnica y financiera en el contexto de las estrategias de desarrollo sostenible formuladas a nivel nacional,

*Conscientes* de la valiosa labor que sobre el control del tabaco llevan a cabo muchos Estados y destacando el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud y los esfuerzos desplegados por otros organismos y órganos del sistema de las Naciones Unidas, así como por otras organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales en el establecimiento de medidas de control del tabaco,

*Destacando* la contribución especial que las organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil no afiliados a la industria del tabaco, entre ellos órganos de las profesiones sanitarias, asociaciones de mujeres, de jóvenes, de defensores del medio ambiente y de consumidores e instituciones docentes y de atención sanitaria, han aportado a las actividades de control del tabaco a nivel nacional e internacional, así como la importancia decisiva de su participación en las actividades nacionales e internacionales de control del tabaco,

*Reconociendo* la necesidad de mantener la vigilancia ante cualquier intento de la industria del tabaco de socavar o desvirtuar las actividades de control del tabaco, y la necesidad de estar informados de las actuaciones de la industria del tabaco que afecten negativamente a las actividades de control del tabaco,

*Recordando* el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, en el que se declara que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,

*Recordando asimismo* el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en el que se afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social,

*Decididas* a promover medidas de control del tabaco basadas en consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes,

*Recordando* que en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la

Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, se establece que los Estados Partes en dicha Convención adoptarán medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica,

*Recordando además* que en la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, se establece que los Estados Partes en dicha Convención reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud,

*Han acordado* lo siguiente:

## PARTE I: INTRODUCCIÓN

### Artículo 1

#### *Lista de expresiones utilizadas*

Para los efectos del presente Convenio:

a) «comercio ilícito» es toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluida toda práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad;

b) una «organización de integración económica regional» es una organización integrada por Estados soberanos a la que sus Estados Miembros han traspasado competencia respecto de una diversidad de asuntos, inclusive la facultad de adoptar decisiones vinculantes para sus Estados Miembros en relación con dichos asuntos; 1

c) por «publicidad y promoción del tabaco» se entiende toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco;

d) el «control del tabaco» comprende diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco;

e) la «industria tabacalera» abarca a los fabricantes, distribuidores mayoristas e importadores de productos de tabaco;

f) la expresión «productos de tabaco» abarca los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé;

1. Cuando proceda, el término «nacional» se referirá a las organizaciones de integración económica regionales.

g) por «patrocinio del tabaco» se entiende toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco.

### Artículo 2

#### *Relación entre el presente Convenio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos*

1. Para proteger mejor la salud humana, se alienta a las Partes a que apliquen medidas que vayan más allá de las estipuladas por el presente Convenio y sus protocolos, y nada en estos instrumentos impedirá que una Parte imponga exigencias más estrictas que sean compatibles con sus disposiciones y conformes al derecho internacional.

2. Las disposiciones del Convenio y de sus protocolos no afectarán en modo alguno al derecho de las Partes a concertar acuerdos bilaterales o multilaterales, incluso acuerdos regionales o subregionales, sobre cuestiones relacionadas con el Convenio y sus proto-

los o sobre cuestiones adicionales, a condición de que dichos acuerdos sean compatibles con sus obligaciones establecidas por el presente Convenio y sus protocolos. Las Partes interesadas notificarán esos acuerdos a la Conferencia de las Partes por conducto de la Secretaría.

## **PARTE II: OBJETIVO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y OBLIGACIONES GENERALES**

### *Artículo 3*

#### *Objetivo*

El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

### *Artículo 4*

#### *Principios básicos*

Para alcanzar los objetivos del Convenio y de sus protocolos y aplicar sus disposiciones, las Partes se guiarán, entre otros, por los principios siguientes:

1. Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco y se deben contemplar en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas para proteger a todas las personas del humo de tabaco.

2. Se requiere un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas, tomando en consideración lo siguiente:

- a) la necesidad de adoptar medidas para proteger a todas las personas de la exposición al humo de tabaco;
- b) la necesidad de adoptar medidas para prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y lograr una reducción del consumo de productos de tabaco en cualquiera de sus formas;
- c) la necesidad de adoptar medidas para promover la participación de las personas y comunidades indígenas en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de programas de control del tabaco que sean socialmente y culturalmente apropiados para sus necesidades y perspectivas; y
- d) la necesidad de adoptar medidas para que, cuando se elaboren estrategias de control del tabaco, se tengan en cuenta los riesgos relacionados específicamente con el género.

3. La cooperación internacional, particularmente la transferencia de tecnología, conocimientos y asistencia financiera, así como la prestación de asesoramiento especializado, con el objetivo de establecer y aplicar programas eficaces de control del tabaco tomando en consideración los factores culturales, sociales, económicos, políticos y jurídicos locales es un elemento importante del presente Convenio.

4. Se deben adoptar a nivel nacional, regional e internacional medidas y respuestas multisectoriales integrales para reducir el consumo de todos los productos de tabaco, a fin de prevenir, de conformidad con los principios de la salud pública, la incidencia de

las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad debidas al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco.

5. Las cuestiones relacionadas con la responsabilidad, según determine cada Parte en su jurisdicción, son un aspecto importante del control total del tabaco.

6. Se debe reconocer y abordar la importancia de la asistencia técnica y financiera para ayudar a realizar la transición económica a los cultivadores y trabajadores cuyos medios de vida queden gravemente afectados como consecuencia de los programas de control del tabaco, en las Partes que sean países en desarrollo y en las que tengan economías en transición, y ello se debe hacer en el contexto de estrategias nacionales de desarrollo sostenible.

7. La participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del Convenio y de sus protocolos.

### **Artículo 5**

#### *Obligaciones generales*

1. Cada Parte formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, de conformidad con las disposiciones del presente Convenio y de los protocolos a los que se haya adherido.

2. Con ese fin, cada Parte, con arreglo a su capacidad:

- a) establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco; y
- b) adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras medidas eficaces y cooperará, según proceda, con otras Partes en la

elaboración de políticas apropiadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco.

3. A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.

4. Las Partes cooperarán en la formulación de propuestas sobre medidas, procedimientos y directrices para la aplicación del Convenio y de los protocolos a los que se hayan adherido.

5. Las Partes cooperarán según proceda con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos competentes para alcanzar los objetivos del Convenio y de los protocolos a los que se hayan adherido.

6. Las Partes, con arreglo a los medios y recursos de que dispongan, cooperarán a fin de obtener recursos financieros para aplicar efectivamente el Convenio mediante mecanismos de financiamiento bilaterales y multilaterales.

## **PARTE III: MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE TABACO**

### *Artículo 6*

#### *Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco*

1. Las Partes reconocen que las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo de tabaco.

2. Sin perjuicio del derecho soberano de las Partes a decidir y establecer su propia política tributaria, cada Parte tendrá en cuenta sus objetivos nacionales de salud en lo referente al control del tabaco y adoptará o mantendrá, según proceda, medidas como las siguientes:

- a) aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco; y
- b) prohibir o restringir, según proceda, la venta y/o la importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por los viajeros internacionales.

3. De conformidad con el artículo 21, en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, éstas comunicarán las tasas impositivas aplicadas a los productos de tabaco y las tendencias del consumo de dichos productos.

### **Artículo 7**

#### *Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco*

Las Partes reconocen que las medidas integrales no relacionadas con los precios son un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces que sean necesarias para el cumplimiento de sus obligaciones dimanantes de los artículos 8 a 13 y cooperará con las demás Partes según proceda, directamente o por intermedio de los organismos internacionales competentes, con miras a su cumplimiento. La Conferencia de las Partes propondrá directrices apropiadas para la aplicación de lo dispuesto en esos artículos.

### **Artículo 8**

#### *Protección contra la exposición al humo de tabaco*

1. Las Partes reconocen que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

2. Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales.

### **Artículo 9**

#### *Reglamentación del contenido de los productos de tabaco*

La Conferencia de las Partes, en consulta con los órganos internacionales competentes, propondrá directrices sobre el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los productos de tabaco y sobre la reglamentación de esos contenidos y emisiones. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas y administrativas u otras medidas eficaces aprobadas por las autoridades nacionales competentes para que se lleven a la práctica dichos análisis y mediciones y esa reglamentación.

### **Artículo 10**

#### *Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco*

Cada Parte adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional,

medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para exigir que los fabricantes e importadores de productos de tabaco revelen a las autoridades gubernamentales la información relativa al contenido y las emisiones de los productos de tabaco. Cada Parte adoptará y aplicará asimismo medidas eficaces para que se revele al público la información relativa a los componentes tóxicos de los productos de tabaco y las emisiones que éstos pueden producir.

### **Artículo 11**

#### *Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*

1. Cada Parte, dentro de un periodo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para conseguir lo siguiente:

a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como «con bajo contenido de alquitrán», «ligeros», «ultra ligeros» o «suaves»; y

b) que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apro-

piados. Dichas advertencias y mensajes:

- i) serán aprobados por las autoridades nacionales competentes;
- ii) serán rotativos;
- iii) serán grandes, claros, visibles y legibles;
- iv) deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas;
- v) podrán consistir en imágenes o pictogramas, o incluirlos.

2. Todos los paquetes y envases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, además de las advertencias especificadas en el párrafo 1(b) de este artículo, contendrán información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales.

3. Cada Parte exigirá que las advertencias y la información textual especificadas en los párrafos 1(b) y 2 del presente artículo figuren en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos en su idioma o idiomas principales.

4. A efectos del presente artículo, la expresión «empaquetado y etiquetado externos» en relación con los productos de tabaco se aplica a todo envasado y etiquetado utilizados en la venta al por menor del producto.

### **Artículo 12**

#### *Educación, comunicación, formación y concientización del público*

Cada Parte promoverá y fortalecerá la concientización del público acerca de las

cuestiones relativas al control del tabaco utilizando de forma apropiada todos los instrumentos de comunicación disponibles.

Con ese fin, cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para promover lo siguiente:

- a) un amplio acceso a programas integrales y eficaces de educación y concientización del público sobre los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas;
- b) la concientización del público acerca de los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, así como de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo y los modos de vida sin tabaco, conforme a lo especificado en el párrafo 2 del artículo 14;
- c) el acceso del público, de conformidad con la legislación nacional, a una amplia variedad de información sobre la industria tabacalera que revista interés para el objetivo del presente Convenio;
- d) programas eficaces y apropiados de formación o sensibilización y concientización sobre el control del tabaco dirigidos a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas;
- e) la concientización y la participación de organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales no asociadas a la industria tabacalera en la elaboración y aplicación de programas y estrategias intersectoriales de control del tabaco; y
- f) el conocimiento público y el acceso a la información sobre las consecuencias sanitarias, económicas y ambientales adversas de la producción y el consumo de tabaco.

### **Artículo 13**

#### *Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*

1. Las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco.

2. Cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dicha prohibición comprenderá, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos originados en su territorio. A este respecto, cada Parte, dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para la Parte en cuestión, adoptará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas apropiadas e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.

3. La Parte que no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a las disposiciones de su constitución o sus principios constitucionales aplicará restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dichas restricciones comprenderán, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, la restricción o una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio originados en su territorio que tengan efectos transfronterizos. A este respecto, cada Parte adoptará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u

otras medidas apropiadas e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.

4. Como mínimo, y de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, cada Parte:

- a) prohibirá toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco que promueva un producto de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso en alguna otra forma o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones;
- b) exigirá que toda publicidad de tabaco y, según proceda, su promoción y patrocinio, vaya acompañada de una advertencia o mensaje sanitario o de otro tipo pertinente;
- c) restringirá el uso de incentivos directos o indirectos que fomenten la compra de productos de tabaco por parte de la población;
- d) exigirá, si no ha adoptado una prohibición total, que se revelen a las autoridades gubernamentales competentes los gastos efectuados por la industria del tabaco en actividades de publicidad, promoción y patrocinio aún no prohibidas. Dichas autoridades podrán decidir que esas cifras, a reserva de lo dispuesto en la legislación nacional, se pongan a disposición del público y de la Conferencia de las Partes de conformidad con el artículo 21;
- e) procederá dentro de un plazo de cinco años a una prohibición total o, si la Parte no puede imponer una prohibición total debido a su constitución o sus principios constitucionales, a la restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio por radio, televisión, medios impresos y, según proceda, otros medios, como Internet; y

f) prohibirá o, si la Parte no puede imponer la prohibición debido a su constitución o sus principios constitucionales, restringirá el patrocinio de acontecimientos y actividades internacionales o de participantes en las mismas por parte de empresas tabacaleras.

5. Se alienta a las Partes a que pongan en práctica medidas que vayan más allá de las obligaciones establecidas en el párrafo 4.

6. Las Partes cooperarán en el desarrollo de tecnologías y de otros medios necesarios para facilitar la eliminación de la publicidad transfronteriza.

7. Las Partes que hayan prohibido determinadas formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco tendrán el derecho soberano de prohibir las formas de publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos de productos de tabaco que penetren en su territorio, así como de imponerles las mismas sanciones previstas para la publicidad, la promoción y el patrocinio que se originen en su territorio, de conformidad con la legislación nacional. El presente párrafo no respalda ni aprueba ninguna sanción en particular.

8. Las Partes considerarán la elaboración de un protocolo en el cual se establezcan medidas apropiadas que requieran colaboración internacional para prohibir completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos.

#### **Artículo 14**

##### *Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco*

1. Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará

medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.

2. Con ese fin, cada Parte procurará lo siguiente:

- a) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos;
- b) incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda;
- c) establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco; y
- d) colaborar con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos, de conformidad con el artículo 22.

Dichos productos y sus componentes pueden ser medicamentos, productos usados para administrar medicamentos y medios diagnósticos cuando proceda.

#### **PARTE IV: MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE TABACO**

##### ***Artículo 15***

###### ***Comercio ilícito de productos de tabaco 1***

1. Las Partes reconocen que la eliminación de todas las formas de comercio ilícito

de productos de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación, y la elaboración y aplicación a este respecto de una legislación nacional y de acuerdos subregionales, regionales y mundiales son componentes esenciales del control del tabaco.

2. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para que todos los paquetes o envases de productos de tabaco y todo empaquetado externo de dichos productos lleven una indicación que ayude a las Partes a determinar el origen de los productos de tabaco y, de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes, ayude a las Partes a determinar el punto de desviación y a vigilar, documentar y controlar el movimiento de los productos de tabaco y su situación legal. Además, cada Parte:

- a) exigirá que todos los paquetes y envases de productos de tabaco para uso al detalle y al por mayor que se vendan en su mercado interno lleven la declaración: «*Venta autorizada únicamente en (insertar el nombre del país o de la unidad subnacional, regional o federal)*», o lleven cualquier otra indicación útil en la que figure el destino final o que ayude a las autoridades a determinar si está legalmente autorizada la venta del producto en el mercado interno; y
- b) examinará, según proceda, la posibilidad de establecer un régimen práctico de seguimiento y localización que dé más garantías al sistema de distribución y ayude en la investigación del comercio ilícito.

3. Cada Parte exigirá que la información o las indicaciones que ha de llevar el empaquetado según el párrafo 2 del presente artículo figuren en forma legible y/o en el idioma o los idiomas principales del país.

4. Con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco, cada Parte:

- a) hará un seguimiento del comercio transfronterizo de productos de tabaco, incluido el comercio ilícito, reunirá datos sobre el particular e intercambiará información entre autoridades aduaneras, tributarias y otras autoridades, según proceda y de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes aplicables;

1 Durante todo el proceso de prenegociación y negociación del Convenio Marco se ha debatido extensamente la posibilidad de adoptar pronto un protocolo sobre el comercio ilícito de productos de tabaco. El ONI podría iniciar la negociación de dicho protocolo inmediatamente después de la adopción del Convenio Marco, o podría hacerlo la Conferencia de las Partes en una etapa posterior. b) promulgará o fortalecerá legislación, con sanciones y recursos apropiados, contra el comercio ilícito de productos de tabaco, incluidos los cigarrillos falsificados y de contrabando;

- c) adoptará medidas apropiadas para garantizar que todos los cigarrillos y productos de tabaco falsificados y de contrabando y todo equipo de fabricación de éstos que se hayan decomisado se destruyan aplicando métodos inocuos para el medio ambiente cuando sea factible, o se eliminen de conformidad con la legislación nacional;

- d) adoptará y aplicará medidas para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco que se encuentren o se desplacen en su jurisdicción en régimen de suspensión de impuestos o derechos; y

- e) adoptará las medidas que procedan para posibilitar la incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito de productos de tabaco.

5. La información recogida con arreglo a lo dispuesto en los párrafos 4(a) y 4(d) del presente artículo será transmitida, según proceda, en forma global por las Partes en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21.

6. Las Partes promoverán, según proceda y conforme a la legislación nacional, la cooperación entre los organismos nacionales, así como entre las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales pertinentes, en lo referente a investigaciones, enjuiciamientos y procedimientos judiciales con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco. Se prestará especial atención a la cooperación a nivel regional y subregional para combatir el comercio ilícito de productos de tabaco.

7. Cada Parte procurará adoptar y aplicar medidas adicionales, como la expedición de licencias, cuando proceda, para controlar o reglamentar la producción y distribución de los productos de tabaco a fin de prevenir el comercio ilícito.

## Artículo 16

### *Ventas a menores y por menores*

1. Cada Parte adoptará y aplicará en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para prohibir la venta de productos de tabaco a los menores de la edad que determine la legislación interna, la legislación nacional o a los menores de 18 años. Dichas medidas podrán consistir en lo siguiente:

- a) exigir que todos los vendedores de productos de tabaco indiquen, en un

anuncio claro y destacado situado en el interior de su local, la prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores y, en caso de duda, soliciten que cada comprador de tabaco demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad;

- b) prohibir que los productos de tabaco en venta estén directamente accesibles, como en los estantes de los almacenes;
- c) prohibir la fabricación y venta de dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan forma de productos de tabaco y puedan resultar atractivos para los menores; y d) garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco bajo su jurisdicción no sean accesibles a los menores y no promuevan la venta de productos de tabaco a los menores.

2. Cada Parte prohibirá o promoverá la prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco al público y especialmente a los menores.

3. Cada Parte procurará prohibir la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños que vuelvan más asequibles esos productos a los menores de edad.

4. Las Partes reconocen que, para que sean más eficaces, las medidas encaminadas a impedir la venta de productos de tabaco a los menores de edad deben aplicarse, cuando proceda, conjuntamente con otras disposiciones previstas en el presente Convenio.

5. A la hora de firmar, ratificar, aceptar o aprobar el presente Convenio o de adherirse al mismo, o en cualquier otro momento posterior, toda Parte podrá indicar mediante una declaración escrita que se compromete a prohibir la introducción de máquinas expendedoras de tabaco dentro de su jurisdicción o, según proceda, a prohibir completamente las máquinas expendedoras de tabaco. El Depositario distribuirá a todas

las Partes en el Convenio las declaraciones que se formulen de conformidad con el presente artículo.

6. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces, con inclusión de sanciones contra los vendedores y distribuidores, para asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los párrafos 1 a 5 del presente artículo.

7. Cada Parte debería adoptar y aplicar, según proceda, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para prohibir la venta de productos de tabaco por personas de una edad menor a la establecida en la legislación interna, la legislación nacional o por menores de 18 años.

### **Artículo 17**

#### *Apoyo a actividades alternativas económicamente viables*

Las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, promoverán según proceda alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco.

## **PARTE V: PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**

### **Artículo 18**

#### *Protección del medio ambiente y de la salud de las personas*

En cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el presente Convenio, las Partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en relación con el medio ambiente por lo que respecta al cultivo de tabaco y a la

fabricación de productos de tabaco, en sus respectivos territorios.

## **PARTE VI: CUESTIONES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD**

### *Artículo 19*

#### *Responsabilidad*

1. Con fines de control del tabaco, las Partes considerarán la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes, cuando sea necesario, para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación cuando proceda.

2. Las Partes cooperarán entre sí en el intercambio de información por intermedio de la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21, a saber:

- a) información, de conformidad con el párrafo 3(a) del artículo 20, sobre los efectos en la salud del consumo de productos de tabaco y la exposición al humo de tabaco; y
- b) información sobre la legislación y los reglamentos vigentes y sobre la jurisprudencia pertinente.

3. Las Partes, según proceda y según hayan acordado entre sí, dentro de los límites de la legislación, las políticas y las prácticas jurídicas nacionales, así como de los tratados vigentes aplicables, se prestarán recíprocamente ayuda en los procedimientos judiciales relativos a la responsabilidad civil y penal, de forma coherente con el presente Convenio.

4. El Convenio no afectará en absoluto a los derechos de acceso de las Partes a los tribunales de las otras Partes, donde existan esos derechos, ni los limitará en modo alguno.

5. La Conferencia de las Partes podrá considerar, si es posible, en una etapa temprana, teniendo en cuenta los trabajos en curso en foros internacionales pertinentes, cuestiones relacionadas con la responsabilidad, incluidos enfoques internacionales apropiados de dichas cuestiones y medios idóneos para apoyar a las Partes, cuando así lo soliciten, en sus actividades legislativas o de otra índole de conformidad con el presente artículo.

## **PARTE VII: COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN**

### *Artículo 20*

#### *Investigación, vigilancia e intercambio de información*

1. Las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación regionales e internacionales sobre control del tabaco. Con ese fin, cada Parte:

- a) iniciará, directamente o por conducto de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos competentes, investigaciones y evaluaciones científicas, cooperará en ellas y promoverá y alentará así investigaciones que aborden los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco e investigaciones tendientes a identificar cultivos alternativos; y
- b) promoverá y fortalecerá, con el respaldo de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos competentes, la capacitación y el apoyo destinados a todos los que se ocupen de actividades de control del tabaco, incluidas la investigación, la ejecución y la evaluación.

2. Las Partes establecerán, según proceda, programas de vigilancia nacional, regional y mundial de la magnitud, las pautas, los determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Con ese fin, las Partes integrarán programas de vigilancia del tabaco en los programas nacionales, regionales y mundiales de vigilancia sanitaria para que los datos se puedan cotejar y analizar a nivel regional e internacional, según proceda.

3. Las Partes reconocen la importancia de la asistencia financiera y técnica de las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos. Cada Parte procurará:

- a) establecer progresivamente un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco y de los indicadores sociales, económicos y de salud conexos;
- b) cooperar con organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y con otros órganos competentes, incluidos organismos gubernamentales y no gubernamentales, en la vigilancia regional y mundial del tabaco y en el intercambio de información sobre los indicadores especificados en el párrafo 3(a) del presente artículo; y
- c) cooperar con la Organización Mundial de la Salud en la elaboración de directrices o procedimientos de carácter general para definir la recopilación, el análisis y la difusión de datos de vigilancia relacionados con el tabaco.

4. Las Partes, con arreglo a la legislación nacional, promoverán y facilitarán el intercambio de información científica, técnica, socioeconómica, comercial y jurídica de dominio público, así como de información sobre las prácticas de la industria tabacalera y sobre el cultivo de tabaco, que sea pertinente para este Convenio, y al hacerlo tendrán en cuenta y abordarán las necesidades

especiales de las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición. Cada Parte procurará:

- a) establecer progresivamente y mantener una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentos de control del tabaco y, según proceda, información sobre su aplicación, así como sobre la jurisprudencia pertinente, y cooperar en la elaboración de programas de control del tabaco a nivel regional y mundial;
- b) compilar progresivamente y actualizar datos procedentes de los programas nacionales de vigilancia, de conformidad con el párrafo 3(a) del presente artículo; y
- c) cooperar con organizaciones internacionales competentes para establecer progresivamente y mantener un sistema mundial con objeto de reunir regularmente y difundir información sobre la producción y manufactura del tabaco y sobre las actividades de la industria tabacalera que tengan repercusiones para este Convenio o para las actividades nacionales de control del tabaco.

5. Las Partes deberán cooperar en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y en las instituciones financieras y de desarrollo a que pertenezcan, a fin de fomentar y alentar el suministro de recursos técnicos y financieros a la Secretaría del Convenio para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición a cumplir con sus compromisos de vigilancia, investigación e intercambio de información.

## **Artículo 21**

### *Presentación de informes e intercambio de información*

1. Cada Parte presentará a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría,

informes periódicos sobre su aplicación del Convenio, que deberían incluir lo siguiente:

- a) información sobre las medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole adoptadas para aplicar el Convenio;
- b) información, según proceda, sobre toda limitación u obstáculo surgido en la aplicación del Convenio y sobre las medidas adoptadas para superar esos obstáculos;
- c) información, según proceda, sobre la ayuda financiera o técnica suministrada o recibida para actividades de control del tabaco;
- d) información sobre la vigilancia y la investigación especificadas en el artículo 20; y
- e) información conforme a lo especificado en los artículos 6.3, 13.2, 13.3, 13.4(d), 15.5 y 19.2.

2. La frecuencia y la forma de presentación de esos informes de todas las Partes serán determinadas por la Conferencia de las Partes. Cada Parte elaborará su informe inicial en el término de los dos años siguientes a la entrada en vigor de este Convenio para dicha Parte.

3. La Conferencia de las Partes, de conformidad con los artículos 22 y 26, considerará mecanismos para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, a petición de esas Partes, a cumplir con sus obligaciones estipuladas en este artículo.

4. La presentación de informes y el intercambio de información previstos en el presente Convenio estarán sujetos a la legislación nacional relativa a la confidencialidad y la privacidad. Las Partes protegerán, según decidan de común acuerdo, toda información confidencial que se intercambie.

## Artículo 22

### *Cooperación científica, técnica y jurídica y prestación de asesoramiento especializado*

1. Las Partes cooperarán directamente o por conducto de los organismos internacionales competentes a fin de fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones dimanantes de este Convenio, teniendo en cuenta las necesidades de las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición. Esa cooperación promoverá la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología, según se haya decidido de común acuerdo, con objeto de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco encaminados, entre otras cosas, a lo siguiente:

- a) facilitar el desarrollo, la transferencia y la adquisición de tecnología, conocimiento, aptitudes, capacidad y competencia técnica relacionados con el control del tabaco; b) prestar asesoramiento técnico, científico, jurídico y de otra índole a fin de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco, con miras a la aplicación del Convenio mediante, entre otras cosas, lo siguiente:
  - i) ayuda, cuando así se solicite, para crear una sólida base legislativa, así como programas técnicos, en particular programas de prevención del inicio del consumo de tabaco, promoción del abandono del tabaco y protección contra la exposición al humo de tabaco;
  - ii) ayuda, según proceda, a los trabajadores del sector del tabaco para desarrollar de manera económicamente viable medios de subsistencia alternativos apropiados que sean económicamente y legalmente viables;

- iii) ayuda, según proceda, a los cultivadores de tabaco para llevar a efecto la transición de la producción agrícola hacia cultivos alternativos de manera económicamente viable;
  - c) respaldar programas de formación o sensibilización apropiados para el personal pertinente, según lo dispuesto en el artículo 12;
  - d) proporcionar, según proceda, el material, el equipo y los suministros necesarios, así como apoyo logístico, para las estrategias, planes y programas de control del tabaco;
  - e) determinar métodos de control del tabaco, incluido el tratamiento integral de la adicción a la nicotina; y
  - f) promover, según proceda, investigaciones encaminadas a mejorar la asequibilidad del tratamiento integral de la adicción a la nicotina.
2. La Conferencia de las Partes promoverá y facilitará la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología con el apoyo financiero garantizado de conformidad con el artículo 26.

## **PARTE VIII: ARREGLOS INSTITUCIONALES Y RECURSOS FINANCIEROS**

### *Artículo 23*

#### *Conferencia de las Partes*

1. Por el presente se establece una Conferencia de las Partes. La primera reunión de la Conferencia de las Partes será convocada por la Organización Mundial de la Salud a más tardar un año después de la entrada en vigor de este Convenio. La Conferencia determinará en su primera reunión el lugar y las fechas de las reuniones subsiguientes que se celebrarán regularmente.

2. Se celebrarán reuniones extraordinarias de la Conferencia de las Partes en las ocasiones en que la Conferencia lo considere necesario, o cuando alguna de las Partes lo solicite por escrito, siempre que, dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que la Secretaría del Convenio haya comunicado a las Partes la solicitud, ésta reciba el apoyo de al menos un tercio de las Partes.

3. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso su Reglamento Interior en su primera reunión.

4. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso sus normas de gestión financiera, que regirán también el financiamiento de cualquier órgano subsidiario que pueda establecer, así como las disposiciones financieras que regirán el funcionamiento de la Secretaría. En cada reunión ordinaria adoptará un presupuesto para el ejercicio financiero hasta la siguiente reunión ordinaria.

5. La Conferencia de las Partes examinará regularmente la aplicación del Convenio, adoptará las decisiones necesarias para promover su aplicación eficaz y podrá adoptar protocolos, anexos y enmiendas del Convenio de conformidad con lo dispuesto en los artículos 28, 29 y 33. Para ello:

- a) promoverá y facilitará el intercambio de información de conformidad con los artículos 20 y 21;
- b) promoverá y orientará el establecimiento y el perfeccionamiento periódico de metodologías comparables de investigación y acopio de datos, además de las previstas en el artículo 20, que sean pertinentes para la aplicación del Convenio;
- c) promoverá, según proceda, el desarrollo, la aplicación y la evaluación de estrategias, planes, programas, políticas, legislación y otras medidas;

- d) considerará los informes que le presenten las Partes de conformidad con el artículo 21 y adoptará informes regulares sobre la aplicación del Convenio;
  - e) promoverá y facilitará la movilización de recursos financieros para la aplicación del Convenio de conformidad con el artículo 26;
  - f) establecerá los órganos subsidiarios necesarios para cumplir con el objetivo del Convenio;
  - g) recabará, cuando corresponda, los servicios, la cooperación y la información de las organizaciones y órganos del sistema de las Naciones Unidas y de otras organizaciones y órganos intergubernamentales y no gubernamentales internacionales y regionales competentes y pertinentes como medio para fortalecer la aplicación del Convenio; y
  - h) considerará otras medidas, según proceda, para alcanzar el objetivo del Convenio, teniendo presente la experiencia adquirida en su aplicación.
6. La Conferencia de las Partes establecerá los criterios para la participación de observadores en sus reuniones.

#### **Artículo 24**

##### *Secretaría*

1. La Conferencia de las Partes designará una secretaría permanente y adoptará disposiciones para su funcionamiento. La Conferencia de las Partes procurará hacer esto en su primera reunión.
2. Hasta que se haya designado y establecido una secretaría permanente, las funciones de secretaría de este Convenio estarán a cargo de la Organización Mundial de la Salud.
3. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:

- a) adoptar disposiciones para las reuniones de la Conferencia de las Partes y de cualquiera de sus órganos subsidiarios y prestarles los servicios necesarios;
- b) transmitir los informes que haya recibido en virtud del Convenio;
- c) prestar apoyo a las Partes, en particular a las que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, cuando así lo soliciten, en la recopilación y transmisión de la información requerida de conformidad con las disposiciones del Convenio;
- d) preparar informes sobre sus actividades en el marco de este Convenio, siguiendo las orientaciones de la Conferencia de las Partes, y someterlos a la Conferencia de las Partes;
- e) asegurar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, la coordinación necesaria con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos competentes;
- f) concertar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, los arreglos administrativos y contractuales que sean necesarios para el ejercicio eficaz de sus funciones; y
- g) desempeñar otras funciones de secretaría especificadas en el Convenio y en cualquiera de sus protocolos, y las que determine la Conferencia de las Partes.

#### **Artículo 25**

##### *Relaciones entre la Conferencia de las Partes y las organizaciones intergubernamentales*

Para prestar cooperación técnica y financiera a fin de alcanzar el objetivo de este

Convenio, la Conferencia de las Partes podrá solicitar la cooperación de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, incluidas las instituciones de financiamiento y desarrollo.

### **Artículo 26**

#### *Recursos financieros*

1. Las Partes reconocen la importancia que tienen los recursos financieros para alcanzar el objetivo del presente Convenio.

2. Cada Parte prestará apoyo financiero para sus actividades nacionales destinadas a alcanzar el objetivo del Convenio, de conformidad con sus planes, prioridades y programas nacionales.

3. Las Partes promoverán, según proceda, la utilización de vías bilaterales, regionales, subregionales y otros canales multilaterales para financiar la elaboración y el fortalecimiento de programas multisectoriales integrales de control del tabaco de las Partes que sean países en desarrollo y de las que tengan economías en transición. Por consiguiente, deben abordarse y apoyarse, en el contexto de estrategias nacionales de desarrollo sostenible, alternativas económicamente viables a la producción de tabaco, entre ellas la diversificación de cultivos.

4. Las Partes representadas en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y las instituciones financieras y de desarrollo pertinentes alentarán a estas entidades a que faciliten asistencia financiera a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición para ayudarlas a cumplir sus obligaciones en virtud del presente Convenio, sin limitar los derechos de participación en esas organizaciones.

5. Las Partes acuerdan lo siguiente:

a) a fin de ayudar a las Partes a cumplir

sus obligaciones en virtud del Convenio, se deben movilizar y utilizar en beneficio de todas las Partes, en especial de los países en desarrollo y los países con economías en transición, todos los recursos pertinentes, existentes o potenciales, ya sean financieros, técnicos o de otra índole, tanto públicos como privados, disponibles para actividades de control del tabaco;

b) la Secretaría informará a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición, previa solicitud, sobre fuentes de financiamiento disponibles para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Convenio;

c) la Conferencia de las Partes en su primera reunión examinará las fuentes y mecanismos existentes y potenciales de asistencia sobre la base de un estudio realizado por la Secretaría y de otra información pertinente, y considerará su adecuación; y

d) los resultados de este examen serán tenidos en cuenta por la Conferencia de las Partes a la hora de determinar la necesidad de mejorar los mecanismos existentes o establecer un fondo mundial voluntario u otros mecanismos financieros apropiados para canalizar recursos financieros adicionales, según sea necesario, a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición para ayudarlas a alcanzar los objetivos del Convenio.

## **PARTE IX: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

### **Artículo 27**

#### *Solución de controversias*

1. Si surge una controversia entre dos o más Partes respecto de la interpretación o la

aplicación del presente Convenio, esas Partes procurarán resolver la controversia por vía diplomática mediante negociación o cualquier otro medio pacífico de su elección, por ejemplo buenos oficios, mediación o conciliación. El hecho de que no se llegue a un acuerdo mediante buenos oficios, mediación o conciliación no eximirá a las Partes en la controversia de la responsabilidad de seguir tratando de resolverla.

2. Al ratificar, aceptar, aprobar o confirmar oficialmente el Convenio, al adherirse a él, o en cualquier momento después de ello, un Estado u organización de integración económica regional podrá declarar por escrito al Depositario que, en caso de controversia no resuelta de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, acepta como obligatorio un arbitraje especial de acuerdo con los procedimientos que adopte por consenso la Conferencia de las Partes.

3. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán a todos los protocolos y a las Partes en dichos protocolos, a menos que en ellos se disponga otra cosa.

## **PARTE X: DESARROLLO DEL CONVENIO**

### *Artículo 28*

#### *Enmiendas del presente Convenio*

1. Cualquiera de las Partes podrá proponer enmiendas del presente Convenio. Dichas enmiendas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.

2. Las enmiendas del Convenio serán adoptadas por la Conferencia de las Partes. La Secretaría comunicará a las Partes el texto del proyecto de enmienda al menos seis meses antes de la reunión en la que se proponga su adopción. La Secretaría comunicará asimismo los proyectos de enmienda a los signatarios del Convenio y, a título informativo, al Depositario.

3. Las Partes harán todo lo posible por llegar a un acuerdo por consenso sobre cualquier propuesta de enmienda del Convenio. Si se agotan todas las posibilidades de llegar a un acuerdo por consenso, como último recurso la enmienda será adoptada por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la reunión. A los efectos del presente artículo, por «Partes presentes y votantes» se entiende las Partes presentes que emitan un voto a favor o en contra. La Secretaría comunicará toda enmienda adoptada al Depositario, y éste la hará llegar a todas las Partes para su aceptación.

4. Los instrumentos de aceptación de las enmiendas se entregarán al Depositario. Las enmiendas adoptadas de conformidad con el párrafo 3 del presente artículo entrarán en vigor, para las Partes que las hayan aceptado, al nonagésimo día contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido instrumentos de aceptación de por lo menos dos tercios de las Partes en el Convenio.

5. Las enmiendas entrarán en vigor para las demás Partes al nonagésimo día contado desde la fecha en que se haya entregado al Depositario el instrumento de aceptación de las enmiendas en cuestión.

### *Artículo 29*

#### *Adopción y enmienda de los anexos del presente Convenio*

1. Los anexos y enmiendas del presente Convenio se propondrán, se adoptarán y entrarán en vigor de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 28.

2. Los anexos del Convenio formarán parte integrante de éste y, salvo que se disponga expresamente otra cosa, toda referencia al Convenio constituirá al mismo tiempo una referencia a sus anexos.

3. En los anexos sólo se incluirán listas, formularios y otros materiales descriptivos

relacionados con cuestiones de procedimiento y aspectos científicos, técnicos o administrativos.

## **PARTE XI: DISPOSICIONES FINALES**

### ***Artículo 30***

#### *Reservas*

No podrán formularse reservas a este Convenio.

### ***Artículo 31***

#### *Denuncia*

1. En cualquier momento después de un plazo de dos años a partir de la fecha de entrada en vigor del Convenio para una Parte, esa Parte podrá denunciar el Convenio, previa notificación por escrito al Depositario.

2. La denuncia surtirá efecto al cabo de un año contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido la notificación correspondiente o, posteriormente, en la fecha que se indique en dicha notificación.

3. Se considerará que la Parte que denuncia el Convenio denuncia asimismo todo protocolo en que sea Parte.

### ***Artículo 32***

#### *Derecho de voto*

1. Salvo lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, cada Parte en el Convenio tendrá un voto.

2. Las organizaciones de integración económica regional, en los asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto con un número de votos igual al número de sus Estados Miembros que sean Partes en el Convenio. Esas organizaciones no ejercerán

su derecho de voto si cualquiera de sus Estados Miembros ejerce el suyo, y viceversa.

### ***Artículo 33***

#### *Protocolos*

1. Cualquier Parte podrá proponer protocolos. Dichas propuestas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.

2. La Conferencia de las Partes podrá adoptar protocolos del presente Convenio. Al adoptar tales protocolos deberá hacerse todo lo posible para llegar a un consenso. Si se agotan todas las posibilidades de llegar a un acuerdo por consenso, como último recurso el protocolo será adoptado por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la reunión. A los efectos del presente artículo, por «Partes presentes y votantes» se entiende las Partes presentes que emitan un voto a favor o en contra.

3. El texto de todo protocolo propuesto será comunicado a las Partes por la Secretaría al menos seis meses antes de la reunión en la cual se vaya a proponer para su adopción.

4. Sólo las Partes en el Convenio podrán ser Partes en un protocolo del Convenio.

5. Cualquier protocolo del Convenio sólo será vinculante para las Partes en el protocolo en cuestión. Sólo las Partes en un protocolo podrán adoptar decisiones sobre asuntos exclusivamente relacionados con el protocolo en cuestión.

6. Las condiciones para la entrada en vigor del protocolo serán las establecidas por ese instrumento.

### ***Artículo 34***

#### *Firma*

El presente Convenio estará abierto a la firma de todos los Miembros de la Organi-

zación Mundial de la Salud, de todo Estado que no sea Miembro de la Organización Mundial de la Salud pero sea miembro de las Naciones Unidas, así como de las organizaciones de integración económica regional, en la sede de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, desde el 16 de junio de 2003 hasta el 22 de junio de 2003, y posteriormente en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, desde el 30 de junio de 2003 hasta el 29 de junio de 2004.

### **Artículo 35**

#### *Ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión*

1. El Convenio estará sujeto a la ratificación, aceptación, aprobación o adhesión de los Estados y a la confirmación oficial o la adhesión de las organizaciones de integración económica regional. Quedará abierto a la adhesión a partir del día siguiente a la fecha en que el Convenio quede cerrado a la firma. Los instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión se depositarán en poder del Depositario.

2. Las organizaciones de integración económica regional que pasen a ser Partes en el Convenio sin que lo sea ninguno de sus Estados Miembros quedarán sujetas a todas las obligaciones que les incumban en virtud del Convenio. En el caso de las organizaciones que tengan uno o más Estados Miembros que sean Partes en el Convenio, la organización y sus Estados Miembros determinarán su respectiva responsabilidad por el cumplimiento de las obligaciones que les incumban en virtud del Convenio. En esos casos, la organización y los Estados Miembros no podrán ejercer simultáneamente derechos conferidos por el Convenio.

3. Las organizaciones de integración económica regional expresarán en sus instru-

mentos de confirmación oficial o de adhesión el alcance de su competencia con respecto a las cuestiones regidas por el Convenio. Esas organizaciones comunicarán además al Depositario toda modificación sustancial en el alcance de su competencia, y el Depositario la comunicará a su vez a las Partes.

### **Artículo 36**

#### *Entrada en vigor*

1. El presente Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que haya sido depositado en poder del Depositario el cuadragésimo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión.

2. Respecto de cada Estado que ratifique, acepte, apruebe el Convenio o se adhiera a él una vez satisfechas las condiciones relativas a la entrada en vigor establecidas en el párrafo 1 del presente artículo, el Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que el Estado haya depositado su instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión.

3. Respecto de cada organización de integración económica regional que deposite un instrumento de confirmación oficial o de adhesión, una vez satisfechas las condiciones relativas a la entrada en vigor estipuladas en el párrafo 1 del presente artículo, el Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que la organización haya depositado su instrumento de confirmación oficial o de adhesión.

4. A los efectos del presente artículo, los instrumentos depositados por una organización de integración económica regional no se considerarán adicionales a los depositados por los Estados Miembros de esa organización.

**Artículo 37**

*Depositario*

El Secretario General de las Naciones Unidas será el Depositario del Convenio, de las enmiendas de éste y de los protocolos y anexos aprobados de conformidad con los artículos 28, 29 y 33.

**Artículo 38**

*Textos auténticos*

El original del presente Convenio, cuyos textos en árabe, chino, español, francés,

inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL los infrascritos, debidamente autorizados a esos efectos, han firmado el presente Convenio.

HECHO en GINEBRA el 21 de mayo de dos mil tres.

**ANEXO 1****RESOLUCIÓN WHA. 52.18: HACIA UN CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA LA LUCHA ANTITABÁQUICA**

La 52ª Asamblea Mundial de la Salud,

Profundamente preocupada por la escalada mundial del hábito de fumar y de otras formas de consumo de tabaco, como resultado de lo cual se perdieron por lo menos 3,5 millones de vidas en 1998 y se prevén por lo menos 10 millones de defunciones por año para 2030, el 70% de ellas en países en desarrollo, si no se controla la pandemia;

Habiendo examinado el informe de la Directora General a la Asamblea de la Salud sobre la iniciativa \*Liberarse del tabaco y el esquema de las actividades previstas (que se adjunta);

Reconociendo el liderazgo de la Directora General y de la OMS en la lucha antitabáquica;

Recordando y reafirmando la resolución WHA49.17, en la que se pide al Director General que emprenda la elaboración de un convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19 de la Constitución de la OMS;

Reconociendo la necesidad de estrategias multisectoriales, inclusive de la participación de otras organizaciones multilaterales y de organizaciones no gubernamentales, para promover el consenso y la acción internacionales en relación con el establecimiento del convenio marco para la lucha antitabáquica y de los posibles protocolos conexos;

Teniendo presentes las múltiples limitaciones, entre ellas limitaciones de recursos,

con que tropiezan varios países para participar en la elaboración y la aplicación del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y de los posibles protocolos conexos;

Habida cuenta del hecho de que la producción de tabaco es una fuente importante de ingresos en muchos países en desarrollo; Consciente de la necesidad urgente de acelerar la labor relacionada con el propuesto convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y los posibles protocolos conexos a fin de que puedan servir de base para la cooperación multilateral y la lucha antitabáquica colectiva;

Deseosa de ultimar la elaboración del proyecto de texto del convenio marco a tiempo para someterlo a la 56 Asamblea Mundial de la Salud, a 1.

**DECIDE:**

- 1) de conformidad con el artículo 42 del Reglamento Interior, establecer un órgano de negociación intergubernamental, en el que podrán participar todos los Estados Miembros, encargado de redactar y negociar el proyecto de convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y los posibles protocolos conexos;
- 2) establecer un grupo de trabajo sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica, en el que podrán participar todos los Estados Miembros, encargado de preparar el trabajo

del órgano arriba mencionado. Este grupo redactará proyectos de elementos del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica. El grupo de trabajo informará de los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 105 reunión. Ultimaré su labor y presentará un informe a la 53 Asamblea Mundial de la Salud; a

- 3) que las organizaciones de integración económica regional constituidas por Estados soberanos,

Miembros de la Organización Mundial de la Salud, a la que los Estados Miembros han traspasado competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente resolución, incluida la competencia de concertar tratados sobre esas cuestiones, podrán participar activamente, de conformidad con el artículo 55 del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud, en la labor de redacción y negociación del órgano de negociación intergubernamental mencionado en el párrafo (1) y en la labor preparatoria del grupo de trabajo mencionado en el párrafo (2);

2. INSTA a los Estados Miembros:

- 1) a que den alta prioridad a la aceleración del trabajo de elaboración del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y los posibles protocolos conexos;
- 2) a que aporten los recursos y la cooperación necesarios para acelerar el trabajo;
- 3) a que promuevan las consultas intergubernamentales para tratar cuestiones específicas, por ejemplo asuntos de salud pública y otros asuntos técnicos relacionados con la negociación del propuesto convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y los posibles protocolos conexos;

- 4) a que establezcan, cuando proceda, estructuras adecuadas, por ejemplo comisiones nacionales, para el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica, así como mecanismos que permitan examinar las repercusiones de un convenio marco para la lucha antitabáquica en el contexto de los asuntos sanitarios y económicos, en especial sus efectos en la economía de los Estados que dependen de la agricultura;

- 5) a que faciliten y respalden la participación de organizaciones no gubernamentales, reconociendo la necesidad de una representación multisectorial;
- 6) a que consideren el perfeccionamiento y fortalecimiento de las políticas nacionales y regionales relativas al tabaco, inclusive la utilización apropiada de programas de control encaminados a reducir el consumo de tabaco, como contribuciones a la elaboración del convenio marco y de los posibles protocolos conexos;

3. PIDE a la Directora General:

- 1) que promueva el apoyo a la elaboración del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y de los posibles protocolos conexos entre los Estados Miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otras organizaciones intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones benéficas, y los medios de difusión;
- 2) que ultime los trabajos técnicos necesarios para facilitar las negociaciones sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y los posibles protocolos conexos;
- 3) que convoque un grupo de trabajo sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y la prime-

- ra reunión del órgano de negociación intergubernamental sobre la base de los progresos realizados por el grupo de trabajo;
- 4) que proporcione al grupo de trabajo encargado del convenio marco para la lucha antitabáquica y al órgano de negociación intergubernamental los servicios e instalaciones que necesiten para realizar su trabajo;
  - 5) que facilite la participación de los países menos adelantados en la labor del grupo de trabajo encargado del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica, en las reuniones consultivas técnicas intergubernamentales y en el órgano de negociación intergubernamental;
  - 6) que invite a participar como observadores en las reuniones del grupo de trabajo encargado del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y del órgano de negociación intergubernamental a representantes de Estados no Miembros, de los movimientos de liberación a los que se refiere la resolución WHA27.37, de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de organizaciones intergubernamentales con las que la OMS ha establecido relaciones efectivas, y de organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS, para que asistan a las sesiones de esos órganos de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Interior y en las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

*Anexo*

**ESQUEMA DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS**

Enero de 1999 a mayo de 2000 (ultimación de la fase de prenegociación), y metas para la negociación y adopción del convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica y posibles protocolos conexos (mayo de 2000 a mayo de 2003)

<b>Hitos</b>	<b>Órganos deliberantes y subsidiarios</b>	<b>Decisiones y medidas de los órganos deliberantes y subsidiarios</b>	<b>Medidas de la Secretaría</b>
Enero 1999	Consejo Ejecutivo	- Recomendar a la 52ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución titulada "Hacia un convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica".	<b>Después de la 103ª reunión del Consejo Ejecutivo</b> - Difundir información sobre el proceso de desarrollo del convenio marco - Para la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, preparar documento(s) de información sobre el proceso - Celebrar consultas con los Estados Miembros
Mayo 1999	52ª Asamblea Mundial	- Considerar el proyecto de resolución titulado "Hacia un convenio marco de la OMS para convenio marco de la OMS para - Establecer el órgano de negociación intergubernamental y el grupo de trabajo sobre el convenio marco para la lucha antitabáquica	- Celebrar sesiones de sobre el convenio marco durante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud <b>Después de la 52ª Asamblea Mundial de la Salud</b> - Prestar apoyo a las reuniones técnicas intergubernamentales de consulta sobre el convenio marco. - Facilitar la participación de los países menos adelantados en el proceso de desarrollo del convenio marco - Prestar apoyo técnico
Mayo 1999- enero 2000	Grupo de trabajo sobre el convenio marco	- Iniciar la preparación de los elementos propuestos del convenio marco de la OMS para la Lucha antitabáquica	- Convocar el grupo de trabajo sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica. - Prestar apoyo técnico
Enero 2000	Grupo de trabajo sobre el convenio marco  Consejo Ejecutivo	- Presentar al Consejo Ejecutivo en su 105ª reunión un informe sobre los progresos realizados preparado por el grupo de trabajo sobre el convenio marco - Examinar los progresos realizados por el grupo de trabajo	
Enero 2000- mayo 2000	Grupo de trabajo sobre el convenio marco		- Prestar apoyo técnico

<b>Hitos</b>	<b>Órganos deliberantes y subsidiarios</b>	<b>Decisiones y medidas de los órganos deliberantes y subsidiarios</b>	<b>Medidas de la Secretaría</b>
<b>Mayo 2000</b>	53ª Asamblea Mundial de la Salud	- Presentar a la 53ª Asamblea Mundial de la Salud el informe del grupo de trabajo sobre el convenio marco	- Celebrar durante la Asamblea de la Salud una reunión informativa técnica sobre procesos alternativos de negociación
<b>Mayo 2000 (fecha límite)</b>	Órgano de negociación intergubernamental	- Celebrar la primera reunión de organización	- Convocar la primera reunión del órgano de negociación intergubernamental sobre la base de los progresos realizados por el grupo de trabajo
<b>Mayo 2000-Mayo 2003 (fecha límite para la adopción)</b>	Órgano de negociación intergubernamental	- Negociar el proyecto de convenio marco y los posibles protocolos conexos	- Prestar apoyo técnico

Nota: El proceso y el contenido serán impulsados principalmente por los Estados miembros, pero recibirán asimismo aportaciones de órganos del sistema de las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales, regionales o intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales.

**ANEXO 2****LEGISLACIÓN NACIONAL Y AUTONÓMICA EN MATERIA DE TABAQUISMO****NACIONAL**

- Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco, para protección de la salud de la población (BOE núm 59, de 9-3-1988).
- Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población (BOE núm 188, de 7-8-1999).
- Ley 22/1999, de 7 de junio, de Modificación de la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al Ordenamiento Jurídico Español, la Directiva 89/552/CE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva (BOE núm 136, de 8-6-1999).
- Real Decreto 510/1992, de 14 de mayo, por el que se regula el etiquetado de los productos del tabaco y se establecen determinadas limitaciones en aeronaves comerciales (BOE núm 133, de 3-6-1992).
- Real Decreto 1185/1994, de 3 de junio, sobre etiquetado de productos de tabaco distintos de los cigarrillos y por el que se prohíbe determinados tabacos de uso oral y se actualiza el régimen sancionador en materia de tabaco (BOE núm 167, de 14-7-1994).
- Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales, normas reguladoras (BOE núm 312, de 29-12-1992).
- Real Decreto-Ley 12/1996, de 26 de julio, por el que se conceden créditos extraordinarios por importe de 721.169.740 miles de pesetas destinadas a atender obligaciones de ejercicios anteriores y regularizar anticipos de fondos y por el que se adoptan medidas tributarias urgentes (BOE núm 183, de 30-7-1996).
- Real Decreto 1965/1999, de 23 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de Impuestos Especiales (BOE núm 312, de 30-12-1999).
- Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE núm 313, de 31-12-2002).
- Real Decreto 2668/1998, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto del Organismo Autónomo Comisionado para el Mercado de Tabacos (BOE núm 306 de, 23-12-1998).
- Real Decreto 1199/1999, de 9 de julio, por el que se desarrolla la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del mercado de tabacos y normativa tributaria, y se regula el estatuto concesional de la red de expendedorías de tabaco y timbre (BOE núm 166 de, 13-7-1999).

- Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regulan los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco (BOE núm 251, de 19-10-02).
- Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007 (BOE núm 114, de 13-5-2003).

#### AUTONÓMICAS

##### Andalucía

- Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas (BOJA núm 83, de 19-7-1997).

##### Aragón

- Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias (BOA núm 43 de, 11-4-2001).

##### Canarias

- Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (BOC núm 94, de 28-7-1998).

##### Cantabria

- Ley 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodepen-

dencias (BOE núm 283, de 26-11-1997).

##### Castilla-La Mancha

- Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (BOE núm 224, de 18-9-2002).

##### Castilla y León

- Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León (BOC y L núm 65, de 6-4-1994).

##### Cataluña

- Ley 20/85, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia (DOGC núm 572, de 7-8-1985).
- Ley 10/1991, de 10 de mayo, de modificación de la Ley 20/1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia (DOGC núm 1445, de 22-5-1991).

##### Extremadura

- Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE núm 125, de 26-5-1999).

##### Galicia

- Ley 2/1996, de 8 de Mayo, de Galicia, sobre drogas (BOE núm 153, de 25-6-1996).

- Decreto 75/2001, de 22 de marzo, sobre control sanitario de la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de productos del tabaco (DOG núm 71, de 10-4-2001).

#### **Comunidad de Madrid**

- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (BOCM núm 160 de, 8-7-2002).

#### **Región de Murcia**

- Ley 6/ 1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social (BOE núm 37 de, 12-2-1988).

#### **Comunidad Foral de Navarra**

- Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco (BON núm 23 de, 21-2-2003).

#### **La Rioja**

- Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencia y otras adicciones (BOE núm 266 de, 6-11-2001).

#### **Comunidad Valenciana**

- Ley 3/1997, de 16 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos (BOE núm 171 de, 18-7-1997).
- Ley 4/2002, de 18 de junio, por la que se modifica la Ley 3/1997, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (DOGV núm 4.279 de, 26-6-2002).

#### **País Vasco**

- Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias (BOPV núm 131 de, 14-7-1998).