



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 30.1.2007
COM(2007) 27 final

LIBRO VERDE

Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE

(presentado por la Comisión)

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	JUSTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN	5
1.	Consideraciones sanitarias	5
1.1.	Costes sanitarios de la exposición al HTA.....	5
1.2.	Niveles de exposición	6
1.3.	Incidencia de una iniciativa antitabaco	7
2.	Consideraciones económicas	7
2.1.	Carga económica.....	7
2.2.	Incidencia de la iniciativa antitabaco	8
2.3.	Posibles consecuencias involuntarias.....	8
3.	Consideraciones sociales.....	9
3.1.	Respaldo público a las leyes antitabaco	9
3.2.	Incidencia en el consumo de tabaco.....	9
3.3.	Incidencia en la equidad social	9
4.	Dinámica de acción.....	10
III.	ACTUAL ENTORNO REGLAMENTARIO	11
1.	Disposiciones nacionales	11
2.	Disposiciones comunitarias existentes.....	12
IV.	ÁMBITO DE LA INICIATIVA ANTITABACO	13
1.	Prohibición general	13
2.	Prohibición con excepciones.....	15
2.1.	Excepción en los establecimientos de hostelería autorizados a vender bebidas alcohólicas.....	16
2.2.	Excepción en cafés y bares que no venden comidas.....	16
2.3.	Salas de fumadores con ventilación separada	16
V.	OPCIONES ESTRATÉGICAS.....	17
1.	Mantener el status quo	18
2.	Medidas voluntarias	19
3.	Método abierto de coordinación.....	20

4.	Recomendación de la Comisión o del Consejo.....	21
5.	Legislación vinculante	21
VI.	OBSERVACIONES FINALES	22
VII.	ANNEXES.....	24

I. INTRODUCCIÓN

La exposición al humo del tabaco en el ambiente (HTA), también llamada «humo de tabaco ajeno» y «tabaquismo pasivo», sigue siendo una fuente importante de morbilidad y de mortalidad que entraña costes significativos para el conjunto de la sociedad.

El esfuerzo coordinado para una «Europa sin humo» es una de las prioridades de las políticas de la Comisión sobre salud pública, medio ambiente, empleo e investigación. En su Plan de acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010), la Comisión se comprometió a trabajar para mejorar la calidad del aire en locales cerrados, especialmente mediante el fomento de la prohibición del tabaco en todos los lugares de trabajo mediante el recurso a mecanismos legales y a iniciativas a favor de la salud tanto a escala europea como nacional.

Ya se han adoptado numerosas medidas en favor del desarrollo de los entornos sin humo en la UE. A comienzos de los noventa, algunas directivas comunitarias sobre salud y seguridad en el trabajo limitaron el tabaquismo en este ámbito. Estas directivas se vieron completadas por la Resolución del Consejo de 1989¹ y la Recomendación sobre la prevención del tabaquismo de 2002², en la que se invitaba a los Estados miembros a proporcionar protección contra el humo de tabaco en el ambiente de los lugares de trabajo interiores, los lugares públicos cerrados y los transportes públicos. Además de estas medidas legislativas, se han llevado a cabo dos campañas antitabaco en los medios de comunicación: «Feel free to say no» (atrévete a decir no) (2001-2004) y «HELP: Por una vida sin tabaco» (2005-2008), para llamar la atención sobre los riesgos del tabaquismo pasivo y la promoción de estilos de vida sin tabaco, especialmente entre los jóvenes.

Las legislaciones nacionales varían significativamente entre los Estados miembros. La Comisión se felicita del buen ejemplo dado por Irlanda, Italia, Malta y Suecia, así como en partes del Reino Unido, e incita a todos los Estados miembros a que, con la mayor brevedad, introduzcan medidas eficaces para proteger a sus ciudadanos de los efectos nocivos del tabaquismo pasivo.

A escala internacional, el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT OMS), firmado por 168 Partes y ratificado por 141³, incluida la Comunidad, reconoce «que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad». El Convenio obliga a la Comunidad y a sus Estados miembros a adoptar medidas contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, transportes públicos y lugares públicos cerrados.

El objetivo del presente Libro Verde es lanzar un amplio proceso de consultas y un debate público abierto entre las instituciones de la UE, los Estados miembros y la sociedad civil sobre la mejor manera de afrontar el tabaquismo pasivo en la UE.

La Comisión analizará minuciosamente los comentarios recibidos en respuesta al presente Libro Verde y, en base a éstos, decidirá las futuras acciones posibles. Para el primer semestre de 2007 se prevé la presentación de un informe que resuma los resultados de la consulta. Simultáneamente, se proseguirán los trabajos generales

sobre la calidad del aire en interiores, como continuación del Plan de acción de medio ambiente y salud.

II. JUSTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN

1. CONSIDERACIONES SANITARIAS

1.1. Costes sanitarios de la exposición al HTA

El HTA contiene más de 4 000 sustancias químicas, incluidos más de cincuenta carcinógenos conocidos y muchos agentes tóxicos. La investigación no ha descubierto ningún nivel de exposición carente de peligro ni se prevé que lo haga en el futuro.

El HTA se clasificó en la categoría de **sustancias cancerígenas humanas conocidas** por la *Environmental Protection Agency* de los Estados Unidos en 1993, por el *Department of Health and Human Services* de los Estados Unidos en 2000 y por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) de la OMS en 2002. Además, los Gobiernos finlandés (en 2000) y alemán (en 2001) lo han clasificado como **agente carcinógeno en el lugar de trabajo**. Recientemente, la *Environment Protection Agency* de California lo ha designado como «**contaminante tóxico del aire**».

Varios estudios recientes han confirmado los riesgos importantes para la salud y la vida del tabaquismo pasivo⁴. Se ha establecido que la exposición crónica al humo ajeno puede provocar una gran cantidad de enfermedades causadas también por el tabaquismo activo, como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfermedades infantiles.

Un estudio realizado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la OMS ha demostrado que el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón es entre un 20 % y un 30 % superior en los no fumadores que viven con un fumador, y entre un 12 % y un 19 % mayor en las personas que reciben el humo ajeno en el lugar de trabajo⁵. La relación entre la exposición al HTA y otros tipos de cáncer es menos evidente.

El riesgo de cardiopatía coronaria es entre un **25 % y un 30 %** mayor en los no fumadores que viven con un fumador⁶ (un estudio reciente indica incluso que esta cifra podría ser más elevada⁷). Además, un creciente número de datos parece indicar la existencia de un vínculo causal entre el tabaquismo pasivo y los accidentes vasculares cerebrales en los no fumadores aunque sea necesario seguir la investigación en este ámbito para estimar el riesgo⁸.

El tabaquismo pasivo está relacionado con las **enfermedades respiratorias**⁹ y es un importante elemento exacerbante para las personas asmáticas, con alergias y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas que provocan exclusión social y laboral. Una encuesta paneuropea realizada recientemente con personas que presentan síntomas asmáticos agudos ha demostrado que uno de los principales deseos de los encuestados para el futuro era poder respirar un aire sano¹⁰.

El humo de tabaco ajeno es especialmente peligroso para los **niños pequeños y los bebés**; está relacionado con la muerte súbita del bebé, la neumonía, la bronquitis, el asma y síntomas respiratorios, así como con enfermedades del oído medio. En las **embarazadas**, la exposición al HTA puede provocar la falta de peso del recién nacido, la muerte fetal o un parto prematuro¹¹.

Las investigaciones más recientes indican que la exposición al HTA casi duplica el riesgo de desarrollo de degeneración macular relacionada con la edad, principal causa de pérdida de visión en la Unión Europea¹².

La mayoría de los efectos negativos para la salud de la exposición al HTA se caracterizan por una relación lineal entre dosis y respuesta. En otras palabras, el riesgo aumenta proporcionalmente con la exposición. Con respecto al tabaquismo activo, el nivel de riesgo individual es menos elevado (1,2 frente a 20 para el cáncer de pulmón, por ejemplo). No obstante, dado que muchas personas están expuestas, la carga de la enfermedad es sustancial.

Además, en el caso de las cardiopatías, la relación **dosis-respuesta no es lineal**. El riesgo de enfermedad del corazón por el humo ajeno casi alcanza el 50 % del riesgo para un fumador que consume veinte cigarrillos diarios. Incluso escasas cantidades de humo de tabaco pueden tener efectos inmediatos en la coagulación y formación de trombos y efectos a largo plazo en el desarrollo de arteriosclerosis, factores importantes para las cardiopatías¹³. Esto tiene consecuencias considerables: las enfermedades coronarias constituyen la causa más frecuente de mortalidad en la Unión Europea, tanto entre fumadores como entre no fumadores.

Según las estimaciones prudentes más recientes de la asociación entre la Sociedad respiratoria europea, *Cancer Research* del Reino Unido y el *Institut National du Cancer* de Francia, el tabaquismo pasivo mata a **más de 79 000 adultos** cada año en los veinticinco países de la Unión Europea. Según ciertos datos, el tabaquismo pasivo **en el trabajo** causó más de **7 000 muertes** en la UE en 2002, mientras que la exposición **en los hogares** provocó **72 000 muertes** adicionales. Estas estimaciones incluyen las muertes por cardiopatías, accidentes vasculares cerebrales, cáncer de pulmón y determinadas enfermedades respiratorias causadas por el tabaquismo pasivo. No obstante, no incluyen las muertes de adultos por otras enfermedades derivadas de la exposición al HTA (como las neumonías), las muertes infantiles ni la importante morbilidad, aguda y crónica, causada por el tabaquismo pasivo¹⁴.

1.2. Niveles de exposición

Los principales lugares de exposición crónica e intensiva al HTA son el **hogar** y el **lugar de trabajo**¹⁵. Según el informe de 1998 del sistema de información sobre la exposición a agentes carcinógenos durante el trabajo (**CAREX**), el HTA fue la segunda forma más habitual de exposición a agentes carcinógenos en la UE-15 (tras las radiaciones solares). Durante el período 1990-1993, unos 7,5 millones de trabajadores europeos quedaron expuestos al humo del tabaco ajeno durante al menos el **75 % de su tiempo de trabajo**¹⁶.

Un estudio efectuado en 2001-2002 en una serie de lugares públicos en siete ciudades europeas ha permitido observar que existía humo de tabaco en la mayoría de los lugares examinados, incluidos centros recreativos, hostelería, transportes,

hospitales y centros docentes. Las concentraciones de HTA más importantes se midieron en los bares y discotecas: pasar cuatro horas en una discoteca equivale a vivir con un fumador durante un mes¹⁷. El descubrimiento de niveles de exposición sumamente elevados en la hostelería se ha visto confirmado por otros estudios, que han mostrado que la exposición media de los camareros era al menos tres veces superior a la de las personas que conviven con un fumador¹⁸.

Recientemente, una serie de reglamentaciones antitabaco han conducido a la eliminación casi total de la exposición en el lugar de trabajo en determinados Estados miembros y en ciertos lugares. En cambio, en los países que no aplican restricciones generales, la exposición sigue siendo elevada, especialmente en los sectores de la hostelería y del ocio¹⁹.

Para estimar la exposición al HTA en el conjunto de la Unión Europea, el grupo de expertos de la UE sobre biovigilancia humana²⁰ ha recomendado la inclusión de la cotinina (un biomarcador importante de la exposición al HTA) en la lista de candidatos para el futuro proyecto piloto comunitario sobre la biovigilancia humana. Los Estados miembros han apoyado esta recomendación en varias ocasiones.

1.3. Incidencia de una iniciativa antitabaco

Una iniciativa semejante no sólo protegería a los ciudadanos contra los efectos nocivos de la exposición al HTA, sino que también ayudaría a reducir el consumo de tabaco en el conjunto de la población. A nivel de la salud, la disminución del tabaquismo pasivo y activo conduciría a una **reducción de las enfermedades y de la mortalidad** a causa de determinadas enfermedades importantes, en particular, el cáncer de pulmón, las cardiopatías coronarias, las enfermedades respiratorias y los accidentes vasculares cerebrales, y aumentaría la esperanza de vida. Aunque los efectos beneficiosos para la salud podrían tardar hasta treinta años para ser completamente visibles, cabe prever mejoras importantes en un plazo de uno a cinco años, especialmente en lo que se refiere a la salud respiratoria y cardiovascular.

En el marco del proyecto CHOICE, gestionado por la OMS, la prohibición de fumar en los lugares públicos se considera la **segunda forma de intervención más eficaz** para reducir la mortalidad y morbilidad derivadas del tabaquismo, tras el aumento de los impuestos (véase el anexo I).

2. CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

2.1. Carga económica

Los datos procedentes de determinados Estados miembros (Reino Unido e Irlanda) y de países terceros indican que la exposición al HTA genera enormes costes privados y sociales, si bien aún debe determinarse la carga global que supone para la UE-27. La carga para el **conjunto de la economía** incluye los costes directos por los gastos sanitarios adicionales que entrañan las enfermedades causadas por el tabaco y los costes indirectos derivados de la menor productividad, así como el impuesto sobre la renta y las cotizaciones de seguridad social no recibidos por parte de fumadores y víctimas del tabaquismo pasivo que, sin el tabaco, ocuparían un trabajo remunerado²¹.

La carga económica es especialmente importante para los **empleadores** y se deriva de la inferior productividad de los trabajadores que hacen pausas para fumar, las mayores bajas por enfermedad, los incendios provocados por colillas mal apagadas y los costes adicionales de limpieza y redecoración por el tabaquismo²². En Canadá, el coste anual por empleado fumador, con respecto a un empleado no fumador equivalente, se estima en 2 565 dólares canadienses (dólares de 1995). Además, se ha calculado que las pérdidas para los empleadores escoceses por una menor productividad, mayores niveles de absentismo y daños por incendios accidentales debidos al tabaquismo eran entre el 0,51 y el 0,77 % del producto interior bruto (PIB) en Escocia en 1997. En Irlanda, estas pérdidas se estiman entre el 1,1 y el 1,7 % del PIB en 2000²³.

2.2. Incidencia de la iniciativa antitabaco

A largo plazo, la mejora potencial de la salud derivada de la aplicación de semejante política podría tener **consecuencias económicas importantes**. En los análisis de impacto que ha realizado, el Gobierno británico ha estimado que los beneficios netos a largo plazo de una legislación antitabaco general se estimaban entre 1 714 y 2 116 millardos de libras anuales²⁴. En Escocia, en país de Gales y en Irlanda del Norte, se ha calculado que los beneficios netos de la prohibición de fumar alcanzarían, respectivamente, 4,387 y 2,096 millardos de libras durante un período de treinta años y 1, 101 miles de millardos en un período de veinte años²⁵.

2.3. Posibles consecuencias involuntarias

Dado que las políticas para un entorno sin humo incitarán a determinados fumadores a dejar de fumar o reducir su consumo, la **industria tabaquera podría afrontar pérdidas de beneficios** y, por consiguiente, podría disminuir el número de puestos de trabajo en este sector. No obstante, los empleos relacionados con la industria tabaquera representan un porcentaje relativamente bajo del empleo total de la Unión Europea. En 2000, estos empleos (cultivo de tabaco, transformación y fabricación) representaban el 0,13 % del empleo total de la UE-15²⁶. Además, el dinero que dedican los ciudadanos actualmente al tabaco se gastará probablemente en otros bienes y servicios, con la consiguiente creación de empleo en otros sectores de la economía.

La reducción del tabaquismo activo también supondrá una **disminución de los ingresos de los Estados miembros por los impuestos** (impuestos especiales e IVA) sobre los cigarrillos. No obstante, cabe observar que, en la mayoría de los países de la Unión, si bien estos impuestos generan importantes ingresos, no representan una parte importante del presupuesto del Estado (del 1 al 5 %). Este no es el caso en la República Checa, Polonia y Grecia, donde representaban, respectivamente, 6 %, 7 % y 9 % de los ingresos fiscales estatales en 1999²⁷. Por añadidura, además de disminuir los costes sociales relacionados con el tabaco, si se introdujera la prohibición de fumar, la renta disponible de los hogares de los fumadores aumentaría y las nuevas inversiones y gastos realizados por estos hogares generarían ingresos adicionales en forma de IVA que compensarían en parte las pérdidas de ingresos.

Cabe prever una disminución de la producción entre los fumadores actualmente autorizados a fumar en el trabajo y que se verán obligados a fumar fuera de los edificios.

3. CONSIDERACIONES SOCIALES

3.1. Respaldo público a las leyes antitabaco

Casi el 70 % de los ciudadanos de la Unión Europea no fuma²⁸ y determinados estudios muestran que la mayoría de los fumadores desea dejarlo²⁹.

Según una **encuesta** reciente del **Eurobarómetro** sobre la actitud de los europeos ante el tabaco³⁰, tres cuartas partes de los europeos son conscientes de que el humo de tabaco presenta un riesgo para la salud de los no fumadores y un 95 % sabe que fumar en presencia de una mujer embarazada puede resultar muy peligroso para el bebé.

La encuesta muestra que las **políticas para un entorno sin humo reciben el respaldo de los ciudadanos de la UE** (véase el anexo III). Más de cuatro de cada cinco encuestados son favorables a la prohibición de fumar en el lugar de trabajo (86 %) y cualquier otro lugar público cerrado (84 %). La mayoría de los europeos también es favorable a que esta prohibición se extienda a los bares (61 %) y restaurantes (77 %). Los cuatro Estados miembros que ya aplican esta medida en los establecimientos de hostelería son los que cuentan con mayores índices de aprobación en cuanto a los cafés (más del 80 %) y los restaurantes (más del 90 %) sin tabaco. Esto vuelve a indicar que el respaldo a las políticas antitabaco tiende a incrementarse durante la fase preparatoria para su introducción y sigue aumentando tras su aplicación³¹.

3.2. Incidencia en el consumo de tabaco

Las políticas en favor del desarrollo de entornos sin tabaco tienen como importante ventaja indirecta sensibilizar a los ciudadanos sobre los peligros del tabaquismo activo y pasivo y contribuir de este modo a la «**desnormalización**» del tabaco en la sociedad. Cabe prever que esta evolución de la manera de ver las cosas modifique los hábitos de fumar y, en particular:

- Facilite, para los fumadores, la decisión de dejar de fumar o de reducir su consumo y les sostenga en su proceso de abandono³².
- Disuada a los niños y jóvenes de comenzar a fumar³³. Las prohibiciones de fumar en los lugares de ocio, donde los jóvenes suelen dar sus primeras caladas, debería tener los efectos más importantes.
- Impida a los fumadores hacerlo en presencia de los no fumadores, especialmente de niños y mujeres embarazadas, aunque no se aplique ninguna restricción reglamentaria (por ejemplo, en los hogares y coches privados)³⁴. Esto reviste especial importancia puesto que los principales daños afectan a los niños expuestos al humo ajeno en su hogar, problema que no puede resolver la reglamentación.

3.3. Incidencia en la equidad social

Las políticas antitabaco podrían contribuir de este modo a reducir las desigualdades socioeconómicas en el ámbito sanitario. Dado que la probabilidad de ser fumador y estar expuesto al humo ajeno es mucho más elevada para las personas con un escaso

nivel de estudios, con bajos ingresos y pertenecientes a una categoría profesional inferior, es previsible que estos grupos más desfavorecidos de la sociedad sean los más beneficiados de una acción en favor de entornos sin humo.

4. DINÁMICA DE ACCIÓN

Como Parte del **Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMTC)** de la OMS, la Comunidad tiene la obligación jurídica de adoptar medidas para desarrollar entornos sin humo. En virtud del artículo 8 del Convenio Marco, cada Parte «adoptará y aplicará (...) 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». Durante su primera Conferencia, celebrada en febrero de 2006, las Partes del Convenio Marco decidieron elaborar orientaciones sobre los entornos sin humo y presentarlas durante su segunda Conferencia, prevista para el primer semestre de 2007.

En su Recomendación de 2002 relativa a la prevención del tabaquismo y a una serie de iniciativas destinadas a mejorar la lucha contra el tabaco, el **Consejo de la Unión Europea** invitó a la Comisión «a que examine hasta qué punto las medidas descritas en la presente Recomendación funcionan eficazmente y estudie la necesidad de adoptar nuevas acciones, en particular si se constatan disparidades en el mercado interior en los ámbitos objeto de la presente Recomendación». Además, durante la reunión del **Comité de reglamentación sobre el tabaco**³⁵, celebrada en septiembre de 2005, los Estados miembros decidieron que una iniciativa de la Comisión, en forma de libro verde o de comunicación, contribuiría a la difusión de buenas prácticas y sostendría los esfuerzos a escala nacional para el desarrollo de entornos sin humo.

El **Parlamento Europeo** se felicitó, en su Resolución de febrero de 2005 sobre el Plan de acción europeo de medio ambiente y salud, por la voluntad de la Comisión de seguir actuando para erradicar el tabaquismo de los lugares cerrados e instó a la Comisión a catalogar con la mayor brevedad el humo de tabaco en el ambiente como agente cancerígeno de clase 1³⁶.

El valor añadido de la acción comunitaria también ha quedado reconocido en el informe «**Tobacco or Health in the European Union**», elaborado para la Comisión por un consorcio de expertos de la lucha antitabaco³⁷. Dos proyectos paneuropeos sobre la contaminación del aire interior financiados con cargo al Programa comunitario de salud pública también han destacado la oportunidad de una intervención a escala europea. En el **informe INDEX**, publicado por el Centro Común de Investigación de la UE, se estableció una lista de cinco sustancias químicas prioritarias (todas presentes en el humo de tabaco) que debían ser objeto de reglamentaciones dentro de los edificios y se recomendó prohibir fumar en todos los lugares públicos cerrados y en los lugares de trabajo³⁸. También se formuló la misma recomendación en el **informe THADE**³⁹, según el cual el HTA es el mayor factor de concentración de partículas en los edificios donde se fuma tabaco.

III. ACTUAL ENTORNO REGLAMENTARIO

1. DISPOSICIONES NACIONALES

En el conjunto de la Unión se observa una tendencia clara al desarrollo de entornos sin humo, motivada, entre otros factores, por las prescripciones jurídicas existentes a escala comunitaria e internacional. Todos los Estados miembros disponen actualmente de algún tipo de reglamentación para limitar la exposición al HTA y sus efectos nocivos para la salud. El alcance y la naturaleza de estas reglamentaciones son muy variables.

Ya se han introducido en Irlanda (marzo de 2004) y Escocia (marzo de 2006) prohibiciones generales de fumar en **todos los lugares públicos cerrados y en todos los lugares de trabajo**. En Irlanda del Norte, Inglaterra y País de Gales, una legislación antitabaco completa debería entrar en vigor en el verano de 2007.

La legislación antitabaco con excepciones introducida en Italia (enero de 2005), Malta (abril de 2005) y Suecia (junio de 2005) autoriza a los empleadores a crear salas de fumadores aisladas con sistemas de ventilación diferenciados. Medidas similares deberían entrar en vigor en febrero de 2007 en Francia (con un período transitorio hasta enero de 2008 para el sector de la hostelería) y en junio de 2007 en Finlandia. Lituania debería convertirse en un país de no fumadores (excepto en «clubes de puros y pipas» especialmente equipados) en enero de 2007

Otros Estados miembros han prohibido fumar en todos los lugares públicos cerrados y en todos los lugares de trabajo, **excepto en establecimientos de hostelería**, donde se aplican restricciones parciales. Entre estos países figuran, en particular, Bélgica, Chipre, Estonia, Finlandia, Países Bajos, Eslovenia y España.

En la mayoría de los Estados miembros existen reglamentaciones que prohíben fumar o imponen restricciones al respecto en los **principales lugares públicos**, como centros sanitarios y docentes, edificios públicos, teatros, cines y transportes públicos. Las restricciones al tabaquismo en el lugar de trabajo son menos frecuentes. La fuerza de las medidas es variable: desde resoluciones y acuerdos voluntarios hasta leyes estrictas con sanciones en caso de infracción.

Debido al carácter incompleto de las reglamentaciones o a la falta de medidas coercitivas, los Estados y los empleadores afrontan a menudo denuncias de los ciudadanos que se quejan de los daños del tabaquismo pasivo para su salud⁴⁰.

En varios Estados miembros, las disposiciones nacionales se ven reforzadas por reglamentaciones más estrictas **a escala regional o local**. El marco jurídico también se ve completado por medidas de autorregulación y se observa que en un número creciente de lugares de trabajo, escuelas, instalaciones de transportes públicos, etc. se prohíbe el tabaco de forma voluntaria. Cada vez se adoptan más medidas para ayudar al personal a dejar de fumar y defender el concepto de aire interior sano como derecho fundamental de los ciudadanos y trabajadores.

2. DISPOSICIONES COMUNITARIAS EXISTENTES

A escala de la UE, la cuestión de los entornos sin humo ha sido objeto de **resoluciones y recomendaciones no vinculantes**, que instan a los Estados miembros a garantizar una protección adecuada contra la exposición al HTA. En especial, en su **Resolución 189/01 de 1989**⁴¹ sobre la prohibición de fumar en lugares destinados al público, el Consejo invitó a los Estados miembros a adoptar medidas para prohibir fumar en los lugares públicos y en todos los medios colectivos de transporte. Más recientemente, en su **Recomendación 2003/54/CE**⁴² relativa a la prevención del tabaquismo y a una serie de iniciativas destinadas a mejorar la lucha contra el tabaco, el Consejo pidió a los Estados miembros que aplicaran medidas eficaces para garantizar una protección contra la exposición al humo de tabaco ambiente en los locales de trabajo interiores, los lugares públicos cerrados y los transportes públicos.

La **Directiva marco sobre la salud y la seguridad en el trabajo** (89/391/CEE)⁴³, si bien no se refiere explícitamente al humo de tabaco, abarca todos los riesgos para la salud y la seguridad de los trabajadores⁴⁴. Obliga a cada empleador a evaluar los riesgos en el lugar de trabajo y adoptar medidas adecuadas de prevención de riesgos y de protección.

Además, una serie de directivas particulares en materia de salud y seguridad del trabajo establecen «**requisitos mínimos**» para determinados riesgos y, por consiguiente, contienen disposiciones que garantizan la **protección de los trabajadores contra el HTA** (véase el siguiente apartado). Los Estados miembros deben trasponer al Derecho nacional y aplicar de manera de adecuada estas directivas. En virtud del Tratado, los Estados miembros están autorizados a adoptar medidas más estrictas.

La **Directiva relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud en los lugares de trabajo** (89/654/CEE)⁴⁵, así como las Directivas relativas a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud que deben aplicarse en las obras de construcción temporales o móviles (92/57/CEE)⁴⁶, a las industrias extractivas por sondeos (92/91/CEE)⁴⁷ y a las industrias extractivas (92/104/CEE)⁴⁸ obligan a los empleadores a ventilar los lugares de trabajo cerrados y a que exista un aire sano suficiente en estos lugares y protejan a los no fumadores contra las molestias generadas por el humo de tabaco en los servicios y zonas de descanso.

La **Directiva sobre agentes carcinógenos o mutágenos** (2004/37/CE)⁴⁹ y la **Directiva sobre amianto** (83/477/CEE)⁵⁰ prohíben fumar en las zonas en las que, respectivamente, se manipulen agentes cancerígenos/mutágenos y amianto. La **Directiva sobre trabajadoras embarazadas** (92/85/CEE) obliga a los empleadores a adoptar medidas para proteger a las mujeres embarazadas y en período de lactancia contra la exposición al monóxido de carbono.

Determinados componentes del HTA (como el arsénico, el 1,3-butadieno, el benceno y el óxido de propileno) se han clasificado como agente de agentes cancerígenos en el anexo 1 de la **Directiva sobre sustancias peligrosas** (67/548/CEE)⁵¹. El humo de tabaco no entra en el ámbito de aplicación de la legislación comunitaria sobre sustancias químicas, dado que esta legislación se aplica únicamente a las sustancias y preparaciones **comercializadas** en los Estados miembros⁵².

IV. ÁMBITO DE LA INICIATIVA ANTITABACO

Una cuestión clave que se plantea en el marco de la elaboración de una iniciativa comunitaria por un entorno sin humo consiste en saber su **alcance**. Dada la gran variedad de lugares en los que los ciudadanos están expuestos al HTA, una política eficaz en este ámbito no debería ceñirse a determinados tipos de empresas o de lugares, sino que debería tener un enfoque general.

El enfoque más general sería proponer una prohibición total de fumar en todos los **lugares de trabajo y lugares públicos cerrados o casi cerrados**, incluidos los transportes públicos. Las restricciones podrían extenderse a las zonas exteriores que rodean las entradas de los edificios y, en su caso, a otros lugares públicos exteriores en los que haya personas sentadas o estén de pie en espacios reducidos, como estadios y zonas de espectáculo al aire libre, paradas de autobuses, andenes de estaciones, etc. Podrían contemplarse excepciones muy limitadas para determinados lugares en los que residen personas (podrían adecuarse salas de fumadores en edificios residenciales como centros de acogida de larga duración, unidades psiquiátricas, cárceles, etc.).

Un enfoque menos restrictivo consistiría en proponer una prohibición total de fumar en todos los lugares de trabajo y lugares públicos cerrados o casi cerrados, con **excepciones para determinadas categorías de lugares**. Podrían definirse requisitos mínimos que exijan la existencia de salas de fumadores y que establecieran normas en materia de ventilación para los lugares exentos. Podrían concederse en especial a:

- los establecimientos hoteleros autorizados a vender bebidas alcohólicas (restaurantes, cafés y bares),
- los establecimientos de hostelería que no ofrezcan restauración.

Para maximizar los resultados de la acción para el desarrollo de entornos sin humo, convendría completarla con **medidas de apoyo** a escala de la UE o de los Estados miembros. Estas «políticas de acompañamiento» podrían incluir campañas de sensibilización basadas en el derecho a un aire sin humo y sobre los peligros del tabaquismo pasivo, así como medidas para facilitar el acceso de las personas que desean dejar de fumar a las terapias de abandono (comportamentales y farmacológicas).

1. PROHIBICIÓN GENERAL

Ventajas

Esta opción es la que permitiría **reducir en mayor medida la exposición al HTA** y los daños inherentes, y garantizar la igualdad de los ciudadanos europeos ante la protección de su derecho a respirar un aire interior sano, reconocido por la OMS⁵³.

Unos estudios realizados en los países que han optado por esta vía muestran que la calidad del aire interior ha mejorado de forma espectacular tras la entrada en vigor de las prohibiciones de fumar. La bajada de la exposición al HTA ha sido especialmente

importante en los establecimientos de hostelería y en los centros de ocio⁵⁴. Esto ha generado una mejora notable de la salud respiratoria de los trabajadores del sector de la hostelería⁵⁵ y una importante reducción de los infartos y de la mortalidad⁵⁶ a causa de éstos a los pocos meses de aplicarse las medidas.

La opción de aplicar una prohibición total también es la que tienen más posibilidades de **desnormalizar el tabaquismo** en la sociedad; crearía un entorno propicio para que los fumadores dejen su hábito o reduzcan su consumo y desanimaría a los jóvenes para que no empezaran a fumar.

Un análisis de treinta y cinco estudios sobre la eficacia de las políticas antitabaco ha demostrado que las leyes generales para garantizar la salubridad del aire en los lugares públicos podrían reducir la prevalencia del tabaquismo en el conjunto de la población en cerca del 10 %⁵⁷. Asimismo, un examen de veintiseis estudios sobre los lugares de trabajo ha indicado que la prohibición total de fumar en estos lugares podía permitir la reducción de la prevalencia del tabaquismo en un 3,8 % y el número de cigarrillos consumidos cotidianamente por los que siguen fumando en 3,1⁵⁸.

El hecho de que las prohibiciones generales conducen a la **reducción del tabaquismo activo** se ha visto confirmado por los datos de los países que aplican estas medidas, en los que se ha observado, poco tiempo después de la introducción de nuevas reglamentaciones, una reducción de las ventas de tabaco (en un 8 % en Italia, y en un 14 % en Noruega, por ejemplo) acompañada de un aumento considerable del número de intentos de abandono⁵⁹. En Irlanda, el 80 % de los ex fumadores ha indicado que su motivación para dejar de fumar había sido la nueva legislación y el 88 % de ellos declaró que la ley les había ayudado a no volver a fumar⁶⁰. Aun cuando se temía lo contrario, la prohibición de fumar en todos los lugares públicos parece haber conducido a una reducción de los niveles de tabaquismo en los hogares, especialmente en presencia de niños⁶¹. En Irlanda, la proporción de hogares sin tabaco ha aumentado en un 8 % tras la entrada en vigor de la prohibición⁶².

En el plano social, los efectos positivos de esta acción parecen centrarse en las personas pertenecientes a las **categorías socioeconómicas inferiores**, con mayor tendencia a fumar y trabajar en el sector de la hostelería.

En cuanto a la **observancia**, una prohibición general sería más fácil de introducir que restricciones parciales. El nivel de cumplimiento de la legislación superior al 90 % registrado en Italia e Irlanda muestra que una prohibición total casi se cumple *per se*, dado que la presión social se convierte en un freno importante para el tabaquismo y reduce considerablemente la necesidad de imponer medidas coercitivas por parte de las autoridades oficiales.

Inconvenientes

Una prohibición total de fumar en todos los lugares públicos y lugares de trabajo podría suscitar la **oposición** en determinados Estados miembros, lo que podría dificultar su adopción y cumplimiento. También es la opción a la que la industria tabaquera y la mayor parte del sector de la hostelería se han declarado menos favorables.

Algunos temen que la prohibición de fumar en los cafés y restaurantes **afecte al sector de la hostelería**. No obstante, donde se aplican estas medidas no se observan efectos negativos para el empleo y los ingresos del sector⁶³. En Irlanda, el volumen de ventas en los cafés y bares ha aumentado ligeramente (0,1 %) en 2005, invirtiendo la tendencia bajista que comenzó antes de la entrada en vigor de la legislación antitabaco⁶⁴. Cabe mencionar otras estadísticas, aunque relativas a Estados que no forman parte de la Unión Europea. De este modo, Noruega ha observado una ligera disminución de las ventas (0,8 %) en los establecimientos de comidas y bebidas, aunque es probable que esto obedezca a otros factores, como el tiempo⁶⁵. En la ciudad de Nueva York y en California, la mayoría de los establecimientos de hostelería parecen haberse beneficiado de las reglamentaciones antitabaco⁶⁶. Esto coincide con los resultados de un análisis internacional de noventa y siete estudios, que no ha encontrado ningún efecto económico negativo en los estudios basándose en datos objetivos como las estadísticas sobre los impuestos al consumo y el empleo⁶⁷.

2. PROHIBICIÓN CON EXCEPCIONES

Ventajas

Esta opción debería conducir a una reducción del tabaquismo activo y pasivo y a una desnormalización del tabaquismo más importantes que si no se adoptaran medidas.

En determinados Estados miembros se podría aceptar más fácilmente una prohibición con excepciones, especialmente por parte de la industria y, por consiguiente, podría resultar más fácil encontrar un compromiso. Simultáneamente, los distintos Estados miembros podrían adoptar o mantener legislaciones nacionales más estrictas sin excepciones.

Las excepciones podrían completarse con requisitos mínimos para la creación de salas de fumadores cerradas y que establecieran normas en materia de ventilación.

Inconvenientes

En términos de beneficios sanitarios y sociales, esta medida sería menos eficaz que una prohibición general.

Algunos de los grupos más vulnerables seguirían expuestos al HTA. En caso de reglamentación incompleta, los Estados miembros o los empleadores podrían ser objeto de procesos judiciales por parte de ciudadanos que denunciaran el perjuicio del tabaquismo pasivo para su salud.

En comparación con una prohibición total, una prohibición con excepciones tendría un menor efecto de desnormalización del tabaquismo. Los datos internacionales indican que las reglamentaciones que permiten fumar en determinadas zonas inciden la mitad en el hábito de fumar con respecto a las políticas de prohibición total⁶⁸.

Además, sería más complicado y costoso aplicar disposiciones distintas según los establecimientos en comparación con una prohibición general, al necesitarse mayores medidas de señalización e inspecciones.

2.1. Excepción en los establecimientos de hostelería autorizados a vender bebidas alcohólicas

Debido a su importante exposición al HTA, los empleados del sector de la hostelería se ven especialmente perjudicados por el tabaquismo pasivo. El riesgo de cáncer de pulmón es un 50 % superior para estas personas⁶⁹. Esta categoría profesional seguirá expuesta al humo ajeno. Los clientes de bares y restaurantes corren los mismos riesgos sanitarios.

Según los datos de la Encuesta de Población Activa, en 2004, cerca de 4,3 millones de personas trabajaban en el sector de la hostelería en quince Estados miembros de la Unión Europea, lo que suponía el 3 % del empleo total en estos países (se carece de datos sobre los otros diez Estados miembros). Un número importante de jóvenes y mujeres trabaja en este sector⁷⁰.

En su análisis de impacto, el Gobierno escocés estimó que la reducción del número de muertes por la disminución del tabaquismo activo y pasivo en el marco de esta opción equivaldría, respectivamente, a la mitad y a un cuarto de la reducción derivada de la aplicación de una prohibición total⁷¹.

2.2. Excepción en cafés y bares que no venden comidas

Esta opción no protegería a las categorías profesionales más expuestas al humo ajeno. Tampoco estarían protegidos los clientes de los cafés y de los bares y algunos cafés podrían dejar de servir comidas para evitar la prohibición de fumar.

Además, las desigualdades en materia de salud podrían reforzarse: unos estudios británicos recientes muestran que los niveles de exposición al HTA de los cafés son claramente más elevados en los barrios desfavorecidos que en las zonas más pudientes⁷². Por añadidura, la mayoría de los puntos de venta de alcohol que no venden comida están en zonas desfavorecidas y los cafés de estas zonas se verían incitados a servir únicamente alcohol⁷³.

En su análisis de impacto, el Gobierno británico ha estimado que los beneficios sanitarios derivados de esta opción equivaldrían al 40 % de los beneficios que aportaría una prohibición total (suponiendo que, actualmente, del 10 al 30 % de los cafés no sirven comida)⁷⁴.

2.3. Salas de fumadores con ventilación separada

Los datos disponibles muestran que las tecnologías (basadas en la mezcla y dilución) utilizadas actualmente tienen efectos limitados en los niveles de contaminantes del HTA en los establecimientos de hostelería y en los demás espacios interiores⁷⁵. Además, estudios realizados en entornos controlados, como la «cámara de acondicionamiento» INDOORTRON de la UE, han mostrado que aumentar el nivel de renovación del aire no conduciría a una mejora significativa de la calidad del aire interior⁷⁶. Si bien la ventilación mediante desplazamiento de aire ha resultado ser

más eficaz en determinados estudios de casos recientes financiados por la industria tabaquera⁷⁷, es **imposible la eliminación completa del humo de tabaco mediante ventilación**⁷⁸.

Durante su **primera conferencia, las Partes** del Convenio Marco para el Control del Tabaco decidieron (por unanimidad) que existen elementos concluyentes de que las soluciones técnicas no protegen contra la exposición al humo de tabaco⁷⁹. Análogamente, la *American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (ASHRAE)*, organismo internacional de normalización que se dedica a la calidad del aire interior y de la ventilación, adoptó en 2005 un documento en el que presentaba su posición sobre los medios de lucha contra el humo de tabaco ajeno, en el que indicó que el único medio eficaz de eliminar los riesgos sanitarios derivados de la exposición al HTA era la prohibición de fumar en el interior de los edificios⁸⁰.

La separación física de fumadores y no fumadores mediante **salas de fumadores cerradas** puede reforzar la eficacia de los sistemas de ventilación en las zonas de no fumadores de las instalaciones⁸¹. No obstante, este método no protege a los ocupantes de la sala de fumadores ni al personal (camareros o agentes de limpieza, por ejemplo) que debe entrar en la sala como parte de su trabajo.

Otro factor preocupante de las salas de fumadores es su **coste financiero** elevado, que podría perjudicar a los pequeños operadores⁸². Además, la explotación y mantenimiento de salas de fumadores ventiladas necesita importantes infraestructuras de **inspección y vigilancia**. Los datos disponibles indican que, cuando se utilizan sistemas de ventilación, no se suelen cumplir las normas legales⁸³.

Para que la creación de salas de fumadores ventiladas se considere una opción viable en instalaciones exentas, estas salas deberán cumplir las siguientes condiciones:

- estar completamente cerradas y aisladas de las zonas de no fumadores,
- estar equipadas con un sistema de ventilación diferenciado del sistema de las zonas de no fumadores,
- presentar una presión negativa para evitar la difusión de humo de tabaco en las demás zonas,
- no autorizarse ninguna actividad que no sea fumar, para que los empleados no deban entrar para efectuar tareas profesionales⁸⁴.

En Malta, Italia y Suecia, donde se autoriza la creación de salas de fumadores con sistemas de ventilación diferenciados, la mayoría de los operadores ha elegido no recurrir a esta posibilidad.

V. OPCIONES ESTRATÉGICAS

Se pueden plantear **distintas opciones estratégicas** para alcanzar los objetivos en materia de lucha antitabaco. Se trata de encontrar una opción que permita realizar de la mejor manera posible estos objetivos con el menor coste posible. Las opciones reglamentarias descritas a continuación se presentan en un orden correspondiente al nivel creciente de intervención de la Unión Europea (desde el mantenimiento del

nivel de actividad actual hasta la elaboración de un nuevo marco vinculante basado en textos legislativos comunitarios).

Estas opciones estratégicas **no son incompatibles entre ellas**; pueden complementarse. Por ejemplo, la adopción de una recomendación por la Comisión podría incitar a los participantes y a los Estados miembros a adoptar iniciativas de autorregulación. Además, los instrumentos de autorregulación podrían servir de base para un sistema jurídico vinculante o completarlo (al incluir los lugares en los que todavía no se aplica la legislación o los que se benefician de una excepción de la prohibición de fumar, por ejemplo).

Cabe observar que el alcance de los distintos instrumentos sería distinto. De este modo, mientras que en la legislación comunitaria en materia de protección de los trabajadores, ante los límites previstos por el Tratado, se aplicaría a los lugares públicos en la medida en que fueran lugares de trabajo, podría fomentarse una prohibición general de fumar en todos los lugares públicos mediante medidas no vinculantes (como una recomendación de la Comisión o del Consejo), medidas legislativas adoptadas por los Estados miembros o medidas voluntarias adoptadas por los interesados.

Para ser eficaz, todo instrumento reglamentario también debería ir acompañado de medios **coercitivos** y de un sistema de **vigilancia** transparente. Además, la introducción de medidas reglamentarias, ya sea a escala europea o a escala nacional/regional, debería ir precedida de una **consulta pública y de campañas informativas**, así como de un **análisis de impacto**.

1. MANTENER EL STATUS QUO

Esta opción supondría que la Unión Europea no iniciara ninguna actividad nueva, sino que **prosiguiera con los trabajos que realiza actualmente** sobre el tabaquismo pasivo con cargo a los distintos programas comunitarios (salud pública, investigación y empleo). La elaboración de reglamentaciones en este ámbito sería responsabilidad de los Estados miembros y del proceso del CMCT.

Los recursos que no se dedicaran a la elaboración y aplicación de una nueva iniciativa podrían destinarse a garantizar la aplicación adecuada de las recomendaciones de la UE y de las directivas comunitarias sobre la salud y la seguridad en el trabajo ya existentes. En particular, se podrían definir orientaciones para los empleadores, los empleados y las autoridades competentes de los Estados miembros para garantizar una mejor aplicación de la Directiva marco (89/391/CEE) que, aunque no se refiera explícitamente al HTA, aborda todos los riesgos para la salud y la seguridad de los trabajadores, incluidos los derivados del humo de tabaco.

También se podría fomentar los entornos no fumadores mediante otros medios distintos de los legislativos, como campañas informativas y educativas, iniciativas de creación de redes, etc. La actual campaña antitabaco, denominada «HELP», se desarrollará hasta 2008 y podría continuarse con otra iniciativa de sensibilización.

Además, se proseguirán los trabajos sobre la calidad del aire en el interior de los edificios, incluido el HTA, para aplicar la acción 12 del Plan de acción de medio

ambiente y salud. Los recursos necesarios para realizar los distintos proyectos en este ámbito procederán del programa estratégico plurianual Life+ 2007-2010⁸⁵, el Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea de Acciones de Investigación⁸⁶ y el Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública⁸⁷.

Los Estados miembros mantendrán su derecho a decidir sobre la adopción y la aplicación de medidas de prohibición, en función de las circunstancias nacionales y de las diferencias culturales. La tendencia al desarrollo de entornos no fumadores, reforzada por la elaboración y publicación de las orientaciones del CMTC se mantendrá muy probablemente. Una serie de Gobiernos nacionales, como los de Dinamarca, Alemania, Letonia, Portugal y Eslovenia ya han anunciado su intención de reforzar las reglamentaciones nacionales antitabaco en un futuro próximo.

No obstante, cabe prever que esta opción sea la menos eficaz para reducir la exposición al HTA y los daños derivados. Los avances realizados en los distintos Estados miembros podrían resultar desiguales. Debido a la reglamentaciones incompletas, muchos grupos vulnerables seguirían expuestos al HTA en los lugares públicos interiores. Por consiguiente, algunos ciudadanos podrían presentar denuncias por los daños causados a su salud por el tabaquismo pasivo.

Debido a que una gran parte del público espera impacientemente una iniciativa antitabaco de la Unión, podría quedar decepcionada. Mantener el *status quo* también significaría desaprovechar la ocasión actual de impulsar políticamente estos entornos no fumadores en la UE.

2. MEDIDAS VOLUNTARIAS

Esta opción consistiría en animar a las partes a adoptar orientaciones voluntarias comunes a escala europea para suprimir el tabaco en más lugares. Podrían fomentarse los enfoques sectoriales (característicos del sector del ocio y de la restauración, por ejemplo). La responsabilidad social de las empresas podría servir de base para la evolución en este ámbito.

Para facilitar el debate, puede instaurarse un amplio proceso de plataforma para reunir a la sociedad civil y a los operadores económicos, así como a los representantes de las instituciones de la UE, de los Estados miembros y de las organizaciones internacionales. Esta plataforma fue creada el año pasado en lo relativo a la alimentación y la actividad física. Se ha propuesto recientemente un proceso similar para la elaboración de una estrategia en materia de alcohol a escala de la UE.

Otra posibilidad sería animar a los interlocutores sociales europeos (patronales y sindicatos) a negociar un acuerdo autónomo relativo al tabaquismo en el lugar de trabajo sobre la base del artículo 138 del Tratado. La autorregulación basada en el diálogo social europeo ha conducido a toda una serie de resultados, como la adopción por los interlocutores sociales europeos de más de 300 textos comunes.

Idealmente, la autorregulación podría ser más rápida y flexible que las vías legislativas tradicionales y brindaría a los sectores y a las empresas implicadas la ocasión de ejercer una influencia más directa en las políticas adoptadas. También

podría crear un sentimiento de responsabilidad y de apropiación en los participantes. No obstante, los avances realizados dependerían de la voluntad de dichas partes de respetar los compromisos adquiridos y la eficacia de los mecanismos de aplicación. Los datos procedentes de los Estados miembros indican que, por desgracia, los acuerdos voluntarios no son eficaces en el ámbito de la lucha antitabaco. En los sectores de la hostelería y del ocio, en particular, las medidas voluntarias no permiten alcanzar el objetivo clave, es decir, reducir considerablemente la exposición al HTA.

En el Reino Unido, por ejemplo, cinco años después de la firma de un acuerdo voluntario entre el Ministerio de sanidad y las principales asociaciones del sector de la hostelería, en menos del 1 % de los bares estaba prohibido fumar⁸⁸. En España, la legislación de 2006 permitió a los bares y restaurantes de menos de 100 m² la posibilidad de prohibir fumar de forma voluntaria. Los primeros datos disponibles indican que sólo un 10 % de los establecimientos que podían aplicar esta medida han decidido hacerlo⁸⁹. En París, un sistema voluntario parece incitar a los 12 452 cafés, bares y cervecerías de la ciudad a declararse «zonas de no fumadores» sólo ha sido adoptado por treinta establecimientos⁹⁰.

3. MÉTODO ABIERTO DE COORDINACIÓN

Esta opción consistiría en coordinar los esfuerzos desarrollados por los Estados miembros para el desarrollo de entornos sin humo mediante el denominado «método abierto de coordinación». De este modo, los Estados miembros serían incitados a acercar en mayor medida sus leyes al respecto sin que sea necesaria una armonización directa (aunque también podría ser una posibilidad).

Esta opción podría incluir:

- intercambios de experiencias y de **buenas prácticas** sobre la aplicación de políticas de prohibición eficaces a escala nacional, regional y local;
- definición de objetivos y de orientaciones comunitarias comunes basados en las experiencias exitosas tanto en los Estados miembros como fuera de la Unión Europea; estos objetivos y estas orientaciones podrían ir acompañados de fechas límite y de modalidades de seguimiento y aplicación;
- traducción de estas orientaciones en planes de acción nacionales para reducir la exposición al HTA, con calendarios específicos para la realización de objetivos a corto, medio y largo plazo;
- seguimiento, evaluación y examen de carácter periódico por pares, por ejemplo, mediante informes anuales de los Estados miembros.

Una serie de jurisdicciones han prohibido totalmente el tabaco y otras han declarado su intención de hacerlo. Además, los Estados miembros afrontan problemas comunes, como la oposición de las empresas, el escepticismo de la opinión pública y el no respeto de las prescripciones existentes. Una coordinación a escala de la Unión Europea podría ayudar a instaurar un proceso de aprendizaje mutuo y de intercambio de buenas prácticas entre los Estados miembros.

No obstante, el compromiso en favor de objetivos antitabaco seguiría siendo voluntario y no se aplicaría ninguna sanción en caso de incumplimiento de los objetivos establecidos. La eficacia del sistema dependería de la capacidad de vigilancia multilateral y de la presión de los pares.

4. RECOMENDACIÓN DE LA COMISIÓN O DEL CONSEJO

Esta opción consistiría en instar a los Estados miembros a adoptar legislaciones nacionales antitabaco mediante una recomendación detallada de la Comisión o del Consejo sobre los entornos sin humo basada en el artículo 152 del Tratado CE y que propusiera modalidades de acción. Podría utilizarse sola o en el marco de sistemas de autorregulación por los Estados miembros (opción 3) o las empresas (opción 2).

Esta recomendación no sería vinculante; no obstante, permitiría a la Comisión o al Consejo indicar claramente las medidas que deberían adoptarse para eliminar el tabaquismo pasivo en Europa. Situaría esta cuestión entre las prioridades políticas de todos los Estados miembros de la UE y apoyaría a las acciones nacionales.

La eficacia de esta opción dependería en gran medida de la claridad de las orientaciones de la Unión Europea y de las exigencias en materia de presentación de informes. Unos objetivos claros acompañados de calendarios e indicadores específicos (por ejemplo, recomendar que un porcentaje dado de los lugares de trabajo sean no fumadores para un año determinado en un sector concreto) serían sin duda más eficaces que recomendaciones más generales. Asimismo, la exigencia de un sistema de seguimiento y la publicación de resultados crearía una presión social en favor de una mejor aplicación y la elaboración de una política más estricta.

Esta opción daría flexibilidad a los Estados miembros; no obstante, el principal riesgo sería que algunos países optaran por no tomar ninguna medida.

5. LEGISLACIÓN VINCULANTE

La acción comunitaria en este ámbito podría incluir la adopción de medidas legislativas vinculantes. Una legislación de este tipo impondría un nivel elemental de protección contra los riesgos de exposición al HTA comparable, transparente y aplicable en todos los Estados miembros.

Por un lado, un proceso legislativo autorizaría la realización de consultas formales y negociaciones pormenorizadas que asociaran a todas las partes, reforzando la política adoptada en este marco. Por otro lado, la vía legislativa podría ser relativamente larga, con un resultado final de difícil pronóstico.

El fundamento jurídico preciso de la legislación sólo podría determinarse una vez definidos la naturaleza y el alcance exactos del instrumento, y esta elección debería tener en cuenta los resultados de la presente consulta pública.

Ya se pueden mencionar algunas opciones a estas alturas, sin perjuicio de los resultados de la consulta pública.

- Una posibilidad sería revisar las directivas existentes basadas en la Directiva marco 89/391/CEE sobre la salud y la seguridad en el trabajo. En este contexto, se podría ampliar el ámbito de aplicación de la Directiva 2004/37/CE sobre agentes carcinógenos o mutágenos (para incluir el HTA) o reforzar los requisitos relativos a la protección de los trabajadores contra el humo de tabaco en la Directiva 89/654/CEE relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud.
- Otra opción consistiría en adoptar una directiva separada sobre el tabaquismo en el lugar de trabajo.
- Una tercera posibilidad, aunque no se relacione directamente con la protección frente al humo ajeno, sería modificar la Directiva sobre sustancias peligrosas (67/548/CEE)⁹¹ para clasificar el HTA como agente cancerígeno. El HTA se incluiría automáticamente, de este modo, en el ámbito de aplicación de la Directiva sobre agentes carcinógenos y mutágenos.

En lo relativo a las dos primeras posibilidades, el ámbito de aplicación se limitaría a los lugares de trabajo. La legislación podría aplicarse al conjunto de los lugares de trabajo o sólo a determinadas categorías y debería proteger de manera adecuada a los trabajadores expuestos a niveles peligrosos de HTA.

Por último, la adopción de un instrumento legislativo en el marco del Tratado no impediría a la Comunidad adoptar medidas de acompañamiento no vinculantes que pudieran contribuir al objetivo general de protección contra el HTA en todos los sectores.

VI. OBSERVACIONES FINALES

Habida cuenta de las claras pruebas científicas de los daños provocados por el tabaquismo pasivo y de los efectos de las políticas para garantizar la salubridad del aire interior con la reducción global del tabaquismo, la Comisión estima que la política con mayor alcance sería la más beneficiosa para la salud pública. También trataría del mismo modo a todos los operadores. Varios ejemplos de políticas de prohibición general que se aplican actualmente con éxito en el mundo muestran que es posible introducir y observar estas medidas.

Queda por determinar en qué medida debería intervenir la Unión Europea para favorecer las legislaciones antitabaco, y esta cuestión también depende de la evolución actual en los Estados miembros, dado que algunos han decidido recientemente adoptar medidas para prohibir fumar en los lugares públicos.

La Comisión invita a todas las instituciones de la UE, a los Estados miembros y al conjunto de los ciudadanos, partes y organizaciones interesadas a responder a las cuestiones planteadas en el presente Libro Verde. En particular, desea conocer la opinión de las partes sobre las siguientes cuestiones:

Preguntas

- 1) ¿Cuál de los dos enfoques propuestos en la sección IV sería preferible utilizar en el marco de una iniciativa por un entorno sin humo: una prohibición total de fumar en

todos los locales públicos y lugares de trabajo cerrados o una prohibición con excepciones para determinadas categorías de lugares? Justifique su elección.

- 2) ¿Cuál de las opciones estratégicas descritas en la sección V sería más deseable y más adecuada para alcanzar entornos sin humo? ¿qué tipo de intervención de la Unión Europea estima necesaria para alcanzar los objetivos antitabaco?
- 3) ¿Habría que tener en cuenta otros datos cuantitativos o cualitativos sobre los efectos sanitarios, sociales o económicos de las políticas antitabaco?
- 4) ¿Desea formular otras observaciones o sugerencias sobre el presente Libro Verde?

Le rogamos envíe sus respuestas a estas cuestiones antes del 1 de mayo de 2007 a la siguiente dirección (preferiblemente por correo electrónico):

Comisión Europea

Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores

Unidad C6 – Medidas sanitarias

Correo electrónico: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Dirección postal: B-1040 Bruselas

Fax: (32-2) 298 42 04

Todas las respuestas a este Libro Verde se publicarán en el sitio web de la Comisión, salvo que los participantes soliciten lo contrario.

VII. ANNEXES

Annex I: Cost effectiveness of various tobacco-control measures in European Region A*

Interventions: Codes_and Descriptions	Cost per year (I\$, millions) per one million_population [i.e. cost per capita]	DALYs** averted per year per one million population	Average Cost per DALY averted
TOB-2: Excise tax on tobacco products: 80% of supply price (global average)	0,22	1 939	111
TOB-3: Excise tax on tobacco products: 300% of supply price (highest regional rate)	0,22	4 641	46
TOB-4: Excise tax on tobacco products: 600% of supply price (double the highest regional rate)	0,22	6 723	32
TOB-5: Clean indoor air law enforcement	0,67	742	908
TOB-6: Comprehensive ban on tobacco advertising	0,27	561	473
TOB-7: Information dissemination	0,55	670	816
TOB-8: Nicotine replacement therapy	2,35	670	3 511
TOB-9: Combination (TOB4 + TOB7)	0,76	7 093	107
TOB-10: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB7)	1,43	7 467	192
TOB-11: Combination (TOB4 + TOB6 + TOB7)	1,03	7 372	139
TOB-12: Combination (TOB4 + TOB6)	0,48	7 032	68
TOB-13: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6)	1,15	7 415	156
TOB-14: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6 + TOB7)	1,70	7 725	220
TOB-15: Combination (ALL)	4,05	7 981	508

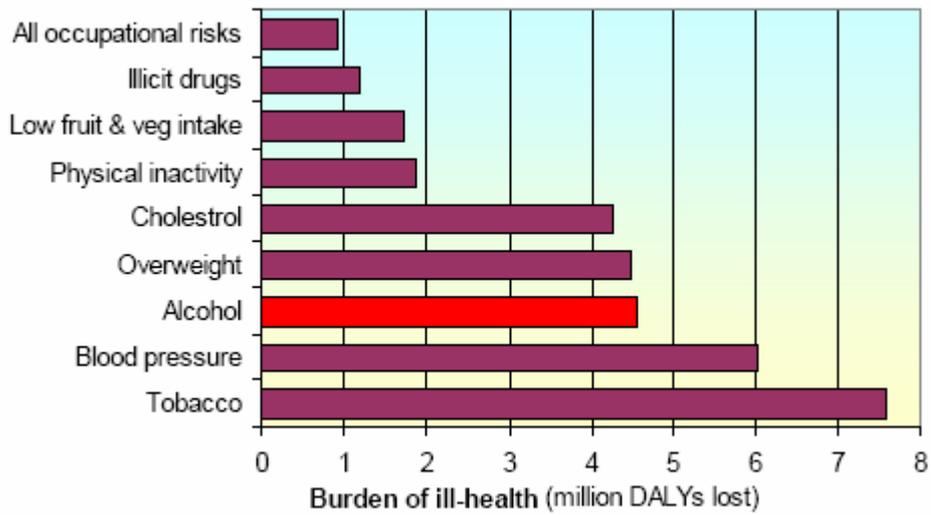
Source:

WHO-CHOICE webpage: http://www.who.int/choice/results/tob_eura/en/index.html

* **European Region A:** Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland

** **DALYs** = Disability Adjusted Life Years (the sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability).

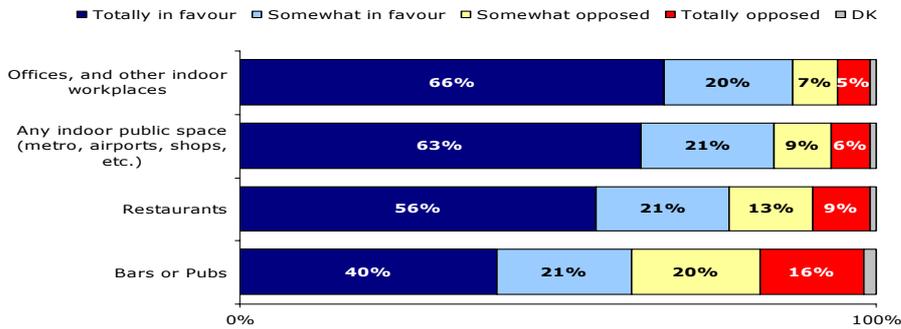
Annex II: Global burden of ill-health



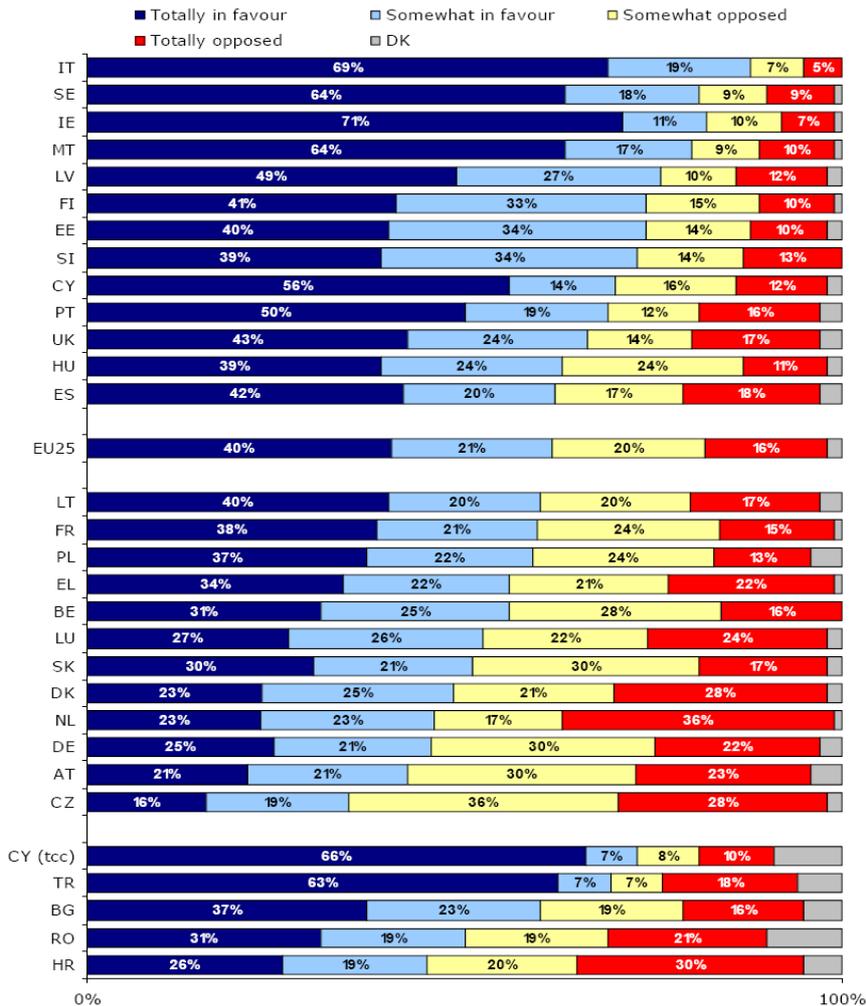
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

**Q8. Are you in favour of smoking bans in the following places?
(EU25)**



**Q8.2 Are you in favour of smoking bans in the following places?
Answer: Bars or Pubs**



Source:

“Attitudes of Europeans towards tobacco”, Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

Annex IV: References

-
- 1 DO C 189 de 26.7.1989, pp. 1-2.
- 2 DO L 22 de 25.1.2003, pp. 31–34.
- 3 A fecha de 18 de diciembre de 2006.
- 4 The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General.
Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006)
http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
- Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
- ‘Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places’, Royal College of Physicians of London, (July 2005).
- Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), ‘Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998’, (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
- ‘Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health’,(1998) <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm>
- 5 International Agency for Research on Cancer (2002), *op. cit.*
- Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health*. 1998 Jul;88(7):1025-9.
- 6 Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315: 973-80.
- He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340: 920-6.
- Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol*. 1998 Jan;31(1):1-9.
- 7 Whincup P et al (2004). Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement *BMJ* 329 (7459) pp 200-205.
- 8 Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control*. 1999 Summer;8(2):156-60.
- You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA. Ischemic stroke risk and passive exposure to spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. *Am J Public Health*. 1999 Apr;89(4):572-5.
- 9 Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. *Scand J Work Environ Health*. 2002;28 Suppl 2:52-70.
- 10 European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient perspective on severe asthma, Fighting for breath.
http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf . 2005.

-
- 11 WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999:
http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html
- 12 Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology*. 2004 Nov;15(6):660-70.
- 12 Khan JC et al. (2006): Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. *British Journal of Ophthalmology* 2006;90;75-80.
- 13 Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003 Jul-Aug;46(1):31-8.
- Glantz S, Parmley W. Even a little secondhand smoke is dangerous. *JAMA* 2001;286:462–3.
- Pechacek TF, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *BMJ*. 2004 Apr 24;328(7446):980-3.
- 14 Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", *Lifting the smokescreen., op.cit.*
- 15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco smoke in British nonsmokers. *Environ Int* 1994;20:693–712.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 1996;22 (suppl 1) :1–24.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:173–96.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:851–71.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1998;24:405–25.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. *Environ Int* 1998;24:301–24.
- 16 CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).
- 17 Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005 Feb;14(1):60-3.
- 18 Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.
- Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict*. 1992;87:111-3.
- Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.

Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. *J Occup Environ Med.* 2005 Jul;47(7):698-703.

19 A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.

20 El *Implementation Group on Human Biomonitoring* (HBM) se ha creado para aplicar la acción 3 del Plan de Acción de Medio Ambiente y Salud («definir un enfoque coherente del seguimiento biológico en Europa»). Consta de expertos gubernamentales en el ámbito de la biovigilancia humana.

21 D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. *Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke*, 2005.

22 Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) *International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places*. NHS Health Scotland: Edinburgh.

23 Lok P. *Smoking and the bottom line. The costs of smoking in the workplace*. Ottawa, The Conference Board of Canada, 1997.

Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee in Scotland. *Tob Control* 2000; 9: 187–192.

Madden D.: *Setting the Appropriate Tax on Cigarettes in Ireland*. Working paper series, Wp0/05, Centre for Economic Research, October 2002.

Ross H, "Economics of smoke free policies", *Lifting the smokescreen, op.cit.*

24 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>

25 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp>

The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170

Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006. <http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf>

26 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', Comisión Europea, 2004, p. 72.

27 *Ibidem*, p. 85.

28 The European Community Health Indicator no 23, "Regular Smokers": http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

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

30 "Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

31 Jones S, Muller T., "Public attitudes to smoke-free policies in Europe", *Lifting the smokescreen, op.cit.*

Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, Cummings KM, Fong GT. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii34-41.

32 Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *Am J Public Health.* 1999 Jul;89(7):1018-23.

Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med.* 2001 Feb;20(2 Suppl):16-66. Review.

-
- Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
- Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592–609.
- 33 Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000;321:333-337.
- Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tob Control*. 2005 Oct;14(5):300-6.
- Farkas A, Gilpin E, White M, et al. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000;284:717–22.
- Wakefield M and Forster J. Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced adolescent smoking. *Tob. Control*, October 1, 2005; 14(5): 292 – 293.
- 34 Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-50.
- Borland R, Mullins R, Trotter L, White V. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tob Control*. 1999 Autumn;8(3):266-71.
- Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW Health Survey. *Aust N Z J Public Health*. 2001 Aug;25(4):339-45.
- 35 Comité de reglamentación establecido de conformidad con el artículo 11 de la Directiva 2001/37/CE.
36 Resolución del Parlamento Europeo (P6_TA(2005)0045), de 23 de febrero de 2005, sobre el Plan de
acción europeo de medio ambiente y salud (2004-2010).
- 37 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', Comisión Europea, 2004.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf
- 38 Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of indoor exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf
- 39 Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf
- 40 Para obtener una visión global de la jurisprudencia al respecto, consúltese: “Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of people at work”. Brussels: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.
- 41 DO C 189 de 26.7.1989, pp. 1-2.
- 42 DO L 22 de 25.1.2003, pp. 31–34.
- 43 DO L 183 de 29.6.1989, pp. 1–8.
- 44 Véase la sentencia del Tribunal en el asunto C-49/00 Comisión contra Italia, apartados 10-18.
- 45 DO L 393 de 30.12.1989, pp. 1–12.
- 46 DO L 245 de 26.8.1992, pp. 6–22.
- 47 DO L 348 de 28.11.1992, pp. 9–24.
- 48 DO L 404 de 31.12.1992, pp. 10–25. Además, esta Directiva que prohíbe fumar en zonas expuestas a especiales peligros de incendio o explosión, así como en las industrias extractivas mineras subterráneas.
- 49 DO L 158 de 30.4.2004, pp. 50–76.
- 50 DO L 263 de 24.9.1983, pp. 25–32.
- 51 DO 196 de 16.8.1967, pp. 1–98.

-
- 52 Cabe observar que, en la actualidad, existe una propuesta para modificar la Directiva [(COM)2003 644] pero no incluye la cuestión de una posible clasificación del HTA como agente cancerígeno de las categorías 1 o 2.
- 53 Organización Mundial de la Salud. The right to healthy indoor air. Informe de una reunión de la OMS, Copenhage, Dinamarca; 2000. URL: http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9
- 54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tob. Control.* 2005 Dec;14(6):384-8.
- Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med.* 2005 Dec;47(12):1208-10.
- How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs”, March 2006, Harvard School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.
- Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.
- Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. *J Occup Environ Med.* 2004 Sep;46(9):887-905.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Indoor air quality in hospitality venues before and after implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004 Nov 12;53(44):1038-41.
- Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. *Tob Control.* 2005 Aug;14(4):236-41.
- McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-butadiene levels in pubs in Dublin.. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2006 May;41(5):799-810.
- 55 Menzies D et al., Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA.* 2006 Oct 11; 296(14):1742-8.
- Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA.* 1998 Dec 9;280(22):1909-14.
- Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006;15:242-246.
- Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ.* 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: *BMJ.* 2006 Jan 21;332(7534):1.
- 56 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006 Oct;27(20):2468-72. Epub 2006 Aug 29.
- Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infection associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328:977-80.
- Bartecchi, C., et al. A city-wide smoking ordinance reduces the incidence of acute myocardial infarction. in American Heart Association Annual Scientific Sessions. 2005. Dallas, TX.
- 57 Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592-609.
- 58 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
- 59 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol.* 2006 Feb;17(2):346-7. Lund, M., Lund K.E., Rise, J., Aarø,

-
- L.E., Hetland, J. (2005). Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo/Bergen 2005: SIRUS/HEMIL, <http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf>.
- 60 Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings KM, Allwright S, Mulcahy M, Howell F, Clancy L, Thompson ME, Connolly G, Driezen P. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii51-8.
- 61 Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.
- California Department of Health Services, Tobacco Control Section. Indoor and Outdoor Secondhand Smoke Exposure. Sacramento: California Department of Health Services. <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>
- 62 The 2004 Irish smoking ban: is there a 'knock-on' effect on smoking in the home?" D.Evans, and C Byrne. Health Service Executive, Western Area. <http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1>
- 63 Joossens L. "Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants", *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*, http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
- 64 Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls
- 65 Lund K.E. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse. Oslo 2006: SIRUS, <http://www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0106.pdf>
- 66 NYC Department of Finance, NYC Department of Health & Mental Hygiene, NYC Department of Small Business Services, NYC Economic Development Corporation, "The State of Smoke-Free New York City: A One-Year Review", March 2004, <http://www.nyc.gov/html/doh/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>.
- Cowling D W, Bond P. Smoke-free laws and bar revenues in California - the last call, *Health Economics*, 2005; 14 (12); 1273 – 81.
- 67 Scollo, M., Lal, A., Hyland, A. & Glantz, S. (2003) Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12, 13-20.
- 68 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
- 69 Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA*. 1993 Jul 28;270(4):490-3.
- 70 Eurostat, Statistics in Focus, Industry, Trade & Services, 32/2005, "Employment in hotels and restaurants in the enlarged EU still growing". <http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/05/127&type=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>
- 71 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shsrc-04.asp>
- 72 Edwards R. et al. Levels of second hand smoke in pubs and bars by deprivation and food-serving status: a cross-sectional study from North West England. *BMC Public Health* 2006, 6:42
- 73 Woodall AA et al. The partial smoking ban in licensed establishments and health inequalities in England: modelling study, 18 August 2005. IFF Research among a representative sample of 1,252 publicans and managers of pubs and bars throughout England and Wales carried out between 27 July and 11 August 2005. jointly commissioned by Action on Smoking and Health (ASH) and Cancer Research UK.
- 74 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>

-
- 75 Repace, J., "An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality venues before and after a smoking ban," Bowie, MD: Repace Associates, Inc., February 7, De Gids W.F., Opperhuizen A., RIVM report 340450001/2004 "Reductie van blootstelling aan omgevingstabaksrook in de horeca door ventilatie en luchtreiniging", 2003.
- Repacé, J. (2000). Can Ventilation Control Secondhand Smoke in the Hospitality Industry? California Department of Health Services.
- 76 Kotzias D et al (2005) Ventilation as a means of controlling exposure workers to environmental tobacco smoke (ETS). European Commission Joint Research Centre, Italy.
- Kotzias D et al (2003) Report on Preliminary results on the impact of various air exchange rates on the levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical Exposure Unit, 2003. Online at http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf
- 77 Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
- de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
- Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.
- 78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006. Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, *op. cit.*
- 79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention.
http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf
- 80 Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.; Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.
- 81 *Ibidem*
- 82 De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit.*
- 83 Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.
- 84 New technologies, for example catalysing paints, have been developed with a capacity to reduce odours, tobacco smoke, ozone, nitrogen and sulphate oxides and organic volatile compounds. Once definitely tested and verified, these new catalysing paints could be used as a complementary technology in smoking rooms.
- 85 COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.
- 86 COM(2005) 0119 final - COD 2005/0043.
- 87 COM(2006) 234 final - COD 2005/0042A.
- 88 The Public Places Charter on smoking. Industry progress report. The Charter Group, April 2003.
- 89 Fernandez E. Spain: going smoke free. *Tob Control*. 2006 Apr;15(2):79-80.
- 90 'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - *Guardian*, 16/02/05
<http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.
- 91 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.