

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXXIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XL Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1988

INDEXED

Tema 5.11 del programa provisional

CD33/24 (Esp.)
16 agosto 1988
ORIGINAL: ESPAÑOL

LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

El tabaquismo ha adquirido las proporciones de una epidemia mundial que está incuestionablemente asociada con un mayor riesgo de enfermedad, discapacidad, desmedro de la calidad de vida, y que causa casi 700.000 muertes prematuras evitables cada año en toda la Región. El tabaquismo pasivo pone en peligro involuntariamente la salud y la vida de los no fumadores, y constituye una violación del derecho de todos a respirar aire puro.

Pese a los esfuerzos desplegados en los últimos años, solo un número reducido de países de la Región está teniendo éxito en disminuir la prevalencia y el consumo del tabaco. La circunstancia de que muchos países no hayan logrado todavía ese impacto, ha permitido identificar los obstáculos y a la vez exige la intensificación y la coordinación de esfuerzos de prevención y control para hacerlos más eficaces.

Este documento se presenta para la consideración de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo, por decisión de la 101a Reunión del Comité Ejecutivo. Se presentan en él, además de un análisis de la situación, directrices estratégicas para el control del problema y lineamientos para un plan de acción. Se pide al Consejo que discuta los hechos señalados y las propuestas de acción indicadas y recomendadas a los Gobiernos, y a la Oficina las orientaciones y medidas pertinentes.

INDICE

	Página
1. ANTECEDENTES	1
2. ALCANCE DE ESTE DOCUMENTO	2
3. SITUACION ACTUAL	2
3.1 Tendencias y prevalencia	3
3.2 Las consecuencias para la salud	6
3.3 La naturaleza de la evidencia	14
3.4 Tabaquismo pasivo	14
3.5 La adicción	16
4. CONTROL DEL TABAQUISMO: LOGROS Y LIMITACIONES .	17
4.1 Las repercusiones económicas	18
4.2 Los obstáculos para el control	19
4.3 Los ejemplos exitosos y las perspectivas de control	22
4.4 Políticas y programas	23
4.5 Las directrices estratégicas	23
5. LINEAMIENTOS PARA UN PLAN DE ACCION	25
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27

LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

1. ANTECEDENTES

La evidencia creciente acerca de los efectos nocivos del tabaco en la salud, ha sido examinada periódicamente por los Cuerpos Directivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ello ha originado diversos planteamientos de política y resoluciones acerca del tema.

La Trigésima Primera Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), revisó el programa de Salud del Adulto y tomó consideración del énfasis otorgado, tanto a la promoción de la salud como a la prevención de la enfermedad. La Resolución XVII, adoptada durante esa Reunión, recomendó a los Gobiernos Miembros dar publicidad a la decisión de enfatizar "las actividades de prevención primaria y detección precoz en este campo, particularmente a aquellos relacionados con estilos de vida, hábitos dañinos y exposición a contaminantes ambientales". El tabaquismo fue uno de los hábitos dañinos particularmente destacado.

La Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado diversas resoluciones, confirmando su posición global en relación a los efectos dañinos del tabaco, señalando que el uso del tabaco en cualquiera de sus formas es incompatible con el logro de la meta de "Salud para todos en el año 2000" (WHA31.56, WHA33.55, WHA39.14, WHA40.28). En su reunión más reciente, la Asamblea Mundial de la Salud instó al Director General a desarrollar un Plan Global de Acción de la OMS para Tabaco o Salud.

La OPS ha estado colaborando estrechamente con los Gobiernos Miembros durante los últimos 17 años para promover esfuerzos del control del tabaquismo.

A partir de 1971, en que se realizó la primera encuesta multinacional sobre el tabaquismo en ocho capitales latinoamericanas, el apoyo de la OPS a iniciativas de control, tanto de gobiernos como agencias no gubernamentales, ha sido continuo.

En 1984, como resultado de la Reunión sobre Programas de Control de Enfermedades No Transmisibles, en Punta del Este, Uruguay, se iniciaron acciones coordinadas para el desarrollo de programas de control del tabaquismo. Para este fin, en octubre del mismo año, la OPS convocó a un Grupo Asesor que recomendó la realización de talleres de trabajo subregionales, de carácter intersectorial, con el propósito de identificar estrategias de acción y lograr el compromiso de las autoridades políticas de cada país. Aquellas más directamente vinculadas al problema, tales como las del sector de salud, de educación de legislación y de comunicación social, deberían ser incorporadas al proceso para formular y llevar a cabo programas efectivos de prevención y control de este importante factor de riesgo para la salud.

La recomendación fue puesta en práctica por la OPS a través de un esfuerzo de vinculación y coordinación con gobiernos, organizaciones no gubernamentales y asociaciones científicas que ha culminado con la realización de talleres sobre el Control del Tabaquismo, para los países

del Cono Sur y Brasil en 1985; para los países del Area Andina en 1986; y en 1987 para los países del Caribe de habla inglesa. El Cuarto Taller, que reunirá a los países de Mesoamérica, se realizará en noviembre de 1988.

Los talleres han permitido analizar los aspectos considerados prioritarios para la puesta en marcha de planes de acción, entre los cuales cabe mencionar: el establecimiento de grupos de liderazgo intersectorial y multidisciplinario, compuestos por los organismos gubernamentales para las áreas de salud, educación, cultura, deporte, medios de comunicación, acción social, comercio, publicidad, legislación y agricultura; la instalación de oficinas centrales de lucha antitabáquica en cada Ministerio de Salud; la formulación de planes nacionales de acción; de apoyo a la acción directa a través del sistema formal de educación; el desarrollo de programas de información masiva; el estímulo al desarrollo de medidas restrictivas legales; y la promoción de investigaciones epidemiológicas, políticas, económicas y sociales, que permitan conocer mejor el problema del tabaquismo en el país.

En la medida en que los pueblos y los gobiernos han ido adquiriendo mayor conciencia acerca de la amenaza del tabaquismo, se ha entrado en una nueva etapa de la lucha antitabáquica, que no solo requiere intensificación de los esfuerzos, sino que también la coordinación de las voluntades para que tales esfuerzos sean más efectivos.

2. ALCANCE DE ESTE DOCUMENTO

El presente documento pretende revisar de manera sucinta el problema causado por el tabaquismo desde dos perspectivas distintas:

- La primera, a través de un resumen de la información disponible en la Región de las Américas, las tendencias y prevalencias, las consecuencias para la salud y los aspectos más debatibles del problema.
- La segunda, examinando someramente los logros y los obstáculos para las actividades de prevención y control en la Región. El propósito es el orientar un plan de acción coordinado para lograr la reducción de la prevalencia y en un futuro no lejano, la erradicación.

3. SITUACION ACTUAL

La evidencia disponible permite afirmar que el tabaquismo ha adquirido proporciones y características de una epidemia mundial (ver Capítulos 3.1 y 3.2). La magnitud y severidad de los daños que causa a la salud, tanto de fumadores como de no fumadores, excede a la de cualquier otro factor de riesgo de enfermedad. Por ello el tabaquismo debe ser considerado a nivel global, como uno de los mayores enemigos de la salud pública⁽¹⁾.

A la vez, se considera también que la eliminación de este riesgo, pueda ser la medida preventiva de mayor impacto potencial en la reducción de la morbimortalidad y en el mejoramiento de la calidad de vida, en todos los países por igual.

En la medida en que se aproxima la meta de alcanzar "salud para todos en el año 2000", la eliminación del peligro del tabaquismo aparece como un mecanismo plausible y de gran eficacia, para contribuir a lograr ese anhelo. Pese a ser la eliminación del tabaquismo un propósito muy loable, requiere necesariamente de la estrecha colaboración y del esfuerzo concertado y sostenido de todas las partes involucradas: los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las agencias nacionales e internacionales, los grupos comunitarios, y la acción decidida de todos. El fin último de este esfuerzo será el contribuir a lograr un continente americano libre de tabaquismo y las primeras generaciones de no fumadores.

3.1 Tendencias y prevalencias

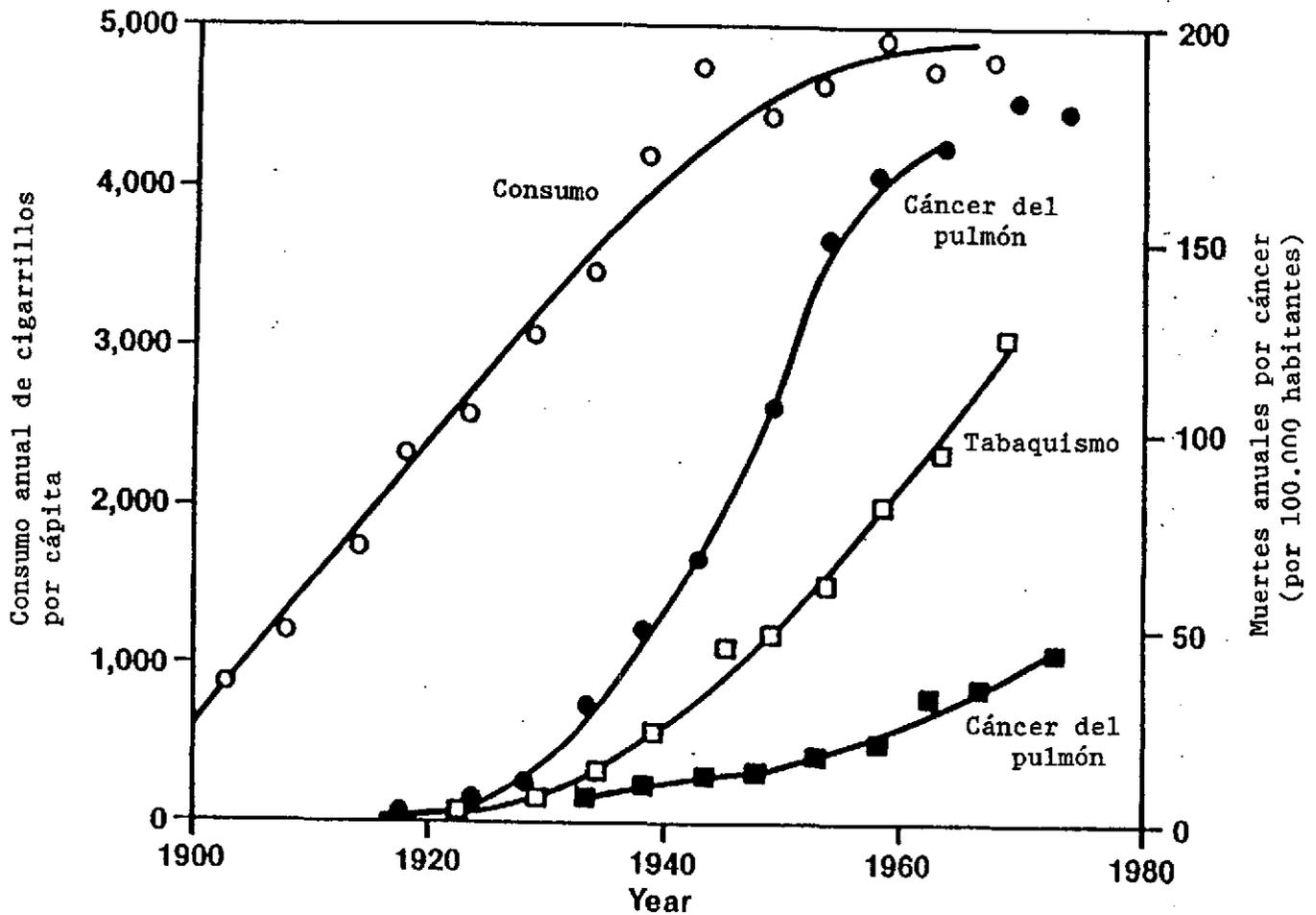
Las estadísticas de diversos países revelan que el consumo del tabaco comenzó a aumentar sostenidamente a comienzos del siglo y se intensificó desde la primera guerra mundial. Numerosas ilustraciones muestran la estrecha correlación entre este consumo y las muertes atribuibles al cáncer pulmonar, a la enfermedad isquémica del corazón y a muchas otras afecciones (ver Gráficos 1 y 2). Estas configuran, de manera dramática, las características más sobresalientes de esta epidemia de carácter mundial. Informaciones recientes, revelan que en la medida en que el tabaquismo aumenta entre mujeres⁽²⁾ el cáncer pulmonar está aumentando aceleradamente también y superando en frecuencia al cáncer de la mama en algunas comunidades.

A pesar de que un reducido número de países de la Región muestra un descenso en la prevalencia de fumadores, durante las últimas dos décadas lamentablemente, la proporción de adolescentes y adultos jóvenes que inicia el consumo y la edad de comienzo (12-14 años), permanecen casi invariables. Aun más, entre los adolescentes las tasas de cesación son muy escasas y aumentan gradualmente con la edad⁽³⁾. El descenso en las tasas de fumadores se debe predominantemente a que un creciente número de adultos fumadores, particularmente los más educados, está abandonando el tabaquismo. Las mujeres adolescentes tienen mayor tendencia a fumar diariamente que los hombres en edades similares. Entre los 18 y los 19 años de edad, más del 30% de los adolescentes son fumadores diarios, pero las mujeres lo hacen en mayor proporción. La explicación para este patrón de consumo en el sexo femenino no ha sido dilucidada y necesita ser estudiada más a fondo.

Las estadísticas disponibles para Norte América muestran que la prevalencia del tabaquismo es más elevada entre obreros y desempleados, que entre empleados administrativos, técnicos y profesionales^(4, 5).

Gráfico No. 1

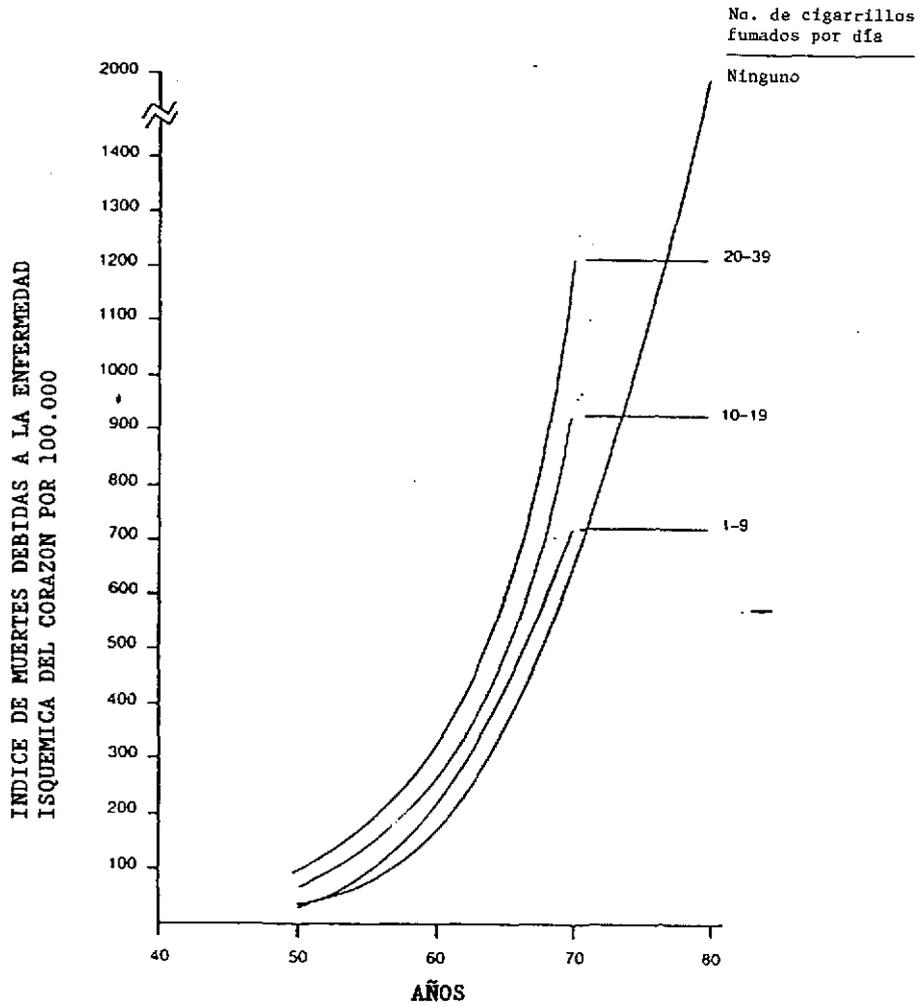
EL CÁNCER DEL PULMON Y EL TABAQUISMO: INGLATERRA Y GALES



Tendencias en la prevalencia del tabaquismo y el cáncer del pulmón, hombres y mujeres británicos. Los datos de este gráfico corresponden a Inglaterra y Gales. Entre los hombres, el consumo de tabaco (o) comenzó a aumentar a comienzos del siglo 20, pero la tendencia correspondiente en las muertes por cáncer del pulmón (●) no comenzaron hasta después de 1920. Entre las mujeres, el consumo de tabaco (◻) comenzó más tarde y el aumento de las muertes por cáncer del pulmón entre las mujeres (■) sólo apareció recientemente. Reproducción autorizada del artículo de Galms (4).

Gráfico No. 2

Indice de muertes debidas a la enfermedad isquémica del corazón (por 100.000), por edad y por número de cigarrillos fumados por día, mujeres



FUENTE: Derivado del estudio de 25 estados de la ACS (93)

Entre 1965 y 1986 la prevalencia disminuyó entre los adultos en los Estados Unidos, de 51,1% a 29,5% entre los hombres, y de 33,3% a 23,8% entre las mujeres (Cuadro 1). Las cifras disponibles para el Canadá son semejantes, e indican también una reducción de aproximadamente 1% de los fumadores por año, para los hombres, y de aproximadamente 0,7% por año para las mujeres^(4,5).

Las cifras de prevalencia disponibles para América Latina y el Caribe son limitadas, y salvo escasas excepciones, no permiten comparaciones a lo largo del tiempo. El Cuadro 2 muestra una gran dispersión en las cifras de prevalencia, que fluctuaban, en los años señalados, entre el 28% y el 60% en la población adulta masculina. La mayoría, sin embargo, estaba en las cercanías del 50%, muy por encima de las prevalencias de Norte América.

Es importante destacar que en los Estados Unidos de América, después de un incremento sostenido de la prevalencia desde la década de 1920, se ha registrado también una disminución del consumo per cápita, entre los mayores de 18 años, desde 4.148 cigarrillos por año en 1973 a 3.196 en 1987, lo que representa un 23% en 15 años (Cuadro 3). Más aun, se ha documentado también un descenso sostenido del contenido de alquitrán y de nicotina de los cigarrillos consumidos en Norte América, como se ilustra en el Gráfico 3 para los Estados Unidos.

Las cifras disponibles de consumo per cápita en América Latina y el Caribe son más bajas (Cuadro 4), pero hay evidencia indirecta de que estaban aumentando aceleradamente en 2% y hasta 3% por año desde 1979⁽⁵⁾ (Cuadro 5). Puesto que el contenido de alquitrán y nicotina de los cigarrillos en las áreas mencionadas sigue siendo en general considerablemente más alto que en Norte América⁽⁶⁾ (Cuadro 6) las cifras de consumo per cápita no son estrictamente comparables.

La información resumida en los párrafos precedentes muestra un franco empeoramiento de la situación en muchos de los países de América Latina y del Caribe, en los que ya se percibe la emergencia acelerada de problemas de salud de reconocida asociación con el tabaquismo: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, etc., sin que hayan desaparecido aun aquellos causados por las enfermedades infecciosas, nutricionales y otras.

3.2 Las consecuencias para la salud

La información científica acerca de los peligros que el tabaquismo representa para la salud, comenzó a emerger alrededor de 1920. Desde entonces se ha acumulado un impresionante volumen de evidencia que establece de una manera incuestionable, la asociación entre la exposición al tabaco y una mayor probabilidad de ocurrencia de las siguientes afecciones: cánceres del pulmón, de la cavidad oral, de la laringe, de la traquea y bronquios, del esófago, del páncreas, del riñón y de la vejiga urinaria. Enfermedades: isquémica del corazón, cerebro-vascular y

Cuadro No. 1

Porcentaje of fumadores actuales de cigarrillo entre
 adultos, por año y por encuesta, Estados Unidos,
 1944-1986

Año	Encuesta	Edad (> años)	Fumadores actuales de cigarrillo (porcentaje)		
			Hombres	Mujeres	Total
1944	GP	18	48.0	36.0	41.0
1949	GP	18	54.0	33.0	44.0
1955	CPS	18	54.2	24.5	37.6
1964	NCSH	21	52.9	31.5	40.3
1965	NHIS	17	51.1	33.3	41.7
1966	CPS	17	50.0	32.3	40.6
	NCSH	21	51.9	33.7	42.2
1967	CPS	17	49.1	32.1	40.1
1968	CPS	17	47.0	31.2	38.6
1970	NHIS	17	43.5	31.1	36.9
	NCHS	21	42.3	30.5	36.2
1974	NHIS	17	42.7	31.9	37.0
1975	NCSH	21	39.3	28.9	33.8
1976	NHIS	20	41.9	32.0	36.7
1978	NHIS	17	37.5	29.6	33.2
1980	NHIS	20	38.3	29.4	33.6
1983	NHIS	20	35.7	29.4	32.4
	CPS	16	31.8	25.4	28.4
1985	NHIS	20	33.2	27.9	30.4
	OSH	17	29.5	23.8	26.5

NOTA: GP, Encuesta Gallup; CPS, Current Population Survey (Supplement); NCSH, National Clearinghouse for Smoking and Health (Adult Use of Tobacco Survey); NHIS, National Health Interview Survey; OSH, Office on Smoking and Health (Adult Use of Tobacco Survey). Los datos del NHIS no están ajustados por edad.

FUENTE: US DHHS 1987 c).

Cuadro No. 2

PREVALENCIA DE FUMADORES EN LA POBLACION ADULTA MASCULINA Y FEMENINA
EN VARIOS PAISES
(DECADA DEL 70 Y LA DECADA DEL 80)

PAIS	HOMBRES	MUJERES	AÑO	FUENTES
Uruguay	60%	32%	1970-80	a
	60%	32%	1974	b
	44%	23%	1988	c
	45%	45%	1985	d
Argentina	58%	18%	1970-80	a
	(La Plata) 57,9%	24%	1971	e
	(La Plata) 51%	18%	1972	b
	(Bs. As.) 39,1%	27,2%	1981	b
Jamaica	43%	27%	1988	c
	56%	14%	1970-80	a
Brasil	54%	37%	1970-80	a
	(Sao Paulo) 54%	20%	1971-72	g
	(Trabajadores) 52%	37%	1983	g
	33%	20,3%	1970	b
	50%	46%	1980	b
	40%	36%	1988	c
Bolivia	59%	53%	1980	d
	62,3%	37,5%	1986	h
Chile	45%	26%	1970-80	a
	47,1%	26,4%	1971	b-e
	41%	37%	1988	c
	52%	18%	----	d
Guyana	48%	4%	----	d
Colombia	52%	18%	1970-80	a
	(Bogota) 52,4%	21,1%	1971	e
	37%	18%	1988	c
	56,2%	31,4%	1977-80	h
Venezuela	45%	26%	1970-80	a
	32%	23%	1988	c
	46,6%	26,3%	1971	e
	53	26	----	h
México	45%	18%	1970-80	a
	(D.F.) 44,7%	16,5%	1971	e
	37%	17%	1988	c
Cuba	40%	----	1970-80	a
Ecuador	39%	16%	1988	c
El Salvador	38%	12%	1988	c
Canada	37%	33%	1986	i
Guatemala	36%	10%	1970-80	a
	(urb.) 30%	10%	1972	g
	(urb.) 36,2%	10,1%	1971	e
Honduras	36%	11%	1988	c
Costa Rica	35%	20%	1988	c
	33%	9%	1986	f
Perú	34%	7%	1970-80	a
	28%	17%	1988	c
	(Lima) 34,2%	6,5%	1971	e
(Lima, Callao) 77,27%	68,33%	----	h	
Estados Unidos	29,5%	23,8%	1986	j

- a- OMS. Informe del Director General Programa de la OMS sobre Tabaco y Salud. 77^a Reunión Consejo Directivo, Nov. 1985
- b- OPS. Control del Hábito de Fumar. Taller Subregional para el Cono Sur y Brasil. 1986.
- c- The Gallup's Organization, Inc. The Incidence of Smoking in Central and Latin America, 1988.
- d- WHO. Tobacco or Health. Report by the Director-General. Forty-first World Health Assembly, 23 March 1988, annex 2.
- e- OPS. Encuesta sobre la características del hábito de fumar en América Latina. Daniel Joly. 1977.
- f- Cartén y Vargas. Prevalencia del Fumador en Costa Rica. UCR-CCSS, 1986.
- g- WHO-IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Vol. 28, IARC, Lyon, France, pg. 77.
- h- OPS. Control del hábito de fumar. Taller Subregional para el Area Andina. 1987.
- i- Federal Prevention Committee of Smoking on National Program to Reduce Tobacco Use in Canada. 1988, pg. 6.
- j- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking, Nicotine Addiction. A report by the Surgeon General. 1988, pg. 566.

Cuadro No. 3

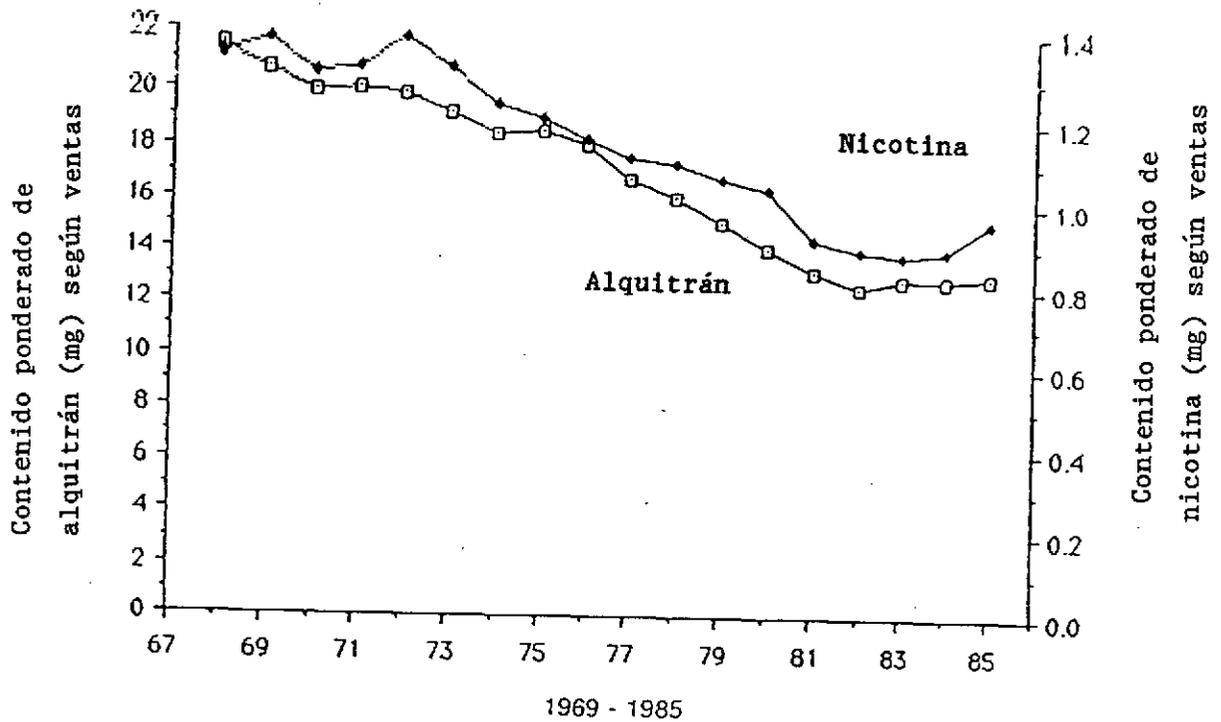
CONSUMO TOTAL DE CIGARRILLOS Y CONSUMO
 PER CAPITA ENTRE PERSONAS DE 18 Y MAS AÑOS DE EDAD,
 1973 A 1987, ESTADOS UNIDOS

Año	Consumo total (mil millones)	Consumo per cápita (≥ de 18 años)	Cambio en el con- sumo per cápita con respecto al año anterior (porcentaje)
1973	589,7	4,148	
1974	599,0	4,141	-0,2
1975	607,2	4,123	-0,4
1976	613,5	4,092	-0,8
1977	617,0	4,051	-1,0
1978	616,0	3,967	-2,1
1979	621,5	3,861	-2,7
1980	631,5	3,844	-0,4
1981	640,0	3,836	-0,2
1982	634,0	3,739	-2,6
1983	600,0	3,488	-7,2
1984	600,4	3,446	-1,2
1985	594,5	3,370	-2,3
1986	583,8	3,274	-2,9
1987 (est.)	574,0	3,196	-2,4

FUENTE: USDA (1986)

Gráfico No. 3

Promedios ponderados del contenido de alquitrán y nicotina
por cigarrillo, según ventas, 1968-1985
(los datos para 1985 son preliminares)



FUENTE: U.S. Federal Trade Commission (febrero de 1988).

Cuadro No. 4

DISTRIBUCIONES DEL CONSUMO PER CAPITA DE CIGARRILLOS EN AMERICA
1982

<u>PAIS</u>	<u>CONSUMO PER CAPITA</u>
Cuba	2.857
Canada	2.797
Estados Unidos	2.678
Uruguay	1.241
Argentina	1.136
Venezuela	1.089
Brasil	1.051
Colombia	873
Costa Rica	868
Belize	850
Chile	847
Nicaragua	846
Guyana	656
Jamaica	650
Panamá	595
Honduras	563
Paraguay	521
El Salvador	508
Ecuador	508
Guatemala	325
Haití	316
Perú	216
Bolivia	206

FUENTE: WHO, IARC, Vol. 38, Lyon, France, 1986, págs. 70-71.

Cuadro No. 5

Promedio del consumo anual de tabaco en varias regiones del mundo,
 1962-1977

	Promedio 1962-1964	Promedio 1972-1974	1975	1976	1977
	(kg/persona/año)				
Mundo	1,12	1,17	1,17	1,16	1,15
Países en desarrollo	0,78	0,79	0,79	0,79	0,81
América Latina	1,09	1,02	1,04	1,14	1,18
África	0,30	0,36	0,41	0,37	0,39
Mediterráneo Oriental	0,63	0,80	0,85	0,89	0,92
Asia Oriental	0,82	0,82	0,81	0,79	0,82
Países desarrollados	1,87	2,11	2,13	2,10	2,02

Fuente: Organización para la Agricultura y la Alimentación, Roma.

Cuadro No. 6

MONOGRAFÍAS IARC, VOLUMEN 38

Promedio ponderado del contenido de alquitrán en varios países,
 según ventas, 1982^a

Cantidad de alquitrán (mg/cigarrillo)	Países desarrollados	Países en desarrollo
0-10	Ninguno	Ninguno
11-16	Alemania, República Federal de Australia Bélgica Canadá Estados Unidos de América Finlandia Nueva Zelandia Países Bajos Reino Unido Suecia Suiza	Chile El Salvador Fiji Guatemala Kenya Mauricio Nicaragua Panamá Papua Nueva Guinea Trinidad y Tabago Venezuela
17-22	Francia Italia	Argentina Bangladesh Barbados Brasil Costa Rica Chipre Hong Kong India Malawi Malasia Malta Nigeria Sierra Leona Singapur Sudáfrica Sri Lanka Suriname Zimbabwe
23-28	Dinamarca	Indonesia Pakistán Zaire
29+	Ninguno	Ninguno

^a Suministrados por la industria del tabaco, de Lee, P.N. (1984).

vascular periférica; bronquitis crónica y enfisema, así como riesgos para la reproducción humana. Entre estos, que son menos conocidos, se cuenta una mayor probabilidad de abortos espontáneos, muertes fetales y neonatales, prematuridad y bajo peso al nacimiento, a su vez estrechamente asociado con la morbimortalidad perinatal.

Se ha establecido que, por lo menos el 90% de las muertes por cáncer pulmonar, el 75% de las relacionadas con bronquitis crónica y el 26% de las debidas a enfermedades isquémicas del corazón, son atribuibles al tabaquismo^(7,8,9). Estos datos han permitido estimar que un número aproximado de 700.000 muertes prematuras, que pueden ser evitables, ocurren innecesariamente cada año en la Región.

3.3 La naturaleza de la evidencia

La cuantiosa evidencia acumulada proviene de diversas fuentes (estudios clínicos, toxicológicos, epidemiológicos, tanto descriptivos como analíticos, e intervenciones comunitarias) y cumple con los criterios epidemiológicos aceptados para establecer causalidad, en cuanto a que la asociación entre tabaquismo y las condiciones enumeradas anteriormente es considerada no solo estadísticamente significativa, sino que también es lo suficientemente fuerte, consistente, específica y coherente. Además, reúne los requisitos de ser científicamente plausible y de observar relaciones irrefutables tanto en lo temporal, como entre dosis y respuesta, con la exposición a los diversos compuestos tóxicos producidos durante la combustión del tabaco.

Obviamente, por razones éticas, morales y de índole práctica, es imposible establecer la prueba absoluta de causalidad para los efectos nocivos del tabaquismo. Tampoco es necesario persistir en la búsqueda de tal prueba absoluta, porque existe la demostración de que la cesación del tabaquismo reduce, después de un período de latencia, la mayoría de los efectos nocivos para la salud que se han mencionado. Tampoco fue necesario para John Snow contar con la prueba absoluta sobre las causas de las epidemias de cólera de Londres del siglo pasado, ni para Goldberger contar con la prueba absoluta sobre las causas de la pelagra. Ambos tuvieron la certeza de que había pruebas, más que suficientes y necesarias, para intervenir y resolver exitosamente los problemas que enfrentaban.

3.4 Tabaquismo pasivo

Al quedar establecidas las consecuencias que involucra el tabaquismo para la salud, surgió la preocupación acerca de los riesgos a los que están sometidos involuntariamente los no fumadores, que viven en la proximidad de los fumadores. Tal es el caso de los familiares, convivientes y compañeros de trabajo de los fumadores, a quienes se ha denominado fumadores "involuntarios", o "pasivos". Se sabe que, además de la corriente principal de gases y partículas (mainstream) que inhala el fumador, se producen también elementos tanto o más tóxicos y cancerígenos en el extremo del cigarrillo que está en combustión (sidestream) (Cuadro 7).

Cuadro No. 7CONCENTRACION DE LOS PRINCIPALES AGENTES TOXICOS Y TUMORIGENOS EN EL HUMO DEL CIGARRILLO
Y SU RELACION ENTRE EL HUMO "MAINSTREAM" (MS) Y "SIDESTREAM" (SS)²

Fase y agente(s)	Nivel de MS	Relación SS/MS *	Fase y agente(s)	Nivel de MS	Relación SS/MS *
Gas			Estigmasterol	53ug	0,8
Dióxido de carbono	10-80mg	8,1	Total de fitosteroles	130ug	0,8
Monóxido de carbono	0,5-26mg	2,5	Naftalina	2,8ug	16
Oxido de nitrógeno	16-600 ug	4,7-5,8	1-metilnaftalina	1,2ug	26
Amoniaco	10-130 ug	44-73	2-metilnaftalina	1,0ug	29
Cianuro de hidrógeno	280-550 ug	0,17-0,37	Fenantreno	2,0-8,0 ng	2,1
Hidrazina	32 ug	3	Benzantraceno	10-70 ng	2,7
Formaldeído	20-90 ug	51	Pireno	15-90 ng	1,9-3,6
Acetona	100-940 ug	2,5-3,2	Benzapireno	8-40 ng	2,7-3,4
Acroleína	10-140 ug	12	Quinolina	1,7 ug	11
Acetonitrilo	60-160 ug	10	Metilquinolina	6,7 ug	11
Piridina	32 ug	10	Harmano	1,1-3,1 ug	0,7-2,7
3-vinilpiridina	23 ug	28	Norharmano	3,2-8,1 ug	1,4-4,3
N-nitrosodimetilamina	4-180 ng	10-830	Anilina	100-1200ng	30
N-nitrosoetil- metilamina	1,0-40 ng	5-12	o-toluidina	32 ng	19
N-nitrosodietilamina	0,1-28 ng	4,25	1-naftilamina	1,0-22ng	39
N-nitrosopirrolidina	0-110ng	3-76	2-naftilamina	4,3-27 ng	39
Partícula			4-aminobifenil	2,4-4,6ng	31
Total	0,1-40 mg	1,3-1,9	N-nitrosonornicotina	0,2-3,7 ug	1-5
Nicotina	0,06-2,3 mg	2,6-3,3	4(metilnitrosamino)-1 (3-piridil)-1-butanona	0,12-0,44 ug	1-8
Tolueno	108 ug	5,6	N-nitrosoanatabina	0,15-4,6 ug	1-7
Fenol	20-150 ug	2,6	N-nitrosodietanolamina	0-40 ug	1,2
Catecol	40-280 ug	0,7	Polonio 210	0,03-0,5 pc	ND

ND = no disponible

Fuente: CAN MED ASSOC J. VOL 131, 15 de noviembre de 1984

De acuerdo con el Informe del Cirujano General de los Estados Unidos, de 1986, se puede concluir que:

- La exposición involuntaria al humo del cigarrillo causa enfermedad, incluyendo cáncer del pulmón, entre los no fumadores previamente sanos.
- Los hijos de padres fumadores, al ser comparados con los hijos de padres no fumadores tienen una frecuencia más elevada de infecciones y síntomas respiratorios y menores incrementos de la capacidad funcional, a medida que el pulmón madura.
- La simple separación entre fumadores y no fumadores en el mismo espacio ambiental disminuye, pero no elimina la exposición al humo del tabaco⁽¹⁰⁾.

Los hallazgos acerca del tabaquismo pasivo, ponen de manifiesto otros aspectos del problema que son a la vez polémicos y revisten gran importancia práctica. Primeramente, comprueban una vez más los riesgos del tabaquismo para el fumador y luego resaltan la magnitud del problema, ya que no solamente son los propios fumadores quienes están expuestos a estos riesgos, sino también los que los rodean, aunque no fumen. Esto reviste especial significación para los que conviven con fumadores en el hogar y en lugares de trabajo, especialmente si estos últimos están expuestos a la inhalación de otras sustancias químicas, que potencien el efecto nocivo del tabaco.

Se ha especulado que en los Estados Unidos, se producen aproximadamente 5.000 muertes anuales atribuibles al "tabaquismo pasivo". Cabe pensar que en el resto del continente donde la prevalencia del tabaquismo es mayor y las restricciones menores, se produzca anualmente un número, por lo menos similar de muertes, debidas a esta misma causa.

Esto pone en duda la eficacia de las restricciones parciales del tabaquismo en los ambientes de trabajo u otros lugares cerrados y sugiere la necesidad de la prohibición total. Por otra parte, plantea vigorosamente la preeminencia del derecho de todos a respirar aire puro, sobre el derecho de los fumadores a contaminar el aire y enfermar a otros.

3.5 La adicción

A la luz de la convincente información disponible acerca de los efectos nocivos del tabaco, cabe preguntarse ¿por qué continúan los fumadores consumiéndolo?

La información existente sobre la farmacología, el metabolismo, los sitios y los mecanismos de acción de la nicotina y de otros alcaloides que constituyen los elementos farmacológicos activos de la combustión del tabaco permite responder a esta interrogante.

El uso de la nicotina cumple con los así llamados "criterios primarios y adicionales" utilizados para juzgar la dependencia a drogas u otras sustancias que generan adicción.

Los patrones de uso de la nicotina son regulares, compulsivos, tienen efectos psicoactivos (cambian estados de ánimo), desarrollan tolerancia progresiva y causan dependencia física, caracterizada por la aparición de un síndrome de abstinencia, cada vez que se suspende su uso. Los procesos farmacológicos y conductuales, que determinan la adicción a la nicotina son similares a aquellos que determinan la adicción a los opiáceos, al alcohol y a otras sustancias. Estímulos similares de naturaleza ambiental, presiones sociales y de otra índole, ejercen importantes influencias en la iniciación, patrones de uso, cesación y recaída, para todas estas sustancias. Por las mismas razones muchas personas adictas no están en condiciones de interrumpir voluntariamente el consumo del tabaco, ni alcanzar períodos de abstinencia duraderos, sin la ayuda de programas de cesación.

Las consideraciones precedentes destacan la importancia de dos situaciones:

- Para muchos fumadores no existe la pretendida libertad de opción para abandonar el hábito, que aduce la industria tabacalera, puesto que son adictos.
- Se plantea entonces la necesidad de ofrecer servicios o clínicas para asistirlos en sus esfuerzos para abandonar el consumo adictivo⁽¹¹⁾.

4. CONTROL DEL TABAQUISMO: LOGROS Y LIMITACIONES

Debido a la complejidad del problema del tabaquismo, a la multiplicidad de factores que intervienen en su génesis y a la interdependencia que guardan entre sí, resulta difícil identificar a las medidas de control que han tenido mayor impacto. Es más difícil aun, intentar medir la cuantía de tal impacto.

No obstante, se ha desarrollado en los países de la Región un impresionante conjunto de actividades de prevención y control del tabaquismo que incluye:

- la convocatoria de talleres nacionales de prevención y control;
- el establecimiento de comités coordinadores a diversos niveles;
- la formulación de planes de acción;
- la instauración de "días nacionales de no fumar";

- la promoción de investigación científica acerca de los aspectos conductibles del tabaquismo;
- establecimiento de restricciones legales sobre la publicidad, venta, advertencias y consumo de cigarrillos en lugares públicos;
- inclusión formal de la educación en currícula escolares;
- la difusión de información a través de medios masivos de comunicación.

Los resultados de todos estos esfuerzos han sido alentadores y muy visibles para algunos países de la Región, aunque no han sido del todo satisfactorios para muchos otros. El análisis de lo ocurrido en estos últimos ha sido aleccionador y permite identificar tanto los obstáculos que se han encontrado, como las perspectivas de solución que se vislumbran. Ambos aspectos se consideran en los capítulos siguientes.

4.1 Las repercusiones económicas

Las repercusiones económicas del tabaquismo son numerosas, complejas y deben ser examinadas al menos desde dos puntos de vista distintos. Por una parte considerando los beneficios económicos que se generan de la producción y consumo de tabaco, y por la otra, las pérdidas ocasionadas por las consecuencias directas e indirectas de tal consumo.

Los beneficios económicos se derivan del cultivo, de la exportación, de la manufactura y la comercialización de cigarrillos y de los empleos e ingresos que ellos generan. Además deben considerarse los ingresos percibidos por los gobiernos por concepto de impuestos que gravan la producción y venta de tabaco.

Las pérdidas se han identificado como directas e indirectas. Las primeras, representadas por el gasto que para el consumidor representa la compra de cigarrillos y por los gastos directos de salud que son consecuencia del consumo, en términos de aumento de las consultas médicas, hospitalizaciones, medicamentos, etc. Las segundas se derivan, no solo de la pérdida de productividad por muerte prematura, invalidez y ausentismo, sino que también incluyen aquellas ocurridas por daños a la propiedad, mayor riesgo de incendios y accidentes.

Deben agregarse aquí también como pérdidas daños que pueden haber ocurrido en algunos países en la deforestación, el empobrecimiento y contaminación del suelo, ocasionados por el cultivo del tabaco, por el uso intensivo de pesticidas y de energía en su procesamiento. Asimismo, hay que tener en cuenta la disminución de la disponibilidad de tierras aptas para cultivos de alimentos, especialmente importante en los países en desarrollo en los que, debido al menor rendimiento de los cultivos, se requiere sembrar una superficie mayor de tierra.

Más aun, el deterioro constante de la salud y de la "calidad de la vida" ocasionadas por el tabaquismo, no pueden medirse en términos monetarios. Su consideración debe hacerse, en su dimensión ética social y política.

Por la importancia que tiene la producción de tabaco en la economía de algunos países, parece a primera vista comprensible que algunos gobiernos vacilen en imponer restricciones. No obstante, al comparar los beneficios con las pérdidas, se podría decir que estas últimas superan a las primeras. Cifras publicadas para el Canadá en 1984 y 1985(12, 13) indican que el cultivo, manufactura, y comercialización del tabaco generó ingresos por 6.100 millones de dólares canadienses de los cuales 64%, o sea 3.800 millones se canalizaron hacia los diversos niveles de gobierno, en la forma de impuestos. Sin embargo, los cálculos de las pérdidas cuantificables en 1982 llegaron a la suma de 7.100 millones, lo que arroja una pérdida neta anual para el país de 3.300 millones de dólares.

La única ventaja aparente para los gobiernos es que los impuestos al tabaco son "impuestos cómodos" y relativamente "aceptables" para la población. Sin embargo, debe tenerse presente que existe la posibilidad de utilizar cultivos alternativos al tabaco, cada vez que estos se transformen en igualmente lucrativos, de que los empleos puedan transferirse a otros sectores de la economía y de que los impuestos puedan captarse desde otras fuentes, como está ocurriendo ya en algunos países desarrollados. Las pérdidas sociales ocasionadas por el tabaquismo son las únicas inescapables e intransferibles, y para ellas la única alternativa de solución es la eliminación del consumo.

4.2 Los obstáculos para el control

Hasta el más somero examen del problema del tabaquismo en la Región de las Américas pone de manifiesto una situación de agudo contraste:

Por una parte, en Norte América se percibe una mejoría, y en Latinoamérica y el Caribe en general un agravamiento del problema. La ocurrencia simultánea de estas dos tendencias contrapuestas no es simplemente el producto del azar. Ellas son aparentemente, la consecuencia de dos fenómenos, uno de carácter económico, y otro de carácter político, pero cuyos efectos se potencian entre sí (no se excluye el efecto de factores psicológicos y socioculturales concomitantes):

El primero ha sido llamado la "transnacionalización" de la producción del tabaco y el segundo, la falta de acción de algunos gobiernos(14).

Los grandes conglomerados transnacionales que ahora dominan la casi totalidad del mercado mundial del tabaco, han tenido éxito al compensar la disminución de las ventas en los países industrializados, debido a las restricciones impuestas por esos gobiernos, dirigiendo esfuerzos hacia la penetración de los mercados mas débiles; los adolescentes, las mujeres jóvenes y las economías en desarrollo. Esto se refleja en el acelerado aumento de la participación de los países en vías de desarrollo tanto en el consumo como en la producción de tabaco mundiales⁽¹⁵⁾ (Cuadro 8).

La acción promocional de la industria tabacalera ha estado centrada en torno a esfuerzos publicitarios destinados, por una parte, a presentar una imagen favorable y, por la otra, a distraer la atención sobre dos puntos trascendentales: que están vendiendo un producto nocivo para la salud y que un mayor número de muertes ha ocurrido como consecuencia del tabaquismo que en todas las guerras del presente siglo⁽¹⁶⁾.

En 1986 se estimaba que la industria tabacalera gastaba más de 2.000 millones de dólares en publicidad para presentarse como creadores de riqueza, proveedores de empleos, promotores de desarrollo, mecenas de las artes y de los deportes y defensores de las libertades individuales.⁽¹⁷⁾ Sistemáticamente también se han negado a admitir que venden un producto nocivo para la salud arguyendo que no hay "prueba absoluta" de los efectos del tabaquismo; que el fumar es una opción personal en vez de ser una adicción; que cualquiera restricción de su uso viola las libertades individuales; que hay otros problemas de salud mas urgentes, o más fáciles de resolver, y que los beneficios económicos del tabaco superan las pérdidas.

La falta de acción regulatoria de muchos gobiernos se ha basado tal vez en la percepción de que la industria del tabaco estimula la expansión de la economía, generando a la vez empleo e "impuestos cómodos"; o que los programas antitabáquicos son esfuerzos ineficaces o extemporáneos, frente a las inaplazables necesidades creadas por otros problemas de salud considerados como más prioritarios.

Diversos grupos de interés legítimamente involucrados, como algunos de agricultores, de la industria envasadora, de las empresas de publicidad y comercialización, de los medios de comunicación social, e incluso de algunas asociaciones deportivas y artísticas que se benefician financieramente, tienden a apoyar la actitud de tales gobiernos, en desmedro del interés general de la población.

Los fenómenos comentados conspiran en contra de la salud de la población. Mientras que las compañías tabaqueras y los grupos de interés persiguen objetivos de lucro, la "complacencia" de muchos gobiernos se debe muchas veces a la falta de información y a la ausencia de políticas definidas. Las pérdidas consiguientes son, sin embargo, transferidas y pagadas por toda la población.

Cuadro No. 8

CONSUMO MUNDIAL DE TABACO
 (participación sobre toneladas métricas)

Países	1961	1975	1985	1995
Industriales	41,5	36,9	30,8	26,2
Planificación centralizada	20,9	14,3	14,8	14,2
En desarrollo	47,6	48,8	54,4	54,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

PRODUCCION DE TABACO
 (En mil toneladas métricas)

Países	1961	%	1985	%	1995	%
Industriales	1.328	35,5	1.400	23,3	1.500	19,0
En desarrollo	2.033	54,2	3.800	63,3	3.400	68,3
Planificación central	387	<u>10,3</u>	800	<u>13,4</u>	1.000	<u>12,7</u>
Total		100,0		100,0		100,0

Fuente: Banco Mundial, 1982

4.3 Los ejemplos exitosos y las perspectivas de control

Los países que han demostrado éxito en reducir la prevalencia del tabaquismo, han pasado a través de varias etapas sucesivas en sus esfuerzos por resolver este problema.

A medida que se fue acumulando la evidencia incuestionable acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud, se iniciaron también las primeras actividades de información y educación al público. Se observó luego una reducción inicial de la prevalencia, y el problema comenzó gradualmente a atraer, cada vez más, la atención de la población. En la década de 1980, se produjo la así llamada "conversión de la prevalencia". Es decir, de dos tercios de fumadores y solo un tercio de no-fumadores que había en la década de los 60 se pasó a tener solo un tercio de fumadores y dos tercios de no-fumadores. Al transformarse los no-fumadores en franca mayoría, se pudo percibir también los siguientes cambios medibles en la opinión pública:

- se comenzó a percibir por primera vez al tabaquismo como "socialmente inaceptable";
- se comenzó a poner en tela de juicio la legalidad de la promoción o aun de la venta de un producto reconocidamente dañino para el consumidor;
- a la luz de los hallazgos sobre los efectos del tabaquismo pasivo, la población comenzó a exigir el derecho a respirar "aire puro" y a la protección ambiental contra los riesgos del tabaco.

Quizá la conclusión mas transcendental que puede inferirse de estos hechos, es que en la práctica, la prevención y el control del tabaquismo demostraron ser técnica y económicamente factibles y también social y políticamente viables.

Por añadidura, gradualmente se está reuniendo la información que ha permitido confirmar las predicciones de los numerosos estudios epidemiológicos de las décadas de 1960 y 1970. Efectivamente, estudios de seguimiento estan demostrando también que reducciones importantes en la prevalencia del tabaquismo producen, después de un período de latencia, una disminución significativa en la mortalidad cardiovascular⁽¹⁴⁾.

Los fumadores tienen una probabilidad entre 2 y 3 veces más alta de morir prematuramente que los no-fumadores (riesgos relativos de 1,86 a 3,00, según la magnitud de la exposición al tabaco) y tienen una prevalencia de consumo de por lo menos el 30% o más en la población general⁽¹⁸⁾. El tabaquismo tiene entonces lo que se ha denominado un "riesgo atribuible poblacional" muy elevado. Este indicador, que mide el impacto potencial que a largo plazo pueda tener la eliminación de un riesgo, señala que para el tabaquismo tal impacto puede ser, para diversas condiciones, mayor del 50%, es decir, más elevado que el de cualquier otra medida preventiva aislada.

4.4 Políticas y programas

Por algún tiempo se pensó que el simple acto de informar al público acerca de los peligros del tabaco, haría desistir de su uso a la gran mayoría de los consumidores.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el consumo del tabaco está arraigado en América Latina desde el período pre-colombino, y que muchos países mantuvieron el monopolio y promovieron su venta en épocas coloniales (Estanco del Tabaco). Originalmente, la producción tabacalera estuvo a cargo de compañías nacionales; a partir de la pos-guerra los conglomerados transnacionales pasaron a dominar el área produciéndose simultáneamente una expansión del consumo.

Aun en los países en que la prevalencia de consumo está disminuyendo, la venta del tabaco sigue siendo legal y una proporción por suerte cada vez menor de la población, sigue considerando todavía al tabaquismo como socialmente aceptable. La industria tabacalera sigue promoviendo activamente su consumo, cuentan con grandes recursos y con el apoyo de grupos que se benefician de esas ventas.

El problema es complejo, no puede resolverse a corto plazo, ni menos con soluciones simplistas. Requiere de un esfuerzo concertado, sostenido, de muchos participantes, en un ámbito intersectorial y macropolítico.

Se plantea así la necesidad de formular políticas y programas nacionales con amplia participación, que puedan contribuir al logro de las primeras generaciones libres de tabaco en el continente americano para el año 2000.

Los objetivos específicos posibles, en el ámbito del sector salud, deben orientarse a:

- Proteger la salud y los derechos de los no-fumadores.
- Ayudar a los no-fumadores a permanecer libres del tabaquismo (prevención) y a las generaciones nuevas de niños y adolescentes, libres de la inducción al consumo (promoción).
- Concientizar a los fumadores sobre el riesgo del tabaco y ayudar a quienes deseen abandonar el consumo (cesación).

4.5 Las Directrices estratégicas

En la medida en que los programas de control han ido adquiriendo mayor impulso, se han definido las directrices estratégicas de mayor efectividad, a saber:

4.5.1 Promoción de legislación para que los países:

- prohíban y/o restrinjan la promoción de las ventas y la publicidad al tabaco;
- impongan el uso obligatorio de advertencias acerca de sus peligros y carácter adictivo, y los difundan eficazmente;
- reduzcan el contenido de alquitrán, nicotina y otras sustancias tóxicas, en los cigarrillos;
- prohíban y/o restrinjan el consumo de tabaco en lugares públicos, incluyendo escuelas, hospitales, medios de transporte y otros de confluencia grupal;
- promuevan el establecimiento de la responsabilidad causal entre el tabaco y enfermedad imputable en actos judiciales y apoyen a los afectados que demanden indemnización.

4.5.2 Promoción de programas que:

- informen acerca del problema a través de los medios masivos de comunicación;
- eduquen sobre los efectos del tabaco a escolares y grupos específicos de alto riesgo (adolescentes, embarazadas, etc.), a través de programas innovativos utilizando pares y compañeros. Estos programas deben ser susceptibles de evaluación objetiva;

4.5.3 Provisión de servicios de cesación y consejería para que:

- estimulen y ayuden de diversas maneras a aquellos fumadores que ya presentan signos de adicción, para que abandonen el consumo;

4.5.4 Desarrollo de intervenciones económicas que:

- incrementen la lucratividad de otros cultivos alternativos al tabaco y su comercialización;
- ofrezcan ingresos alternativos a los diversos grupos beneficiarios de la comercialización del tabaco;
- generen impuestos que al aumentar los precios desestimulen el consumo del cigarrillo;

4.5.5 Estímulo de la acción ciudadana que:

- favorezcan la acción de los grupos comunitarios y voluntarios para extender y hacer cumplir la legislación restrictiva;
- diseminen información y promuevan la investigación operativa sobre las características del consumo y la efectividad de las acciones de prevención y control;
- incrementen la toma de conciencia para transformar al tabaquismo socialmente inaceptable;

4.5.6 Promoción de la investigación e incremento del conocimiento en aquellas áreas prioritarias tales como:

- factores que inducen a iniciar el hábito;
- eficacia y aceptabilidad de los servicios de cesación;
- riesgos del tabaquismo pasivo;
- investigación de grupos de alto riesgo para adquirir la adicción;
- la naturaleza adictiva del tabaquismo y principios farmacológicos activos;
- los determinantes de la eficacia de los mensajes publicitarios, tanto para impedir el acceso al consumo como para también estimular el abandono de este.

5. LINEAMIENTOS PARA UN PLAN DE ACCION

Para cumplir con los propósitos y objetivos señalados y poner en práctica las directrices estratégicas enumeradas en párrafos precedentes, se requiere la puesta en marcha de un Plan de Acción que estimule la participación de agencias e instituciones nacionales, gubernamentales y no gubernamentales y promueva también la acción internacional.

Se enfatizan los siguientes aspectos:

- 5.1 Concertación y coordinación de las organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, asociaciones profesionales de salud y otras interesadas en resolver el problema del tabaquismo.
- 5.2 Establecimiento de programas de cooperación entre países y agencias a nivel regional y subregional.

- 5.3 Desarrollo, captación e intercambio de información y material educativo.
- 5.4 Capacitación para incrementar la idoneidad técnica y especialmente de la capacidad para ejecutar programas de control.
- 5.5 Promoción de la investigación en los países de la Región.
- 5.6 Establecimiento de mecanismos coordinados para financiar, con la colaboración de diversos participantes, los programas de prevención y control del tabaquismo.

La información resumida en este documento plantea claramente nuevos desafíos y mayores responsabilidades, tanto para los Gobiernos Miembros como para la OPS y otros organismos.

Ha surgido una nueva obligación, pero se ofrece a la vez una oportunidad propicia para entrar en una nueva etapa, e intensificar la lucha antitabáquica en la Región.

Las resoluciones adoptadas en este sentido por la OMS, EURO, por las asociaciones de salud pública, por las organizaciones de profesionales y muchas otras, revelan por una parte, una clara decisión política y por la otra, la voluntad de aunar esfuerzos para alcanzar un mundo libre de tabaco para el año 2000.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) A Report of the International Workshop on Smoking and Health. Strategies for a Smoke Free World. Calgary, Albert, Canada, 1985.
- (2) Hill GB, Mady, Laidlaw J, et al. Canadian Cancer Statistics. Canadian Cancer Society, Toronto, 1988.
- (3) Canadian Gallup Polls, Toronto 1982-1986.
- (4) Smoking Prevalence Among Adults by Sociodemographic Subgroup, USA, 1985. The Health Consequences of Smoking, a Report of the Surgeon General, 1988.
- (5) Smoking Behaviour of Canadians Health and Welfare. Ottawa, Canada, 1985.
- (6) Informe del Comité de Expertos de la OMS sobre Lucha Antitabáquica. Serie de Informes Técnicos 636, Ginebra 1979.
- (7,8,9,10,11) Health Consequences of Smoking. Reports of the Surgeon General of the US on Cancer (1982); Cardiovascular Disease (1983); Chronic Obstructive Lung Disease (1984); Involuntary Smoking (1986); Nicotine Addiction (1987); US Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland, US.
- (12) Canadian Tobacco Manufacturers Council, Tobacco in Canada. Toronto, November 1985.
- (13) Rogers, B., Collishaw, N., "Tobacco use in Canada", Canadian Pharmaceutical Journal, Vol. 117, No. 4, April 1984.
- (14) Samper Pizano, E. Aspectos Económicos y Políticos del Tabaquismo. Segundo Taller Subregional sobre el Control del Hábito de Fumar. Noviembre, 1986.
- (15) Prevalencia y Consumo de Tabaco. Banco Mundial, 1982.
- (16) Taylor, J. Smoke Ring. The Politics of Tobacco. London, The Bradley Herald, 1984.
- (17) Informe del Comité de Expertos de OMS Estrategias Contra el Tabaquismo en los Países en Desarrollo, Series de Informes Técnicos 695, Ginebra 1983.
- (18) Collishaw N, Myels G. "Dollar estimates of the consequences of tobacco uses in Canada, 1979." Canadian Journal of Public Health, Vol. 75, May-June 1984.