

La industria tabaquera: riesgo infanto-juvenil

J.A. Ortega García, J. Ferrís i Tortajada¹, J.A. López Andreu²

Departamento de Pediatría. ¹Sección de Oncología Pediátrica. ²Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia. Pediatric Environmental Health Speciality Unit (PEHSU). Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia

RESUMEN

Objetivos. Este trabajo tiene tres objetivos. En primer lugar, divulgar a los pediatras aspectos fundamentales de las estrategias comerciales de las compañías tabaqueras como agresoras infantojuveniles. En segundo lugar, motivar y concienciar a los pediatras en la protección y tutela de la población infantojuvenil ante la amenaza del tabaquismo. En tercer lugar, destacar el papel estratégico de los pediatras en la prevención del tabaquismo.

Métodos. Revisión bibliográfica sistemática de los últimos 25 años obtenida principalmente de *Medline*, *Science Citation Index*, *Embase*, *World Health Organization (Tobacco Free Initiative)*, *Center for Disease Control* (EE.UU.) y enlaces directos con los sitios *web* de documentos para compañías tabacaleras (Philip Morris, Reynolds, Lorillard Tobacco Company, Brown & Williamson, British American Tobacco y Altadis). Destacamos las tácticas que han utilizado las empresas tabaqueras para agredir a la población pediátrica. El perfil de búsqueda utilizado fue: *tobacco industry tactics*, *tobacco control and health*, *tobacco industry and the law*, *tobacco product modification*, *tobacco and the developing world*, *tobacco and paediatrician formation*. Hemos seleccionado los trabajos más importantes y de sus referencias se han obtenido los más relevantes de los años previos a la búsqueda.

Resultados

1. Las tácticas de las industrias tabaqueras para contrarrestar las normas y leyes de salud pública y captar a fu-

madores infantojuveniles incluyen: la compra de opinión de científicos, financiación de partidos políticos, uso de grupos "tapadera", *marketing* ilegal, contrabando...

2. El tabaco ocasiona la muerte de 4 millones de personas al año.

3. En nuestro país, el 80% de los jóvenes han fumado alguna vez antes de los 18 años, y el 50%, regularmente. Un joven que no fuma antes de los 18 años tiene menos de un 10% de posibilidades de ser fumador en el futuro.

4. Escasa o nula formación pediátrica en temas de prevención del tabaquismo.

5. Las enfermedades provocadas por el tabaquismo en adultos se inician de forma subclínica en las primeras décadas de vida.

Conclusiones

1. La industria tabaquera, de forma consciente, deliberada y premeditada, genera una enorme presión social para captar a la población infanto-juvenil (ocasionando una drogadicción mortal).

2. Los pediatras ocupan un lugar estratégico para participar activamente en la prevención del tabaquismo, siendo necesarios la coherencia y el papel modélico.

3. Además, es preciso reconocer y estimular la importante labor que en nuestra consulta diaria podemos desarrollar para combatir el tabaco por medio del trabajo en equipo con los profesores, asociaciones de padres, medios de comunicación, partidos políticos y las autoridades locales, regionales y nacionales.

4. Mejorar nuestra educación y formación académica incluyendo en las facultades de medicina, durante el periodo MIR y formación continuada, temas específicos que permitan una actuación efectiva sobre el tabaquismo.

5. Solicitar a las asociaciones y colectivos de pediatría un mayor compromiso en la lucha contra el tabaquismo.

6. El tabaco es un producto peligroso que carece en gran medida de regulación. Los pediatras tenemos la obligación moral y la capacidad científica de participar en los li-

Correspondencia: Josep Ferrís i Tortajada. Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario La Fe. Avda. de Campanar, 21. 46009 Valencia
E-mail del Dr. Ferrís: ferris_jos@gva.es
del Dr. Ortega: ortega@pehsu.org
Recibido: Marzo 2003

REV ESP PEDIATR 2004;60(2):127-140

tigios que los distintos colectivos y gobiernos desarrollan contra la industria tabacalera. En el futuro, los pacientes que consideren que no han sido aconsejados o ayudados para evitar su inicio o abandonarlo pueden iniciar acciones legales contra sus médicos.

Palabras Clave: Industria tabaquera; Comercio del tabaco; Tabaco y salud; Pediatría y tabaquismo; Lucha antitabáquica; Prevención y control del tabaquismo.

ABSTRACT

Aims. This work has three objectives: First, divulge among paediatricians the main aspects of commercial strategies of tobacco companies as paediatric aggressor. Second, motivate and make paediatricians become aware of their role as protectors of paediatric population before the threat of tobacco addiction. Third, highlight the strategic role of paediatricians in tobacco prevention.

Methods. Systematic literature review of the last 25 years using Medline, Science Citation Index, Embase, World Health Organization (Tobacco Free Initiative), Center for Disease Control (USA) and direct web links of tobacco companies documents (Philip Morris, Reynolds, Lorillard Tobacco Company, Brown & Williamson, British American Tobacco and Altadis). The tactics employed by tobacco industry and targeted to paediatric population were highlighted. Search profile was: "tobacco industry tactics", "tobacco control and health", "tobacco industry and the law", "tobacco product modification", "tobacco and the developing world", "tobacco and paediatrician formation". The most important works were selected and those formerly published and quoted by these were also retrieved.

Results.

1. Tobacco companies' tactics to counteract norms and laws of public health and to captivate new paediatric smokers include: suborn scientific leaders, finance political parties, create lid groups, illegal marketing, smuggling, etc.

2. Tobacco is responsible of 4 million deaths every year.

3. In Spain, 80 % of youth population has ever smoked before 18 year-old, and 50 % do it regularly. The risk of being a smoker in the future is reduced to 10 % if smoking is delayed after the age of 18.

4. Scarce or null paediatric training in tobacco prevention.

5. Tobacco-related diseases in adulthood begin in the first decades of life.

Conclusions.

1. Tobacco industry exerts an enormous social pressure to captivate paediatric population in a conscious, deliberate and premeditated manner, which results in a deadly addiction.

2. The paediatricians stand in a strategic site to participate in tobacco prevention, through their coherence and exemplary role.

3. Moreover, this important daily work to combat tobacco addiction should be identified and stimulated in coordination with teachers, parents, mass media, political parties, and local, regional and national authorities.

4. The paediatric education should be improved including specific training in tobacco control and prevention during pre and post graduate period and continuing education.

5. Paediatric professional associations should be required to commit their actions to fight against tobacco.

6. Tobacco products are dangerous and not sufficiently regulated. The paediatricians have the moral responsibility and the scientific capacity to participate in the litigations initiated by different organizations and governments against tobacco industry. In the future, patients who consider not being advised or helped to prevent addiction or to quit smoking might begin legal actions against their doctors.

Key Words: Tobacco industry; Tobacco trade; Tobacco and health; Paediatrics and Tobacco addiction; Anti-tobacco fight.

"Cuando uno conoce con todo detalle al enemigo y a uno mismo, la victoria es segura. Cuando uno conoce con todo detalle al cielo y a la tierra, la victoria será completa"

General Sun Tzu.

The Art of War: A Treatise on Chinese Military Science.
c.500 B.C. *The Tobacco Atlas, OMS*⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Globalmente, el consumo de tabaco mata a 4 millones de personas al año, cifra equivalente al derrumbe diario de 6 "torres gemelas" de Nueva York en el fatídico acto terrorista del 11-S. El humo del cigarrillo es más perjudicial para la salud humana que todos los contaminantes del aire juntos^(1,2).

Según datos de la OMS, actualmente, un tercio de la población mundial fuma. El tabaquismo es una enfermedad que produce la muerte prematura al 50% de las personas que la padecen, siendo el responsable del 12% de la mortalidad mundial. En España mata a más de 56.000 personas al año (25% de las muertes en menores de 65 años)^(3,4).

En los próximos años el tabaco se convertirá en la causa principal de muerte, y se espera que hacia el 2030 alcance los 10 millones de muertes anuales, de las cuales el 70% ocurrirán en los países en vías de desarrollo, por sus mercados menos regulados e informados, objetivos de expansión para las empresas tabacaleras^(3,5).

Cada día entre 80.000 a 100.000 jóvenes se "enganchan" al tabaco, por lo que la mayoría de las víctimas del futuro son los niños de hoy. De continuar las estimaciones actuales, más de 250 millones de niños vivos morirán en

el futuro por enfermedades asociadas al tabaco. En nuestro país, el 80% de los jóvenes han fumado alguna vez antes de los 18 años, y el 50% regularmente. Un joven que no fume antes de los 18 años tiene menos de un 10% de posibilidades de ser fumador en el futuro. En otras palabras, si grandes cantidades de menores no trataran de fumar, adquirir el hábito y convertirse en adultos adictos, las grandes compañías tabacaleras nunca llegarían a tener suficientes clientes para mantener el negocio⁽⁴⁻⁸⁾. Éste es un dato conocido por la industria tabaquera en sus documentos internos y al cual dirigen los máximos esfuerzos estratégicos (por ejemplo, cuando afirman "...la base de nuestro negocio es el estudiante de secundaria")⁽⁹⁾.

El objetivo de las compañías multinacionales del tabaco consiste en enriquecer a los accionistas. Sin embargo, cada cigarrillo consumido supone un empobrecimiento para la humanidad. Si la industria tabaquera tuviera que adherirse al principio de "el que contamina paga", quedaría arruinada en la primera semana. Esta concepción limitada de la actividad empresarial, que supone comprometerse exclusivamente con los accionistas en lugar de responsabilizarse ante todos los interesados, incluidos los consumidores, significa que la defensa de los beneficios empresariales siempre prevalece sobre el derecho a la salud⁽¹⁰⁾.

La industria tabaquera tiene un objetivo: vender el mayor número posible de cigarrillos, y para lograrlo está dispuesta a derribar cualquier obstáculo. Los fabricantes han hecho caso omiso del daño causado por los cigarrillos y llevan décadas esforzándose por silenciar las críticas, distorsionar las pruebas científicas, influir en la opinión pública, controlar las políticas públicas y coordinar su estrategia ante los tribunales. La industria tabaquera ostenta un récord formidable de resistencia a la legislación y de búsqueda incansable de nuevos mercados para sus productos. Cada vez que cualquier institución local, regional, nacional o internacional intenta desarrollar programas eficaces de salud pública acaba chocando con la industria tabaquera⁽¹⁰⁻¹³⁾.

En las publicaciones pediátricas el tabaquismo se ha tratado desde aspectos más tradicionales^(8,15). Nuestra intención con este trabajo es describir a los pediatras aspectos complementarios para el control del tabaquismo, divulgando el comportamiento comercial de las compañías tabacaleras. La ventaja y trascendencia de abordar la lucha del tabaquismo desde esta perspectiva permitirá descubrir nuevos compromisos y estímulos para potenciar la salud infanto-juvenil, mejorar la calidad de vida, evitar las enfermedades y muertes asociadas al tabaco y prevenir la incorporación de nuestros niños a su consumo^(10,14-16).

PEDIATRÍA Y LUCHA ANTITABÁQUICA: LA MEJOR VACUNA

Los pediatras nos encontramos en una situación privilegiada para abordar la epidemia mundial del tabaquis-

mo. La pasividad en este tema nos hace cómplices del asesinato número "1" en términos de salud pública, tanto a escala local como mundial: el tabaco^(17,18). Las muertes por tabaco casi cuadriplican la suma total conjunta de las producidas por accidentes, SIDA, homicidios, suicidios y terrorismo^(15,18). Por lo tanto, tenemos más motivos, y deberíamos invertir más recursos, para combatir al tabaco que al terrorismo.

La mayor parte de las patologías asociadas al tabaquismo aparecen en épocas posteriores de la vida, pero debemos considerarlo como una enfermedad pediátrica fundamentalmente por tres motivos. *Primero*, porque el humo del tabaco afecta adversamente a cada una de las tres etapas pediátricas (fetal, infantil y juvenil). *Segundo*, porque las enfermedades provocadas por el tabaquismo en adultos se inician subclínicamente en las primeras dos décadas de vida. *Tercero*, porque el 90% de los fumadores se inician en la adicción antes de los 18 años⁽¹⁹⁻²³⁾. En la tabla 1 aparecen reflejadas las principales enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

A pesar de que la lucha contra el tabaquismo debe ser multidisciplinar, dentro del sector sanitario los pediatras ocupan un lugar estratégico y privilegiado para vertebrar y liderar las siguientes estrategias:

1. Proteger a la población fetal, infantil y juvenil de las patologías asociadas al tabaquismo pasivo.
2. Prevenir el inicio del tabaquismo activo en la preadolescencia y juventud, a través de actuaciones mantenidas y coordinadas con padres y educadores, que deben iniciarse a partir de los 5 años de edad.
3. Fomentar, animar y estimular a los padres y familiares fumadores a la cesación tabáquica.
4. Tratar el tabaquismo activo en los primeros años de adicción juvenil^(21,24,25).

Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de participar activamente (la pasividad es complicidad) en las decisiones legislativas, de las comunidades donde vivimos, contra la industria tabacalera para defender el derecho a la salud y proteger especialmente a las poblaciones más vulnerables. Debemos priorizar la salud pública, individual y colectivamente, muy por encima de nuestros legítimos fines lucrativos y corporativistas. Estos aspectos constituyen el fundamento, espíritu, esencia y razón de ser médicos^(25,26).

El cambio de comportamiento debe empezar por uno mismo, pues son fundamentales la coherencia, el compromiso y el papel modélico (no fumar o haber abandonado su consumo), para optimizar la prevención del tabaquismo en la consulta de pediatría⁽¹⁷⁾.

Además, como pediatras, aún estamos más obligados, pues adquirimos el compromiso de tutelar, vigilar y cuidar a uno de los segmentos poblacionales más vulnerables de toda la sociedad ante las agresiones medioambientales. Por todo ello, debemos implicarnos con mayor entrega, énf-

TABLA 1. Efectos adversos sobre la salud humana asociados al tabaquismo pasivo⁽¹⁹⁻²³⁾.

Grupo I: suficiente evidencia científica para asociarlos con la exposición al humo ambiental del tabaco

Retraso del crecimiento fetal
Síndrome de la muerte súbita del lactante
Infección respiratoria superior e inferior
Inducción y exacerbación de asma
Síntomas respiratorios crónicos
Conjuntivitis
Rinitis
Cáncer pulmonar
Cáncer de cavidad oral
Infarto agudo de miocardio
Angor pectoris

Grupo II: enfermedades probablemente asociadas

Aborto espontáneo
Déficit en funciones cognitivas y conductuales
Exacerbación de fibrosis quística
Disminución de la función pulmonar
Hiperreactividad bronquial
Cáncer de cérvix
Alteración del perfil lipídico

Grupo III: patologías posiblemente asociadas

Malformaciones congénitas
Cáncer vesical, mama, estómago, SNC, leucemias, linfomas, pediátricos (LLA, LMA, SNC, NB, TW, SO i SPB)
Disminución de la fertilidad en los dos sexos
Menopausia precoz

SNC: sistema nervioso central. LLA: leucemia linfoblástica aguda. LMA: leucemia mieloblástica aguda. NB: neuroblastoma. TW: tumor de Wilms. SO: sarcoma óseo. SPB: sarcoma de partes blandas.

sis y entusiasmo en la defensa indisoluble de la salud infanto-juvenil y de la protección de un medioambiente sin humos. Los pediatras tenemos la responsabilidad de implicarnos en iniciativas para reducir y/o eliminar la exposición al humo del tabaco y mejorar la calidad global de vida. Estas responsabilidades derivan del conocimiento de los efectos actuales y potenciales del tabaco sobre la salud. Aunque los profesionales sanitarios disponemos de escasa capacidad legal para controlar las fuentes de riesgo o vectores de enfermedad (la industria tabacalera), tenemos toda la autoridad moral y científica sobre la salud personal y colectiva, para defender y exigir la reducción y eliminación de su consumo. Los pediatras tenemos el deber y la obligación

de impulsar las medidas de salud ambiental contra el tabaco como una de nuestras máximas prioridades actuales, para garantizar a las generaciones actuales y asegurar a las venideras un desarrollo sostenible y sano^(21,22,24).

Hay unos obstáculos para abordar el tema del tabaquismo desde una perspectiva global y preventiva en pediatría. Primero, no se incluye durante la instrucción académica pregraduada. Segundo, durante nuestra formación MIR nos preparan como clínicos para diagnosticar y tratar con gran eficacia, permitiendo disfrutar a corto plazo de unos resultados evidentes. Tercero, las tareas antitabáquicas consumen tiempo y energías, que pueden tener un efecto adverso sobre la actividad asistencial y la relación personal e interprofesional. Real y tristemente los pediatras carecemos de una formación en tabaquismo adecuada, por ello infradiagnosticamos e infravaloramos sus efectos sobre la salud fetal, infantil y juvenil⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Las acciones para solucionar un problema tan complejo requieren una intervención multidisciplinar (escuela, sanidad, políticos...), pero el esfuerzo individual y colectivo de los pediatras es necesario para cambiar la situación actual. Global y gradualmente, el debate y las directrices de la lucha antitabáquica tienen que salir del ambiente enrarecido de las cumbres de la OMS, las agencias internacionales y los foros académicos, para que los ciudadanos del mundo volvamos a sentir nuestra conexión mutua y nuestra responsabilidad por el bienestar de los demás y poder crear ese ambiente social antitabaco deseado por todos⁽¹⁵⁾.

Cuando cada mañana miles de niños y adolescentes se plantean si iniciarse o no en el consumo de tabaco, la pregunta es sencilla: si nosotros no, ¿quién?, y si ahora no, ¿cuándo? Los pediatras no podemos quedar impasibles, estamos obligados a responder a estas cuestiones, que comprometen muchos de los aspectos de salud de las actuales y futuras generaciones.

Es necesario estudiar la industria tabacalera cuando se trabaja en el control del tabaquismo. Comprender esta industria se convierte en un asunto clave para todo aquel que pretenda alcanzar objetivos en el control del tabaquismo^(10,15).

VECTORES DE ENFERMEDAD. LAS INDUSTRIAS TABAQUERAS^(1,10,26-30)

Las enfermedades provocadas por el tabaco pueden ser consideradas del mismo modo que muchas enfermedades tropicales. Sabemos que, por ejemplo, el *Plasmodium falciparum* de la malaria necesita un mosquito transmisor que, además, suele crecer en terrenos “pantanosos”. Los programas de lucha integral contra estas enfermedades, para ser idóneos y eficaces, no pueden excluir medidas que reduzcan o eliminen al vector transmisor. Caso contrario estarían condenados al fracaso^(26,27).

El tabaco necesita un “vector de enfermedad o mosquito transmisor” capaz de extender la epidemia del tabaquismo

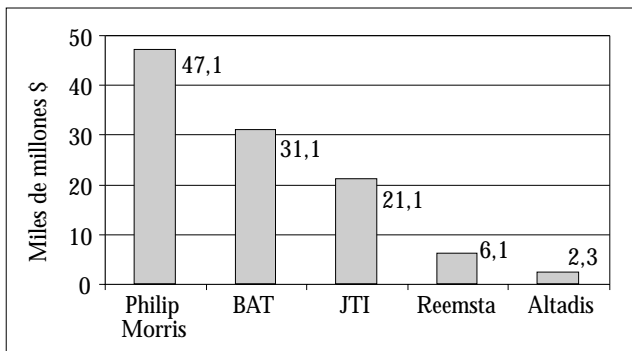


FIGURA 1. Ingresos anuales en miles de millones de dólares de EE.UU. de las cinco multinacionales más importantes del mundo. Datos referentes al año 1999⁽¹⁾. (BAT: British American Tobacco, JTI: Japan Tobacco International, Altadis).

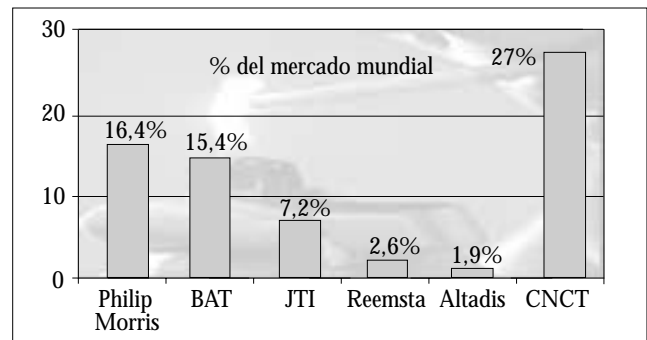


FIGURA 2. Porcentaje del mercado mundial^(1,10). (BAT: British American Tobacco, JTI: Japan Tobacco International, CNCT*: Corporación Nacional China del tabaco [monopolio estatal aunque, no obstante, China se está preparando para convertirse en uno de los mayores exportadores de tabaco]).

mo por el planeta. Este “mosquito transmisor” es la industria tabacalera. Habitualmente estos “vectores empresariales” son entidades legales que negocian públicamente en bancos, bolsas de valores... y, como los mosquitos transmisores, crecen y se mueven en terrenos muy “pantanosos”. Conocer su comportamiento dota a la salud pública de herramientas muy eficaces para disminuir los costes de sufrimiento humano provocados por el tabaco^(28,29).

Aunque en su estructura “biológica” son diferentes los vectores empresariales de los que transmiten la malaria, el deseo de sobrevivir y desarrollarse es el mismo, siendo en las industrias tabacaleras sinónimo de beneficios económicos. Su éxito financiero radica en parte en la capacidad de vender un producto de fabricación barata con un margen de beneficios enorme. Además, frente al ambiente de competitividad que se quiere describir, en la mayoría de los países del mundo las ventas de cigarrillos están controladas por un máximo de dos compañías. De forma astuta e inteligente derivan a los gobiernos y a las familias para que asuman los gastos generados por su consumo (Figs. 1 y 2)⁽¹⁻¹⁰⁾.

La necesidad de multiplicarse y reproducirse condiciona a estos “vectores empresariales o mosquitos transmisores” la resistencia innata para oponerse a cualquier medida de salud pública que pueda tener efectos adversos en su negocio. Considerar la industria del tabaco como vector de enfermedad (parásito transmisor) de las enfermedades provocadas por el tabaco (germen) ayuda a determinar el tipo de acciones que podemos emprender para luchar contra la epidemia del tabaquismo. Si queremos avanzar en la lucha contra el tabaco, tenemos que ocuparnos seriamente del vector de la enfermedad: la industria tabaquera^(5,15,29,30).

¿PODEMOS CONFIAR EN LA INDUSTRIA TABAQUERA?^(2,6,10,14,31,32)

La publicación de millones de páginas de documentos internos de las tabacaleras por los juicios en los EE.UU.

ha revelado lo que realmente ocurre dentro de la gran industria tabacalera, especialmente en las grandes multinacionales Philip Morris y British American Tobacco (BAT).

Las tabacaleras llevan decenios realizando declaraciones engañosas y evasivas concernientes al consumo de tabaco. La industria tabacalera está en un “juego de suma cero” con la salud pública: cada fumador que deja de fumar es un cliente perdido. Necesita reponer a sus clientes entre los más jóvenes y, aunque como insiste Altadis (Fortuna, Ducados...) en su página *web* el objeto de su publicidad “tiene por objeto orientar la elección de personas adultas...” (<http://www.altadis.com/es/negocio/cigarrillosysalud.html>), son muchísimos los ejemplos de vínculos que atraen a los más jóvenes.

La realidad es que la industria tabacalera no ha cambiado en absoluto, sólo ha mejorado su maquinaria de relaciones públicas. Continúa promocionando enérgicamente el consumo de tabaco en todos los rincones del globo. Si la historia nos ha enseñado algo acerca de la industria tabacalera, es que sólo cambiará por las acciones coordinadas y mantenidas de una sociedad conocedora de sus acciones punibles y defensora de su derecho a la salud. El Convenio Marco de Naciones Unidas nace con la intención de ser ese vehículo para el cambio. Son muchas las estrategias desarrolladas por la industria tabaquera para derribar los sistemas de salud pública (Tabla 2)⁽¹⁰⁾.

AGRICULTURA Y PRODUCCIÓN DE TABACO

En las últimas décadas se ha incrementado la producción de tabaco en el mundo (60% entre 1975 y 1997), sobre todo en los países en desarrollo, con un crecimiento del 128% de 1975 a 1998, mientras en los países desarrollados disminuyó un 31% durante el mismo periodo. La producción sigue creciendo en más de 100 países, de los cuales más de 80 son países en desarrollo. Al fomentar el cultivo de tabaco en más países, la industria tabacalera ha logrado que el precio se reduzca^(33,34).

TABLA 2. Tácticas de la industria tabaquera contra las políticas de Salud Pública⁽¹⁰⁾.

Acopio de información estratégica	Vigilar las actividades de los oponentes y las tendencias sociales para prever futuros restos.
Relaciones públicas	Moldear la opinión pública recurriendo a los medios de comunicación para promover posturas favorables a la industria.
Financiación política	Utilizar las contribuciones a las campañas para obtener votos y favores legislativos de los políticos.
<i>Lobbys</i>	Cerrar tratos e influir en los procesos políticos.
Programa de Consultoría	Reclutar a expertos supuestamente independientes y críticos con las medidas antitabáquicas.
Grupos de defensa de los derechos de los fumadores	Inducir a creer que existe un apoyo público espontáneo y popular.
Creación de alianzas	Movilizar a granjeros, minoristas, estanqueros, publicistas para influir en la legislación.
Intimidación	Utilizar el poder legal y económico para hostigar y atemorizar a los oponentes.
Filantropía	Comprar amistades y respetabilidad social en el mundo de las artes, deportes y grupos culturales.
Litigios	Oponerse a las leyes.
Soborno	Corromper los sistemas políticos para evadir la ley.
Contrabando	Debilitar las políticas de impuestos sobre el consumo de tabaco y aumentar los beneficios.
Tratados internacionales	Utilizar los acuerdos comerciales para forzar la entrada en mercados cerrados.
Acuerdos de fabricación conjunta	Establecer empresas conjuntas con monopolios estatales y presionar luego a los gobiernos para que privatice dichos monopolios.

Philip Morris, British American Tobacco (BAT) y Japan Tobacco poseen instalaciones productoras en más de 50 países, además compran tabaco en otra docena de países. En las últimas décadas realizaron adquisiciones masivas en todo el mundo, gastando miles de millones de dólares en nuevas instalaciones, firmando acuerdos de inversiones de riesgo con tabacaleras de propiedad privada o pública, y adquiriendo plantas de producción estatales, generalmente a precios irrisorios⁽³⁵⁾.

Al mismo tiempo, trabajan estrechamente con empresas estadounidenses comercializadoras de tabaco para extender el cultivo de la planta, pero reduciendo costos, a efecto de surtir de materia prima a las nuevas fábricas. El mercado de la hoja está dominado por tres comercializadoras de tabaco estadounidenses: DIMON, Standard Comercial y Universal. Dichas empresas –que seleccionan, compran, procesan y venden tabaco– establecen junto con las empresas cigarreras la producción en cada país, tanto en cantidad como en tipo de hoja^(36,37).

En el año 2001, tres países producían más del 60% de la producción mundial de tabaco: China (42%), India (11%) y Brasil (8%). Estados Unidos, que hasta 1997 era el se-

gundo país productor de tabaco, ahora sólo contribuye con el 7% (Fig. 3)⁽³⁴⁾.

Las empresas tabacaleras y comercializadoras han intentado alinearse con los agricultores y países productores de tabaco para llevar a un terreno más favorable los términos del debate, soslayando el tema de la salud pública y magnificando el daño que las políticas antitabáquicas traen para los productores y sus consumidores. La búsqueda de alternativas al tabaco no es fácil, debido a la importante implantación de la industria tabacalera en los países en vías de desarrollo⁽³⁸⁾.

Actualmente, son muchos los agricultores atrapados en la producción de un producto que requiere un trabajo intensivo con muchos recursos y que supone un importante riesgo ambiental y para la salud⁽³⁹⁾. En la Unión Europea, se distribuye el cultivo y la producción de tabaco por cuotas comunitarias fuertemente subvencionadas. España es el tercer país productor de los 15 comunitarios y con unas 42.000 toneladas anuales, destacando Extremadura con el 85%⁽⁴⁰⁾.

Menos tabaco, más cigarrillos^(1,41-44)

Con la máxima “mucho ahorra, el que poco desperdicia”, las empresas tabaqueras, con 450 gramos de tabaco,

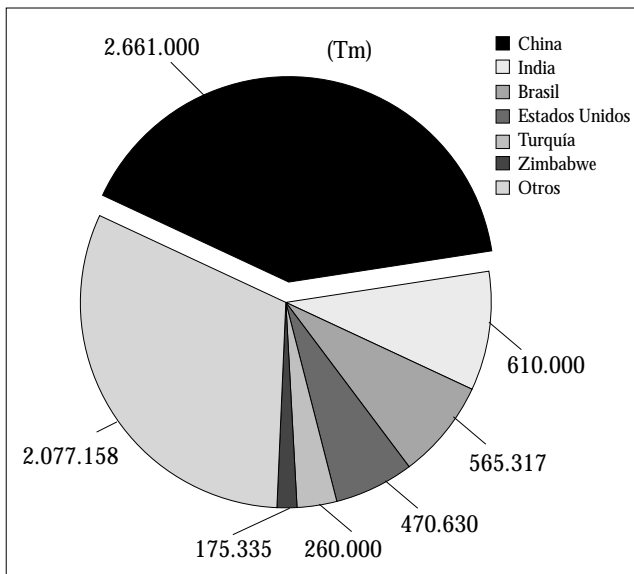


FIGURA 3. Producción mundial de tabaco 2001⁽³⁴⁾. Fuente: FAO.

producen hoy unos 1.100 cigarrillos, mientras que hace 40 años sólo producían unos 438 cigarrillos (Fig. 4)⁽¹⁾. El desarrollo tecnológico ha permitido utilizar menos tabaco por cigarrillo mediante la incorporación del tabaco expandido (con dióxido de carbono, nitrógeno o isopentano...) o por mecanismos para agregar tabaco reconstituido (subproductos o desechos del tabaco procesados, por ejemplo, tallos, así como partículas pequeñas o polvo de hoja). Uno de los métodos más recientes para fabricar tabaco reconstituido consiste en su agregación directa a una solución de amoníaco. Los fabricantes añaden sabores u aromas para reducir la naturaleza irritante del humo y al mismo tiempo crear características sensoriales similares a las obtenidas con hojas de muy buena calidad. Son más de 600 los aditivos presentes en el tabaco de los cigarrillos, apareciendo descritos en la tabla 3 algunos de los más sugerentes^(1,15).

Trabajo infantil⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

El cultivo de tabaco no crea tantos empleos como la industria tabacalera afirma, pero realmente sí utiliza mano de obra infantil en muchos países productores de tabaco, entre los que se incluyen Argentina, Brasil, China, India, Indonesia, Malawi, Zimbabwe y Estados Unidos.

Costos humanos y ambientales de su cultivo⁽⁴⁹⁻⁵³⁾

Las consecuencias en salud ambiental del cultivo de tabaco derivan del uso de importantes cantidades de plaguicidas en prácticamente todas las plantaciones, enfermedades asociadas al manejo de la hoja y derivadas de la deforestación masiva.

Para proteger la planta, el cultivo de tabaco necesita un importante consumo de pesticidas. Las instrucciones

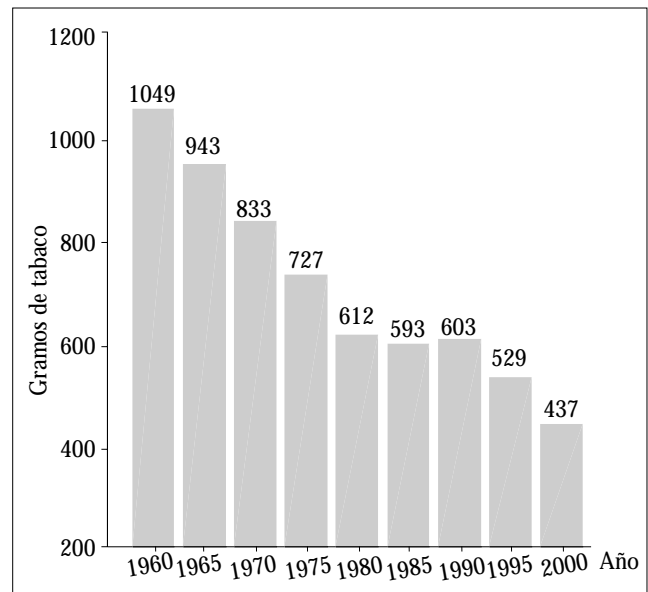


FIGURA 4. Más cigarrillos, menos tabaco. Cantidad de tabaco utilizada en la fabricación de 1.000 cigarrillos en EE.UU.⁽¹⁾.

que BAT entrega a los productores de tabaco en Kenia recomienda 16 aplicaciones de plaguicidas durante el periodo inicial previo al trasplante de los brotes a tierra. El abuso de estos productos, por agricultores escasamente informados del manejo y manipulación, les sobreexpone a la toxicidad. Además, estos países utilizan muchos pesticidas prohibidos en los países desarrollados por su peligrosidad y toxicidad (aldicarb, clorpirifos, 1,3 dicloropropeno...).

El tabaco también necesita grandes cantidades de fertilizantes, pues la planta absorbe más nitrógeno, fósforo y potasio que cualquiera de los principales cultivos de valor comercial o alimentario.

Enfermedad del tabaco verde⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾

Es una enfermedad laboral que padecen los trabajadores del tabaco, causada por la absorción cutánea de nicotina a partir del contacto de la piel con las hojas de la planta. Los niños son más susceptibles a esta enfermedad por presentar una piel más fina y con mayor capacidad de absorción. Los síntomas incluyen: náuseas, vómitos, debilidad, cefaleas, mareo, dolores abdominales, disnea y alteraciones del ritmo y de la tensión arterial. Se estima una prevalencia de 10 casos por cada 1.000 trabajadores.

Deforestación^(1,57-59)

En la mayoría de países en desarrollo se utiliza la madera como combustible para proporcionar la energía que se requiere para curar la hoja y también como material de construcción de los almacenes donde se realiza el proceso. Más de 30 países en el mundo se encuentra al borde de una si-

TABLA 3. Aditivos en el tabaco para cigarrillos^(1,15)

Acetona
Aceite de sándalo, aceite de romero, aceite de Patchouli, aceite de coco, aceite de hinojo...
Ácido levulínico
Ácido fenilacético
Ácido palmítico
Ácido fenil acético
Ácido pirúvico
Amoniaco
Anís, anís estrellado
Arginina
Bálsamo del Perú
Benzaldehido
Benzofenona
Beta-carotenos
Carbonato cálcico
Carbonato sódico
Café
DDT
Extracto/Jugo de uva, manzana, piña, albaricoque, ciruela, remolacha...
Extracto de alfalfa
Extracto de centeno
1-Fenilalanina
Glicerol
Guaiacol
Hidróxido de amonio
Hojas de té
Jarabe de arce
Levadura
Linalool
Maltodextrina
Mentol
Miel y cera de abejas
Metilciclopentenoleno
Metoxipirazina
Naftalina
Pimienta
Polvo de maza
Urea
Vinagre

tuación ambiental crítica debido a la deforestación ocasionada por el cultivo de tabaco. En la tabla 4 se aprecia la contribución del cultivo de tabaco a la deforestación por países.

SALUD PÚBLICA Y EL COMERCIO INTERNACIONAL DEL TABACO⁽⁶⁰⁻⁶²⁾

La acelerada globalización del comercio ha contribuido sustancialmente al incremento de los ingresos, una mayor eficiencia económica y creciente producción y consumo en la mayor parte del mundo. Economistas del Banco Mundial aseguran que el tabaco produce una pérdida neta anual para la economía mundial de unos 200.000 millones de dólares, si se toman en consideración los costos de atención médica y de la pérdida de productividad laboral. Estos hechos sugieren que los productos del tabaco son dañinos y que las acciones encaminadas a promover su comercio agravarán esta tragedia. Cambios relativamente pequeños en el consumo tienen efectos espectaculares en términos del sufrimiento humano y mortalidad. Por ejemplo, con base a estimaciones actuales, un incremento de un punto porcentual en el consumo mundial de tabaco entre la población actual generaría unos cinco millones de muertes adicionales⁽⁶⁰⁾.

El colectivo sanitario, a diferencia de otros sectores sociales, no ha tenido una participación significativa en los temas del comercio internacional. Como resultado, los promotores de la salud pública no habían logrado, hasta ahora, plantear con suficiente fundamento la necesidad política de hacer consideraciones especiales para los productos del tabaco en el ámbito del comercio internacional. Hoy, los productos del tabaco en el mundo comercial tienen un trato permisivo, o *patente de corso*, con exención en la mayoría de los países, de cualquier legislación importante relativa a la salud y seguridad. Paradójicamente, sí se regula, con mayor restricción que la aplicada para los cigarrillos, la producción y comercialización de “parches de nicotina” y otros productos para dejar de fumar⁽⁶¹⁾.

Las medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) pretenden influir positivamente en el comercio internacional del tabaco en tres aspectos:

1. Fortalecer los derechos de salud pública en el comercio del tabaco.

2. Promocionar el principio de “precaución”. Históricamente la industria tabacalera ha explotado la incertidumbre científica con respecto a la magnitud del riesgo que supone el humo del tabaco. Son ya muchas las cosas que sabemos y otras cuya certeza solo intuimos; pues bien, es en estas situaciones en las que tenemos que demostrar nuestro compromiso con los más vulnerables y ser cautos ante nuestra falta de conocimiento. En definitiva, la carga de la prueba debe llevarla quien se proponga invali-

TABLA 4. Deforestación relacionada con el cultivo de tabaco^(1,57-59).

País	Tasas de deforestación				
	Producción media anual de tabaco (miles de toneladas)	Consumo total anual de madera (miles de toneladas)	Área de biomasa maderable eliminada (hectáreas)	Deforestación anual total (miles de hectáreas)	Deforestación a causa del cultivo del tabaco (%)
Corea del Sur	85,5	272,2	5.846	13,0	45,0
Uruguay	1,4	7,6	162	0,4	40,6
Bangladesh	55,0	128,0	2.750	9,0	30,6
Malawi	125,4	485,4	14.382	55,0	26,1
Jordania	2,8	11,7	252	1,0	25,2
Pakistán	96,0	486,1	10.443	55,0	19,0
Syria	18,5	42,3	909	5,0	18,2
China	3049,0	722,8	15.527	87,0	17,8
Zimbabwe	202,3	715,0	7.945	50,0	15,9

dar las medidas antitabáquicas, y no quien va a ponerlas en marcha.

3. Asegurar que los gobiernos y empresas no puedan utilizar reglas de comercio que entren en conflicto con los principios y finalidades del CMCT. Para este objetivo, es necesario la participación de expertos en salud pública a la hora de abordar convenios y relaciones comerciales desarrollando medidas que reduzcan la doble normativa de los productos del tabaco destinados a los mercados nacional y extranjero.

4. Articular medidas que fortalezcan la capacidad de los estados en la defensa de medidas antitabáquicas, con la redacción de disposiciones que apoyen las medidas rigurosas contra el tabaco y evitando que las normas mínimas sean tratadas como toques máximos.

Son muchas las esperanzas puestas en el CMCT para que muy pronto vea la luz verde en Naciones Unidas. Lo que parecen ser temas muy diversos los podríamos resumir en tres⁽⁶⁰⁾:

1. Los productos del tabaco son únicos en su naturaleza, y capaces de producir la muerte si se siguen las instrucciones e indicaciones de los fabricantes.

2. La promoción de los productos del tabaco daña la salud pública y la economía mundial.

3. Las amenazas y el derecho a la salud pública deben prevalecer por encima de los intereses comerciales.

MITOS ECONÓMICOS. EL BANCO MUNDIAL CONTRA LAS TABACALERAS^(3,63-68)

La industria tabaquera intenta exagerar la importancia económica del tabaco. Para la inmensa mayoría de países productores de tabaco apenas representa una pequeña parte del total de ingresos de sus exportaciones. Sólo en 4 paí-

ses: Kirguistán, Macedonia, Malawi y Zimbabwe representa más del 5%.

Son muchos los países preocupados de que sus economías se resientan al tomar medidas concertadas para reducir el consumo de tabaco. Muchos políticos siguen creyendo que tomar acciones efectivas se traducirá en pérdida de empleo en los sectores agrícola y manufacturero. No obstante, el propio Banco Mundial, en su informe *Curbing the Epidemic*, establece que muchas de estas preocupaciones son infundadas o son exageradas. Entre los mitos que este informe disipa se encuentran los siguientes⁽⁶³⁻⁶⁸⁾:

1. Mito: quienes se tienen que enfrentar a la reducción del consumo del tabaco son los países ricos.

Aproximadamente el 80% de los fumadores de todo el mundo viven en países en desarrollo, donde la carga de defunciones y enfermedades relacionadas con el tabaquismo está creciendo rápidamente. Para el año 2020, el 70% de la mortalidad del tabaquismo ocurrirá en países en desarrollo. Esto significa que en las próximas décadas los países en desarrollo tendrán un incremento en costos a causa del tabaquismo, por gastos de atención médica, pérdida de productividad y de sufrimiento humano.

2. Mito: aumentará el desempleo en la agricultura e industria manufacturera.

Las previsiones más optimistas indican que se incrementará el consumo de productos del tabaco en los próximos tres decenios. La OMS estima que, de seguir la tendencia actual, el número de fumadores pasará de 1.100 a 1.600 millones en el año 2025 (debido en parte al incremento de la población mundial), a pesar de que ese hábito se reduzca en algunos países. Aunque una disminución del consumo reducirá los empleos agrícolas en las zonas tabacaleras, dicha pérdida será paulatina a lo largo de varias dé-

cadras, por lo que no será inmediata. Por ello, los gobiernos tendrán amplia oportunidad de planificar una transición gradual y ordenada.

Hay, sin embargo, un pequeño grupo de países africanos, cuya economía depende fundamentalmente de la producción de tabaco. Para dichos países, la reducción en la demanda interna tendrá un impacto menor, pero la caída de la demanda mundial de tabaco a largo plazo conducirá a pérdida de empleos. En estos casos, serán primordiales las políticas que contribuyan al ajuste. No obstante, hay que hacer hincapié en que incluso si la demanda mundial cayese significativamente, ello ocurriría gradualmente, esto es, a lo largo de una o varias generaciones.

Economistas independientes que han estudiado las aseveraciones de la industria tabacalera concluyen que éstas exageran la posible pérdida de empleos. La producción de tabaco constituye una pequeña fracción de la economía de la mayor parte de los países. Además, el dinero que los consumidores dejan de gastar en productos del tabaco lo dirigirán al consumo de otros bienes y servicios, generando así otras fuentes de empleo (e impuestos). La investigación que realizó el Banco Mundial demuestra que la mayoría de los países no sufrirán pérdidas netas de empleo en caso de que decreciera el consumo de productos del tabaco. Algunos países incluso experimentarán ganancias netas, particularmente aquellos que importan la mayor parte de productos del tabaco y en cuya industria tabacalera predominan las empresas extranjeras.

3. Mito: una carga impositiva alta para los productos del tabaco reducirá ingresos públicos.

El incremento del precio en los cigarrillos es un método particularmente efectivo para reducir su demanda pues un costo elevado induce a los fumadores a abandonar el hábito y anima a otros a no iniciarlo (en particular la gente joven y la de escasos recursos). Incrementar en un 10% el precio de una cajetilla de cigarrillos reduce la demanda aproximadamente un 4% en los países ricos y un 8% en los países con menos recursos, salvando millones de vidas. Aun así, de acuerdo con las estimaciones del Banco Mundial, las ganancias se *incrementarán* aproximadamente un 7%, lo cual se deberá a que la reducción en el consumo de cigarrillos será menor en comparación con el incremento del precio. Además, parte del dinero que ahorren los ex fumadores lo gastarán en otros bienes y servicios con impuestos incluidos. El incremento en el precio de los cigarrillos reduce el consumo de forma destacada entre los más jóvenes.

4. Mito: gravar los cigarrillos con una tasa impositiva alta incrementará el contrabando.

Generalmente la industria tabacalera argumenta que, de incrementarse la tasa impositiva, también se incrementará el contrabando proveniente de los países con tasa impositiva baja, con lo que se mantendrá un alto consumo de cigarrillos y una reducción de ingresos públicos debido a los

impuestos que se dejen de cobrar. Si bien es cierto que el contrabando es un problema serio, el informe del Banco Mundial concluye que, dado que el incremento en la carga impositiva reduce el consumo de cigarrillos al tiempo que incrementa los ingresos públicos, la respuesta adecuada es romper con la actividad criminal en lugar de olvidar el incremento del impuesto. Además, teniendo en cuenta la participación de la industria tabacalera en el contrabando, sus argumentos en este sentido hay que tomarlos con reservas.

5. Mito: gravar los cigarrillos con una tasa impositiva alta acarreará desventajas para los pobres.

Las empresas tabacaleras argumentan que no debería incrementarse el precio para no perjudicar a los pobres. Sin embargo, los estudios muestran que las poblaciones con bajos ingresos realmente ya están más perjudicadas por el tabaquismo, que impone costos inmensos en términos de morbilidad, mortalidad, gastos de atención médica y pérdida de salario. Asimismo, estas personas son las primeras beneficiadas con el incremento del precio, pues es más probable que fumen menos o incluso que lo abandonen totalmente.

El beneficio para los pobres puede ser incluso mayor si el ingreso adicional proveniente del pago de impuestos se utiliza para financiar programas a favor de los más desprotegidos. En China, por ejemplo, estimaciones conservadoras sugieren que un 10% de incremento en el impuesto a cigarrillos podría reducir el consumo en un 5%, incrementar el ingreso un 5%, y obtener recursos suficientes para financiar servicios básicos de salud para un tercio de los 100 millones de ciudadanos pobres en dicho país.

JÓVENES, PUBLICIDAD Y TABACO

Son muchos los documentos internos de las tabaquerías que descubren cuáles son sus verdaderas intenciones hacia los jóvenes y la publicidad. A pesar de toda la evidencia disponible, la industria tabaquera mantiene que “el objeto de su publicidad son los fumadores adultos” (Fig. 5). Aquí presentamos algunos de los muchos ejemplos:

– “Los fumadores adultos más jóvenes han sido el factor crítico del crecimiento y el declive de cada marca principal y de cada empresa durante los últimos 50 años. Si los adultos más jóvenes dejan de fumar, la industria decaerá, de la misma manera en que una población donde no hay nacimientos terminará por desaparecer”⁽⁶⁹⁾ (R.J. Reynolds, 1984).

– “...la base de nuestro negocio es el estudiante de la escuela secundaria”⁽⁹⁾ (Lorillard, 1978).

La agencia de publicidad Ted Bates explica cómo dirigir la comercialización a los niños, posicionando el producto como “adulto”: “En la mente del fumador joven, un cigarrillo cae en la misma categoría que el vino, la cerveza, afeitarse, usar un sostén (o no usarlo a propósito), declararse



LOS JÓVENES Fumar es una elección de adultos

NOS DIRIGIMOS A CONSUMIDORES ADULTOS y responsables de su elección, en el marco legislativo y reglamentario de los países donde estamos presentes.

LA PREVENCIÓN Y LA INFORMACIÓN sobre el tabaco son responsabilidad, en primer lugar, de LAS AUTORIDADES SANITARIAS. Dicho esto, en la medida en que ciertos países deseen asociar a los **fabricantes a campañas de prevención**, estamos abiertos a esta idea. Por lo demás, Altadis ya ha participado en campañas de este tipo en España y Polonia.

Nuestra publicidad tiene por objeto **ORIENTAR LA ELECCIÓN DE FUMADORES ADULTOS** de otras marcas hacia nuestros productos y conservar la fidelidad a nuestras marcas. En un mercado muy competitivo, Altadis seguirá haciendo publicidad respetando las leyes en vigor, como la Ley Evin en Francia, o los acuerdos voluntarios sobre autorregulación de la publicidad, en España.

FIGURA 5. Extracto de la página web de Altadis. Cigarrillos y salud: la posición del grupo Altadis. <http://www.altadis.com/es/negocio/cigarrillosysalud.html> (visitada 3 marzo 2003). Destaca que su “publicidad tiene por objeto orientar la elección de fumadores adultos”.

independiente y esforzarse por encontrar identidad propia. Por lo tanto, todo intento de llegar a los fumadores jóvenes, principiantes, deberá basarse, entre otras cosas, en los siguientes parámetros:

- Presentar el cigarrillo como una de las pocas iniciaciones al mundo adulto.
- Presentar el cigarrillo como parte de la categoría de productos y actividades de placer ilícito.
- En los anuncios publicitarios, crear una situación real de la vida diaria del fumador joven, para que de forma elegante aluda a los símbolos básicos del proceso de crecer y madurar.
- Hacer todo lo posible (teniendo en cuenta las limitaciones legales) por relacionar el cigarrillo con la marihuana, la cerveza, el sexo, etc.”⁽⁷⁰⁾ (1975).
 - “La pérdida de adultos jóvenes y adolescentes del sexo masculino es más importante a largo plazo, pues agota el suministro de nuevos fumadores para reemplazar a los viejos... Ésta no es una pérdida fija de la industria: su importancia aumenta con el tiempo”⁽⁷¹⁾ (R.J. Reynolds, 1982).
 - Terence Sullivan, un representante de ventas de R.J. Reynolds, dice: “Nos dirigíamos a chicos, y dije en esos momentos que no era ético y que probablemente era ilegal, pero me dijeron que era la norma de la empresa”. Sullivan recuerda que alguien preguntó quiénes eran exactamente los jóvenes que quería R.J. Reynolds– ¿chicos de la escuela

secundaria o más jóvenes? La respuesta fue: “¿tienen boca? entonces los queremos”⁽⁷²⁾ (1990).

La Philip Morris Australia, en 1992, señala los programas juveniles como una manera de contrarrestar el movimiento nacional contra el tabaco: “La industria ha mantenido un tono reactivo y agresivo. En general carece de apoyo, permitiendo que quienes están en contra el tabaco mantengan un enfoque eficaz en los problemas de la salud. Las implicaciones de la actividad australiana en contra de fumar son considerables debido a que Australia sirve de semillero de programas en contra de fumar en todo el mundo”. Para invertir estas tendencias y hacer que PM [Philip Morris] se perciba como la compañía tabacalera ‘responsable’, el plan requiere que la empresa logre que los políticos ‘fuercen’ medidas sobre la industria mediante una... campaña ‘contra el tabaco’ juvenil”⁽⁷³⁾ (Philip Morris, 1982).

Pero, según el ejecutivo de publicidad Emerson Foote, ex director de McCann-Erickson, que ha manejado millones de dólares de cuentas de la industria tabacalera: “La industria tabacalera ha sostenido ingeniosamente que la publicidad de cigarrillos no tiene nada que ver con el total de las ventas. Esto es completa y absolutamente absurdo. La industria lo sabe, sabe que es absurdo. Siempre me hace gracia la idea de que la publicidad, una función que ha demostrado incrementar el consumo de cualquier otro producto, de alguna manera milagrosa no ha tenido ese resultado con los productos tabacaleros.” (1988)⁽⁷⁴⁾. Cuando se enfrentan con presiones, las tabacaleras a menudo ofrecen cumplir a medias códigos voluntarios: “...abriendo un diálogo seguido por algunas concesiones menores, para lograr salvarse de una legislación intensa durante al menos dos o tres años más”⁽⁷⁵⁾ (Philip Morris, 1976).

Fritz Gahagan, que trabajó como consultor de comercialización para la industria tabacalera, ofrece una perspectiva que ilustra cómo esta industria ha resuelto uno de sus dilemas más inexplicables: “El problema es: ¿cómo vender la muerte? ¿Cómo vender un veneno que mata a millones de personas por año, y miles de personas por día? Se vende con los grandes espacios al aire libre, las montañas, los lugares abiertos, los lagos llenos de agua hasta la orilla. Se logra con gente joven y saludable. Se logra con atletas. ¿Cómo pensar que una bocanada de cigarrillo podría causar daño alguno en una situación como ésa? Imposible, hay demasiado aire puro, demasiada salud –rebotando juventud y vitalidad– así es como lo logran”⁽⁶⁰⁾.

REFLEXIONES FINALES

Los profesionales sanitarios, y especialmente los pediatras, gozamos de una posición privilegiada con un enorme potencial para reducir las enfermedades, el sufrimiento y las defunciones causadas por el tabaco. Para ello es necesario:

1. Compromiso vocacional, coherencia sanitaria y ejemplo modélico (es preciso no ser fumador o abandonar su consumo).

2. Reconocer y estimular la importante labor que en nuestra consulta diaria podemos desarrollar individual y colectivamente para combatir el tabaco por medio del trabajo en equipo con profesores, asociaciones de padres, medios de comunicación, partidos políticos y con las autoridades legislativas y ejecutivas.

3. Mejorar nuestra educación y formación académica en las facultades de medicina, durante el periodo MIR y formación continuada con temas específicos que permitan una actuación efectiva contra el tabaquismo.

4. Solicitar a las asociaciones y sociedades de pediatría un mayor énfasis y pasos efectivos en la lucha contra el tabaquismo. Es esencial la colaboración con otros colectivos sanitarios y sociales para desarrollar el Plan Nacional de Prevención del Tabaquismo.

5. El tabaco es un producto peligroso que carece en gran medida de regulación. Los pediatras tenemos la obligación moral y la capacidad científica de participar en los litigios que los distintos colectivos y gobiernos desarrollan contra la industria tabacalera. En el futuro, los pacientes que consideren que no han sido aconsejados o ayudados para dejar de fumar pueden iniciar acciones legales contra sus médicos.

6. La industria tabaquera debe considerarse como agresora infantojuvenil y neutralizarla como actividad terrorista.

En algún momento del siglo XXI, la batalla entre la salud pública y la prosperidad empresarial deberá inclinarse a favor de la primera. Cabe prever que los costos económicos, sociales y sanitarios seguirán aumentando hasta que ningún gobierno podrá negar o ignorar el daño causado. Cuando esto ocurra, la epidemia del tabaquismo debería terminar. Los medios para combatir la epidemia están a nuestro alcance. Según la OMS y el Banco Mundial, para lograr una reducción eficaz de la demanda, los gobiernos pueden elevar los impuestos sobre los cigarrillos, prohibir los anuncios y las promociones de productos del tabaco, y proporcionar información sobre los riesgos del hábito de fumar para la salud. Estas instituciones instan a todos los países a que adopten esas medidas y han indicado que una política general de lucha antitabáquica no perjudica las economías. Sin embargo, no basta con disponer de políticas eficaces: es indispensable la voluntad de la sociedad para aplicarlas y el compromiso de los pediatras en la defensa de la salud infantojuvenil. La ratificación del Convenio Marco para la Lucha Contra el Tabaco constituye el instrumento más valioso para la promoción y defensa de la salud, que la OMS ha puesto al servicio de la humanidad.

Finalmente, los autores quieren hacer una sugerencia a todos los países y especialmente a los más beligerantes del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, para que decla-

raren, previo consenso de la Asamblea General, solemnemente la 3ª Guerra Mundial contra las industrias tabaqueras. Contrariamente a cualquier conflicto bélico, no se derramaría ninguna gota de sangre ni generaría sufrimiento ni muertes de inocentes, sino todo lo contrario, y sería de verdad la primera guerra justa, saludable y preventiva en toda la historia de la humanidad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su agradecimiento a las siguientes personas: Gema Martínez Martínez, bibliotecaria del Hospital Infantil Universitario La Fe, por su inestimable ayuda bibliográfica; Lucía López Ferrer, por su apoyo técnico; Joaquín Aliaga Vera, por sus comentarios y sugerencias; al esfuerzo de los pediatras que están intentando abandonar el consumo de tabaco; y a todos los niños en general y especialmente a Alejandro Ardil Ortega, Pedro Martínez Ortega, Paloma Martínez Ortega, Paula Valero García y Carlos Valero García, para que sigan estimulando a los pediatras en la lucha por un mundo más seguro, solidario, justo, saludable y libre de "malos humos".

BIBLIOGRAFÍA

1. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Geneve, WHO Pub, 2002.
2. Lukachko AM, Ponirovskaya Y (eds.). Environmental Tobacco Smoke: Health Risk or Health Hype? 1st ed. New York: American Council on Science and Health, 1999.
3. Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. The World Bank, Washington, DC, 1999.
4. Villalbí JR. El tabaco como problema de salud pública. Informe SESPAS 2002.
5. Roemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, OMS Publ, 1993.
6. Joossens L, Raw. "How can cigarette smuggling be reduced?" *BMJ* 2000; 321: 947-50.
7. Tobacco Industry Documents. Centers for Disease Control (CDC), Atlanta, 2002. Disponible on-line: <http://www.cdc.gov/tobacco/industry-docs/docsites.htm> (Visitado 10 de enero de 2003).
8. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: OMS, 1995.
9. Atchley TL. "Product Information," Memo a C.L. Judge, 30 Agosto 1978, <http://www.lorillarddocs.com/>, Número de Bates 03537131-32.
10. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 902-10.
11. Yach D, Bettcher D. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tob Control* 2000; 9: 206-16.
12. Givel MS, Glantz SA. Tobacco lobby political influence on US state legislatures in the 1990s. *Tob Control* 2001; 10: 124-34.

13. Landman A, Ling PM, Glantz SA. Tobacco industry youth smoking prevention programs: protecting the industry and hurting tobacco control. *Am J Public Health* 2002; 92: 917-30.
14. Connolly GN. Tobacco and United States trade sanctions. En: Maoki M et al., eds. *Smoking and Health* 1987. Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 1988.
15. US Department of Health and Human Services. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
16. Página web de Altadis. Cigarrillos y salud. Los jóvenes. Disponible on-line: <http://www.altadis.com/es/negocio/cigarrillosysalud.html> (visitado el 3 de marzo 2003).
17. Ferris i Tortajada J, López Andreu JA, García i Castell J, et al. Tabaquismo infantil: ¿Fumadores pasivos o pediatras pasivos? *Acta Pediatr* 1998; 56: 620-5.
18. Bonnie RJ, ed. *Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youths*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1994.
19. Di Frenza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with use tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97: 560-8.
20. Charlton A. Children and passive smoking: a review. *J Fam Pract* 1994; 38: 267-77.
21. *The Health Consequences of Involuntary Smoking. A Report of the Surgeon General*. U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control. Rockville, MD, 1986.
22. Ferris i Tortajada J, López Andreu JA, Benedito Monleón MC, et al. El pediatra y la prevención oncológica. Factores dietéticos y tabaquismo. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 6-13.
23. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Washington, DC, EPA/600/6-90/006F, 1992.
24. American Academy of Pediatrics. Committee on Substance abuse. *Tobacco's Toll: Implications for the Pediatrician*. *Pediatrics* 2002; 107: 794-8.
25. Stein RJ, Haddock CK, O'Byrne KK, et al. The Pediatrician's Role in reducing Tobacco Exposure in Children. *Pediatrics* 2000; 106(5). URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5/e66> (visitado 12 de diciembre 2002).
26. Ortega García JA, Ferris i Tortajada J, Ortí Martín A, et al. Adolescentes: salud y justicia ambiental. *Bol Soc Val* 2002; 22: 90-6.
27. McGuinnis M, Harrell DA, Artz LM, et al. Objectives based strategies for disease prevention. En: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS, eds. *Oxford Textbook of Public Health*. 3rd edition. New York: Oxford University Press; 1997. p. 1621-32.
28. Mackay J, Crofton J. Tobacco and The developing world. En: Doll R, Crofton J, eds. *Tobacco and Health*. 1st edition. British Medical Bulletin 1996; 52: 206-222. New York: Published for British Council by the Royal Society of Medicine Press Limited.
29. Howard G. Tobacco and the law: the state of the art. En: Doll R, Crofton J, eds. *Tobacco and Health*. 1st edition. British Medical Bulletin 1996; 52: 143-56. New York: Published for British Council by the Royal Society of Medicine Press Limited.
30. American Council on Science and Health. *Cigarettes: what the warning label doesn't tell you*. New York, ACSH, 1996.
31. Mi-Kyung Hong, Bero LA. How the tobacco industry responded to an influential study of the health effects of secondhand smoke. *BMJ* 2002; 325: 1413-6.
32. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet* 2000; 355: 1253-9.
33. USDA Tobacco Briefing Room. U.S. Department of Agriculture. Disponible online: <http://www.ers.usda.gov/briefing/tobacco> (visitado 11 febrero 2003).
34. UN Food & Agriculture Organization. Disponible online: <http://apps.fao.org/cgi-bin/nph-db.pl?subset=agriculture> (visitado 11 febrero 2003).
35. "International Cigarette Manufacturers", *Tobacco Reporter*, marzo de 2001.
36. Rowena J. The Supply-Side Effects of Tobacco Control Policies. En: *Tobacco Control in Developing Countries*. Jha & Chaloupka, eds. New York: Oxford University Press; 2000. p. 343-70.
37. Jasper W. *Tobacco Price Support: An Overview of the Program*. Economic Research Service. USDA, 1997.
38. Kluger R. *Ashes to Ashes*. Nueva York: Alfred Knopf Publ, 1996.
39. Sweda jr EL, Dainard RA. Tobacco industry tactics. En: Doll R, Crofton J, eds. *Tobacco and Health*. 1st edition. British Medical Bulletin 1996; 52: 183-92. New York: Published for British Council by the Royal Society of Medicine Press Limited.
40. National Tobacco Information Online System (NATIONS). U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible online: <http://apps.nccd.cdc.gov/nations/index.asp> (visitado 11 de diciembre 2002).
41. Taco Tuinstra. *Rethinking Stem*. *Tobacco Reporter*, Julio 1999.
42. Making reconstituted tobacco using exploded tobacco. *Tobacco Reporter*, septiembre 1999. En declaración Jurada de Jerome Rivers, ex-empleado de Philip Morris, el 7 de marzo de 1996 a la US FDA. <http://www.gate.net/~j cannon/documents/jrivers.txt>
43. See J. *Tastes Great*. *Tobacco Reporter*, diciembre 1998.
44. Glass C. *Paper Tobacco*. *Tobacco Reporter*, agosto 1999.
45. UNICEF. *The State of the World's Children*. New York : Oxford Univ Press, 1997.
46. U.S. Department of Labor. *By the Sweat and Toil of Children Volume II: The Use of Child Labor in U.S. Agricultural Imports & Forced and Bonded Child Labor*. Washington, 1995.
47. OIT. *Bitter harvest: Child Labour in Agriculture*. Ginebra, OIT Publ, 1997.
48. OIT. Fyfe A. *Bitter Harvest: Child Labor in Agriculture*. Ginebra, OIT Publ, 1997.
49. Hawane H. The influence of the U.S. tobacco industry on the health, economy, and environment of developing countries. *N Engl J Med* 1991; 324: 917-20.

50. Vanchieri C. WHO trying to slow tobacco-related deaths in developing countries. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84: 1689-90.
51. García PC, Ruiz JM, Rivero RM, et al. Is the application of carbendazim harmful to healthy plants? Evidence of weak phytotoxicity in tobacco. *J Agric Food Chem* 2002;50: 279-83.
52. Yach D. Tobacco in Africa. *World Health Forum* 1996; 17: 29-36.
53. Madeley J. The environmental impact of tobacco production in developing countries. *N Y State J Med* 1983; 83: 1310-11.
54. Arcury TA, Quandt SA, Preisser JS, et al. The incidence of green tobacco sickness among Latino farmworkers. *J Occup Environ Med* 2001; 43: 601-9.
55. McBride JS, Altman DG, Klein M, et al. Green tobacco sickness. *Tob Control* 1998; 7: 294-8.
56. Ballard T, Ehlers J, Freund E, et al. Green tobacco sickness: occupational nicotine poisoning in tobacco workers. *Arch Environ Health* 1995; 50: 384-9.
57. Geist HJ. Global assessment of deforestation related to tobacco farming. *Tob Control* 1999; 8: 18-28.
58. Achard F, Eva HD, Stibig HJ, et al. Determination of deforestation rates of the world's humid tropical forests. *Science* 2002; 297: 999-1002.
59. Baris E, Brigden LW, Prindiville J, et al. Research priorities for tobacco control in developing countries: a regional approach to a global consultative process. *Tob Control* 2000; 9: 217-23.
60. Hammond R, Rowell A. *Trust Us, We're the Tobacco Industry. Action on Smoking and Health*, London, 2001.
61. Warner KE, Fulton GA, Nicolas P, et al. Employment implications of declining tobacco product sales in a nontobacco state. *JAMA* 2000; 271: 771-6.
62. Taylor A, Chaloupka FJ, Guindon E, et al. The impact of trade liberalization on tobacco consumption. En Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco Control in Developing Countries*, Oxford: Oxford University Press, 2000.
63. Jha P, Chaloupka FJ. The economics of global tobacco control. *BMJ* 2000; 321: 358-61.
64. Gruber J. The economics of tobacco regulation. Only the costs that smokers impose on others justify a mandate for government action. *Health Aff (Millwood)* 2002; 21: 146-62.
65. Siringi S. Tobacco company asks Kenyan government to reduce cigarette tax. *Lancet* 2002; 359: 772.
66. Warner KE. Tobacco taxation as health policy in the Third World. *Am J Public Health* 1990; 80: 529-31.
67. Hu TW, Mao Z. Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tob Control* 2002; 11: 105-8.
68. Centers for Disease Control and Prevention. Publication of report of tobacco control investment by states. *JAMA* 2001; 286: 297.
69. Burrows D. "Strategic Research Report: Young Adult Smokers-Strategies and Opportunities," Reynolds RJ. *Marketing Research*, 29 de febrero de 1984, Bates Number 501431 519-10.
70. Ted Bates (agencia de publicidad) Nueva York, "What We Have Learned from People: A Conceptual Summarization of 18 Focus Group Interviews on the Subject of Smoking," 26 de mayo de 1975, Marketing and Research Counselors Inc., Nueva York, Citado en Cancer Research Campaign and ASH, *Danger! PR in the Playground-Tobacco Industry Initiatives on Youth Smoking*, de octubre de, 2000. p. 18; ver <http://www.ash.org.uk>.
71. Burrows D. "NBER Models of Price Sensitivity by Age/Sex," R.J. Reynolds. Carta del Departamento de Desarrollo de Marketing, 6 de octubre de 1982, Número de Bates 513318391.
72. Hiltz PJ. *Smokescreen-The Truth Behind the Tobacco Industry Cover-Up*, 1996, Addison Wesley, p. 96-8.
73. "Philip Morris Sociedad Affairs Plan, Philip Morris (Australia) Ltd.," 19 de octubre de 1992, <http://www.pmdocs.com/gettalling.asp?DOCID=2023240608-27>.
74. L. Heise, *Unhealthy Alliance*, World Watch, octubre de 1988, p. 20.
75. M.P.D. Falconer, Memorial interno de Philip Morris Asia, 1976, concerniente a una reunión de Harry Paul, el entonces Director Gerente de BAT-Hong Kong, con el jefe de la dirección de Televisión de Hong Kong; citado en Thomas Hedley y Jason Gagliardi, "The Cigarette Papers: A Strategy of Manipulation," *South China Morning Post*, 19 de enero de 1999.