



XVIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C., E.U.A.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1970

Tema 22 del programa provisional

CSP18/12 (Esp.)
CORRIGENDUM
26 septiembre 1970
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

CONTROL SOBRE CIGARRILLOS

CORRIGENDUM AL TEXTO ESPAÑOL UNICAMENTE

	<u>Donde dice</u>	<u>Debe decir</u>
Página 7, línea 9:	previsto	provisto
Anexo I, página 2:	que el	distintas al
Anexo I, página 2, párrafo 2, línea 4:	pulmón atribuibles	pulmón que son también atribuibles
Anexo V, página 6, párrafo 4, línea 2:	diferencia entre urbano/rural	diferencia urbano/rural
Anexo V, página 16, párrafo 4, línea 3:	jóvenes empiezan	jóvenes, empiezan
Anexo V, página 17, párrafo 2, línea 6:	característica de	que caracteriza a
Anexo V, página 17, párrafo 2, línea 11:	discusión en	discusión si en
Anexo V, página 22, párrafo 4, línea 4:	sanción	aprobación
Anexo V, página 24, última línea:	salud de las	salud las
Anexo V, página 26, párrafo 1, línea 9:	hay en	en



XVIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C., E.U.A.

SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1970

Tema 22 del proyecto de programa

CSP18/12 (Esp.)

19 agosto 1970

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

CONTROL SOBRE CIGARRILLOSInforme sobre las medidas que se estan tomando en las Américas
para controlar la propaganda de cigarrillos

(Resolución XXXIV, "Control sobre cigarrillos", XIX Reunión del
Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud)

I. Magnitud del problema

Cualquier duda razonable que existiera respecto del serio riesgo que significa para la salud el fumar cigarrillos ha sido disipada por la evidencia acumulada en los últimos veinte años (1). La lista de enfermedades que ocurren más frecuentemente en los fumadores empedernidos de cigarrillos incluye diversos cánceres (pulmón, laringe, labio, cavidad oral, esófago, vejiga y otros órganos urinarios), la bronquitis crónica, enfisema, cardiopatías coronarias, cirrosis hepática y úlcera de estómago. Alrededor de un tercio de las muertes que ocurren en hombres de 35 a 60 años de edad son "en exceso" de las que habrían sobrevenido si los fumadores de cigarrillos exhibieran la misma tasa de mortalidad que los no fumadores. También se ha estimado en los Estados Unidos de América que la expectativa de vida en los hombres jóvenes que son fumadores empedernidos (más de dos cajetillas diarias) se reduce en cerca de ocho años, siendo mayor el riesgo para aquellos que comenzaron a fumar más precozmente. Una encuesta conducida por el Centro Nacional de Estadística de Salud del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos reveló que los trabajadores que fuman por lo menos una cajetilla de cigarrillos por día faltan por enfermedad a su trabajo un tercio más de tiempo que aquellos que no fuman nunca. Este "exceso" de pérdida de trabajo representa un 20% de ausentismo anual resultante de enfermedad en los trabajadores de 17 a 44 años de edad (2).

(1) Conferencia de Sir George Godber (Anexo I)

(2) Datos sobre el hábito de fumar y la salud, United States Public Health Service Publication No. 1712-S - Revised January 1970 (Anexo II)

En América Latina, a medida que las enfermedades transmisibles son controladas y aumenta la expectativa de vida, las enfermedades crónicas están emergiendo como un problema importante de salud pública; ello fue puesto en evidencia por el estudio de las características de la mortalidad urbana conducido por la Organización Panamericana de la Salud a comienzos de la última década en 12 grandes ciudades (3). En el conjunto de las 10 ciudades latino-americanas estudiadas, veinte por ciento de todas las muertes que ocurrieron en hombres de 35 a 64 años de edad fue atribuible a enfermedades relacionadas con el hábito de fumar cigarrillos. La investigación mostró asimismo, que las 10 ciudades parecen ordenarse en 3 grupos: La Plata, São Paulo y Caracas ocupan las primeras posiciones (33.4%, 28.9% y 28.5%); Bogotá, Lima, Cali, México, Riberão Preto y Santiago de Chile siguen en rangos intermedios (20.6%, 17.3%, 16.0%, 15.6%, 15.3% y 15.0%); y Guatemala (9.7%) está en el envidiable último puesto.

Los aportes del tabaco a la economía y recursos fiscales de muchos países de América Latina no pueden ser ignorados, pero esas contribuciones pierden ciertamente relieve ante el perjuicio proveniente de las pérdidas de salarios, incapacitaciones prolongadas, costos de largas atenciones médicas y, sobre todo, frente al daño en término de vidas humanas.

II. Resoluciones de la OPS y OMS

Es evidente que el problema está alcanzando ya una magnitud tal que demanda acciones radicales para prevenir que la morbilidad y mortalidad asociadas al hábito de fumar alcancen los altos niveles que se observan actualmente en muchos de los países más desarrollados. Es este reconocimiento que el fumar cigarrillos contribuye substancialmente a causar muertes prematuras por cáncer pulmonar, enfermedades coronarias, bronquitis crónica e insuficiencia respiratoria crónica lo que motivó que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XIX Reunión de octubre de 1969, aprobara una resolución solicitando una indagación de las medidas y acciones que se están realizando en la Región en pro del control del citado hábito (4). Similares razones dieron lugar a la adopción de la resolución "Consecuencias del tabaco para la salud" en la 23a Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1970) (5). En esa resolución, se señaló a la atención de los Estados Miembros

-
- (3) Puffer, R. R. y Griffith, G. W., Características de la Mortalidad Urbana. Publicación Científica de la OMS/OPS No. 151, mayo 1968
 - (4) Resolución XXXIV "Control sobre cigarrillos", XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXI Reunión del Comité Regional de la OMS, 1969 (Anexo III)
 - (5) Resolución "Consecuencias del tabaco para la salud", Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1970 (Anexo IV)

y de los Miembros Asociados, el informe elevado al Director General por dos destacados expertos, y se indicó la conveniencia de examinar las ventajas que reportaría la aplicación de algunas de sus recomendaciones (6).

III. Procedimiento de indagación

A fin de dar cumplimiento al mandato que le fuera conferido por la Resolución "Control sobre cigarrillos", el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana solicitó a principios del corriente año que las autoridades de salud de todos los Países Miembros y observadores le transmitieran "toda información pertinente a las medidas que han adoptado y las actividades que están llevando a cabo los organismos oficiales y las instituciones privadas... para controlar la propaganda en favor del cigarrillo". Se recabó en la misma nota "un relato de los programas que con similares objetivos se están planeando para el futuro, como asimismo, cualquiera otra sugerencia referente a la realización de una acción más eficiente en contra del hábito en cuestión".

Las respuestas recibidas hacia principios del mes de marzo último permitieron reunir información, a veces incompleta pero siempre valiosa, sobre la situación existente en 17 Países Miembros y en el Canadá. Un cuestionario ad hoc fue entonces enviado a todos los Estados Miembros a fines del mismo mes de marzo con el objeto de complementar esa información (7). Las preguntas del cuestionario fueron formuladas para recoger datos acerca de los siguientes puntos: 1) Existencia de controles legales sobre la producción, venta, propaganda y consumo de cigarrillos; 2) grado de desarrollo de campañas o programas contra el hábito de fumar; 3) política que las autoridades de salud piensan seguir en el futuro respecto a este problema, y 4) tendencia en el consumo de tabaco en las dos últimas décadas.

IV. Información recogida

El cuestionario aludido fue contestado por veinticuatro países, trece de los cuales habían ya dado respuesta a la solicitud de principios de enero; las otras once respuestas representan una adición a la lista inicial y todo esto ha permitido recoger y analizar los datos provenientes de un total de veintiocho países. En el Anexo VII se presenta en forma tabular, siguiendo el modelo de la encuesta, la información combinada de la nota inicial y del cuestionario.

(6) Fletcher, C. M. y Horn, D., Smoking and Health - Informe al Director General de la OMS, 1970 (Anexo V)

(7) Encuesta referente a la Resolución XXXIV "Control sobre cigarrillos", XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS (Anexo VI)

En seis países las autoridades gubernamentales ejercen algún tipo de control sobre el cultivo e industrialización del tabaco, pero cabe destacar que esta regulación está habitualmente a cargo de los ministerios de hacienda, comercio, industria o agricultura y que aparentemente no existen normas sobre el contenido de residuos alquitranados y nicotina en el producto que se pone a la venta.

Ocho países suministraron información sobre el consumo de tabaco en las últimas décadas; seis de ellos aportaron datos específicos sobre la venta de cigarrillos. En todos los casos se registraron aumentos en el consumo de cigarrillos que variaron entre el 8% y el 113% para los últimos 10 años y entre el 59% y 188% para los últimos veinte años. Este aumento coincide con una disminución en la venta de cigarros puros que osciló entre 9% y 62% durante la década pasada. Cabe destacar que estas cifras se basan en la recolección de impuestos y no toman en cuenta las importaciones ilegales y la fabricación manual de cigarrillos, fuentes que puede presumirse son relativamente altas en algunos países.

Un sólo país ha indicado la existencia de disposiciones reguladoras de la venta de cigarrillos y las mismas sólo se refieren al pago de impuestos y a la obligatoriedad de tener licencia para su expendio. Puede asumirse que la venta del tabaco está también gravada y sujeta a licencia en todos los otros países. Restricciones para fumar cigarrillos en lugares públicos existen en 14 países de la Región; estas disposiciones han sido dictadas principalmente teniendo en cuenta la prevención de incendios, y en la mayoría de los casos sólo se extienden a los vehículos de transporte colectivo y a ciertos espectáculos públicos como cines y teatros. En México se ha iniciado recientemente un programa que restringe el uso del cigarrillo en los hospitales y otras instituciones médicas de los tres organismos donde se concentra la mayor parte de la atención médica que se brinda a la población. El informe de los Estados Unidos de América señala una disminución del uso de cigarrillos en lugares públicos y que ello es debido a una mayor atención hacia el confort de quienes no fuman, pero destaca que esta tendencia debe ser atribuida más a los esfuerzos educacionales que a disposiciones coercitivas.

En el curso de los primeros cuatro meses del corriente año, los Gobiernos de la Argentina, los Estados Unidos de América, Panamá, y el Perú, adoptaron restricciones legales a la propaganda del cigarrillo.

En la Argentina se ha prohibido por el término de un año toda publicidad en favor del cigarrillo por la televisión, radio y cinematografía; también dispone la ley correspondiente que los elaboradores, importadores y comerciantes de cigarrillos informen trimestralmente respecto de las sumas destinadas a la publicidad y promoción del producto. Una ley aprobada por el Congreso de los Estados Unidos de América suprime toda propaganda en favor del cigarrillo por

la radio y la televisión a partir de 1971, y dispone reemplazar la advertencia "Fumar cigarrillos puede ser peligroso para su salud", que era exigida desde 1965 en todas las cajetillas en venta dentro del territorio del país, por la leyenda "El Cirujano General ha determinado que fumar cigarrillos es peligroso para su salud", cuyo tenor es considerado más fuerte.

El Gobierno de Panamá ha dictado un Decreto disponiendo que toda propaganda en pro del cigarrillo incluya una advertencia sobre los peligros de fumar, obligando a todos los fabricantes locales de cigarrillos a que impriman la leyenda "Cuidado: Fumar es nocivo para la salud" en las cajetillas y paquetes del producto.

Un Decreto Supremo de las autoridades del Perú prohíbe aquella publicidad en favor del cigarrillo que deje de alertar al público sobre los riesgos para la salud inherentes al hábito, y suprime todo tipo de propaganda por la radio y televisión a partir de las 20 horas; los fabricantes de cigarrillos quedaron también obligados a imprimir en las cajetillas y paquetes la advertencia "Puede ser dañoso para la salud".

Hasta ahora las autoridades del Canadá han confiado fundamentalmente en la propaganda contra el cigarrillo y en las restricciones voluntarias que ante esa presión se han impuesto la industria del tabaco y los avisadores, tales como no hacer publicidad a partir de las 21 horas. Tanto la campaña nacional como las empresas privadas de televisión pasan avisos cortos contra el cigarrillo en calidad de servicio público desde 1967. El año pasado, la corporación canadiense de emisoras decidió suspender toda propaganda en favor del tabaco y su ejemplo fue pronto imitado por otras emisoras privadas. En tanto que se está contemplando la posibilidad de adoptar legislación que restrinja aún más la propaganda en favor del cigarrillo, el Gobierno sigue dando énfasis a los programas educacionales orientados tanto a ayudar a los fumadores a dejar el hábito como a prevenir su iniciación en los jóvenes escolares; otras actividades incluyen la realización de encuestas sobre la extensión del hábito y los motivos que influyen en su adopción, y el análisis y la publicación periódica del contenido de residuos alquitranados y nicotina de los cigarrillos. Todas estas acciones cuentan con el decidido apoyo de organizaciones privadas, como la Sociedad Canadiense del Cáncer y la Asociación Médica Canadiense.

Entre las actividades promovidas y apoyadas por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, se destacan las investigaciones sobre la extensión del hábito de fumar y los estudios sobre motivaciones y actitudes en la población, la organización de clínicas para fumadores que desean abandonar el hábito, la realización de programas educacionales en las escuelas y por intermedio de los medios de comunicación de masas, y el establecimiento del Centro Nacional de Recepción y Distribución de Informaciones sobre Fumar y Salud (National Clearinghouse for Smoking and Health). En ese esfuerzo las autoridades sanitarias han contado con la valiosa colaboración de la comunidad a través de

la Sociedad Americana del Cáncer y la Sociedad Americana del Corazón. Organizaciones profesionales como la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Salud Pública contribuyen también en forma substancial a la lucha contra el hábito de fumar cigarrillos; la última de ellas ha hecho pública repetidas veces una posición cada vez más fuerte contra el cigarrillo y ha promovido la fundación del Consejo Nacional Interinstitucional sobre Fumar y Salud donde participan 30 organizaciones interesadas en la educación del público, y del Boletín Médico sobre Tabaco, que distribuye periódicamente 500,000 ejemplares.

A más del Canadá y los Estados Unidos de América otros cuatro países de la Región han manifestado que están realizando programas educacionales contra el uso del cigarrillo; informaciones recogidas en una encuesta previa sobre educación para la salud en cáncer permiten agregar otros tantos estados a esta lista, pero cabe señalar que tales programas tienen aún una extensión e influencia muy limitadas. Un total de catorce países está planeando en forma definida la organización de actividades contra el uso de cigarrillo mediante programas que dan énfasis a la realización de actividades educacionales y en algunas ocasiones contemplan la adopción de controles restrictivos de la propaganda en favor del cigarrillo.

Cabe por último señalar que los esfuerzos concertados que las autoridades de salud, las organizaciones privadas de bien público y las asociaciones profesionales del Canadá y los Estados Unidos de América vienen llevando a cabo desde hace años, están comenzando a dar resultados positivos, pues las últimas encuestas demuestran desde 1966 un continuado descenso en el consumo de cigarrillos.

V. Encuesta sobre el hábito de fumar en América Latina

La investigación "Características de la Mortalidad Urbana" realizada por la Organización Panamericana de la Salud a comienzos de la última década en diez ciudades de América Latina y dos de habla inglesa, ha puesto de manifiesto que las enfermedades relacionadas con el hábito de fumar cigarrillos constituyen ya un serio problema de salud pública en muchos de los países de la Región. La Organización Panamericana de la Salud está convencida que todo programa destinado a reducir la incidencia de esas enfermedades - cáncer del aparato respiratorio, enfermedades coronarias del corazón, bronquitis crónica e insuficiencia respiratoria crónica entre las más importantes - debe incluir entre sus objetivos una acentuada reducción en el consumo actual de cigarrillos por la población. Es también evidente que para asegurar que las actividades tendientes al logro de tal objetivo tengan posibilidades ciertas de éxito es imprescindible planearlas sobre una estimación confiable de la extensión del

hábito y un conocimiento correcto de las actitudes prevalentes en la comunidad respecto del consumo de cigarrillos y de sus efectos sobre la salud. Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud se propuso llevar a cabo los estudios necesarios para obtener tal información esencial. Como la situación presupuestaria no permite una investigación que incluya a todos los países de la Región, tanto en sus centros urbanos como en sus áreas rurales, se creyó conveniente limitar por ahora la indagación a ocho ciudades de América Latina donde el estudio "Características de la Mortalidad Urbana" ha previsto tasas de mortalidad altamente confiables que permitirán correlacionarlas con los hallazgos de la encuesta.

Cumple destacar que la Sociedad Americana del Cáncer ha otorgado una subvención inicial de EUA\$7,500 a los fines de planear la investigación, y que es muy posible que contribuya substancialmente a la financiación de sus etapas operativas. En el momento actual se está tramitando ante el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Asistencia Técnica) la obtención de fondos adicionales.

La encuesta se hará sobre una muestra representativa de la población de las ciudades y el análisis de sus resultados proveerá información sobre la prevalencia del hábito de fumar y las características sociales, culturales y demográficas de las personas que fuman. La investigación asistirá de esa manera a las autoridades sanitarias de los países de la Región en la formulación de políticas y programas respecto del uso del tabaco, y permitirá además determinar el punto de partida necesario para la evaluación acertada de la eficacia de los programas de control.

Anexos

CONFERENCIA HAROLD S. DIEHL, 1969

EL HABITO DE FUMAR Y LA ENFERMEDAD QUE OCASIONA:
UN DAÑO AUTOINFLIGIDO

Conferencia pronunciada por Sir George Godber, Funcionario Jefe de Medicina del Departamento de Salud y Seguridad Social del Ministerio de Salud de Gran Bretaña, en la Sesión General de la 97a Reunión Anual de la American Public Health Association celebrada en Filadelfia, Estado de Pensilvania, el 11 de noviembre de 1969.

EL HABITO DE FUMAR Y LA ENFERMEDAD QUE OCASIONA: UN DAÑO AUTOINFLIGIDO

Es hoy para mí un gran honor haber sido designado para dictar esta conferencia en honor del Dr. Harold Diehl, a quien conocí hace 20 años cuando él era Decano de Ciencias Médicas y Profesor de Salud Pública en la Universidad de Minnesota. En aquella ocasión tuve la suerte de visitarle en Minneapolis, y desde que se jubiló, hace 11 años, me ha interesado profundamente su labor en la Sociedad Americana del Cáncer y, especialmente, sobre el hábito de fumar y la salud. Este año se publicó su libro Tobacco and Your Health que, para quienes nos preocupamos de este urgente problema de salud, contiene la información más concisa y al mismo tiempo más completa que se dispone hasta la fecha. Por esta razón, he elegido el mismo tema para esta conferencia, aunque sé que mi exposición no será tan completa ni tan clara como la del Dr. Diehl.

El subtítulo del libro del Dr. Diehl es "The Smoking Controversy", y quiero en primer lugar referirme a la evolución de esa controversia durante los últimos 20 años. En realidad la controversia empieza cuando Wynder y Graham, en 1950, y Doll y Bradford-Hill, en 1952, demostraron con razones bien fundadas que existía una relación entre el hábito de fumar y el cáncer del pulmón. Desde entonces se ha acumulado una enorme cantidad de pruebas que han disipado desde hace mucho tiempo toda duda razonable acerca de la existencia de una relación causal directa entre el mencionado hábito y el cáncer del pulmón. Estudios epidemiológicos realizados en muy gran escala han confirmado en todos sus aspectos la relación demostrada en aquella oportunidad. No es necesario repetir el argumento; basta afirmar que no se ha presentado ninguna prueba válida contra la tesis formulada, a pesar del manifiesto interés de muchas personas y grandes empresas comerciales por impugnar la afirmación, si para ello hubieran podido esgrimir argumentos razonables. El cuadro epidemiológico es en sí convincente. Desde los primeros años de este siglo, se ha generalizado el consumo de cigarrillos manufacturados, por lo menos en los países clasificados como desarrollados, por varias razones, y este consumo ha ido aumentando de manera progresiva. Siendo que es necesaria la exposición prolongada a un agente causal, la epidemia de cáncer del pulmón - que en realidad empezó a manifestarse en los hombres en la década 1930-1939 - ha evolucionado como era de esperar; actualmente se advierte una situación comparable en las mujeres, quienes empezaron a fumar cigarrillos muchos años más tarde, y en las cuales el grado de consumo no se compara todavía con el de los hombres. En Gran Bretaña y en los Estados Unidos de América la curva no ha llegado todavía a su punto máximo y a menos que los hombres modifiquen radicalmente el hábito de fumar, pasarán muchos años antes que cese el aumento de las defunciones. Se prevé que durante esos años las defunciones aumentarán en las mujeres más rápidamente que en los hombres. En los últimos diez años la tasa bruta de mortalidad por cáncer del pulmón en la Gran Bretaña ha aumentado en más de un 25% en los hombres y en casi el 60% en las mujeres.

Se ha demostrado que la condición histológica de los bronquios de fumadores empedernidos presenta alteraciones como las que cabría esperar después de la exposición a un irritante que puede ocasionar alteraciones malignas. Se ha demostrado que los destilados del alquitrán del cigarrillo contienen carcinógenos que al aplicarlos a la piel de ratones, pueden causar alteraciones malignas. En el sistema respiratorio de animales expuestos al humo del cigarrillo se pueden provocar cambios análogos, a pesar que estos animales no pueden ser sometidos a una exposición prolongada como a la que se entrega voluntariamente el hombre, de vida más larga. Lo único que falta es el inimaginable experimento controlado en el que grupos comparables de seres humanos sean prospectivamente expuestos o no al humo del cigarrillo. Claro está, la evidencia acumulada sobre los resultados de la exposición voluntaria y, recientemente sobre los efectos beneficiosos del abandono voluntario del hábito de fumar, bastan para justificar la afirmación de que ya no se necesita estudiar si el cigarrillo es causa del cáncer del pulmón, sino solamente investigar cómo lo produce. Los médicos británicos redujeron a la mitad el consumo del cigarrillo, y la correspondiente tasa de mortalidad por cáncer del pulmón disminuyó en un tercio, mientras que en otros hombres de Gran Bretaña que fumaban más la tasa de mortalidad aumentó en un 25 por ciento.

Una serie de informes fidedignos del Real Colegio de Médicos de Londres y de los comités establecidos por el Cirujano General de los Estados Unidos de América han demostrado en el último decenio un exceso de muertes por otras enfermedades que el cáncer del pulmón atribuibles al consumo del cigarrillo. Dinamarca, el Canadá, Noruega y los Países Bajos, para mencionar sólo cuatro ejemplos, han preparado también sus propios informes. Como era de esperar, el cáncer de la laringe y del esófago son mucho más frecuentes entre los fumadores de edad media que entre los no fumadores y, en menor grado, esto mismo se aplica al cáncer del páncreas, el hígado y los conductos biliares y la vejiga. La disparidad entre los fumadores y los no fumadores de cigarrillo no es tanta en lo que se refiere a estas otras localizaciones, pero con respecto al cáncer del pulmón, por lo menos el 90% de los casos es atribuible al hábito de fumar. Aun en los fumadores de pipa y de cigarros puros las tasas son dos veces más elevadas que en los no fumadores, y en relación con el cáncer de la cavidad bucal, el esófago y la laringe la desventaja es todavía mayor. Se ha intentado en numerosas ocasiones sugerir otras causas para el aumento del cáncer del pulmón observado en los últimos 40 años, especialmente la contaminación atmosférica y en particular los gases que emiten los motores de combustión interna. Sea cual fuere el papel que desempeñen estos otros factores, también en este caso son los fumadores de cigarrillos los que resultan más afectados y si los otros contaminantes contribuyen al problema, simplemente acentúan el verdadero peligro, es decir, el humo del cigarrillo. Incluso las personas que trabajan con asbesto y en las minas de uranio, en quienes se registran tasas de la enfermedad excepcionalmente altas, se advierte esta gran disparidad únicamente si también son fumadores.

Por último, se ha demostrado que el grado de riesgo se relaciona con la cantidad de cigarrillos consumidos y la duración de la exposición y, probablemente también, con factores tales como la inhalación y el hábito de fumar el cigarrillo hasta el final, en cuyo caso se volatilizan e inhalan todos los elementos potencialmente nocivos. Tal vez el punto concluyente de este cuadro epidemiológico es que la curva de incidencia aumenta con la edad rápidamente en los fumadores y mucho más lentamente en los no fumadores. Si el fumador abandona el hábito, el riesgo que corre ya no aumenta con la edad, y permanece en realidad casi estacionario hasta que al cabo de muchos años el riesgo ya no es mayor que el del no fumador de la misma edad.

La epidemiología de la enfermedad del fumador en lo que respecta al cáncer del pulmón se asemeja a la de las otras manifestaciones de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. La bronquitis crónica es conocida por muchos como la enfermedad inglesa. Aun teniendo en cuenta las diferencias de terminología es indudable que esa enfermedad es más frecuente en Inglaterra que en los Estados Unidos de América o en Escandinavia, donde se han efectuado estudios análogos. Las defunciones debidas a la bronquitis son casi tan numerosas en Gran Bretaña como las ocasionadas por el cáncer del pulmón, y gran parte de las atribuibles a neumonía o cardiopatías posiblemente se relacionen con la bronquitis crónica. Es probable que el enfisema, en la forma en que se registra en los Estados Unidos de América, se describa frecuentemente como bronquitis en certificados expedidos en Gran Bretaña. Por lo menos la mitad de esas defunciones son atribuibles al hábito de fumar cigarrillos, y lo mismo puede afirmarse de una considerable proporción de otras muertes certificadas como debidas a cardiopatías y, en especial, la cardiopatía isquémica en personas jóvenes. Se ha comprobado que la tasa de mortalidad por cardiopatía coronaria en los hombres de 40 a 49 años que fuman gran cantidad de cigarrillos es casi cuatro veces más elevada que la correspondiente a los no fumadores. En los últimos años se han realizado estudios con el objeto de determinar la proporción de defunciones por distintas causas que es atribuible a la enfermedad derivada del hábito de fumar, y en los Estados Unidos de América, se ha calculado que esas muertes llegan a la elevada cifra de 300,000. En Gran Bretaña exceden con seguridad de 50,000 al año. Es dudoso si ganaríamos mucho con tratar de obtener una mayor precisión a este respecto, pero tal vez bastará afirmar que por lo menos una décima parte de las defunciones anuales en Gran Bretaña se deben a la enfermedad ocasionada por el hábito de fumar. Por supuesto que se observan casos de cáncer del pulmón, bronquitis y enfisema y aterosclerosis coronaria en los no fumadores, y que su frecuencia aumenta con la edad. Pero lo importante es que el consumo de cigarrillos acelera el comienzo de esas enfermedades y aumenta la incidencia de las mismas, y en efecto incapacita y ocasiona muertes que de otro modo no ocurrirían a una edad tan temprana.

Es evidente que las lesiones responsables de esa proporción de defunciones también han incapacitado al individuo antes de la defunción. En Gran Bretaña la bronquitis figura como la causa certificada de un 10% de las ausencias del trabajo por enfermedad en un año corriente. En el informe de 1967 del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América sobre "El hábito de fumar y la salud" se presentan datos más detallados acerca del número de incapacitados entre los fumadores y los no fumadores de cigarrillos, y se demuestra que el ausentismo por enfermedad entre los primeros era cinco veces mayor que entre los segundos. El fumador de cigarrillos estaba además en una situación mucho más desventajosa que la del fumador de pipa y cigarros puros.

Los hallazgos observados con respecto a las enfermedades del aparato respiratorio tal vez no sorprendan a nadie. Los efectos irritantes de la inhalación del humo del tabaco son bien conocidos, y la "tos de fumador" es la incapacidad característica que se identifica comúnmente con el fumador empedernido. Según estudios llevados a cabo en Gran Bretaña, la incidencia de tos y expectoración en los estudiantes que fuman es mayor que en los no fumadores. Tampoco resulta totalmente sorprendente la relación del hábito de fumar con los trastornos cardiovasculares, puesto que estados morbosos como la enfermedad de Buerger ya se habían vinculado con el consumo de cigarrillos mucho antes de que surgiera el problema del cáncer del pulmón. Además se ha observado en hombres jóvenes, junto con el aumento del cáncer del pulmón, una mayor mortalidad por cardiopatías coronarias. Se ha demostrado ahora que la extensión de la alteración ateromatosa en la aorta guarda relación con el hábito de fumar cigarrillos y la cantidad consumida. Existen enfermedades cardiovasculares y trastornos del aparato respiratorio, distintos del cáncer del pulmón, cuya ocurrencia no se debe al hábito de fumar. Todos tenemos que morir por alguna causa, y las enfermedades cardiovasculares constituyen la más común. Pero la bronquitis crónica, con su larga historia de creciente incapacidad, y la cardiopatía coronaria en personas de edad media constituyen, en la pérdida de vida activa, factores más importantes que el cáncer del pulmón.

El resultado fatal de la enfermedad del hábito de fumar reviste pues diversas formas, algunas de las cuales son comunes a los fumadores y a los no fumadores. Muchos de los fumadores sostienen que, de todos modos, de algo morirán, pero el daño a la vida no se expresa simplemente en las aproximadamente 50,000 defunciones en todas las edades atribuibles al hábito de fumar, sino en los años perdidos de vida activa; en Gran Bretaña se pierden anualmente por lo menos 150,000 años en defunciones antes de los 65 años de edad. Si las pérdidas de vida activa por enfermedad alcanzan las mismas proporciones en nuestro país que en los Estados Unidos de América, y tal vez sean mayores, se pierden por lo menos otros 200,000 años de vida activa anualmente debido a las ausencias certificadas por enfermedad.

Hubo una época en Gran Bretaña en que por la tuberculosis se perdían anualmente casi 100,000 años-hombre por incapacidad y se registraban 25,000 defunciones, la mayoría de ellas en una edad más temprana que las ocasionadas por el hábito de fumar; esta pérdida se ha reducido en casi un 90% y la triste realidad es que el cigarrillo ha anulado uno de los triunfos médicos del siglo actual.

Este es en resumen el precio que paga la sociedad todos los años: un gran número de daños autoinfligidos, cuyas consecuencias se manifiestan de manera muy distinta en el individuo susceptible. A medida que se obtiene información más exacta, se determina con mayor precisión la mortalidad y morbilidad en los grupos principales que hemos mencionado. No medimos las menores limitaciones de la función respiratoria que pueden manifestarse después de fumar un cigarrillo, ni tampoco la posibilidad de que contribuya a otras deficiencias. Por ejemplo, se ha demostrado que el conductor de automóvil en las calles congestionadas de Londres absorbe y retiene, en forma de carboxihemoglobina, mucho más monóxido de carbono del cigarrillo que fuma que de la contaminación colectiva de los gases que desprende su propio vehículo y los otros circulantes.

Tal vez parezca que analizamos con demasiada frialdad la situación desde un punto de vista económico; sin embargo, es mucho más lo que se puede decir del sufrimiento humano que acompaña a esos hechos. Muchos de nosotros llegaremos a viejos, y todos tenemos que morir. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la disminución de la función respiratoria y la exacerbación aguda de las afecciones del aparato respiratorio son nuestros principales verdugos en la edad avanzada. El trabajo del Dr. Stamler, sobre el consumo del cigarrillo y las cardiopatías ateroscleróticas, así como la reseña contenida en la parte II del número de junio de la revista de esta Asociación, ponen de relieve en los términos más conspicuos la manera en que el fumador de cigarrillo se impone la aparición precoz de esas manifestaciones del envejecimiento y el riesgo de morir por esas causas. Pueden contribuir otros factores, como la contaminación atmosférica, la obesidad, la inactividad física, la exposición al asbesto o al uranio, pero el consumo de cigarrillos refuerza y aumenta todos ellos. En los anuncios más comunes se ensalzan los cigarrillos como complemento del buen vivir entre los jóvenes o de la estampa viril de la vida al aire libre. El hecho es que tergiversan la verdad de un modo macabro: el cigarrillo contribuye directamente a la incapacidad y a la muerte prematura.

En esta reunión nos interesa la medicina preventiva. En el siglo pasado y en los primeros años del presente la medicina preventiva contribuyó más que la curativa a la salud humana, como ha señalado muy bien McKeown. En los últimos 20 años la inmunización activa ha reducido en alto grado la morbilidad y mortalidad causada por numerosas enfermedades infecciosas y, por otra parte, eficaces medicamentos para tratar otras afecciones, en especial la tuberculosis, han reducido la morbilidad y mortalidad y la propagación de las infecciones. Estos avances se han logrado gracias a la acción contra elementos nocivos del ambiente o mediante procedimientos relativamente sencillos que fueron aceptados sin dificultad por el individuo. El problema con que nos enfrentamos ahora es totalmente distinto, pues supone la modificación de una pauta de conducta casi general que no sólo produce satisfacción personal, sino que forma parte de las relaciones sociales comunes para una mayoría de los adultos. Es único en su género, pues el alcohol sólo es peligroso si se consume en exceso, y la glotonería también es un exceso que afecta sólo a una minoría de individuos. Sin embargo, hay únicamente dos procedimientos para prevenir los efectos deletéreos del hábito de fumar: la supresión del cigarrillo o la elaboración de un producto relativamente inocuo. Sabemos que el primero de estos procedimientos sería eficaz; en cuanto al segundo ignoramos incluso si es factible, y tendrían que transcurrir muchos años antes de que pudiéramos saber si una medida de esa naturaleza conduciría a resultados satisfactorios. No cabe duda que lo que más fomentaría la salud en este país, en Gran Bretaña y en muchos otros, sería la abolición total del hábito de fumar. Ningún otro factor por sí solo podría aumentar en cuatro años la expectativa de vida de los jóvenes que fuman cigarrillos o eliminar el factor que causa por lo menos un 10% de las defunciones anuales y un 20% de la pérdida de vida activa por enfermedad en la población general. Si emprendiéramos una campaña contra algún factor nocivo en el ambiente, por ejemplo la exposición excesiva al polvo de asbesto, aspiraríamos sin vacilación a eliminarlo radicalmente si ello fuera posible. La razón tal vez se explique en el informe de Noruega titulado Influencing Smoking Behaviour en el que figura la afirmación siguiente: "Asimismo, se dispone de muy pocos datos sobre los motivos que impulsan a ciertos individuos a negarse totalmente a fumar, aun cuando este grupo de personas en nuestra sociedad actual deba considerarse como un interesante

grupo de disidentes". Casi el 80% de los médicos de los Estados Unidos de América y el 70% de los de Gran Bretaña son disidentes, por lo menos en lo que se refiere a los cigarrillos. Otros muchos se han convertido, y todos los años hay nuevas conversiones sin que sean precisamente de nuestra profesión; en Gran Bretaña ya se ha demostrado que las personas que gozan de buena situación económica fuman menos y sufren también menos de enfermedades debidas al hábito de fumar. Y, sin embargo, los éxitos que hemos alcanzado en la lucha contra el hábito de fumar son lamentablemente limitados. A consecuencia de la labor llevada a cabo en los últimos seis años el número de fumadores en Gran Bretaña ha disminuido quizá en un millón. Con un esfuerzo mayor y mejor coordinado, los beneficios en los Estados Unidos de América también han sido mayores, aunque no suficientes para impedir el aumento de la mortalidad y la morbilidad.

En un estudio recientemente publicado por la "British Social Survey" se indica que los jóvenes que empiezan a fumar suelen conocer la relación que existe entre ese hábito y el cáncer del pulmón y la mitad de ellos desean abandonarlo. Sin embargo, las presiones de grupo y el gusto que han tomado al tabaco son demasiado fuertes. Importa tener entre los compañeros la imagen de individuo fuerte, precoz y despreocupado por los convencionalismos sociales. El mensaje subversivo se encuentra en el ejemplo que da el mundo adulto y seguirá siéndolo hasta que la verdad se presente por lo menos con tanta frecuencia como la falsedad. Nosotros representamos los disidentes en minoría, es decir, los no fumadores. Pero nuestro mensaje de que el hábito de fumar es nocivo al principio y peligroso después debe ser lanzado abiertamente, por todas las fuentes autorizadas y no ya tímidamente o a media voz.

No hay otro campo de la medicina preventiva en que el caso sea más claro, pero tenemos que convencer no a las autoridades administrativas - como habría que hacerlo si se tratara de una medida preventiva como la fluoruración del agua - sino a millones de individuos. Los médicos nos convencemos y tal vez convenzamos de ello a nuestras relaciones sociales, pero no a todo el mundo.

A mi juicio, no podemos esperar ningún resultado notable contra el consumo del cigarrillo mientras la publicidad comercial, con la habilidad y persuasión que tan bien maneja, lo siga presentando constantemente al público como una actividad conveniente para el individuo. En el informe de Noruega, que ya he mencionado, se contrasta la escasa oportunidad que lamentablemente tiene el individuo de escuchar argumentos en contra del hábito de fumar y la gran actividad de persuasión a que está expuesto en sentido contrario, no sólo a través de la propaganda comercial eficaz, sino aún más por el ejemplo personal de muchos otros de su grupo social y del cine, la televisión e incluso la literatura. Investigaciones efectuadas en Inglaterra sugieren que los escolares empiezan a fumar para tratar de mejorar su propia imagen. En Gran Bretaña, por lo menos, en muchos de los anuncios de cigarrillos se presentan a muchachos jóvenes en situaciones en que se destacan las supuestas ventajas sociales del fumador. La influencia de los padres, maestros y jóvenes que gozan de prestigio ante el público es muy poderosa, e indudablemente los niños de familias de fumadores tienen más probabilidades de adquirir el hábito que otros. No veo cómo lograremos romper este círculo vicioso mientras no se cambie en cierto modo la imagen del fumador. Tal vez avancemos lentamente y con gran esfuerzo, pero estamos tratando de modificar actitudes en un medio en que prevalecen pautas de

conducta muy opuestas. La publicidad casi automática en favor de cualquier sugerencia que el consumo de cigarrillos tal vez no sea, después de todo, tan nocivo como creemos, revela muy claramente la manera en que el público desea reaccionar.

El "Centro de Información sobre el Hábito de Fumar y la Salud", del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América y el "Consejo Interinstitucional sobre el Hábito de Fumar y la Salud" han demostrado, a mi juicio muy claramente, las ventajas que puede ofrecer una acción enérgica y positiva. Creo que en este país, se avanza más en este aspecto que en Gran Bretaña, a pesar que la campaña en los Estados Unidos de América se inició más tarde. Sin embargo queda todavía mucho por hacer. En el informe de Noruega, donde se presenta un análisis admirablemente bien equilibrado de las necesidades y posibilidades, se formula la conclusión que debe organizarse un programa educativo para los escolares y jóvenes, médicos y otro personal de salud, maestros, dirigentes de la juventud y padres de niños en edad escolar. Se trata de una enorme empresa, y su necesidad ha sido puesta de relieve en una investigación del hábito de fumar entre los estudiantes de Gran Bretaña, estudio que reveló que los estudiantes de medicina, quienes deberían ser los más susceptibles al mensaje, fumaban más en los últimos años de la carrera que en los primeros, hallazgo que confirma que a los profesores de las escuelas de medicina corresponde impartir esta enseñanza a sus alumnos. En Gran Bretaña sólo el Real Colegio de Médicos ha desplegado actividad en este sentido, y ojalá las recomendaciones formuladas por el Colegio Americano de Médicos el año pasado hubieran sido acompañadas de una acción similar por parte de las organizaciones profesionales británicas. La Oficina Regional de la OMS para Europa pidió hace dos meses a sus integrantes que se abstuvieran de fumar en las reuniones, y el mes pasado la Oficina Regional para las Américas formuló las mismas recomendaciones. Han transcurrido diez años desde que el British Medical Journal dejó de aceptar anuncios referentes al tabaco y, asimismo, desde que en las reuniones anuales de la Asociación se prohíbe fumar. La revista de la BBC, The Listener, decidió hace dos años no aceptar anuncios de cigarrillos, y la "Independent Television Authority" también había eliminado antes la publicidad de los cigarrillos de sus programas de televisión. The New York Times ha anunciado que a partir de este año tampoco publicará anuncios de cigarrillos, salvo que en ellos se expliquen los riesgos que implica su consumo. Necesitamos urgentemente otro apoyo como el que se ha obtenido de la Comisión Federal de Comunicaciones en los Estados Unidos de América.

En el informe de Noruega se recomienda también que se restrinja la publicidad, se advierta en las cajetillas sobre los peligros del cigarrillo, se fiscalice el tamaño y cambios físicos de los mismos y, en particular se señala la necesidad de prohibir el cigarrillo en los medios de transporte público, para dar prioridad al confort de los no fumadores. A mi juicio, y con razón, en este informe no se aboga por una enérgica acción restrictiva contra los fumadores. En los países escandinavos y en Gran Bretaña se reglamentan los anuncios sobre cigarrillos en la televisión y en los Estados Unidos de América se ha llegado a un acuerdo para reducir esa publicidad. En Italia también se ha restringido la propaganda comercial. En Gran Bretaña los cupones para regalos pronto substituyeron a los anuncios de televisión, y no ha tenido éxito la tentativa de controlar voluntariamente la publicidad de los cigarrillos.

Tal vez la fuerte oposición a que se incorpore en los anuncios de cigarrillos una advertencia sobre el peligro que suponen para la salud indique que esta medida sería el método más eficaz para persuadir al público. Esta es una cuestión que incumbe a los gobiernos, pero el procedimiento de obligar a la parte contraria a encargarse de la advertencia es un medio de propaganda bien conocido. En el número de junio de este año de Public Health Notes se examinan varios métodos para "abandonar el hábito de fumar" sin hallar una solución muy alentadora.

En el informe de Noruega se analiza la labor de los consultorios y cursos especiales que ayudan a los fumadores a abandonar el hábito y se sugiere que continúen y se generalice su empleo, no por que tengan un éxito notable, sino porque el efecto de cualquier progreso en ese sentido puede ser acumulativo. En un informe más reciente, también de Noruega, se señala que se ha obtenido un limitado resultado positivo con una labor desproporcionadamente considerable. Nuestra experiencia en Gran Bretaña no ha sido totalmente favorable, pero procede reconocer que tal vez nos hayamos dejado influir demasiado por los resultados inmediatos, y no cabe duda que el problema merece un estudio más detenido. En los trabajos de McKennell en Gran Bretaña se da a entender que a menudo las personas que no quieren dejar de fumar son precisamente las que podrían hacerlo y viceversa.

No podemos esperar que el hábito de fumar desaparezca en un breve plazo y tal vez sería más efectivo convencer a los fumadores que la pipa y los cigarros puros son menos nocivos que los cigarrillos. El estudio de Noruega no apoya este criterio, aunque se publicó antes que se recopilara la evidencia acumulada en el informe del Cirujano General. Hoy sabemos a ciencia cierta que en los fumadores de pipa o de cigarros puros los daños son menos graves que en los fumadores de cigarrillos. No poseemos pruebas tan convincentes de que la sustitución del cigarrillos por la pipa o los cigarros puros reduzca el riesgo en la misma proporción que el abandono absoluto del hábito de fumar, pero es una buena hipótesis de trabajo que facilitaría la tarea. Conviene insistir en esta medida, no sólo porque la esperanza de reducir el peligro parece justificada por motivos generales, sino porque si se disminuye el consumo de cigarrillos entre las personas que fuman se reduciría también la influencia que ejercen sobre los jóvenes en favor del hábito. A menos que y mientras no se obtenga un producto inocuo, toda medida que contribuya a disminuir la cantidad de cigarrillos vendidos y consumidos debe aceptarse por el bien del público.

Se han comprobado ya las ventajas de reducir el contenido de alquitrán de los cigarrillos, y se ha confirmado también que si se disminuye la cantidad de nicotina no aumenta el consumo de cigarrillos. Si bien estos aspectos requieren un estudio más detenido ya no hay razón alguna para postergar el respaldo de cualquier medida que reduzca el alquitrán y la nicotina. Es también posible que se substituya el tabaco por un producto que tenga mucho menos alquitrán e irritantes y en el que se pueda variar el contenido de nicotina. Si esta medida pudiera llevarse a la práctica habría razones suficientes para adoptarla, aunque naturalmente en principio mientras no se comprueben sus resultados.

El Comité de Noruega llegó a la conclusión de que no le era posible "expresar grandes esperanzas acerca del efecto de las diversas medidas, consideradas aisladamente o en su conjunto. La atracción del hábito de fumar es poderosa y persistente y los problemas que afrontan muchos fumadores que se esfuerzan por abandonar el hábito son de tal naturaleza que no hay motivos para un optimismo exagerado. Aun así, el Comité considera que si se aplicaran las medidas recomendadas se lograrían efectos positivos". Esta conclusión se expresó hace dos años. A mi juicio, lo esencial es la segunda frase del párrafo mencionado. Tenemos que reducir "la atracción del hábito de fumar", y a ello podríamos contribuir mediante un programa educativo y nuevas investigaciones sobre motivación y métodos. Unicamente los gobiernos pueden adoptar medidas restrictivas. Pero con todo, podemos ofrecer algo desde el punto de vista terapéutico y ya hemos logrado algún efecto. Es posible promover un cambio general en la opinión pública, e independientemente de los obstáculos que surjan no podemos cesar en nuestro empeño por alcanzar este objetivo. El Dr. Diehl ha presentado en su reciente libro los datos más completos y los argumentos más convincentes publicados hasta la fecha. Y yo en esta conferencia me he limitado a resumir algunos pasajes de esa obra, que recomiendo a quienes todavía no la hayan examinado.

CSP18/12 (Esp.)
ANEXO II

RESOLUCION XXXIV DEL XIX REUNION
DEL CONSEJO DIRECTIVO:

"CONTROL SOBRE CIGARRILLOS"



CONSEJO DIRECTIVO

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XIX Reunión

COMITE REGIONAL

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXI Reunión

RESOLUCION XXXIV

CONTROL SOBRE CIGARRILLOS

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Reconociendo, en base al hecho ya establecido, de que fumar cigarrillos es un factor importante o substancial que contribuye a causar muertes prematuras de cáncer bronquiopulmonar, enfermedades coronarias, bronquitis crónica e insuficiencia respiratoria crónica;

Considerando que el hábito de fumar cigarrillos debe presentarse como nocivo para la salud y que una Organización dedicada a promover la salud debería dar el ejemplo en este sentido; y

Confiando que cada individuo pueda decidir por sí mismo si debe entregarse al hábito, teniendo en cuenta que su ejemplo puede atraer a otros a fumar,

RESUELVE:

1. Solicitar al Director que informe a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana:

a) sobre las medidas que se hayan tomado para controlar la propaganda de cigarrillos, ya sea restringiendo el material de promoción o mediante la inclusión de la debida advertencia en los empaques;

b) sobre otros posibles medios de advertir al público; y

c) sobre las medidas que podrán ser tomadas para controlar el hábito de fumar cigarrillos en los lugares de trabajo o en reuniones públicas.

2. Recomendar a los participantes de los Cuerpos Directivos de la OPS que se abstengan de fumar durante las reuniones de los mismos.

WHA23.32 Rev. 1:

"CONSECUENCIAS DEL TABACO PARA LA SALUD"



世界衛生大會 決議

RESOLUTION OF THE WORLD HEALTH ASSEMBLY
RESOLUTION DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RESOLUCION DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

23^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA23.32 Rev.1

21 de mayo de 1970

ESPAÑOL SOLAMENTE

CONSECUENCIAS DEL TABACO PARA LA SALUD

La 23^a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General;¹

Enterada de las resoluciones que han adoptado sobre esta cuestión el Consejo Ejecutivo y los Comités Regionales de las Américas y de Europa;

Consciente de los graves efectos del hábito de fumar, que favorece la aparición de enfermedades pulmonares y cardíacas, como el cáncer broncopulmonar, la bronquitis crónica, el enfisema y la cardiopatía isquémica;

Enterada de que la frecuencia del cáncer broncopulmonar va en aumento en todos los países donde se dispone de registros con datos susceptibles de evaluación;

Persuadida de que los organismos de sanidad deben hacer patente sin tardanza su interés en que se reduzca la influencia del factor etiológico más importante de las enfermedades relacionadas con el tabaco; y

Considerando que las personas que fuman en las reuniones pueden causar una molestia indebida a las que no fuman,

RESUELVE:

(1) que se ruegue a todos los asistentes a las sesiones de la Asamblea y de sus comisiones que se abstengan de fumar en las salas donde se celebren esas sesiones;

(2) que el Director General

(a) examine la procedencia de dedicar lo antes posible el Día Mundial de la Salud al tema "Consecuencias del Tabaco para la Salud";

(b) señale a la atención de todos los Estados Miembros y los Miembros Asociados el informe sobre la limitación del hábito de fumar² e indique la conveniencia de que se examinen en todos los países las ventajas que reportaría la aplicación de las recomendaciones de los apartados 19 y 20 de ese informe;

¹ Documento A23/P&B/6.

² Anexo al documento A23/P&B/6.

- (c) examine la procedencia de reunir a un grupo de expertos que recomiende la adopción de otras medidas contra el hábito de fumar;
- (d) examine hasta qué punto y con qué métodos educativos sería posible disuadir a los jóvenes de que empiecen a fumar;
- (e) señale a la atención de la FAO la necesidad de estudiar los problemas de sustitución de cultivos en los países productores de tabaco; y
- (f) dé cuenta en la 47^a reunión del Consejo Ejecutivo y en la 24^a Asamblea Mundial de la Salud de las medidas propuestas y de sus consecuencias financieras para la Organización.

14^a sesión plenaria, 19 de mayo de 1970
A23/VR/14

EL HABITO DE FUMAR Y LA SALUD

Por el
Profesor C. M. Fletcher
Catedrático
Royal Postgraduate Medical School
Hammersmith, Londres, Reino Unido

y

el Dr. Daniel Horn

Director, National Clearinghouse for Smoking and Health
Rockville, Md., Estados Unidos de América

(Consultores de la OMS)

(A23/P&B/6)

INTRODUCCION

El tabaco se ha venido utilizando en todo el mundo durante siglos con diversas finalidades: por placer o para afrontar mejor algunos problemas. A partir del siglo XX se ha ido generalizando cada vez más el consumo de cigarrillos, elaborados principalmente con tabacos curados al humo. En los últimos veinte años, numerosos estudios clínicos y epidemiológicos, apoyados por minuciosas investigaciones de laboratorio, han demostrado claramente que el consumo de cigarrillos daña la salud en tal grado que es preciso buscar medios para controlar ese hábito.

Se ha comprobado que el consumo de cigarrillos desempeña un importante papel en el desarrollo de muchas enfermedades, de las cuáles las más importantes son la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema. Aparte de estas enfermedades, que constituyen importantes causas de defunción, el hábito de fumar cigarrillos produce frecuentes y penosas incapacidades por enfermedades torácicas y cardíacas y aumenta la mortalidad e invalidez por otras varias afecciones.

En los países desarrollados, la adquisición más reciente de este hábito por las mujeres ya se refleja en la creciente mortalidad y morbilidad por cáncer de pulmón y otras enfermedades.

La FAO, al examinar la economía mundial del tabaco en el período de 1955-1967 informó que: "...las perspectivas del consumo de tabaco indican que irá en aumento en los países desarrollados, en desarrollo y centralmente planificados. La característica más notable del consumo de tabaco en el último decenio ha sido la tendencia en favor del cigarrillo. La fabricación de cigarrillos se incrementó en un 50% en los países en desarrollo y centralmente planificados y en un 40% en los ya desarrollados. La publicación de informes médicos sobre la relación entre el hábito de fumar cigarrillos y la salud no ha originado todavía una disminución permanente de este hábito en los países desarrollados, aunque no se sabe cual será la actitud en el futuro. En cambio, en el consumo de tabaco en los países en desarrollo no han influido aún consideraciones de salud".¹ Puede pronosticarse con seguridad que si no se detiene esta tendencia, la misma dará lugar a un daño serio y creciente a la salud y a un aumento de la mortalidad por enfermedades pulmonares y del corazón.

Los efectos que ejerce el hábito de fumar sobre la salud se limitan en gran parte al fumador mismo y, aunque sean graves, no se manifiestan hasta al cabo de muchos años y, por consiguiente, no se relacionan manifiestamente con el hábito. Puesto que en muchos países los beneficios económicos del cultivo, elaboración y comercialización del tabaco así como los impuestos a que están sujetos, son enormes, los Gobiernos han dudado en adoptar medidas firmes contra un hábito cuyos peligros no son reconocidos universalmente.

En los países donde las defunciones e incapacidades relacionadas con el hábito de fumar cigarrillos han llegado a niveles elevados, se necesitan muchas más acciones preventivas. En los países en desarrollo, donde se va arraigando rápidamente el hábito de fumar, se requieren medidas que detengan su propagación y que, de esta manera prevengan el número cada vez mayor de muertes e incapacidades prematuras que inevitablemente causaría.

No resulta práctico imponer regulaciones para disminuir el consumo de cigarrillos en una población que no está dispuesta a aceptarlas. No obstante, es indispensable adoptar medidas que fomenten la reducción o el abandono del hábito de fumar y que desanimen a los jóvenes a adquirir el hábito. Entre ellas, habrá que mantener plenamente informada a la población sobre las consecuencias, para la salud, del hábito de fumar y restringir todas las formas de publicidad en favor de la venta de cigarrillos.

PRUEBAS DE LA RELACION ENTRE EL HABITO DE FUMAR Y LAS ENFERMEDADES

Se sospechó por primera vez que el hábito de fumar cigarrillos constituía una causa del cáncer de pulmón cuando se observó el aumento de la mortalidad por esta forma de cáncer y el incremento paralelo del consumo de cigarrillos. Si bien las estadísticas convencionales de mortalidad pueden mostrar asociaciones de esta naturaleza, la verdadera relación del hábito de fumar con la mortalidad y morbilidad solo pueden establecerse mediante estudios epidemiológicos minuciosamente planeados. Las investigaciones realizadas a este respecto han sido de dos clases:

1. Estudios retrospectivos, en los que se comparan los hábitos de fumar de los enfermos de ciertas dolencias con los hábitos de fumar en controles de la misma edad y sexo que sufren de otras enfermedades. Si bien estos estudios están sujetos a varias formas de sesgo, ellos han aportado información considerable y valiosa, y se han llevado a cabo en numerosos países. También se han realizado muchas encuestas de la prevalencia de la enfermedad respecto del hábito de fumar en diversas clases de poblaciones. En estas encuestas se han utilizado con frecuencia pruebas de la función cardiopulmonar, con el fin de aclarar los efectos inmediatos y a largo plazo del hábito de fumar.

2. Estudios prospectivos, en los que se determinan los hábitos de fumar de un gran número de personas y se registran en ellas la mortalidad y morbilidad incidente en años sucesivos, procediendo de igual modo con los controles no fumadores. Estos estudios se han llevado a cabo principalmente en el Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Las encuestas han confirmado los resultados de los estudios retrospectivos y han proporcionado información cuantiosa y segura sobre la asociación del hábito de fumar con la mortalidad total y con la incidencia y mortalidad por enfermedades específicas.

LOS HABITOS DE FUMAR Y LA MORTALIDAD TOTAL

Los estudios prospectivos de gran envergadura ^{2,3,4,5} en hombres han demostrado lo siguiente:

1. Los fumadores de cigarrillos, considerados en su conjunto, acusan una mortalidad aproximadamente 30 a 80% más elevada que la de los no fumadores (Cuadro I).
2. Esta mortalidad excesiva aumenta paralelamente al consumo de cigarrillos.

3. La mortalidad excesiva de los fumadores de cigarrillos es proporcionalmente mayor en las edades de 45 a 54 años que en los más jóvenes o más ancianos (Cuadro 2). El total de defunciones en exceso entre los fumadores de cigarrillos es mayor en las personas de edad avanzada porque en general éstas acusan tasas de mortalidad más elevadas.
4. Las personas que empiezan a fumar a una edad temprana acusan un exceso de mortalidad más grande que las que comienzan a fumar más tarde (Cuadro 3).
5. La mortalidad es más elevada en los fumadores de cigarrillos que dicen que inhalan el humo que en los que niegan esta costumbre.
6. Los fumadores de cigarrillos que han abandonado el hábito sufren una mortalidad inferior a la de los que han continuado fumando, y, a medida que aumenta la duración de la abstinencia, la mortalidad se va aproximando a la encontrada en los no fumadores (Figura I).
7. Los fumadores de pipa y cigarro, considerados en conjunto, no muestran mortalidad excesiva, o en todo caso muy poca, en comparación con los no fumadores (Cuadro 1). Estas personas suelen ser fumadores moderados que no inhalan el humo. Pero los que fuman considerablemente o inhalan el humo presentan tasas de mortalidad que exceden de un 20 a un 40% de las correspondientes a los no fumadores.^{3,4}

Las mujeres solo se han incluido en uno de los amplios estudios prospectivos.³ Los resultados fueron análogos a los observados en los hombres, pero la mortalidad excesiva de las mujeres fumadoras de cigarrillos resultó más bien inferior a la de los hombres. Este resultado puede ser debido en parte a que las mujeres tienden a empezar a fumar más tardíamente que los hombres, fuman menos e inhalan también en menor proporción. De todas maneras, incluso en grupos con hábitos aparentemente similares en estos aspectos, la mortalidad en exceso de las mujeres fumadoras parece ser menor que la de los hombres fumadores.

ENFERMEDADES QUE CAUSAN EL EXCESO DE MORTALIDAD EN LOS FUMADORES DE CIGARRILLOS

La mortalidad excesiva de los fumadores de cigarrillos se debe a que acusan una mayor incidencia en muchas enfermedades, pero aproximadamente un 80% del exceso que revelaron los cuatro principales estudios prospectivos es atribuible al cáncer de pulmón, bronquitis y enfisema, cardiopatía isquémica y otras enfermedades del sistema circulatorio (Cuadro 4).

En otras muchas enfermedades la mortalidad de los fumadores de cigarrillos, es superior a la de los no fumadores; a este respecto, debe mencionarse particularmente la úlcera péptica y los cánceres de laringe, cavidad oral, esófago y vejiga. Pero las tasas de mortalidad en el conjunto de estas enfermedades son tan bajas, tanto en los fumadores como en los no fumadores, que sólo representan una limitada contribución al exceso de mortalidad de los primeros (Cuadro 4).

EL HABITO DE FUMAR CIGARRILLOS COMO CAUSA DE MORTALIDAD EXCESIVA

Hay poderosas razones que a prima facie hacen suponer que la mortalidad excesiva de los fumadores de cigarrillos se debe a sus hábitos de fumar, puesto que este exceso está íntimamente relacionado con el número de cigarrillos consumidos, la edad en que se adquiere el hábito y la costumbre de inhalar el humo, y disminuye al abandonar el hábito de fumar. No obstante, algunos críticos han sugerido la posibilidad de que el exceso se deba a que los fumadores de cigarrillos hereden conjuntamente una susceptibilidad más pronunciada a numerosos y diversos trastornos patológicos y una inclinación y deseo de fumar cigarrillos.^{6,7,8} Ellos sugieren asimismo que es improbable que el humo del cigarrillo sea responsable común de la mortalidad por tantas enfermedades distintas. Sin embargo, el humo del cigarrillo constituye un agente complejo que contiene sustancias que pueden ejercer numerosos efectos distintos en el cuerpo humano, y es difícil imaginar cómo una tendencia genética a morir de diversas enfermedades podría producir los excesos de mortalidad por distintas enfermedades que se observan en proporciones tan diferentes en los fumadores respecto de los no fumadores (Cuadro 5). La hipótesis genética exige una relación cuantitativa muy estrecha entre la incidencia de la enfermedad y la duración, tipo y magnitud del hábito de fumar y difícilmente podría explicar la constante disminución que se observa en los efectos adversos del consumo de tabaco después de abandonar el hábito. También falla totalmente en que no puede explicar el considerable aumento de cáncer de pulmón que se ha registrado en cualquier parte del mundo después de introducirse la costumbre de fumar cigarrillos.

La prueba que el consumo de cigarrillos sea causa de una enfermedad determinada sólo podría obtenerse de manera irrefutable mediante experimentos controlados de tal magnitud que serían impracticables. Ahora bien, puede aceptarse que el aumento en la incidencia o gravedad de una enfermedad sea debido al hábito de fumar en las condiciones siguientes:

1. Si la incidencia de la enfermedad está cuantitativamente relacionada con la exposición al humo de cigarrillos;
2. Si la incidencia disminuye en las personas que dejan de fumar; y
3. Si se puede postular un mecanismo en virtud del cual el hábito de fumar cigarrillos podría producir o exacerbar la enfermedad.

Las pruebas son reforzadas si la enfermedad puede producirse en animales mediante la exposición al humo del cigarrillo o sus componentes.

EL HABITO DE FUMAR CIGARRILLOS COMO CAUSA DE MORBILIDAD EXCESIVA

Los fumadores acusan tasas más elevadas que los no fumadores, tanto fuese que la incapacitación se mida por días de trabajo perdidos, días de confinamiento en cama por enfermedad o días de actividad limitada por enfermedad o lesión. En los Estados Unidos de América³³ se estimó que debido a las mayores tasas de incapacidad en los fumadores, el exceso de días-hombre de trabajo que se perdieron en el año estudiado ascendió a 77 millones, el de

días de confinamiento en cama a 88 millones y el de días-hombre de actividad restringida a 306 millones. En los hombres de 45 a 64 años de edad, el exceso asociado al hábito de fumar cigarrillos representó el 28% de los días de incapacidad.

ENFERMEDADES ESPECIFICAS RELACIONADAS CON EL HABITO DE FUMAR

Cáncer de pulmón

En todos los países donde se dispone de estadísticas fidedignas ha ocurrido un asombroso aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en los recientes decenios.^{10,11,12} Este aumento es mayor en los hombres que en las mujeres y, en todos los países, ha seguido la extensión del hábito de fumar cigarrillos primero a los hombres y luego a las mujeres.

Relación cuantitativa entre la mortalidad por cáncer de pulmón y el hábito de fumar cigarrillos.

Más de 30 estudios retrospectivos realizados en 10 países^{13a, 14, 15a} y siete estudios prospectivos, llevados a cabo en el Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos de América^{2,3,4,5,13b} han demostrado que el riesgo de cáncer de pulmón aumenta en relación directa con el número de cigarrillos consumidos. En los fumadores empedernidos este riesgo es entre 15 y 30 veces mayor que en los no fumadores (Figura 2). Se ha mostrado que aumentan el riesgo también la inhalación del humo,^{2,3,4,13c} la adquisición temprana del hábito,^{2,3} el número de inhalaciones de cada cigarrillo,¹⁶ la costumbre de tener el cigarrillo en la boca¹⁷ entre una aspiración y la siguiente, y encender de nuevo los cigarrillos a medio fumar. La relación con la dosis se ha demostrado tanto en los hombres como en las mujeres, pero en igualdad de condiciones de consumo de cigarrillos la tasa correspondiente a las primeras es menor que en los hombres.³

Un reciente estudio retrospectivo¹⁹ indica que los fumadores de cigarrillos con filtro posiblemente corren menos riesgo de cáncer de pulmón que los que consumen cigarrillos sin filtro.

En varios estudios de autopsias se ha encontrado que los fumadores de cigarrillos muestran alteraciones metaplásicas extensas en los bronquios, cuya gravedad está relacionada con el número de cigarrillos consumidos, y que pueden ser precancerosas.^{13d} Estas alteraciones son particularmente extensas en enfermos de cáncer de pulmón, mientras que en los no fumadores y exfumadores son no frecuentes. En estos últimos se ha observado una degeneración de las células metaplásicas, la que puede ser un índice de una regresión en las alteraciones precancerosas.

El cáncer de pulmón en los fumadores de pipa y cigarro

La mayoría de los estudios retrospectivos y todos los prospectivos coinciden en que se observan aumentos relativamente menores en la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres que sólo han fumado cigarros o pipa.

Se desconoce la razón por la que el fumar cigarros o pipa produzca un efecto tan limitado, ya que, como quiera que sea, la cantidad de carcinógenos del humo de cigarros y del tabaco de pipa es mayor que la del humo de cigarrillos. En general se ha dado la explicación de que, en tanto que una elevada proporción de los fumadores de cigarrillos fuman mucho e inhalan el humo, los de pipa y cigarro suelen ser más moderados y no inhalan el humo. Pero los fumadores de cigarros y pipa que afirman que inhalan el humo presentan una tasa de cáncer de pulmón inferior a la de los fumadores de cigarrillos que aseguran que no lo inhalan. En tres estudios retrospectivos realizados en Suiza ²⁰ y Alemania ²¹ se observa que el riesgo de cáncer de pulmón para los fumadores de cigarro y pipa es el mismo que el de los fumadores de cigarrillo.

La disminución del riesgo en los fumadores de cigarrillos que abandonan el hábito

Todos los estudios retrospectivos y prospectivos han revelado una reducción del riesgo de cáncer de pulmón en los fumadores de cigarrillos que han abandonado el hábito. Entre los médicos del Reino Unido que dejaron de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón descendió rápidamente a un nivel inferior al de los que continuaban fumando y al cabo de 15 años fué sólo tres veces mayor que el de los no fumadores (Figura 3). Entre 1951 y 1966 la mitad de los médicos del Reino Unido incluidos en un estudio prospectivo de mortalidad que fumaban cigarrillos han dejado el hábito mientras que, durante el mismo período, el consumo general de cigarrillos experimentó muy pocos cambios. Entre 1953-1957 y 1961-1965 las defunciones por cáncer de pulmón en la población masculina general de 35 a 64 años de Inglaterra y Gales aumentó en un 7% mientras que en los médicos de la misma edad se redujo en un 38%.^{22a} Estos datos indican con bastante claridad que el abandono en gran escala del hábito de fumar cigarrillos reduciría la mortalidad general por cáncer de pulmón.

El cáncer de pulmón y otros factores ambientales

Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón son más elevadas en las zonas urbanas que en las rurales. Esta diferencia entre urbano/rural es más acentuada en los fumadores de cigarrillos que en los no fumadores. La exposición a la contaminación atmosférica, especialmente por el humo de carbón, parece aumentar el riesgo de cáncer de pulmón, pero su efecto es relativamente pequeño comparado con el del hábito de fumar cigarrillos. Los hombres que trabajan en ciertas ocupaciones,^{22, 23, 24, 25, 26} particularmente los que están expuestos al polvo de asbestos, cromatos, níquel, arsénico, materiales radioactivos, gas mostaza y los productos de destilación de carbón en la industria de gas, corren un riesgo considerablemente mayor de cáncer de pulmón.

Cuando en estas industrias se comparan los fumadores con los no fumadores se observa que el aumento del riesgo se limita en gran parte a los fumadores. Parece ser que el cáncer de pulmón puede desarrollarse como reacción a la inhalación de una gran variedad de agentes químicos, de los cuales el humo de cigarrillo es al que están expuestos más personas.

Asimismo, parece que el fumar cigarrillos es peligroso especialmente para las personas expuestas a estos diversos riesgos ambientales. La contribución que representa el cáncer de pulmón de origen industrial a la mortalidad total por esta enfermedad es no obstante, muy reducida.

Pruebas experimentales ²⁷

El humo del tabaco contiene tantas sustancias que inician el cáncer (carcinógenos) como sustancias que lo promueven (cocarcinógenos). Es relativamente fácil inducir el cáncer en la piel de animales de laboratorio mediante la aplicación de condensados de humo de tabaco. La carcinogenicidad de los condensados de humo de pipa y cigarro es análoga a la del humo de cigarrillo. Hasta hace poco ninguno había provocado carcinoma bronquial en animales de laboratorio mediante la exposición a la inhalación del humo de cigarrillos. Sin embargo, recientemente se observó el desarrollo de típicos cánceres bronquiales espinocelulares en perros que fumaron siete cigarrillos al día durante 29 meses mediante traqueotomía. Los perros que fumaron el mismo número de cigarrillos con filtro o la mitad sin filtro durante el mismo período no desarrollaron cánceres espinocelulares pero mostraron considerables alteraciones metaplásicas del epitelio bronquial.²⁸

El mecanismo de la formación de cáncer de pulmón por el hábito de fumar

Se supone que el cáncer broncogénico se produce por la exposición repetida del epitelio bronquial a las sustancias iniciadoras y promotoras del cáncer contenidas en el humo. No se han identificado las sustancias de importancia primigenia pero se sabe que el benzo(a)pireno es un iniciador del cáncer que se encuentra en la concentración más alta en el humo del tabaco. Posiblemente la reducción de la concentración de las sustancias iniciadoras del cáncer (que se encuentran principalmente en la fase de partículas) y de promotoras (que se representa en las fases de partículas y gaseosas) reduciría el riesgo de cáncer. Y lo mismo ocurriría con los cambios de los hábitos de fumar que reducen la exposición del epitelio bronquial al humo.

Conclusión

El cáncer de pulmón es raro entre los no fumadores. Las pruebas de que el hábito de fumar cigarrillos aumenta considerablemente la incidencia de cáncer de pulmón son ya irrefutables. Por consiguiente, se puede pronosticar que si desapareciera el hábito de fumar cigarrillos o si se elaborara un tipo de cigarrillo exento del peligro de cáncer, la epidemia mundial de una enfermedad que actualmente causa cada año la muerte de cientos de miles de fumadores se detendría y empezaría a ceder.

BRONQUITIS Y ENFISEMA

Estudios de morbilidad

Numerosas encuestas en muestras de la población general en 10 o más países ²⁹ han revelado que la prevalencia de tos y expectoración, tanto en hombres como en mujeres, está íntimamente relacionada con el número de cigarrillos consumidos. Estos síntomas generalmente disminuyen pronto en las personas que dejan de fumar. ^{30, 31, 32} Episodios recurrentes de infección de las vías respiratorias están asociados a este exceso de excreción mucosa y son más frecuentes en los fumadores de cigarrillo que en los no fumadores. ^{13e} Los fumadores de pipa y cigarro son sólo ligeramente más afectados por tos y expectoración que los no fumadores. ²⁹

Se ha observado que, en general, cada uno de los aspectos de la función pulmonar es menos eficaz en los fumadores de cigarrillos que en las personas de la misma edad que se abstienen de fumar. ^{13f, 33a} La anormalidad principal es el estrechamiento progresivo de las vías respiratorias. También se observa una alteración de la transferencia de gases con la consecuente hipoxemia. ³⁴ Cuando los fumadores jóvenes abandonan el hábito, su función pulmonar suele volver a la normalidad. ^{31, 32, 34, 35} Los casos moderadamente graves de obstrucción de las vías respiratorias pueden mejorar extraordinariamente en lo que se refiere a las dificultades de respiración y a la tos, aunque lleven muchos años fumando, pero cuando la bronquitis o el enfisema están en una fase avanzada, los daños pulmonares son irreversibles, y el abandono del hábito de fumar no suele producir más que un ligero alivio en la dificultad de respirar. ³⁶ La tos molesta y penosa puede, sin embargo, ser aliviada.

Estudios de mortalidad

Como en el caso del cáncer de pulmón, los extensos estudios prospectivos han indicado un aumento constante de la mortalidad por bronquitis y enfisema a medida que es mayor el consumo de cigarrillos, siendo más bajas las tasas correspondientes a los fumadores de cigarro y pipa. Las personas que fuman 20 o más cigarrillos al día acusan una tasa de mortalidad 15 veces superior a la de los no fumadores.

Entre los médicos de 35 a 64 años de Inglaterra y Gales, muchos de los cuales han dejado de fumar, se observó una reducción del 24% de la mortalidad por bronquitis entre los años 1953-1957 y 1961-1965, en comparación con sólo un 4% de reducción en los hombres de la misma edad y país, entre quienes no había ocurrido una disminución del hábito de fumar cigarrillos. ^{20a}

Estudios patológicos

Los estudios de autopsia ^{9, 13, 33d} han mostrado una estrecha relación entre la severidad de las alteraciones bronquíticas y enfisematosas y la cantidad de cigarrillos consumidos antes de la muerte.

Pruebas experimentales

El humo del tabaco contiene numerosas sustancias irritantes que pueden detener la acción del revestimiento ciliar de los bronquios.^{27, 38c} Se ha observado que los animales expuestos al humo del tabaco experimentan alteraciones análogas a las que presentan los enfermos de bronquitis grave.³⁷ Los perros expuestos con regularidad al humo del tabaco desarrollan lesiones pulmonares progresivas causadas por bronquitis y enfisema.^{33b}

Otras causas de bronquitis crónica

Entre otras causas de bronquitis crónica figuran la contaminación general de la atmósfera, especialmente por el humo de la combustión de carbón.³⁸ y la exposición al polvo de las minas y otras industrias.³⁹ Estos factores afectan predominantemente a los fumadores de cigarrillos.^{38, 40} La bronquitis crónica grave o el enfisema son poco comunes en el Reino Unido, en las personas que no fuman, incluso en las que habitan en sectores muy contaminados o que pertenecen a grupos industriales expuestos a la inhalación de polvos.⁴¹

El mecanismo por el cual el hábito de fumar causa bronquitis y enfisema

Cabe suponer que las sustancias irritantes que contiene el humo de tabaco son las responsables de la tos inmediata y la broncoconstricción que acompañan a su inhalación. Esta reacción se debe a sustancias contenidas en las fases tanto gaseosas como de partículas del humo.⁴² Se presume también que estas sustancias son la causa de la hipertrofia de las glándulas mucosas, las que segregan mucosidades excesivas expectoradas en forma de esputo. La mucosidad excesiva y la ciliostasis afectan las defensas pulmonares contra la infección y, de esta manera, favorecen la infección bronquial del fumador bronquítico.²⁹ Se ignora cuáles son las sustancias del humo del tabaco que producen la constricción bronquial de la bronquitis obstructiva y la destrucción alveolar del enfisema.

Conclusión

El hábito de fumar cigarrillos constituye una causa predisponente muy importante de la bronquitis crónica y del enfisema. El abandono del cigarrillo evitaría en gran medida la prolongada incapacitación - que no sólo es penosa sino que también origina considerables pérdidas de horas de trabajo y en eficiencia - y las muertes precoces de millares de hombres y mujeres por estas enfermedades.

CARDIOPATIA ISQUEMICA

En los últimos 30 ó 40 años, la mortalidad por cardiopatía isquémica ha ido aumentando constantemente en los países desarrollados. El mayor número de casos se debe posiblemente en parte, al mejoramiento del diagnóstico, pero casi no cabe duda que en años recientes se ha registrado un aumento real. En el Reino Unido y en los Estados Unidos de América una tercera parte de las defunciones que ocurren en los hombres de 35 a 64 años de edad se debe a esa enfermedad.

Los estudios prospectivos de la mortalidad coinciden en que la mortalidad por cardiopatía isquémica es mayor en los fumadores de cigarrillos que en los no fumadores, aumenta con el consumo de cigarrillos y es menor en los fumadores que dejan el cigarrillo que en los que continúan fumándolo. También es más elevada entre los fumadores que inhalan el humo y los que comenzaron a fumar en edad más temprana. Esta asociación del consumo de cigarrillos con las muertes por cardiopatía isquémica es cuantitativamente distinta de su asociación con el cáncer de pulmón y la bronquitis crónica. La cardiopatía isquémica es frecuente entre los no fumadores, y el aumento proporcional del riesgo es relativamente pequeño en los fumadores de cigarrillos. Esta cardiopatía está relacionada menos directamente con el número de cigarrillos consumidos, y el aumento del riesgo es mayor en los fumadores jóvenes (la tasa siendo dos o tres veces más alta que en los no fumadores) que en los de edad más avanzada (50% mayor que en los no fumadores) (Figura 4). Sin embargo, como la enfermedad es tan común, el pequeño aumento proporcional de la mortalidad observado en los fumadores de cigarrillos da lugar en ellos a un incremento total del número de defunciones que es mucho mayor que el aumento total por cáncer de pulmón (Cuadro 4). La comparación de los fumadores de cigarro y pipa con los que se abstienen de fumar no indica un riesgo mayor, o en todo caso es de poca importancia.

Las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica entre las mujeres, especialmente antes de los 65 años de edad, son mucho menores que entre los hombres, pero el efecto proporcional del consumo de cigarrillos es análogo al que experimentan los hombres.³

En varios estudios prospectivos se ha registrado la incidencia de ataques no mortales de cardiopatía isquémica y de angina de pecho en relación con los hábitos de fumar.^{43, 49} Se ha observado generalmente, aunque no siempre, que la angina de pecho es más frecuente en los fumadores de cigarrillos que en los no fumadores. En los fumadores de cigarrillos los ataques no mortales aumentan en la misma proporción que los mortales (aproximadamente el doble), pero en un estudio se observó que los ataques de enfermedad isquémica que terminan en muerte repentina eran cuatro veces más frecuentes en los fumadores de cigarrillos que en los no fumadores.⁴⁸ La mayoría de estos estudios han indicado que los fumadores de pipa o cigarro no están expuestos a un mayor riesgo de cardiopatía isquémica. Un estudio reveló⁴⁶ un aumento, aunque no influyó en la tasa de ataques rápidamente mortales.

En cuatro grandes estudios realizados en los Estados Unidos de América, las autopsias revelaron que la frecuencia y severidad del ateroma de las arterias coronarias están relacionadas positivamente con el hábito de fumar cigarrillos.^{33e, 49} En cambio, en otras dos encuestas no se ha observado una relación de esta naturaleza.^{51, 52}

Otros factores de riesgo

El riesgo de cardiopatía isquémica aumenta en relación con la hipertensión, obesidad, diabetes, elevadas concentraciones de colesterol en la sangre, inactividad física, deficiencia de la función pulmonar y tipo de personalidad. Los análisis estadísticos han demostrado que el hábito de fumar cigarrillos está relacionado con la mortalidad por cardiopatía isquémica, independientemente de todos esos factores. ^{44, 53}

La mortalidad por todas las enfermedades cardiovasculares en médicos de Inglaterra y Gales de 35 a 64 años de edad que habían disminuido considerablemente el hábito del cigarrillo, se redujo en un 6% entre 1954-57 y 1961-65, en tanto que en toda la población masculina de la misma edad del país aumentó en 10% durante ese período. Recientes estadísticas de seguros demuestran también una tendencia favorable en la mortalidad por cardiopatía isquémica en los médicos de Inglaterra y Gales en comparación con otros hombres.

El mecanismo por el cual el hábito de fumar cigarrillos puede afectar al corazón

Se ha demostrado que el hecho de fumar cigarrillos o la inyección de nicotina provocan la descarga de catecolaminas de las glándulas suprarrenales. ^{33f} Se ha visto que estas sustancias aumentan la adhesividad de las plaquetas (favoreciendo así el riesgo de la trombosis), aumentan la concentración de lípidos hemáticos (lo que puede promover la formación de ateromas), e intensificar también el riesgo de arritmias cardíacas ⁵⁵ (que pueden producir muerte repentina). Es probable que la descarga de catecolamina sea también responsable de la taquicardia, el mayor volumen-minuto cardíaco y la ligera hipertensión que ocurren al fumar cigarrillos. ^{56a} Estas alteraciones son inocuas en los individuos que tienen un corazón normal, pero se ha demostrado que producen insuficiencia cardíaca en personas que han sufrido recientemente un infarto del miocardio. ⁵⁷

Los fumadores de cigarrillos también muestran concentraciones de carboxihemoglobina elevadas (hasta el 10%), que si bien no es probable que afecten la eficacia de un corazón normal, pueden disminuir a niveles críticos el suministro de oxígeno al músculo cardíaco isquémico. ^{33g, 56b}

Estas consecuencias del hábito de fumar cigarrillos podrían explicar tanto el aumento de la aterosclerosis coronaria como la tasa elevada de totalidad por oclusión coronaria que se observan en los fumadores de cigarrillos.

Todavía no se ha encontrado una explicación de la inmunidad de los fumadores de cigarro y pipa a los efectos cardíacos adversos que sufren los que consumen cigarrillos. Son muy pocos los estudios realizados sobre los efectos inmediatos del hábito de fumar cigarrillos o pipa sobre el sistema cardiovascular, las concentraciones de nicotina en la sangre y la descarga de catecolaminas.

Conclusión

El hábito de fumar cigarrillos es probablemente una causa contribuyente a la enfermedad de las arterias coronarias, una de las principales causas de defunción en los países desarrollados. Se considera que la tasa de mortalidad por esta enfermedad se reduciría considerablemente si la población, especialmente los hombres de edad media se abstuvieran de fumar cigarrillos.

EL HABITO DE FUMAR Y OTRAS ENFERMEDADES DE LA CIRCULACION

El hábito de fumar no aumenta la incidencia de hipertensión arterial, ^{13h} pero hay evidencias que el consumo de cigarrillos favorece la formación de aterosclerosis generalizada. ^{33e} Esta puede ser la causa de consecuencias incapacitadoras o mortales por el deterioro de la irrigación arterial a las piernas o al cerebro. En los grandes estudios prospectivos de los Estados Unidos de América se ha encontrado que los fumadores tienen una tasa elevada de mortalidad por hemiplegia y aneurisma aórtico. ^{33h} Asimismo, la claudicación intermitente afecta más a los fumadores que a los no fumadores. ⁴⁸

OTRAS AFECCIONES RELACIONADAS CON EL HABITO DE FUMAR CIGARRILLOS

Úlcera péptica

En encuestas retrospectivas y de prevalencia se ha mostrado una evidente relación entre el hábito de fumar y la prevalencia de úlceras gástricas y duodenales. ¹³ Los enfermos de úlcera observan con frecuencia que el fumar de manera considerable les aumenta el dolor. Los enfermos fumadores responden pobremente al tratamiento antiácido, ⁵⁸ y el hábito de fumar retarda la cicatrización de las úlceras gástricas. ⁵⁹

Los estudios prospectivos en gran escala 2, 3, 4, 5 han demostrado que las tasas de defunción por úlcera péptica en los fumadores de cigarrillos son tres a cuatro veces más altas que en los no fumadores.

La úlcera péptica es una afección común en personas que no fuman y su frecuencia no ha aumentado en muchos países durante el período cuando incrementó el consumo de cigarrillos. Parecería que el hábito de fumar, más que ser causa de las úlceras, retrasaría en alguna forma su cicatrización.

Otros cánceres

El cáncer de la boca, laringe y esófago está relacionado con el hábito de fumar cigarrillos, cigarros o pipa. La tasa de mortalidad es aproximadamente cuatro veces mayor. También son más comunes en los fumadores los papilomas y los cánceres de la vejiga, y recientemente se han observado algunas evidencias de un mayor riesgo de cáncer del páncreas. ^{56c}

Tuberculosis pulmonar

El descenso rápido de la mortalidad por tuberculosis en los países desarrollados durante un período en que se ha ido extendiendo el hábito de fumar cigarrillos indica que este hábito no puede contribuir de manera significativa a agravar la enfermedad. Sin embargo, las pesquisas radiológicas en masa en el Reino Unido,^{60,61} y los estudios prospectivos de médicos del mismo país² y de excombatientes estadounidenses⁴ aportaron ciertas pruebas de que los fumadores de cigarrillos están expuestos a un mayor riesgo de contraer la enfermedad y fallecer por esta causa. Dos estudios han sugerido la posibilidad de que este riesgo se deba a un mayor consumo de alcohol por los fumadores y no al hábito de fumar mismo.^{62,63}

El hábito de fumar durante el embarazo

Son reconocidos ampliamente los peligros que suponen para el niño aún no nacido las radiaciones, la rubéola y ciertos medicamentos. Pero no es tan conocido el hecho de que la madre que fuma durante el embarazo puede perjudicar también la salud de su hijo.

En siete encuestas independientes en gran escala se ha demostrado claramente que los niños nacidos de madres que fuman durante el embarazo pesan, como término medio, 150 a 240 gramos menos que los hijos de madres no fumadoras, y que la proporción de prematuros es de dos a tres veces mayor en las primeras.³³ Al cumplir su primer año, estos niños ya se han normalizado y pesan igual que los hijos de madres no fumadoras.

Estudios recientes en más de 8,000 partos indican sin embargo que el peligro para el feto puede ser aún más grave, pues en el caso de las madres que fumaban durante el embarazo, el riesgo de abortos, nacimientos muertos o defunciones poco después de nacer fué aproximadamente el doble del que mostraron las madres no fumadoras. El riesgo para los hijos de madres con toxemia ecláptica fué mayor si la madre fumaba. En un estudio se calculó que uno de cada cinco niños perdidos se hubieran salvado si sus madres no hubieran fumado.^{64,65}

Se desconoce la manera en que el hábito de fumar de la madre afecta al feto. El efecto no se debe a los hábitos alimentarios de las madres. Es posible que la nicotina reduzca la circulación sanguínea de la placenta y que la carboxihemoglobinemia sea también nociva para el feto.⁶⁶

El hábito de fumar y el peso corporal

La diferencia global entre el peso de los adultos fumadores y los no fumadores es muy poca, aunque el de estos últimos suele ser ligeramente mayor.

Las personas que dejan de fumar con frecuencia informaron sobre un considerable aumento de peso. Así ocurrió con médicos del Reino Unido que abandonaron este hábito, aunque muchos de ellos habían prestado atención a la

dieta. De todas maneras, el promedio de aumento fue sólo de 2 kilogramos.⁶⁷ Este aumento suele atribuirse a una mayor ingestión de alimentos, pero es posible que también se produzcan algunos cambios del metabolismo derivados de un mejor aprovechamiento de los alimentos al dejar de fumar.

Se ha sugerido que el mayor riesgo de contraer cardiopatía isquémica por el aumento de peso al dejar de fumar puede contrarrestar con creces la reducción del riesgo lograda al abandonar el cigarrillo y que, por consiguiente es más seguro continuar con el hábito. Esta sugerencia carece de fundamento, como lo demuestra el constante descenso en el exceso de mortalidad que se observa en los fumadores de cigarrillos que dejan el hábito.

Efectos psicológicos del abandono del hábito de fumar

Se ha sugerido que una enérgica campaña contra el hábito de fumar puede persuadir a los fumadores, que han adquirido dependencia de los efectos tranquilizantes del hábito, de abandonarlo y, de esta manera, causarles numerosos trastornos psicológicos y motivarlos a recurrir a drogas más nocivas. Un estudio realizado en el Reino Unido en numerosos médicos que dejaron de fumar reveló que ellos derivaron más beneficio del cese del hábito que del que obtenían cuando estaban sujetos al mismo. En efecto, estos médicos, comparados con los que habían continuado fumando, informaron sobre un aumento definido de energía, y no mostraron una mayor tensión, irritabilidad o propensión a las preocupaciones.⁶⁷

En conclusión, puede afirmarse que las enfermedades relacionadas con el hábito de fumar constituyen causas tan importantes de invalidez y muertes prematuras en los países desarrollados que el control de este hábito contribuiría más que ninguna otra medida de medicina preventiva a mejorar la salud y a prolongar la vida en dichos países. Puede predecirse con confianza que si el hábito de fumar cigarrillos sigue extendiéndose al ritmo actual en los países en desarrollo irá acompañado del consecuente aumento de las incapacidades y defunciones. En estos países, lo mismo que en los más desarrollados, la prevención del hábito de fumar constituye una parte esencial de cualquier programa de medicina preventiva.

ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN

Se ha observado una tendencia a considerar con pesimismo las perspectivas de inducir a un gran número de personas adultas a que dejen de fumar o de persuadir a numerosos jóvenes a que no adquieran el hábito. Puesto que en la mayoría de los países el hábito de fumar cigarrillos es relativamente reciente y en general, ha sido adquirido con más rapidez por los adultos

jóvenes, se ha registrado en los primeros un marcado aumento del consumo total de tabaco a través de los años.⁶⁸ Este aumento se ha producido aun cuando la tasa de adquisición del hábito de fumar se ha estabilizado en cohortes sucesivas de adultos jóvenes, puesto que éstas van substituyendo a las personas de más edad entre quienes está menos extendido el hábito, y los que lo tienen suelen fumar menos.

Al extenderse el hábito de fumar cigarrillos entre las mujeres, lo que ha ocurrido mucho más recientemente en la mayoría de los países, se ha producido un constante aumento del consumo de cigarrillos, a pesar del considerable número de personas que han dejado de fumar. Asimismo, el crecimiento de la población total, especialmente de los adultos, puede incrementar considerablemente el consumo total de cigarrillos aún cuando la tasa per capita no varíe.

Se ha informado ocasionalmente sobre actividades limitadas encaminadas a influir en los fumadores para que abandonen el hábito o a persuadir a los niños para que no empiecen a fumar. En general, estas tentativas no han tenido mucho éxito.⁶⁹⁻⁷⁵ No es de extrañar esto desde el punto de vista de la educación para la salud ya que estos intentos se han basado, en gran parte, en la creencia de que si las personas con autoridad informan del peligro que encierra el consumo de cigarrillos, gran parte de la población dejará el hábito y numerosos jóvenes, que en otro caso lo hubieran adquirido, se abstendrán de fumar. Esta creencia no tiene en cuenta la complejidad del proceso en virtud del cual los jóvenes empiezan a fumar y los adultos dejan de hacerlo, ni de los factores que intervienen en la decisión del individuo en un sentido u otro. Ambos procesos están determinados por factores tales como los valores fundamentales del individuo, su percepción de la amenaza de los efectos del cigarrillo y la importancia que les concede, la utilidad psicológica o social que le supone el hábito de fumar y su medio social que lo alienta a comenzar y continuar fumando o trata de disuadirlo de esta actitud.⁷²

Los tres objetivos principales de un programa destinado a reducir la mortalidad e invalidez derivadas del hábito de fumar son los siguientes: 1) estimular a los jóvenes a que no empiecen a fumar; 2) disminuir el número de los actuales fumadores y 3) fomentar la elaboración de cigarrillos y métodos de fumar menos peligrosos y, al mismo tiempo, persuadir a los fumadores que los adopten.⁷³

Los enfoques actualmente más importantes para combatir los peligros para la salud que resultan del hábito de fumar son los siguientes:

1. La educación de los jóvenes para prevenir que comiencen a fumar.
2. El ejercicio de influencias por el personal de salud.
3. La aplicación de un enfoque de grupo para controlar el hábito de fumar cigarrillos en los adultos.

4. El empleo de un enfoque en masa para controlar el hábito de fumar cigarrillos.

5. La reducción de la eficacia de la publicidad y promoción del consumo de cigarrillos.

6. La producción de cigarrillos menos peligrosos.

Esta lista no supone un orden de prioridad estricto. Se requiere un programa eficaz de educación de la juventud, pero cabe poner en duda si tendría algún valor en tanto que los jóvenes sigan en un medio en el que predominan los fumadores adultos. La experiencia demuestra casi sin lugar a dudas que acciones efectivas deben adoptarse más o menos simultáneamente en los seis frentes citados. Probablemente sería más efectivo un programa que lograra realizar algo en cada uno de los enfoques enunciados que otro que cumpliera mucho en uno y descuidara los otros cinco.

1. La educación de los jóvenes para prevenir que comiencen a fumar

Como medida segura de protección contra los peligros para la salud que entraña el consumo de cigarrillos, es de importancia vital persuadir a los jóvenes de que no adquieran el hábito de fumar.

Se han⁷⁴⁻⁸² llevado a cabo varios estudios sobre el hábito de fumar entre los jóvenes. En general, se ha observado que los niños que viven en un medio de fumadores, adultos y jóvenes empiezan a ensayar el cigarrillo a una edad bastante temprana. Algunos se limitan a experimentar, otros no vuelven a fumar hasta después de largo tiempo, mientras que otros van adquiriendo el hábito con bastante rapidez a través de una serie de etapas. Estas etapas comienzan con el consumo ocasional de cigarrillos (en ocasiones especiales relativamente poco frecuentes), que luego va aumentando (una mayor frecuencia y variedad de ocasiones para fumar) y, por último, llegan al consumo de cigarrillos con regularidad, es decir, el interesado suele ir provisto de cigarrillos. Aún en este último caso, el joven no suele fumar mucho en comparación con los adultos, probablemente debido al costo de los cigarrillos y las limitaciones en las horas y lugares en que puede hacerlo. La edad a que corresponde cada una de las etapas y la proporción de niños que pasan de una etapa a la siguiente puede variar considerablemente según las características culturales.

Los estudios sobre la característica que diferencian a los fumadores de los no fumadores en cada grupo de edad indican que algunas de ellas son bastante consecuentes. En primer lugar, la conformidad con la norma familiar respecto del hábito de fumar parece ser importante; el hábito es más común en los hijos de padres fumadores y en los niños que tienen hermanos mayores que fuman. En segundo lugar está la característica de un progreso académico bajo; se observan con más frecuencia el hábito en niños menos aventajados en la escuela y que aspiran a metas menos elevadas que entre quienes son buenos

alumnos y tienen aspiraciones más altas. En tercer término, procede mencionar la influencia de los grupos de características uniformes; los fumadores tienden a asociarse con otros fumadores pero no se ha determinado claramente en qué medida esta asociación induce a fumar o favorece su continuación o si simplemente es una consecuencia de la atracción entre personas con hábitos similares. Por último, hay ciertas indicaciones que para algunos niños el hecho de fumar es un símbolo de independencia y rebeldía contra las normas establecidas por la familia o por el grupo a que pertenecen. Desgraciadamente, no se conoce aún ningún análisis adecuado de cómo varía la importancia de estas características a medida que el niño avanza de una etapa a otra en el proceso de conversión al hábito de fumar.

Hay también pruebas que corroboran la opinión que el hecho de fumar puede tener un importante significado simbólico para una persona joven - generalmente en función de sus relaciones sociales con los individuos de su mismo grupo. En estudiantes universitarios se han identificado también los mismos factores en relación con la utilidad psicológica del hábito de fumar característica de los fumadores adultos. Se presume que los niños que empiezan a fumar se dan cuenta de que pueden utilizar el cigarrillo para elevar su estado emocional (por ejemplo, estimular, dirigir o acentuar el placer), disminuir sensaciones negativas tales como la ansiedad, el temor o la inseguridad, e incluso adquirir el hábito de fumar, que en sí carece de todo factor emocional significativo. Está en discusión en los jóvenes que sólo consumen unos cuantos cigarrillos al día existe algo parecido a la dependencia psicológica característica de algunos fumadores adultos.

Otra característica de una elevada proporción de fumadores jóvenes es que difícilmente son impresionados por cualquier amenaza para su salud que pueda presentarse en 30 ó 40 años más tarde. En cambio, tiene mas relieve la creciente información reciente sobre la morbilidad e incapacidad que acompañan al hábito de fumar cigarrillos, especialmente la que demuestra los efectos inmediatos de fumar y las alteraciones de la función respiratoria que ocurren en jóvenes que son relativamente nuevos fumadores.

Resulta muy difícil influir en los jóvenes mediante la enseñanza en la escuela para que sigan una conducta opuesta a la que se fomenta, en un ambiente mucho más amplio, mediante la publicidad comercial y los hábitos de fumar de los padres y de los líderes, tanto adultos como de su propio grupo. Y precisamente por estas dificultades es muy importante y necesita perfeccionarse la calidad de los programas escolares sobre el hábito de fumar como un peligro para la salud. Se debería ofrecer oportunidad a los jóvenes para conocer las consecuencias que tiene para la salud el hábito de fumar tanto en las clases de ciencia y educación para la salud, como en los programas de estudios sociales, en las actividades de educación física y en otros cursos apropiados.

Puesto que la conducta de los jóvenes no se modela simplemente con influencias educativas y desde que la enseñanza con el ejemplo es más poderosa que la que se ofrece en forma de precepto, los padres y maestros deberían

abstenerse de fumar. Asimismo, como muchos jóvenes están sujetos a la influencia de actividades organizadas de la juventud, se les deberían advertir sobre los peligros del hábito de fumar a través de esos conductos y por el ejemplo de los dirigentes de esas actividades, quienes deberían abstenerse de fumar.

Sin embargo, hay que subrayar que la educación de la juventud con respecto al consumo de cigarrillos no puede llevarse a cabo en un vacío; debe más bien formar parte de una enseñanza que desarrolle un conocimiento más profundo de todo lo que constituye la salud personal. No cabe duda de que el hábito de fumar no es más que una de las numerosas alternativas que se le ofrecen al individuo y que le obligan a tomar una decisión sobre conducta personal.⁸³ La decisión que con más probabilidad favorecerá a su salud, tanto inmediata como futura, depende de muchos factores. Sin embargo, uno de los elementos esenciales es un buen programa de educación para la salud que haga hincapié en que la importancia de un buen estado de salud es incalculable, que las decisiones personales sobre el comportamiento influyen en las perspectivas de una buena salud y que la falta de salud no se deriva exclusivamente de una mala suerte, sino que muchas veces es una consecuencia directa de la conducta que el individuo sigue por propia voluntad. El fortalecimiento del programa de educación básica para la salud en las escuelas y universidades constituye un elemento esencial para el mejoramiento de la enseñanza sobre los efectos del hábito de fumar.

La primera medida que deben adoptar en este sentido las escuelas y universidades consiste en mejorar la formación de los profesores. Esta tarea debe realizarse en las escuelas de magisterio y en los programas de educación continua para maestros. La enseñanza adecuada sobre los efectos del cigarrillo en la salud debe formar parte de la preparación de los maestros actuales y futuros quienes deben aprender los métodos para inculcar a los niños los conocimientos sobre la materia.

2. El ejercicio de influencia por el personal de salud

En ciertos países muchos médicos han dejado de fumar⁸⁴⁻⁸⁷ y en algunos esta tendencia se ha extendido también a los estudiantes de medicina. Ahora los especialistas en salud reconocen en general que el hábito de fumar cigarrillos constituye un grave peligro para la salud y que en el abandono de este hábito evitará muchas enfermedades crónicas. Puesto que estas personas simbolizan la autoridad en salud y, de esta manera, influyen en las actitudes y conducta del individuo y de la comunidad, pueden ejercer un efecto considerable en las actitudes y prácticas de los pacientes respecto del hábito de fumar. Un importante aspecto de esta influencia radica en dar el ejemplo de no fumar cigarrillos.

En un Forum Nacional sobre "La manera de abordar en los consultorios los problemas del hábito de fumar",⁸⁸ patrocinado por el Colegio Americano de Especialistas del Tórax y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, que tuvo lugar recientemente en ese país, se formularon las recomendaciones siguientes:

"En sus consultorios los médicos deben hacer por lo menos lo siguiente:

1. Indagar acerca de los hábitos de fumar de todos sus pacientes.
2. Informar a cada paciente sobre los riesgos que encierra la continuación del hábito de fumar y las ventajas de abandonarlo.
3. Aconsejar enérgicamente contra el hábito de fumar.

Este programa mínimo puede llevarse a cabo con un poco más de tiempo que el que se acostumbra a dedicar a la consulta habitual. Sin embargo, para ser eficaces en grado máximo los médicos deben hacer algo más: ellos deben ayudar activamente a los fumadores a abandonar el hábito."

Además, el Forum, dió énfasis a las oportunidades que se le ofrecen al médico de crear un ambiente en el consultorio que conduzca a dejar de fumar, entre otras maneras, con el ejemplo del propio médico y sus asistentes. Se recomendó también el empleo sistemático de procedimientos de examen para identificar las manifestaciones tempranas de la alteración de la función pulmonar, así como otras pruebas para descubrir los primeros efectos del consumo de cigarrillos. Sin embargo, se puso de relieve primordial la importancia de que el médico acepte la responsabilidad de aconsejar a sus pacientes contra el hábito de fumar cigarrillos. El informe de la reunión contiene tres trabajos sobre la cuestión de cómo ayudar a los fumadores a abandonar el hábito. 89-91

La ampliación del papel del personal de salud en la educación del paciente requiere que la formación de estos especialistas incluya los conocimientos apropiados sobre los efectos que el cigarrillo ejerce sobre la salud. Y lo que es aún más importante, se necesita crear entre los jóvenes especialistas en salud un sentimiento de preocupación y responsabilidad en educar a sus pacientes sobre la importancia de evitar enfermedades absteniéndose de fumar cigarrillos.

3. La aplicación de un enfoque de grupo para controlar el hábito de fumar cigarrillos en los adultos

En tanto que por medio de las instituciones docentes se puede llegar a una gran proporción de jóvenes, cuando se trata de personas adultas la situación es mucho más variada. Sin embargo, como la mayoría de los adultos forman parte de un grupo profesional, religioso, cultural, social, atlético o cívico, se puede llegar a ellos a través de esos conductos. Las tentativas de acercarse a los fumadores de esta manera han sido escasas y poco frecuentes, y podrían utilizarse de manera más sistemática.

Las pocas actividades encaminadas a informar a las personas dentro del grupo al que normalmente pertenecen se han limitado a la utilización de carteles, conferencias, películas y folletos a fin de familiarizarlos con las graves consecuencias que pueden derivarse del hábito de fumar cigarrillos. El

temor a las consecuencias provocado en esa forma puede ser de tal naturaleza que el individuo que no se sienta capaz de dejar el hábito se vea casi obligado a dejar de escuchar. En general, las evaluaciones de las limitadas tentativas realizadas han sido desalentadoras.⁶⁹⁻⁷⁰ Es muy posible que los esfuerzos limitados a alarmar al público o, por otro lado, que ofrecen los servicios de clínicas especiales a los pocos que han decidido dejar de fumar y buscar ayuda en este sentido, han sido inadecuados para abordar el problema.

En la actualidad se llevan a cabo minuciosas investigaciones, desde el punto de vista de la conducta, sobre el proceso por el cual las personas dejan de fumar, los factores que contribuyen al cambio de conducta y la interacción entre estos factores.⁹²⁻⁹⁴ Si bien esta investigación dista mucho de ser completa, es evidente que el proceso de abandonar el hábito de fumar empieza con la simple toma de conciencia de que entraña peligros, y continúa luego con una percepción más clara de la amenaza que supone ese hábito y la consecuente preocupación, hecho que demanda tomar de alguna manera una decisión para tratar de cambiar de conducta. Para dejar de fumar se requiere una decisión inmediata de abandonar el hábito (éxito inmediato) y una determinación constante de no reanudarlo (éxito a largo plazo). Los factores que intervienen en las distintas etapas del proceso, desde la de toma de conciencia a la abstinencia satisfactoria a largo plazo, varían considerablemente. Es probablemente cierto que cuanto más avanzado sea el proceso adquiera mayor importancia la comunicación personal comparada con la colectiva. Así pues, el reconocimiento de los peligros que encierra el hábito de fumar y la preocupación que crean pueden intensificarse con la comunicación en masa, así como mediante la comunicación personal y en grupo. Pero la decisión de dejar de fumar y de no⁸³ reanudar el hábito depende casi totalmente de la ayuda personal de grupos.

Son muchas las publicaciones sobre la ayuda a los fumadores que encuentran muy difícil abandonar el hábito,⁹⁵ quienes por fortuna, representan una minoría de los que tratan de dejar de fumar. Los programas educativos para controlar el hábito del cigarrillo en grupos profesionales expuestos a contaminantes que favorecen las enfermedades del aparato respiratorio en general pueden resultar muy valiosos, ya que el efecto del consumo de cigarrillo puede agravarse cuando se une a otros inhalantes que contribuyen al cáncer de pulmón u otras enfermedades de las vías respiratorias. En general, los grupos ya muy expuestos a enfermedades en las que los fumadores de cigarrillos acusan una tasa superior a la de los no fumadores, se benefician considerablemente del abandono del hábito de fumar.

Desde el punto de vista del control del hábito de fumar cigarrillos, lo primero que se necesita en la mayoría de los países es tratar de convencer a un mayor número de personas de que piensen más detenidamente en sus hábitos de fumar y tomar una decisión al respecto.

4. El empleo de un enfoque en masa para controlar el hábito de fumar cigarrillos

Dada la magnitud del problema de comunicarse con el gran número de personas que fuman cigarrillos en los países más afectados, el empleo de métodos de comunicación en masa parece muy atractivo. El examen de las experiencias obtenidas con ese método en otros problemas de salud y, específicamente en la educación sobre el hábito de fumar, indica que el empleo de la comunicación en masa debe ser moderado por una apreciación de sus puntos débiles y fuertes. 71

Si bien es probable que tanto la comunicación en masa como la personal pueden influir en cualquier momento en el proceso de abandonar el hábito, no cabe la menor duda de que la primera resulta normalmente más poderosa al comienzo del proceso - particularmente en hacer que la gente tome conciencia del problema y en crear una preocupación por el mismo - mientras que la comunicación y el apoyo personal suelen ser progresivamente más importantes hacia el final del proceso. Por consiguiente, la interacción de las comunicaciones en masa y personal reviste gran importancia.

Además, las comunicaciones en masa, cuya significación estriba en su capacidad para informar a un gran número de personas, no resultan muy eficaces si transmiten un mensaje en sentido opuesto a las comunicaciones más personales que ha recibido el individuo. Así pues, la persona que reciba información médica a través de las comunicaciones en masa no procederá, por lo común, a base de ella, a menos que esta información esté respaldada por una persona a la que el interesado considere experta en la materia. De ahí la importancia de contar con el apoyo activo del personal de salud para confirmar las comunicaciones en masa sobre los efectos del hábito de fumar en la salud.

Uno de los enfoques en masa empleados en los Estados Unidos de América es el requisito, impuesto desde enero de 1966, de que en todas las cajetillas de cigarrillos vendidos en el país figure la siguiente advertencia: "Cuidado: el fumar cigarrillos puede ser nocivo para la salud". Se han aprobado disposiciones legislativas, que entrarán en vigor a fines de 1970, para fortalecer la advertencia. Es imposible determinar la contribución de esta advertencia, si es que ha ejercido alguna, a la situación estacionaria del consumo de cigarrillos que ocurrió en 1966 y en el primer semestre de 1967, y en el descenso iniciado en la segunda mitad de 1967 y que desde entonces ha continuado a un ritmo acelerado. Probablemente la advertencia logró un resultado: contestar al argumento expresado comúnmente contra las pruebas científicas en el sentido de que si los cigarrillos fueran realmente nocivos, el gobierno adoptaría alguna medida al respecto. Es posible que haya sido un primer paso útil, aunque no muy eficaz en sí mismo.

5. La reducción de la eficacia de la promoción de los cigarrillos

Es difícil imaginar cómo los cigarrillos, con los peligros que suponen para la salud, pueden continuar a la larga siendo objeto de publicidad. A medida que se van reconociendo de una manera más general las consecuencias que tiene para la salud el hábito de fumar, se observa una reacción en contra de

la promoción irresponsable de un producto que puede ser nocivo para sus consumidores. En ausencia de la completa prohibición de la publicidad y promoción de la venta de cigarrillos, se requieren como primera medida normas más estrictas respecto de su publicidad. Parece razonable, como cuestión de orden público, no anunciar los cigarrillos de forma tal que el anuncio de publicidad llegue a un gran número de niños y jóvenes. Los anuncios de cigarrillos no deben implicar que el fumar cigarrillos es fuente de éxito social o atrae al sexo opuesto. Esta publicidad no debería ser tan abrumadora, y debería dar al consumidor una información real sobre el producto que se le ofrece.

En una serie de países se han adoptado medidas para reducir la publicidad, en algunos por los propios gobiernos, en otros por los medios de comunicación y en ciertos casos incluso por los propios fabricantes de cigarrillos. Estas restricciones se han aplicado principalmente a la televisión y a la radio porque estos medios alcanzan a un gran número de niños. En cambio la publicidad impresa no ha sido afectada, salvo cuando se ha establecido algún control sobre su contenido. En general, tampoco se han impuesto restricciones a la publicidad en la vía pública, ella alcanza a numerosos niños. El problema varía notablemente de un país a otro debido al diverso grado de publicidad y promoción en favor del cigarrillo.

Desgraciadamente es difícil determinar el efecto de limitar la publicidad. Los fabricantes de cigarrillos alegan que la publicidad se lleva a cabo con fines de competencia, para conseguir mayor venta entre los que ya fuman, no para reclutar fumadores entre los jóvenes. Sea como fuere, para que las restricciones a la publicidad ejerzan algún efecto en la adquisición del hábito de fumar entre los jóvenes, es esencial que vayan acompañadas de programas eficaces de educación para la salud dedicados a la juventud, y de una manifiesta reducción del consumo de cigarrillos por parte de la población adulta (padres, personal de salud, maestros e ídolos populares) para dar ejemplo a los jóvenes.

Probablemente el efecto más importante de limitar o suprimir la publicidad de los cigarrillos estriba en el hecho de que la medida simbolice la preocupación de la sociedad por la salud de la población y, de esta manera, atenuaría la sanción social que recibe el hábito de fumar.

Un breve examen de lo que se ha venido realizando a este respecto indica la diversidad de medidas encaminadas a reducir la publicidad. Por ejemplo, en Checoslovaquia, Italia y Suiza, está prohibida la publicidad por televisión o radio. Varios países, como Dinamarca, Noruega y Suecia no permiten los anuncios comerciales en la televisión ni en la radio y, por consiguiente, no son objeto de publicidad los cigarrillos. En Finlandia no se permite anuncios de cigarrillos antes de las 9 de la noche, y en ningún caso puede presentarse la acción de fumar. La corporación Teledifusora de Finlandia ha anunciado recientemente que proyecta suprimir a fines de 1970 toda la publicidad comercial del tabaco en la televisión. En la República Federal de Alemania tampoco pueden anunciarse los cigarrillos por televisión antes de las 7 de la tarde, y en los anuncios no se deben presentar fumadores inhalando el humo. En Francia y el Reino Unido está prohibida la publicidad de los

cigarrillos en televisión. En los Estados Unidos de América se aprobó recientemente una ley en virtud de la cual queda prohibida la publicidad de los cigarrillos por radio y televisión a partir del 2 de enero de 1971, con una disposición que trata de disuadir de que los fondos de esta publicidad se destinen a otras formas de propaganda comercial del producto. En Irlanda la supresión de la publicidad de los cigarrillos por radio y televisión se ha ido introduciendo por etapas desde abril de 1969 y quedará completada en marzo de 1972. La Argentina, en febrero de 1969, prohibió la publicidad de los cigarrillos por radio, televisión y cine por un período de un año. En el Canadá después de la prohibición de la publicidad de los cigarrillos antes de las 9 de la noche, que rige desde hace varios años, se dispuso la supresión total de esta propaganda por parte de la Corporación de Emisoras del Canadá y otras varias estaciones independientes. En Islandia no se permiten los anuncios comerciales del tabaco por televisión.

En un número de países se han establecido procedimientos de revisión del contexto de la publicidad y se han aprobado códigos por los que se imponen restricciones en el material temático, hora y lugar de uso, auspicio por figuras públicas provenientes, y atracciones a la juventud. Estos procedimientos y restricciones se extienden a todas las formas de publicidad.

En otros varios países se está considerando seriamente la implantación de medidas análogas. Sin embargo, son muchos los países que no han tomado ninguna disposición, y no hay indicaciones de que se preste seria atención al problema.

6. La producción de cigarrillos menos peligrosos

Puesto que algunas personas a pesar de todas las tentativas para disuadirlas de que dejen de fumar continuarán con este hábito, se debería tratar con todo empeño de protegerlas de la mejor manera posible, indicándoles al mismo tiempo, claramente, que la única protección segura consiste en abstenerse de fumar. Por consiguiente, deben proseguir las investigaciones encaminadas a lograr un cigarrillo menos peligroso y modos de fumar menos nocivos, además de divulgarse extensamente los conocimientos disponibles. También debería considerarse la posibilidad de limitar las cantidades de sustancias nocivas permitidas en los cigarrillos de consumo público. La identificación de estas sustancias y las medidas encaminadas a reducir sus concentraciones merecen alta prioridad.

En la actualidad, varios países están tratando de fomentar los cigarrillos con un contenido menor de residuos de alquitrán y nicotina. En el Canadá, Suecia y los Estados Unidos de América se han dado a conocer públicamente los resultados de los exámenes del contenido de residuos de alquitrán y nicotina de la mayoría de las marcas de cigarrillos. En un informe reciente de un comité parlamentario del Canadá se propone el establecimiento de un nivel máximo permisible de residuos de alquitrán y nicotina.⁹⁷ En Austria, el monopolio tabacalero ha informado de una disminución del contenido de dichos residuos en los cigarrillos domésticos. En el Japón, el monopolio tabacalero semipúblico ha anunciado el plan de introducir tres marcas nuevas de cigarrillos en 1970,

con una cantidad mucho menor de residuos de alquitrán y nicotina; también se encarecerá a los fumadores que sólo consuman dos terceras partes del cigarrillo.

En los Estados Unidos de América el Servicio de Salud Pública ha iniciado una campaña con la consigna de "Si usted tiene que fumar...", encaminada a 1) reducir el número de cigarrillos consumidos; 2) disminuir la profundidad de la inhalación del humo; 3) reducir la frecuencia de la inhalación del humo; 4) acortar la parte del cigarrillo consumido intentando no fumarlo hasta el final, y 5) fomentar el consumo de cigarrillos con un contenido más bajo de residuos de alquitrán y nicotina. Este programa se ha llevado activamente a cabo por medio de la televisión, la radio y la distribución de folletos y, al parecer, ha tenido muy buena acogida por parte de numerosos fumadores preocupados por el hábito, pero incapaces de abandonarlo. Al mismo tiempo, este programa ha sido objeto de críticas por parte de los que consideran que favorece la continuación del hábito de fumar en personas que, de otro modo, tal vez lo abandonarían. Es todavía muy pronto para determinar el efecto que puede ejercer este programa, pero sus partidarios consideran que presenta una fuerte advertencia sobre el hábito de fumar a un gran número de fumadores que hasta la fecha ignoraban todo lo que se ha afirmado acerca de este hábito y la salud.

El hecho de que el fumador corriente de cigarro o pipa corra un riesgo considerablemente menor que el fumador de cigarrillos apoya el punto de vista que se pueden conseguir formas de fumar menos nocivas.

Los recientes informes sobre varias especies de animales que han desarrollado cáncer y enfermedades crónicas de las vías respiratorias por la inhalación del humo del cigarrillo, permitirán disponer en breve de un sistema de ensayos biológicos para comparar los efectos nocivos de cigarrillos preparados con distintos tipos de tabaco y diversas clases de aditivos y filtros. Mientras tanto, las pruebas más recientes siguen corroborando la afirmación de que los cigarrillos con menores cantidades de residuos de alquitrán y nicotina son, en condiciones de igualdad de otros factores de dosificación probablemente menos peligrosos que los que poseen un mayor contenido de dichas sustancias. Hay ciertas pruebas que indican que lo mismo rige para los cigarrillos con filtro. 97a

Se requiere una evaluación continua de los efectos que ejercen sobre la salud de las modificaciones de los componentes de los cigarrillos.

LA EXPERIENCIA EN UN ESTADO MIEMBRO

La reciente experiencia obtenida en los Estados Unidos de América indica que es posible reducir considerablemente el consumo de cigarrillos. En la Figura 5 se presenta el consumo per capita de cigarrillos desde 1950 hasta 1969. El aumento registrado después de la segunda guerra mundial en los años 1950-1952 se debió, en gran parte al mayor número de mujeres que empezaron a fumar. El descenso observado en 1953 puede atribuirse a la extensa divulgación por la prensa de los informes basados en estudios retrospectivos que se publicaron en 1950 y que asociaron el hábito de fumar con el cáncer de pulmón. 98-101 La reducción que ocurrió en 1954 refleja la influencia del informe de Hammond y Horn¹⁰² sobre el primer estudio prospectivo en gran escala, cuyos resultados mostraron el efecto del hábito de fumar cigarrillos en las tasas totales de mortalidad y ofrecieron datos sobre la relación entre el hábito de fumar y la cardiopatía isquémica y enfermedades del sistema respiratorio distintas del cáncer de pulmón. En otros estudios posteriores se indica que la reducción del consumo de cigarrillos en 1953-1954 se limitó, en gran parte, a los hombres con educación universitaria.¹⁰³⁻¹⁰⁵ La recuperación de la baja tasa de consumo de cigarrillos experimentada en 1954 fue primero lenta y luego a un ritmo acelerado, hasta exceder en 1958 de la tasa máxima previa.

Los informes de estudios científicos presentados ocasionalmente no ejercieron al parecer un gran efecto hasta 1962 (cuando el Informe del Colegio Real de Médicos¹⁰⁶ fue seguido de una estabilización de la curva) y 1964 (cuando se publicó el Informe del Comité Asesor al Cirujano General¹³). Este informe fue objeto de amplia publicidad en la televisión y en la radio, así como en la prensa, y a él debe atribuirse una inmediata y considerable reducción en el consumo de cigarrillos. Pero el consumo de cigarrillos empezó a aumentar de nuevo al cabo de unos seis meses, llegando casi a los elevados niveles per capita registrados inmediatamente antes de la publicación del informe. Este aumento fue seguido de un período de unos dos años durante los cuales no se observó apenas cambio alguno en el consumo de cigarrillos per capita. Esta estabilización encubrió el hecho de que dejaron de fumar numerosos adultos, pues los aumentos se debieron en gran parte a una mayor frecuencia del hábito de fumar en cohortes sucesivas de mujeres, lo que contrarrestó el efecto de quienes dejaron de fumar. El consumo de cigarrillos comenzó después a descender, probablemente al principio de la segunda mitad de 1967, descenso que ha continuado a un ritmo aparentemente acelerado durante unos dos años y medio. El consumo total de cigarrillos en los Estados Unidos de América disminuyó de 75.2 millones de cajetillas al día en 1967 a 74.5 millones en 1968, y luego a 72.5 millones en 1969, a pesar de un aumento aproximado de la población de 3 millones de personas al año (incluidos unos dos millones de adultos). El correspondiente consumo de cigarrillos per capita en personas de 18 años y mayor se redujo de 11.73 por día y en 1967 a 11.44 en 1968, y, aproximadamente a 10.94 en 1969. El consumo en 1969 representa una reducción de 3.7% de la cifra previa más alta y de 7.8% del consumo per capita con respecto al nivel más elevado alcanzado después de la publicación del informe de 1964.

Actualmente se está terminando un estudio epidemiológico prospectivo muy completo sobre los cambios de conducta en una muestra representativa de fumadores de los Estados Unidos de América.¹⁰⁷ Se espera que el estudio permitirá identificar las características que distinguen quienes hayan tratado de dejar de fumar de quienes no lo han intentado y, entre los primeros, los que lo han logrado y los que han fracasado. Es posible que este análisis ofrezca una mejor comprensión de los cambios de conducta en relación con el hábito de fumar. El hecho de que se estima que siete u ocho millones de personas, hay en un total de 50 millones de fumadores adultos de los Estados Unidos de América, hayan dejado de fumar, indica la magnitud de los cambios que ya se han experimentado.

Es difícil conocer con seguridad las razones de esta disminución del hábito de fumar. Los estudios de 1964 y 1966¹⁰⁵ indicaron que, si bien había una gran proporción de fumadores cuyas actitudes mostraban una disposición básica para abandonar el hábito, no se registraron cambios de cierta importancia hasta la segunda mitad de 1967.

Al final de la primavera y en el verano de 1967 la prensa informó ampliamente sobre una serie de estudios científicos referentes al hábito de fumar y sobre varias actividades políticas y de control a este respecto. Una decisión gubernamental en esas fechas permitió presentar unos cortos por televisión sobre los efectos que ejerce el hábito de fumar en la salud (generalmente de 20 segundos a un minuto de duración). Sin embargo, aunque la disminución del consumo de cigarrillos se atribuye a veces a estas advertencias por televisión, en realidad ya había empezado antes de estas presentaciones se hicieran en forma amplia. Por consiguiente, lo más probable es que los cortos por la televisión hayan contribuido a reforzar y continuar la tendencia que se inició como resultado de otras influencias. Es probable que, al cabo de varios años en los que el público ha ido tomando conciencia y aceptando las pruebas, empiecen a percibirse los efectos de un programa nacional amplio que intente ser activo en las seis frentes antes mencionadas. Si bien la decisión de dejar de fumar es de carácter personal, una vez que suficientes personas abandonan el hábito, la influencia de éstas en sus amigos y conocidos contribuye a crear un ambiente propicio a una conducta análoga. Ello explicaría el ritmo aparentemente más acelerado en que se va dejando el hábito de fumar, e indicaría que una vez que el proceso se inició, el mismo puede ser crecientemente productivo. Si ello es así, el control del hábito de fumar ofrece brillantes perspectivas.

El éxito de cualquier actividad de salud pública requiere un programa efectivo y una estructura orgánica para llevarlo a cabo. En los Estados Unidos de América, la estructura orgánica que se ha establecido consiste en dos organismos independientes pero estrechamente coordinados, a saber: el Centro Nacional de Información sobre el Hábito de Fumar y la Salud, que es una dependencia del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, y el Consejo Nacional Interinstitucional sobre el Hábito de Fumar y la Salud, asociación que coordina la labor de aproximadamente 30 organismos del país,

intercambia información sobre programas y favorece la adopción de acciones concertadas cuando así se requiere. Entre los miembros del Consejo figuran asociaciones profesionales de personal de salud, instituciones filantrópicas de salud, sociedades de profesionales de educación, dependencias gubernamentales y otras asociaciones de servicios. El Consejo constituye un medio de incrementar la eficacia de los numerosos organismos que en alguna medida se interesan en el problema del hábito de fumar, si bien como uno de otros muchos problemas. El Centro de Información se dedica totalmente al problema del hábito de fumar en todos sus aspectos. Cabe poner en duda si en ausencia de ambos organismos se hubiera podido llevar a cabo un programa eficaz.

RECOMENDACIONES

Los graves peligros para la salud que encierra el hábito de fumar cigarrillo exigen la adopción de medidas por las autoridades pertinentes de salud de los Estados Miembros, en colaboración con las autoridades docentes, asociaciones de profesionales de salud, instituciones filantrópicas y otras entidades. Se recomienda que los Estados Miembros establezcan programas de control y constituyan un comité central permanente u otro organismo encargado de preparar programas específicos y coordinar y supervisar la labor. Los programas deberían estar adecuadamente financiados y contar con personal e instalaciones apropiados. Entre las tareas que deberían emprenderse figuran las siguientes:

1. Promulgar disposiciones legislativas que obliguen a indicar en las cajetillas de cigarrillos y en los anuncios comerciales el contenido de residuos de alquitrán y nicotina, así como a incluir una advertencia de los peligros para la salud que supone el consumo de cigarrillos.

2. Reducir la publicidad y promoción de los cigarrillos, hasta suprimirla eventualmente en forma total.

3. Al personal de salud corresponde lo siguiente:

- 3.1 Dar el ejemplo de no fumar y tratar que sus pacientes y familiares abandonen este hábito;

- 3.2 Desanimar a los jóvenes para que no empiecen a fumar;

- 3.3 Demostrar en la medida que sea factible los efectos nocivos del cigarrillo, mediante procedimientos apropiados de examen colectivo;

- 3.4 Encarecer que las medidas contra el hábito de fumar formen parte de todos los programas de atención médica y cuidado de la salud, y participar activamente en actividades de educación para la salud, expresando el apoyo a la política contraria al consumo de cigarrillos.

4. Las autoridades y organizaciones de salud deberían apoyar medidas orientadas a:

4.1 Desalentar el consumo de cigarrillos en hospitales y otras instituciones de cuidado de la salud;

4.2 Desalentar el consumo de cigarrillos en clínicas, consultorios externos y oficinas y salas de consulta de médicos;

4.3 Establecer servicios de asesoría y consejos para combatir el hábito de fumar en hospitales y consultorios externos;

4.4 Alentar a todo el personal de salud que se abstenga de fumar, particularmente en presencia de pacientes o de jóvenes;

4.5 Desalentar el consumo de cigarrillos en lugares y medios de transporte públicos;

4.6 Dar la máxima publicidad a los peligros para la salud que encierra el hábito de fumar.

5. Las facultades de medicina y otras escuelas profesionales de salud deberían asegurar que sus alumnos sean informados plenamente sobre los peligros del hábito de fumar.

6. Las autoridades de salud deberían colaborar con las entidades docentes, como un importante aspecto del programa de educación para la salud en las escuelas, instituciones de magisterio, universidades y otros centros docentes en la preparación de planes de estudios y material de enseñanza referente a los peligros para la salud que supone el hábito de fumar.

7. Deberían intensificarse las investigaciones sobre la eficacia de la educación para la salud encaminada a disuadir a las personas de que fumen, y utilizarse mejor los métodos existentes.

8. Los peligros del hábito de fumar deberían formar parte específica de los programas de higiene del trabajo en fábricas y otros lugares de empleo.

9. Las autoridades de salud deberían cooperar con otras dependencias gubernamentales, las fuerzas armadas, organizaciones profesionales de salud, instituciones filantrópicas y otras entidades, como asociaciones religiosas, clubs deportivos y clubs de hombres y de mujeres, en actividades destinadas a poner de relieve los peligros del hábito de fumar.

10. Debería considerarse la posibilidad de establecer límites máximos obligatorios para las diversas sustancias que entran en la composición de los cigarrillos.

Cuadro 1. RAZONES DE MORTALIDAD EN FUMADORES CORRIENTES, DERIVADAS DE CUATRO EXTENSOS ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Hábito de fumar	Razón de mortalidad ¹			
	Médicos británicos ²	Veteranos, EUA ³	Veteranos canadienses ⁴	Hombres, EUA ⁴
Cigarrillos únicamente	1.28	1.84	1.65	1.83
Cigarrillos y otros		1.51	1.23	1.54
Cigarros únicamente)	1.01	1.10	1.11	0.97
Pipas únicamente)		1.07	1.10	0.86

¹ Razón de mortalidad: tasa de mortalidad en fumadores corrientes de cigarrillos dividida por tasas de mortalidad en quienes nunca fumaron regularmente.

² Doll, R. y Hill, A. B. (1964) Brit. med. J., 1, 1399, 1460.

³ Kahn, H. A. (1966) En: Haenszel, W. ed., Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19).

⁴ Comité Asesor sobre el Hábito de Fumar y la Salud (1964) dependiente del Cirujano General de los Estados Unidos de América, Smoking and health; report, Washington, D. C., Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, EUA (Publicación No. 1103 del Servicio de Salud Pública).

Cuadro 2. RAZONES DE MORTALIDAD POR EDAD DE LOS
FUMADORES CORRIENTES DE CIGARRILLOS¹

Población del estudio	Edad				
	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Veteranos, EUA ²	1.83	2.76	1.72	1.67	1.36
Hombres, EUA ³	1.89	2.28	1.83	1.51	1.23
Mujeres, EUA ³	1.13	1.26	1.20	1.17	0.99

¹ Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, EUA: The health consequences of smoking, A Public Health Service Review: 1967, Washington, D. C. (Publicación No. 1696 del Servicio de Salud Pública).

² Kahn, H. A. (1966) En: Haenszel, W., ed., Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases, Bethesda, Md., (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19).

³ Hammond, E. C. (1966) En: Haenszel, W., ed., op. cit.

Cuadro 3: RAZONES DE MORTALIDAD POR EDAD EN QUE SE EMPIEZA
A FUMAR Y CANTIDAD DE CIGARRILLOS FUMADOS UNICAMENTE POR
FUMADORES CORRIENTES

Edad en que se empezó a fumar	Número de cigarrillos por día				Todos los fumadores
	1-9	10-20	21-39	40+	
<u>Veteranos, EUA</u>					
Menos de 20 años	1.60	1.89	2.16	2.45	1.98
20-24 años	1.40	1.72	1.87	2.23	1.72
25 o más años	1.15	1.50	1.47	1.11	1.39
<u>Hombres en 25 Estados</u>					
Menos de 15 años	1.79	2.23 ¹	2.21 ²	2.15	2.17
15-19 años	1.75	1.83 ¹	2.01 ²	2.38	1.99
20-24 años	1.25	1.52 ¹	1.62 ²	1.93	1.58
25 o más años	1.03	1.36 ¹	1.45 ²	1.56	1.34

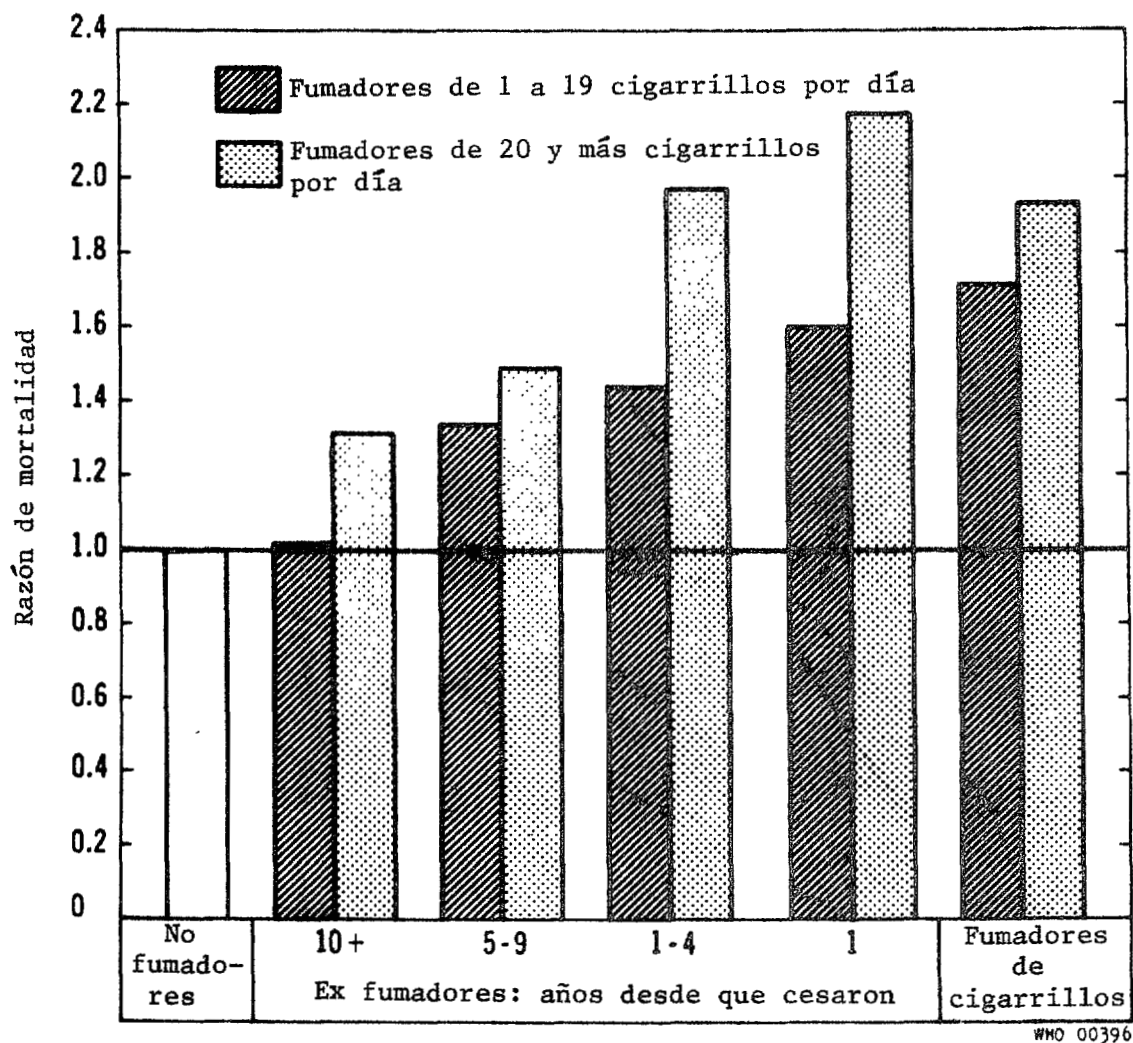
¹ 10-19 cigarrillos por día.

² 20-39 cigarrillos por día.

Cuadro 4. PORCENTAJE DEL NUMERO TOTAL DEL EXCESO DE DEFUNCIONES
EN FUMADORES DE CIGARRILLOS POR DIVERSAS CAUSAS

Causa básica	Médicos británicos	Veteranos, EUA	Hombres, EUA, en 25 Estados	Veteranos canadienses
Enfermedades de las arterias coronarias	32.9	38.6	51.7	44.2
Otras enfermedades cardiovasculares	17.8	18.8	13.2	9.9
Cáncer del pulmón	24.0	14.9	13.6	18.3
Cáncer de la boca, laringe y esófago	3.3	2.7	2.2	2.2
Otras formas de cáncer	-0.2	8.9	7.2	7.6
Bronquitis-enfisema	9.6	4.0	3.8	8.2
Úlceras pépticas	2.7	1.4	1.3	2.9
Todas las demás causas	9.9	10.7	6.6	7.3

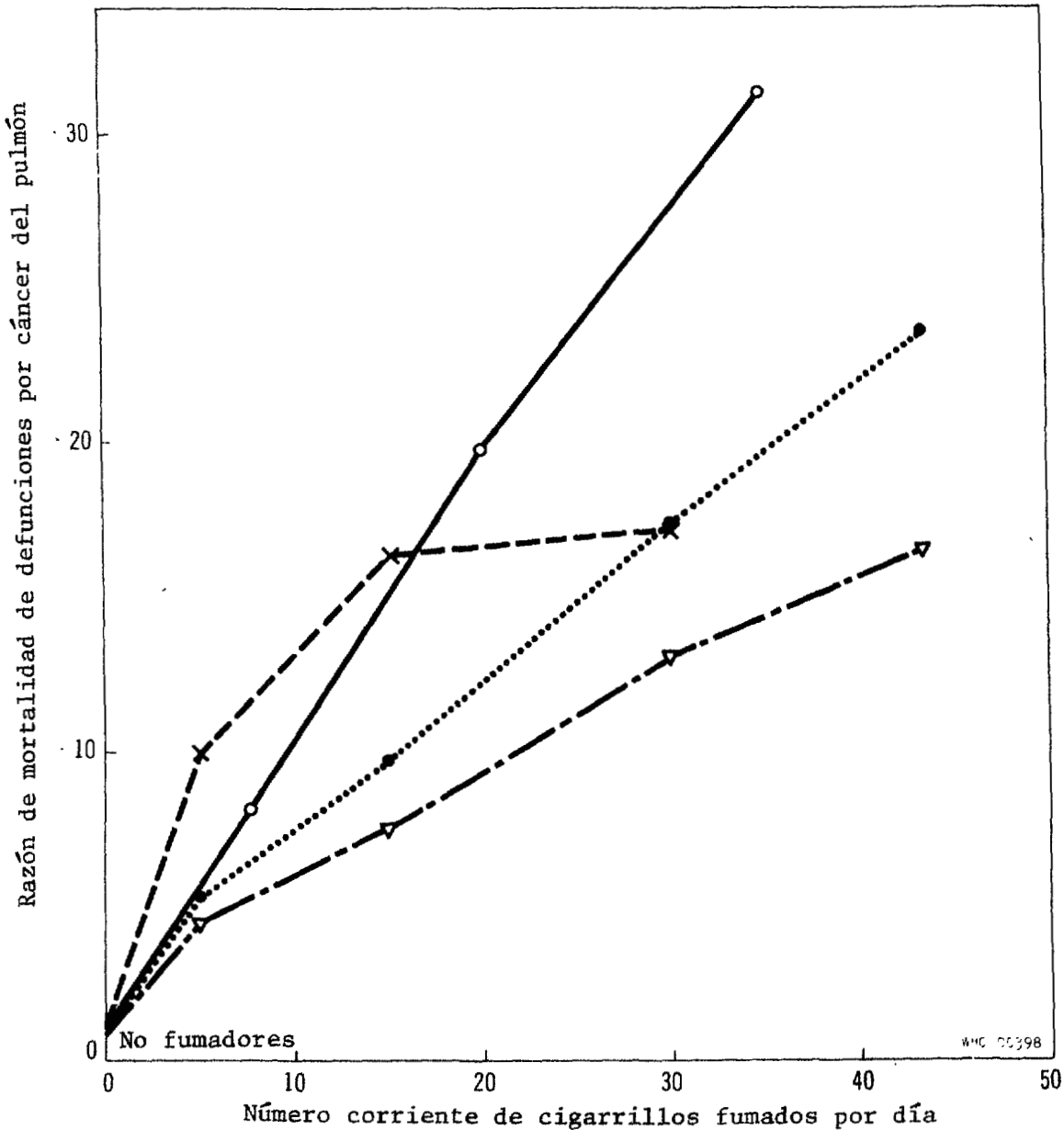
FIG. 1 RAZONES DE MORTALIDAD DE FUMADORES PRESENTES Y EX FUMADORES DE CIGARRILLOS (hombres)¹



¹ Hammond, E.C. (1966). En: Haenszel, W., ed. Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr. No. 19).

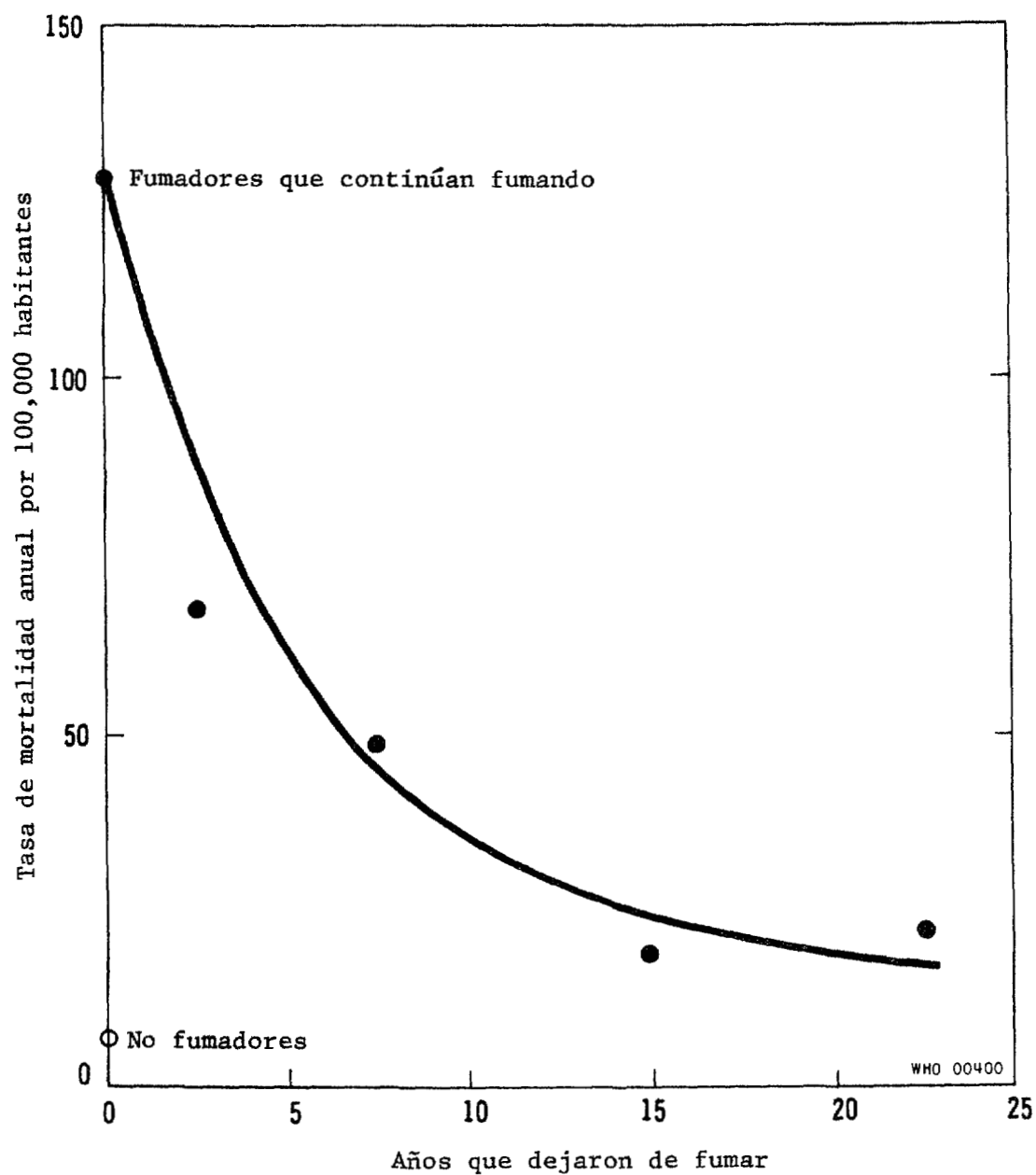
FIG. 2

RAZONES DE MORTALIDAD DE DEFUNCIONES POR CANCER DEL PULMON EN HOMBRES, DERIVADAS DE CUATRO EXTENSOS ESTUDIOS PROSPECTIVOS



- Médicos británicos (Doll, R. & Hill, A. B. (1964))
Brit. med. J., 1, 1399, 1460.
- ×- - - × Veteranos canadienses (Best, E. W. R. (1966)) A Canadian study of smoking and health, Ottawa, Secretaría de Salud y Bienestar Nacional.
-● Veteranos, EUA (Kahn, H. A. (1966)) En: Haenszel, W., ed. Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19)
- ▼- - - ▼ Hombres, EUA, en 25 Estados (Hammond, E. C. (1966)) En: Haenszel, W., ed. op. cit.

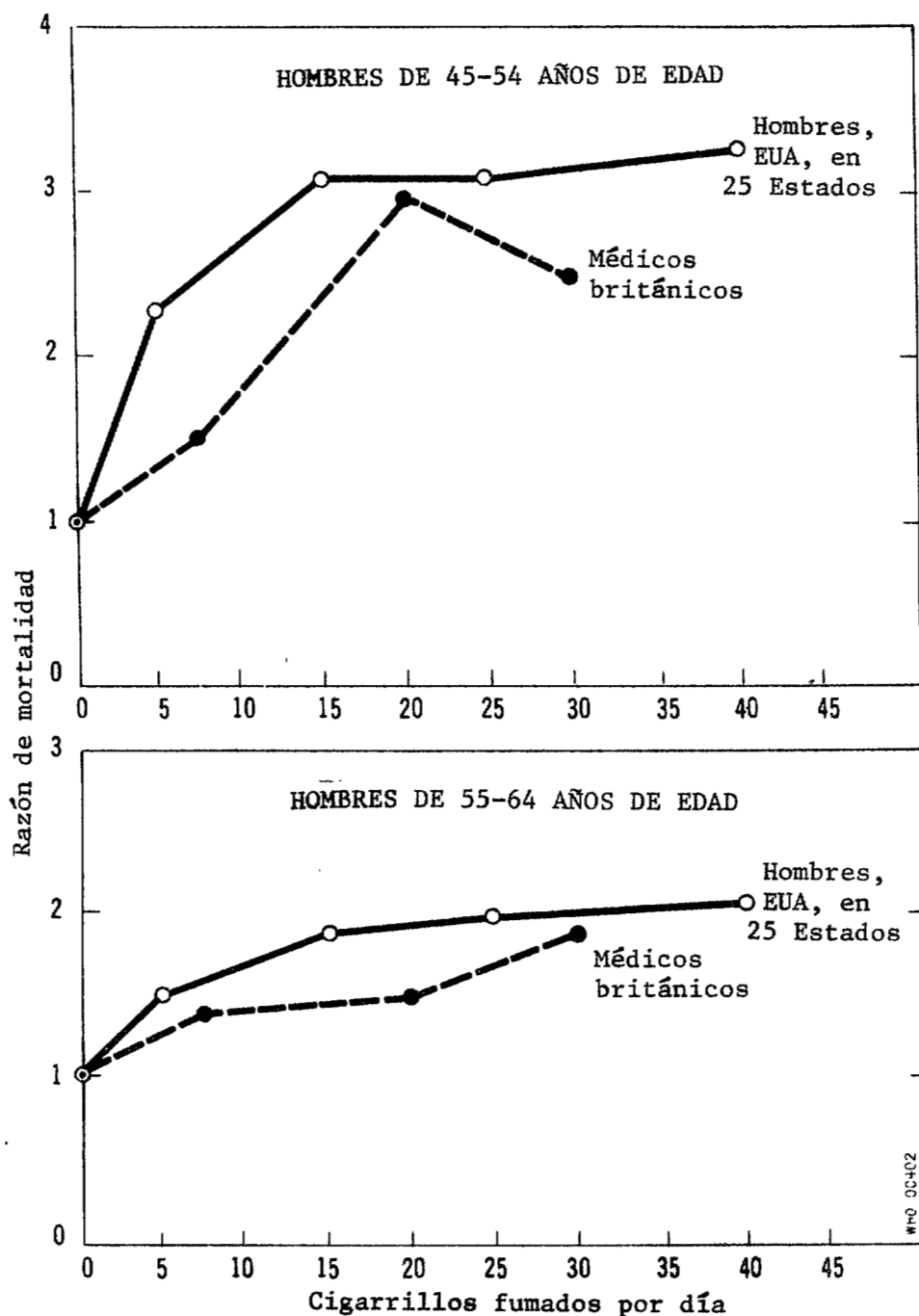
FIG. 3
TASAS DE MORTALIDAD ESTANDARIZADAS POR CANCER DEL PULMON EN FUMADORES DE CIGARRILLOS, EX FUMADORES DE DISTINTOS PERIODOS, Y NO FUMADORES¹



¹ Basadas en Doll, R. & Hill, A. B. (1964) Brit. med. J., 1, 1399, 1460.

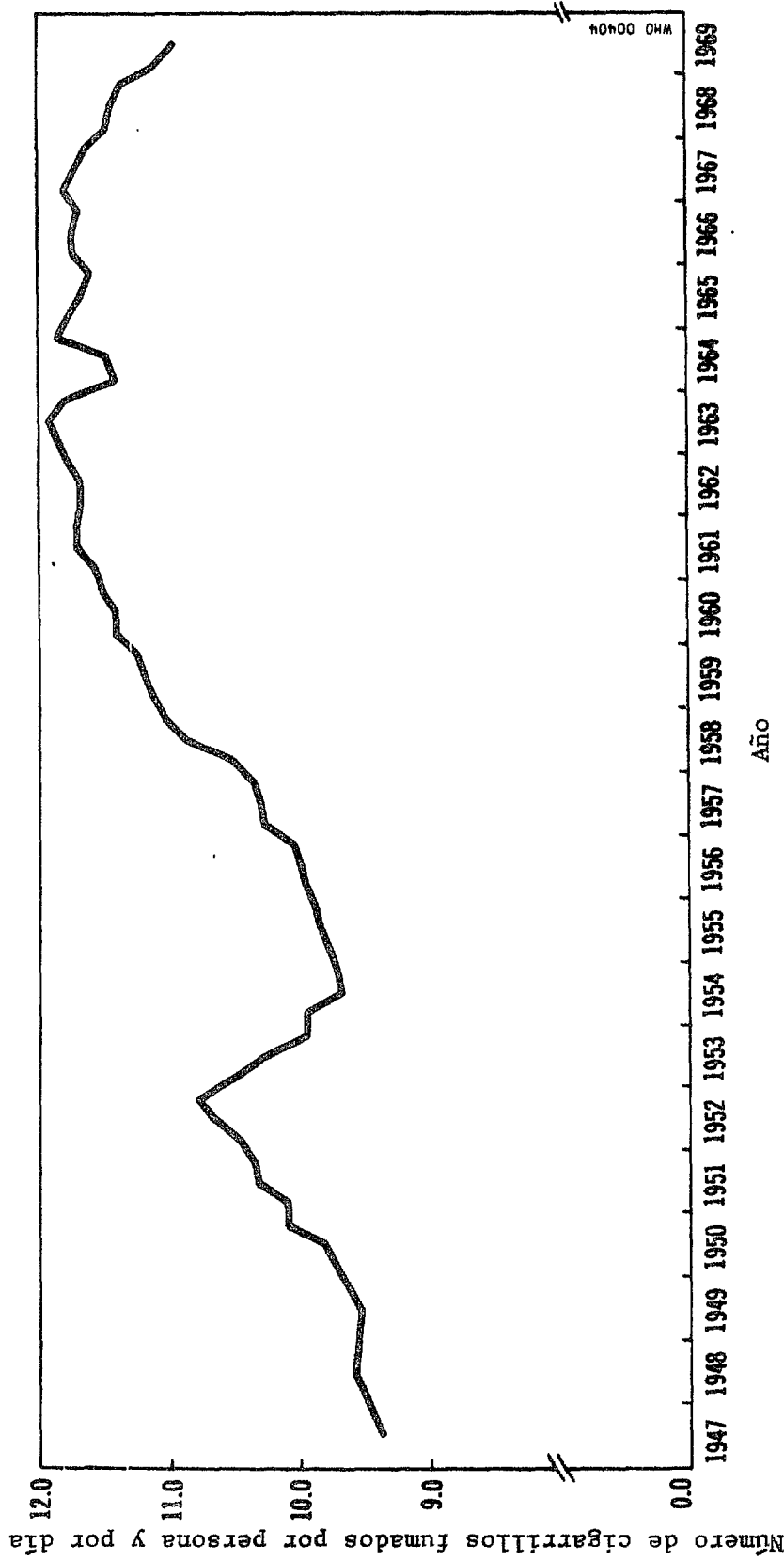
FIG. 4

AUMENTO DE LAS TASAS DE DEFUNCION POR CARDIOPATIA ISQUEMICA EN RELACION CON EL NUMERO DE CIGARRILLOS FUMADOS (Gráfico superior: hombres de 45-54 años de edad; Gráfico inferior: hombres de 55-64 años de edad)¹



¹ Basadas en: Hammond, E. C. (1966). En: Haenszel, W. ed., Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr. No. 19); y Doll, R., y Hill, A. B. (1964) Brit. med. J., 1, 1399, 1460.

FIG. 5 TENDENCIAS DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS POR PERSONA (18 años de edad y más) Y POR DÍA EN LOS EUA¹



¹ Las cifras del consumo per capita constituyen los promedios computados durante el período de 12 meses que terminó en la fecha especificada. En el gráfico cada punto se trazó en el punto medio de dicho período. Por ejemplo, el valor 9.81 para el período de 12 meses terminado el 31 de diciembre de 1950 se trazó contra el punto medio (es decir, 31 de junio) de 1950, y el valor 10.09 para el período terminado el 30 de abril de 1951 se trazó contra el 31 de octubre de 1950.

BIBLIOGRAFIA

1. Food and Agriculture Organisation of the United Nations, Committee on Commodity Problems, Forty-fourth Session (1969) Review of trends and problems in the world tobacco economy, Rome, FAO, para 5
2. Doll, R. & Hill, A. B. (1964) Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. Brit. med. J., 1, 1399 and 1460
3. Hammond, E. C. (1966) Smoking in relation to the death rates of one million men and women. In: Haenszel, W., ed. Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19). p. 127
4. Kahn, H. A. (1966) The Dorn study of smoking and mortality among U.S. veterans: report on eight and one-half years of observation. In: Haenszel, W., ed. Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19) p. 1
5. Best, E. W. R. (1966) A Canadian study of smoking and health, Ottawa, Department of National Health and Welfare
6. Berkson, J. (1959) The statistical study of association between smoking and lung cancer. Proc. Mayo Clin., 34, 206
7. Brownlee, K. A. (1965) A review of "Smoking and Health". J. Amer. statist. Ass., 60, 722
8. Fisher, R. A. (1959) Smoking. The cancer controversy, Edinburgh, Oliver & Boyd
9. Finklea, J. F., Sandifer, S. H. & Smith, D. D. (1969) Cigarette smoking and epidemic influenza. Amer. J. Epid., 90, 390
- Auerbach, O., Stout, A. P., Hammond, E. C. & Garfinkel, L. (1962) Bronchial epithelium in former smokers. New Engl. J. Med., 267, 119
- Auerbach, O., Hammond, E. C. & Garfinkel, L. (1970) Histologic changes in the larynx in relation to smoking habits. Cancer, 25, 92
10. Pascua, M. (1952) Evolution of mortality in Europe during the twentieth century. Cancer mortality. Epidem. vital Statist. Rep., 5, 1
11. Pascua, M. (1955) Increased mortality of the respiratory system. Bull. Wld Hlth Org., 12, 687
- 12a. Segi, M. & Kurihara, M. (1966) Cancer mortality for selected sites in 24 countries, No. 4 (1962-1963) Sendai, Japan, Department of Public Health, Tohoku University School of Medicine
- 12b. Segi, M., Kurihara, M. & Matsuyama, T. (1969) Cancer mortality for selected sites in 24 countries, No. 5 (1964-65), Sendai, Japan, Department of Public Health, Tohoku University School of Medicine
13. US Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health (1964) Smoking and health; report, Washington, D.C., US Department of Health, Education, and Welfare (Public Health Service Publication No. 1103); (a: p. 152-154; b: p. 104; c: p. 159; d: p. 167; e: p. 287; f: p. 289-293; g: p. 270; h: p. 325; j: p. 339; k: p. 384)
14. Jones, D. L. (1966) An epidemiological study of certain aspects of lung cancer in New South Wales. Med. J. Aust., 1, 765
15. Larson, P. S. & Silvette, H. (1968) Tobacco. Experimental and clinical studies. A comprehensive account of the world literature, London, Baillière, Tindall & Cox, Suppl. 1 (a: p. 513).
16. Graham, S. (1968) Cancer of the lung related to smoking behaviour. Cancer, 21, 523

17. Brett, G. Z. & Benjamin, B. (1968) Smoking habits of men employed in industry, and mortality. Brit. med. J., 3, 82
18. Dark, J., O'Connor, M., Pemberton, M. & Russell, M. H. (1963) Relighting of cigarettes and lung cancer. Brit. med. J., 2, 1164
19. Bross, I. D. J. & Gibson, R. (1968) Risks of lung cancer in smokers who switch to filter cigarettes. Amer. J. publ. Hlth, 58, 1396
20. Abelin, T. & Gsell, O. R. (1967) Relative risk of pulmonary cancer in cigar and pipe smokers. Cancer, 20, 1288
- 20a. Royal College of Physicians (1970) Smoking and health, 2nd ed., London (In press)
21. Randig, K. (1955) Zur Ätiologie des Lungenkrebses. Dtsch. med. Wschr., 80, 718
22. Doll, R. (1959) Occupational lung cancer: a review. Brit. J. Industr. Med., 16, 181
23. Hueper, W. C. & Conway, W. D. (1964) Chemical carcinogenesis and cancers, Springfield, Ill., Charles C. Thomas
24. Wada, S. et al. (1963) Neoplasms of the respiratory tract in poison gas workers. J. Hiroshima med. Ass., 16, 788
25. Lundin, F. E. jr, Lloyd, J. W., Smith, E. M., Archer, V. E. & Holaday, D. A. Mortality of uranium miners in relation to radiation exposure, hard-rock mining and cigarette smoking - 1950 through September 1967. Hlth Phys., 16, 571
26. Doll, R., Fisher, R. E. W., Gammon, E. J., Gunn, W., Hughes, G. O., Tyrer, F. H. & Wilson, W. (1965) Mortality of gas workers with special reference to cancers of the lung and bladder, chronic bronchitis, and pneumoconiosis. Brit. J. industr. Med., 22, 1
27. Wynder, E. L. & Hoffman, D. (1967) Tobacco and tobacco smoke. Studies in experimental carcinogenesis, New York, Academic Press
28. Auerbach, O. & Hammond, E. C. The effects of cigarette smoking upon dogs. American Cancer Society. (In press)
29. Fletcher, C. M. (1968) Cigarettes and respiratory disease. In: Goodman, H. A., ed. World Conference on Smoking and Health; a summary of the proceedings, New York, American Cancer Society, p. 78
30. Hammond, E. C. (1965) Evidence on the effects of giving up cigarette smoking. Amer. J. publ. Hlth, 55, 682
31. Wilhelmsen, L. (1967) Effects on bronchopulmonary symptoms, ventilation and lung mechanics of abstinence from cigarette smoking. Scand. J. resp. Dis., 48, 407
32. Peterson, D. I., Loneragan, L. H. & Hardinge, M. G. (1968) Smoking and pulmonary function. Arch. environ. Hlth., 16, 215
33. US Department of Health, Education and Welfare (1967) The health consequences of smoking. A Public Health Service review: 1967, Washington, D.C. (Public Health Service Publication No. 1696); (a: p. 99-101; b: p. 106; c: p. 107; d: p. 104; e: p. 65; f: p. 60-64; g: p. 62; h: p. 66-69; j: p. 185)
34. Streider, D. J., Murphy, R. & Kazemi, H. (1968) Hypoxaemia in asymptomatic smokers. Clin. Res., 16, 376
35. Krumholz, R. A. Chevalier, R. B. & Ross, J. C. (1965) Changes in cardio-pulmonary functions related to abstinence from smoking. Studies in young smokers at rest and exercise at three and six weeks of abstinence. Ann. intern. Med., 62, 177
36. Burrows, B. & Earle, H. (1969) Course and prognosis of chronic obstructive lung disease. A prospective study of 200 patients. New Engl. J. Med., 280, 397
37. Lamb, D. & Reid, L. (1969) Goblet cell increase in rat bronchial epithelium after exposure to cigarette and cigar tobacco smoke. Brit. med. J., 1, 33

38. Royal College of Physicians (1970) Air pollution and health, London (In press)
39. Lowe, C. R. (1968) Chronic bronchitis and occupation. Proc. roy Soc. Med., 61, 98
- 40a. Sluis-Cremer, G. K., Walters, L. G. & Sichel, H. S. (1967) Chronic bronchitis in miners and non-miners: an epidemiological survey of a community in the gold area of the Transvaal. Brit. J. industr. Med., 24, 1
- 40b. Sluis-Cremer, G. K., Walters, L. G. & Sichel, H. S. (1967) Ventilatory function in relation to mining experience and smoking in a random sample of miners and non-miners in a Witwatersrand town. Brit. J. industr. Med., 24, 13
41. Lowe, C. R. (1969) Industrial bronchitis. Brit. med. J., 1, 463
42. Clarke, B. G., Guyatt, A. R., Alpers, J. H., Fletcher, C. M. & Hill, I. D. (1970) Changes in airways conductance on smoking a cigarette. A study of repeatability and of the effect of particulate and vapour phase filters. Thorax (In press)
43. Borhani, N. O., Hechter, H. H. & Breslow, L. (1963) Report of a ten-year follow-up study of the San Francisco longshoremen. Mortality from coronary heart disease and from all causes. J. chron. Dis., 16, 1251
44. Morris, J. N., Kagan, A., Pattison, D. C., Gardner, M. J. & Raffle, P. A. B. (1966) Incidence and prediction of ischaemic heart disease in London busmen. Lancet, 2, 553
45. Paul, O., Lepper, M. H., Phelan, W. H., Dupertuis, G. W., MacMillan, A., McKean, H. & Park, H. (1963) A longitudinal study of coronary heart disease. Circulation, 28, 20
46. Shapiro, S., Weinblatt, E., Frank, C. W. & Sager, R. V. (1969) Incidence of coronary heart disease in a population insured for medical care. Amer. J. publ. Hlth, 59, suppl.
47. Stamler, J. (1968) Cigarette smoking and atherosclerotic coronary heart disease. Bull. N.Y. Acad. Med., 44 (2nd series), 1476
48. US Department of Health, Education and Welfare (1969) The health consequences of smoking. 1969 supplement to the 1967 Public Health Service review, Washington, D.C. (Public Health Service Publication No. 1696-2).
49. US National Heart Institute (1966) The Framingham heart study. Habits and coronary heart disease, Bethesda, Md. (Public Health Service Publication No. 1515)
50. Sackett, D. L. & Winkelstein, W. (1967) The relationship between cigarette usage and aortic atherosclerosis. Amer. J. Epidem., 86, 264
51. Spain, D. M. & Nathan, D. J. (1961) Smoking habits and coronary atherosclerotic heart disease. J. Amer. med. Ass., 177, 683
52. Viel, B., Donoso, S. & Salcedo, D. (1968) Coronary atherosclerosis in persons dying violently. Arch. intern. Med., 122, 97
53. Truett, J., Cornfield, J. & Kannel, W. (1967) A multivariate analysis of the risk of coronary heart disease in Framingham. J. chron. Dis., 20, 511
54. Meade, T. W., Arie, T. H. D., Brewis, M., Bond, D. J. & Morris, J. N. (1968) Recent history of ischaemic heart disease and duodenal ulcer in doctors. Brit. med. J., 3, 701
55. Webb, W. R., Wax, S. D. & Sugg, W. L. (1968) Cigarette smoke and fibrillation threshold in dogs. Clin. Res., 16, 74

56. US Department of Health, Education and Welfare (1968) The health consequences of smoking. A Public Health Service review: 1967, Washington, D.C. (Public Health Service Publication No. 1696. Revised January 1968); (a: p. 34-37; b: p. 38-40; c: p. 103)
57. Pentecost, B. & Shillingford, J. (1964) The acute effects of smoking on myocardial performance in patients with coronary arterial disease. Brit. Heart J., 26, 422
58. Batterman, R. C. (1955) The gastrointestinal tract. In: Wynder, E. L., ed., The biologic effects of tobacco, Boston, Little, Brown, p. 133
59. Doll, W. R., Jones, F. A. & Pygott, F. (1958) Effect of smoking on production and maintenance of gastric and duodenal ulcer. Lancet, 1, 657
60. Lowe, C. R. (1959) An association between smoking and respiratory tuberculosis. Brit. med. J., 2, 1081
61. Adelstein, A. M. & Rimington, J. (1967) Smoking and pulmonary tuberculosis: an analysis based on a study of volunteers for mass miniature radiography. Tubercle (Edinb.), 58, 219
62. Brown, K. E. & Campbell, A. H. (1961) Tobacco, alcohol and tuberculosis. Brit. J. Dis. Chest, 55, 150
63. Lewis, J. G. & Chamberlain, D. A. (1963) Alcohol consumption and smoking habits in male patients with pulmonary tuberculosis. Brit. J. prev. soc. Med., 17, 149
64. Russell, C. S., Taylor, R. & Law, C. E. (1968) Smoking in pregnancy, maternal blood pressure, pregnancy outcome, baby weight and growth, and other related factors. Brit. J. prev. soc. Med., 22, 119
65. Mulcahy, R. & Knaggs, J. F. (1968) Effect of age, parity, and cigarette smoking on outcome of pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynec., 101, 844
66. Young, I. M. & Pugh, L. G. (1963) The carbon monoxide content of foetal and maternal blood. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth, 70, 681
67. Fletcher, C. M. & Doll, R. (1969) A survey of doctors' attitudes to smoking. Brit. J. prev. soc. Med., 23, 145
- 67a. Glanser, S. C. et al. (1970) Metabolic changes associated with the cessation of smoking. Arch. environm. Hlth, 20, 377
68. Beese, D. H., ed. (1968) Tobacco consumption in various countries, 2nd ed., London, Tobacco Research Council (Research Papers No. 6)
69. Young, M. A. C., ed. (1967) Studies related to smoking in adults. In: What people know, believe, and do about health, New York, Society of Public Health Educators (Hlth Educ. Monogr., No. 23) p. 57
70. Young, M. A. C., ed. (1967) Studies related to fear-arousing communications. In: Review of research and studies related to health education communication: methods and materials, New York, Society of Public Health Educators (Hlth Educ. Monogr., No. 25) p. 18
71. Young, M. A. C., ed. (1967) Review of research and studies related to health education communication: methods and materials, New York, Society of Public Health Educators (Hlth Educ. Monogr., No. 25)

72. Horn, D. & Waingrow, S. (1966) Some dimensions of a model for smoking behaviour change. Amer. J. Publ. Hlth, 56, 21
73. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Task Force for Smoking and Health (1968) Report, Washington, D.C.
74. Grant, R. L. & Weitman, M. (1968) Cigarette smoking and school children: a longitudinal study. In: Borgatta, E. F. & Evans, R. R., ed., Smoking, health and behaviour, Chicago, Ill., Aldine, p. 189
75. Young, M. A. C., ed. (1969) Studies related to some selected health problems. Smoking. In: Review of research and studies related to health education practice (1961-1966) school health education, New York, Society of Public Health Educators (Hlth Educ. Monogr., No. 28) p. 54
76. Horn, D., Courts, F. A., Taylor, R. M. & Solomon, E. S. (1959) Cigarette smoking among high school students. Amer. J. publ. Hlth, 49, 1497
77. Salber, E. J. & Abelin, T. (1967) Smoking behaviour of Newton schoolchildren - 5-year follow-up. Pediatrics, 40, 363
78. Creswell, W. H., jr, Huffman, W. J., Stone, D. B., Merki, D. J. & Newman, I. M. (1969) University of Illinois anti-smoking education study. Illinois J. Educ., 60, 27
79. Mausner, B. (1966) A decisional model for the study of the interrelation of attitudinal and behavioural change, New York, Eastern Psychological Association
80. Ikard, F. F., Green, D. E. & Horn, D. (1969) A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. Int. J. Addict., 4, 646
81. Fodor, J. T., Glass, L. H. & Weiner, J. M. (1969) Immediate effects of smoking on healthy young men. Publ. Hlth Rep. (Wash.), 84, 121
82. Fodor, J. T., Glass, L. H. & Weiner, J. M. (1968) Smoking behaviour, cognitive skills and educational implications. J. Sch. Hlth, 38, 94
83. Horn, D. (1970) Man, cigarettes, and the abuse of gratification. Arch. environm. Hlth, 20, 88
84. Nowak, L., Tibblin, G. & Wilhelmsen, L. (1969) Svenska lakares rokvanor. [Smoking habits of Swedish physicians] Lakartidningen, 66, 3485 & 3531
85. Mod. Med. (Minneap.), (1964) 32, 18, 22, 26 and 30 (Sixty thousand answer Modern Medicine smoking survey)
86. Gardiner, C. E. & Taylor, C. N. D. (1964) Smoking habits of New Zealand doctors. A survey of the smoking habits of medical practitioners in New Zealand, Wellington, Department of Health, Medical Statistics Branch (Special Report Series No. 16)
87. Doll, R. & Hill, A. B. (1964) Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. Brit. med. J., 1, 1399 and 1460
88. American College of Chest Physicians and the US Public Health Service (1968) Proceedings of the National Forum on the Office Management of Smoking Problems. Dis. Chest, 54, 169
89. Stross, L. (1968) Practical office approaches. Dis. Chest, 54, 192

90. Fredrickson, D. T. (1968) How to help your patient stop smoking - guidelines for the office physician. Dis. Chest, 54, 196
91. Horn, D. (1968) An approach to the office management of the cigarette smoker. Dis. Chest, 54, 203
- 92.. Mausner, B. & Platt, E. S., ed. (1966) Behavioral aspects of smoking: a conference report, New York, Society of Public Health Educators (Hlth Educ. Monogr. Suppl. No. 2)
93. Zagona, S. V., ed. (1967) Studies and issues in smoking behavior, Tucson, University of Arizona Press
94. Borgatta, E. F. & Evans, R. R., ed. (1968) Smoking, health, and behavior, Chicago, Ill., Aldine
95. Schwartz, J. L. (1969) A critical review and evaluation of smoking control methods. Publ. Hlth Rep. (Wash.), 84, 483
96. Wynder, E. L. & Hoffman, D., ed. (1968) Toward a less harmful cigarette, Bethesda, Md., US Public Health Service (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 28)
97. Canada. Department of National Health and Welfare. Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs on Tobacco and Cigarette Smoking (1969-1970) Report, Ottawa
- 97a. Bross, I. D. J. (1968) Effect of filter cigarettes on the risk of lung cancer, United States National Cancer Institute, Monograph 28.
98. Schrek, R., Baker, L. A., Ballard, G. P. & Dolgoff, S. (1950) Tobacco smoking as an etiologic factor in disease. I. Cancer. Cancer Res., 16, 49
99. Levin, M. L., Goldstein, H. & Gerhardt, P. R. (1950) Cancer and tobacco smoking. A preliminary report. J. Amer. med. Ass., 143, 336
100. Wynder, E. L. & Graham, E. A. (1950) Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty-four proved cases. J. Amer. med. Ass., 143, 329
101. Doll, R. & Hill, A. B. (1950) Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. Brit. med. J., 2, 739
102. Hammond, E. C. & Horn, D. (1954) The relationship between human smoking habits and death rates. A follow-up of 187 766 men. J. Amer. med. Ass., 155, 1316
103. Haenszel, W. M., Shimkin, M. B. & Miller, H. P. (1956) Tobacco smoking patterns in the United States, Bethesda, Md., US Public Health Service (Publ. Hlth Monogr., No. 45)
104. Horn, D. (1963) Behavioral aspects of cigarette smoking. J. chron. Dis., 16, 383
105. US National Clearinghouse for Smoking and Health (1969) Use of tobacco. Practices, attitudes, knowledge, and beliefs. United States - Fall 1964 and Spring 1966, Washington, D.C., US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service
106. Royal College of Physicians of London (1962) Smoking and health. Summary and report on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases, London and New York, Pitman
107. Horn, D. & Waingrow, S. (1967) Smoking behavior change. In: Zagona, S. V., ed., Studies and issues in smoking behavior, Tucson, University of Arizona Press, p.9

ENCUESTA REFERENTE A LA RESOLUCION XXIV
"CONTROL SOBRE CIGARRILLOS"
XIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ENCUESTA REFERENTE A LA RESOLUCION XXXIV "CONTROL SOBRE CIGARRILLOS"

XIX REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

1. ¿Ejerce el Gobierno algún control sobre el cultivo e industrialización del tabaco? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es Si, le agradeceríamos que especificara cual es la agencia gubernamental reguladora y que incluya copia de los documentos legales respectivos.

2. ¿Existe alguna legislación o disposición que regule la venta de cigarrillos?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es Si, le agradeceríamos el envío de la reglamentación respectiva.

3. ¿Existen restricciones legales sobre la propaganda en favor del cigarrillo?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es Si, le agradeceríamos que adjunte las disposiciones respectivas.

4. ¿Contienen los paquetes de cigarrillos alguna advertencia sobre los riesgos inherentes al hábito de fumar?

Si ☐ No ☐

5. ¿Se lleva a cabo alguna campaña contra el hábito de fumar cigarrillos?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es Si, por favor enumerar las agencias responsables, incluyendo las organizaciones privadas de bien público interesadas en el problema.

6. ¿Está controlada de alguna manera el uso de cigarrillos en lugares públicos, incluyendo sitios de trabajo colectivo?

Si ☐ No ☐

7. ¿Existe alguna información sobre el consumo de tabaco en el país durante las dos últimas décadas?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es Si, le agradeceríamos nos remitiera los datos disponibles y el origen de los mismos.

8. ¿Cuáles son las acciones que las autoridades de salud contemplan llevar a cabo para evitar la difusión y disminuir la prevalencia del hábito de fumar cigarrillos en el país?

RESULTADOS DE LA ENCUESTA
"CONTROL SOBRE CIGARRILLOS"

RESULTADOS DE LA ENCUESTA "CONTROL SOBRE CIGARRILLOS" - OPS/OMS, 1970

PAIS	Control de cultivo e industria- lización tabaco	Legislación venta cigarrillos	Legislación propaganda cigarrillos	Advertencia Riesgos en cajetillas cigarrillos	Campaña contra hábito fumar cigarrillos	Control fumar cigarrillos lugares públicos	Información consumo tabaco últimos dos décadas	Acciones futuras contempladas
Argentina	no	no	si	no	no	si	no	si
Barbados	no	no	no	no	no	no	si	si
Belice	no	no	no	no	no	no	no	si
Bolivia	no	no	no	no	no	si	no	no
Brasil	no	no	no	no	no	no	no	no
Canadá	no	no	no	no	si	no	no	si
Colombia	no	no	no	no	no	si	si	no
Costa Rica	si	no	no	no	no	si	si	no
Chile	no	no	no	no	no	si	si	si
Ecuador	no	no	no	no	no	no	si	no
El Salvador	si	no	no	no	no	si	si	no
Estados Unidos de América	no	no	si	si	si	si	si	si
Granada	no	no	no	no	no	no	si	no
Guatemala	no	no	no	no	no	si	no	no
Guyana	no	no	no	no	si	no	no	si
Haití	si	no	no	no	no	no	no	no
Honduras	no	no	no	no	no	no	no	no
Jamaica	si	no	no	no	si	no	no	si
México	si	si	no	no	no	si	si	no
Nicaragua	no	no	no	no	no	no	no	no
Panamá	no	no	si	si	si	si	no	si
Paraguay	si	no	no	no	no	si	no	no
Perú	no	no	si	si	no	si	no	no
República Dominicana	no	no	no	no	no	si	si	si
Surinam	no	no	no	no	no	no	no	si
Trinidad and Tabago	no	no	no	no	no	no	no	si
Uruguay	no	no	no	no	no	no	no	si
Venezuela	no	no	no	no	si	si	si	no

Datos sobre el hábito de fumar y la salud

EL CONSUMO DE CIGARILLOS representa un peligro grave para la salud. Este hecho lo ha reconocido una mayoría abrumadora de los médicos de los Estados Unidos, la Asociación Médica Norteamericana y otras organizaciones profesionales, así como el Congreso de los Estados Unidos mediante la aprobación de la Ley Federal sobre la Rotulación y los Anuncios de los Cigarrillos. No hay constancia de que organismo médico o científico alguno del mundo haya opinado que el hábito de fumar no entraña un riesgo.

En los Estados Unidos, la entidad gubernamental a cargo de la salud ha reiterado en cuatro ocasiones que el consumo de cigarrillos es peligroso. En enero de 1964, el Cirujano General del Servicio de Salud Pública estadounidense dio a conocer el informe de su Comité Asesor sobre el hábito de fumar y la salud. Preparó el informe un grupo de científicos distinguidos, que el gobierno seleccionó de una lista aprobada por la comunidad científica del país y la industria del tabaco. Después de un año de estudio, el Comité llegó a la conclusión de que "el consumo de cigarrillos es un riesgo para la salud, de importancia suficiente en los Estados Unidos como para justificar la adopción de medidas correctivas".

Desde que dio a la publicidad el informe de 1964, el Servicio de Salud Pública ha preparado otros tres estudios para el Congreso del país. Estos estudios reafirman y refuerzan las conclusiones que formuló el Comité en 1964.

En este folleto se ofrece un resumen de los conocimientos existentes acerca de la relación entre el hábito de fumar y la salud, derivados, en su mayor parte, de dichos informes exhaustivos. Quienes interesen estudiar más a fondo este tema, pueden consultar los informes publicados por el Servicio de Salud Pública, los cuales se encuentran en un gran número de bibliotecas. Además se puede comprar el informe de: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402.*

La mayor parte de las autoridades de salud es de la opinión que los conocimientos existentes acerca de las consecuencias que el hábito de fumar tiene para la salud pueden resumirse en las siguientes conclusiones principales:

1. Los fumadores de cigarrillos tienden a morir a una edad más temprana y a sufrir invalidez más prolongada que las personas que no fuman.

2. Si no fuera por el consumo de cigarrillos, casi no hubieran ocurrido muertes prematuras debidas a cáncer del pulmón; se habría evitado una proporción importante de los fallecimientos prematuros causados por bronquitis crónica y enfisema, y tampoco hubiera ocurrido una determinada proporción de las muertes prematuras de origen cardiovascular.

2

3. De no ser por el hábito de fumar, se habría reducido el exceso de invalidez derivada de enfermedades crónicas de las vías respiratorias y del sistema cardiovascular.

4. Si se deja de fumar, o se reduce el hábito considerablemente, se puede retrasar o evitar un gran número de las muertes por cáncer del pulmón, y una proporción importante de los fallecimientos prematuros y del exceso de invalidez a consecuencia de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, así como algunas de las muertes prematuras y la invalidez que originan las enfermedades cardiovasculares.

En el mundo entero continúan efectuándose investigaciones relativas al hábito de fumar y la salud, con el fin de determinar, entre otros aspectos, qué substancias del humo de cigarrillo causan daño al organismo y el motivo de tales reacciones. Hasta la fecha, el Servicio de Salud Pública no ha recibido ninguna evidencia, como resultado de estas investigaciones, que impugne la conclusión de que los cigarrillos son peligrosos para la salud.

Investigaciones relativas al hábito de fumar

Nuestros conocimientos acerca de los efectos del hábito de fumar en la salud se fundan en las siguientes clases de estudios científicos:

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS. Gran parte de los conocimientos acerca de las consecuencias del consumo de cigarrillos se deriva de encuestas de población en las que se han estudiado los hábitos de fumar, y del historial médico de un gran número de personas. En estos estudios, realizados en los últimos 20 años, se ha demostrado que la incidencia de determinadas enfermedades y el número de defunciones prematuras son mayores en las personas que fuman que en las que no fuman.

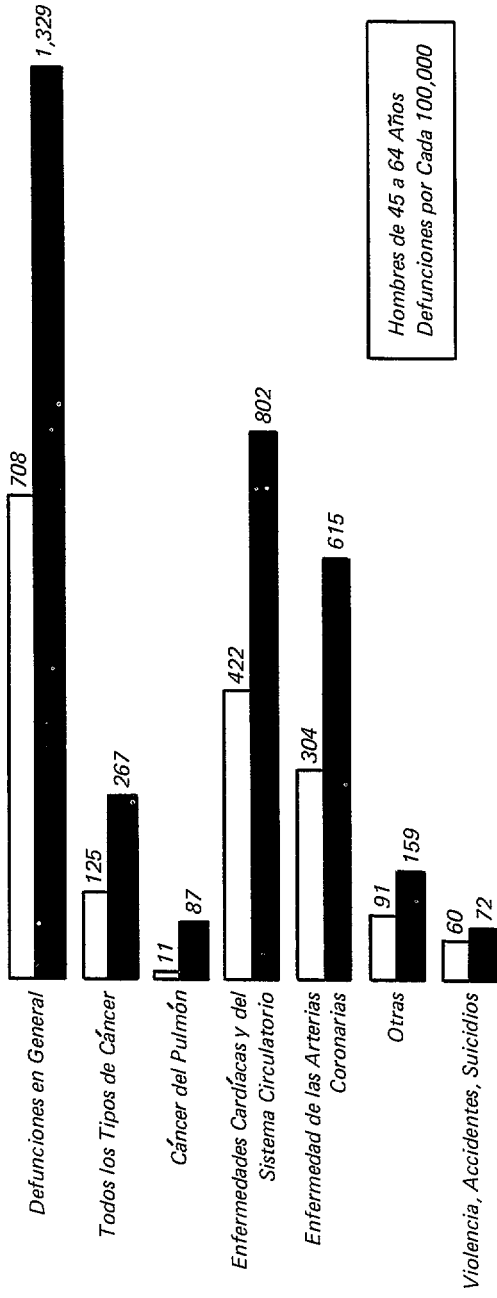
En la página 4 se presenta una gráfica del bien conocido estudio efectuado por Hammond, en el que se examinó a más de un millón de americanos. El estudio, que se realizó por encargo de la Sociedad Norteamericana del Cáncer, lo publicó el Servicio de Salud Pública en 1966.

3

En la gráfica se indican las tasas de mortalidad de hombres entre 45 y 64 años que, según la información disponible, tenían una historia de consumo de cigarrillos, en comparación con las tasas de mortalidad de personas que nunca habían fumado con regularidad. La tasa de mortalidad es mucho más alta para los fumadores que para los no fumadores: 1,329 defunciones por cada 100,000 personas al año, entre los fumadores, en contraste con 708 defunciones entre los no fumadores. Las tasas correspondientes al cáncer del pulmón son 87 defunciones en los fumadores y 11 en los no fumadores.

En los Estados Unidos fallecen anualmente unos 230,000 hombres entre 35 y 60 años de edad. Del estudio de Hammond y de otro estudio realizado durante ocho años entre veteranos de guerra estadounidenses, se desprende que un tercio de las defunciones no hubieran ocurrido tan pronto si la tasa de mortalidad de los consumidores de cigarrillos hubiera sido igual que la de los no fumadores.

**TASAS DE MORTALIDAD DE FUMADORES ■ Y NO FUMADORES □ OCASIONADAS POR
CIERTAS ENFERMEDADES**



*Hombres de 45 a 64 Años
Defunciones por Cada 100,000*

Si bien estos hallazgos son, por sí mismos, muy reveladores, podrían ser insuficientes para demostrar que el consumo de cigarrillos ocasiona enfermedades y muerte. Sin embargo, existen otras pruebas coincidentes que contribuyen a determinar el peligro que representa el consumo de cigarrillos.

EXPERIMENTOS REALIZADOS EN ANIMALES. En los estudios de esta clase, ciertos animales son expuestos al humo de cigarrillos y a los diversos componentes de este humo. El cáncer puede producirse en sujetos animales si se les expone a las sustancias que contienen los cigarrillos. En diversos experimentos, ciertos gases tóxicos o irritantes han causado en los animales la misma clase de daño observado en los pulmones y células de los fumadores de cigarrillos.

El 40 por ciento del humo de tabaco se compone de partículas ("brea" y nicotina) y el 60 por ciento de gases. Esos gases incluyen más de 50 elementos y compuestos, entre ellos formaldehído, cianuro de hidrógeno, acetaldehído, acroleína y monóxido de carbono.

5

La mayoría de los agentes del humo de tabaco que producen cáncer se encuentran en la materia compuesta de partículas. Estas incluyen por lo menos siete compuestos que han demostrado ser carcinogénicos en experimentos realizados en animales, así como otras sustancias favorables al desarrollo del cáncer.

ESTUDIOS CLINICOS Y DE AUTOPSIAS. El examen de miles de pacientes y el estudio de millares de autopsias demuestran que diversos efectos nocivos se manifiestan con mayor frecuencia y gravedad en los fumadores que en quienes no fuman. Entre dichos efectos se encuentran modificaciones celulares, tales como la pérdida de células ciliadas, por lo que los cilios no pueden realizar su labor de limpiar los pulmones; la inflamación de las células basales, y la existencia de células atípicas, ambas consideradas por algunas autoridades como precursoras del cáncer. También resultan dañados con mucha frecuencia los alvéolos y ciertos tejidos pulmonares de los fumadores, así como el sistema circulatorio y otros sistemas del organismo.

El consumo de cigarrillos y la muerte

De los informes científicos del Servicio de Salud Pública se deducen los hechos siguientes acerca del hábito de fumar cigarrillos y la muerte:

- El riesgo de fallecimiento es un 70 por ciento más elevado en los hombres que fuman que en los no fumadores. El peligro es también significativamente mayor para las mujeres que fuman cigarrillos que para las que no los fuman.

- El peligro de defunción por bronquitis crónica y enfisema es de tres a 20 veces mayor, según la edad y la cantidad total de cigarrillos consumidos.

- El riesgo de muerte por enfermedad de las arterias coronarias—la afección más mortífera tanto para los fumadores como para los no fumadores—es un 70 por ciento más alto en los primeros.

6 ● Mientras más cigarrillos se consumen diariamente, más elevada la tasa de mortalidad; en el caso de los fumadores que consumen menos de 10 cigarrillos al día, la tasa es un 40 por ciento mayor que para los no fumadores; entre quienes fuman de 10 a 19 cigarrillos al día, un 70 por ciento más alta, y entre quienes consumen 40 cigarrillos diarios, como mínimo, la tasa es un 120 por ciento más elevada.

- La expectativa de vida de los hombres jóvenes se reduce en un promedio de ocho años entre los fumadores inveterados (más de dos cajetillas al día) y en un promedio de cuatro años entre los que fuman menos (media cajetilla diaria como máximo).

- El riesgo aumenta entre los que empezaron a fumar a una edad temprana.

- El peligro es mayor para los que aspiran el humo.

- Las tasas de defunción correspondientes a los fumadores de cigarros y de pipa, que habitualmente no aspiran el humo del tabaco, no son mucho mayores que las de quienes no fuman.

- El riesgo de un embarazo malogrado es mayor en las mujeres que fuman que en las no fumadoras.

El hábito de fumar cigarrillos y la enfermedad

En mayo de 1967, un informe preparado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, que es una dependencia del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, reveló por primera vez el alcance de la relación entre el consumo de cigarrillos y las enfermedades.

Dicho Centro realiza una encuesta ininterrumpida sobre la salud del país, mediante entrevistas con 42,000 familias al año. Estas familias constituyen una muestra estadística representativa de la población civil de los Estados Unidos de América. La encuesta realizada por el Centro en 1965 demostró lo siguiente:

- Los trabajadores que fuman una cajetilla de cigarrillos al día faltan a su trabajo, por enfermedad, un tercio más que las personas que no han fumado nunca.

7

- Los fumadores y fumadoras están enfermos en cama un 15 por ciento más de días que los no fumadores. Para los fumadores empedernidos (más de dos cajetillas al día) la tasa es una vez y media mayor entre los hombres, y dos veces y media mayor entre las mujeres.

La encuesta sirvió también para calcular el número de días "excesivos" de invalidez, que son los días de invalidez debidos al hábito de fumar, y que nunca se hubieran registrado si la tasa de invalidez de los fumadores fuera igual que la de los no fumadores. Se calcula que el hábito de fumar cigarrillos ocasiona en los Estados Unidos anualmente:

- Un exceso de 77 millones de jornadas de trabajo perdidas.

- Un exceso de 88 millones de días-hombre transcurridos en cama por enfermedad.

- Un exceso de 306 millones de días-hombre de actividad limitada.

El hábito de fumar y las enfermedades

EL CANCER PULMONAR. El consumo de cigarrillos es una de las causas principales del cáncer del pulmón y la causa más importante del cáncer pulmonar en el hombre. La incidencia del cáncer del pulmón disminuiría radicalmente si la gente dejara de fumar cigarrillos.

8 El cáncer pulmonar era una enfermedad rara hace 50 años, y el hábito de fumar cigarrillos también constituía una forma extraña de conducta. En 1900 el consumo anual per cápita en los Estados Unidos era de 54 cigarrillos; en 1968 fue de 4,195 cigarrillos. Entre tanto, los fallecimientos por cáncer del pulmón en los Estados Unidos de América, que eran menos de 3,000 en 1930, sumaron unos 59,000 en 1969. Entre todas las clases de cáncer, el cáncer pulmonar es en la actualidad la causa más común de defunción entre los varones norteamericanos.

El riesgo de contraer cáncer del pulmón aumenta según el tiempo que la persona lleve fumando y el número de cigarrillos que consuma al día. En los fumadores inveterados el peligro es de 20 a 30 veces mayor que en los no fumadores.

EL CANCER NO PULMONAR. El hábito de fumar cigarrillos es uno de los factores importantes que causan cáncer de la laringe y de la cavidad bucal. Estas enfermedades también se relacionan con el hábito de fumar cigarros o en pipa. Se ha podido determinar que existe una estrecha relación entre el consumo de tabaco, en sus diversas formas, y el cáncer del esófago, faringe, boca y carrillo, y es probable que también exista una relación de causa y efecto. Todo parece indicar, además, que existe una relación entre el hábito de fumar y el cáncer del labio.

Las investigaciones revelan una relación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer de la vejiga urinaria en el hombre. La tasa de defunción por esta enfermedad es dos veces mayor entre los

fumadores de más de 20 cigarrillos diarios que la correspondiente a los no fumadores. También se ha establecido una asociación entre el consumo de cigarrillos y el cáncer del páncreas y del riñón.

LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS. La bronquitis crónica y la enfisema, que ocasionaron 2,300 muertes en 1945, ocasionaron más de 25,000 en 1967. El hábito de fumar cigarrillos es la causa más importante de bronquitis crónica en los Estados Unidos y aumenta en gran medida el riesgo de muerte por bronquitis y enfisema. Si se deja de fumar, se disminuye ese riesgo. Los que fuman cigarros, o en pipa, se hallan menos afectados que los fumadores de cigarrillos.

9

Entre la mayor parte de la población de los Estados Unidos el consumo de cigarrillos es una causa mucho más importante de enfermedades de las vías respiratorias que la contaminación atmosférica o los riesgos del trabajo. Se ha demostrado, además, en estudios realizados en Suecia y los Estados Unidos entre mellizos fumadores y no fumadores, que, en cuanto a las enfermedades de las vías respiratorias, el hábito de fumar reviste mayor importancia que los factores hereditarios y constitucionales.

Al parecer, el hábito de fumar cigarrillos no causa asma ni tiene relación con enfermedades infecciosas. Sin embargo, el riesgo de muerte por influenza y pulmonía es ligeramente mayor en los fumadores de cigarrillos.

La tos y la expectoración, o ambas combinadas, son sistemáticamente más frecuentes en los fumadores que en los no fumadores. Hasta los fumadores jóvenes de edad universitaria pueden reflejar un aumento de estos síntomas, así como trastornos funcionales de las vías respiratorias.

LAS CARDIOPATIAS Y LOS DEFECTOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO. En el informe que presentó el Servicio de Salud Pública al Congreso de los Estados Unidos en 1968, se llega a la conclusión de que "el consumo de cigarrillos puede contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y especialmente a la defunción por enfermedad de las arterias coronarias". El año siguiente, la misma agencia gubernamental consideró nuevamente el consumo de cigarrillos como uno de los riesgos principales en la contracción de enfermedades coronarias.

En la población total de varones de los Estados Unidos, la tasa de defunción por enfermedad coronaria es un 70 por ciento más elevada entre los fumadores que entre los no fumadores, pero en determinados grupos el riesgo es todavía mayor. Por ejemplo, en hombres de 45 a 54 años de edad, la tasa de defunción es un 300 por ciento mayor entre los fumadores que entre los no fumadores, y en las mujeres del mismo grupo de edad la tasa es un 200 por ciento más alta.

10 En estudios clínicos, experimentales y autopsias se ha confirmado la relación entre el consumo de cigarrillos, y las enfermedades cardíacas y los trastornos del sistema circulatorio. Se ha descubierto que el hábito de fumar causa anomalías en la función cardiovascular. La arterioesclerosis coronaria es mucho más frecuente entre los fumadores que entre quienes no fuman.

Algunas investigaciones parecen sugerir que la nicotina y el monóxido de carbono, los cuales se encuentran presentes en el humo de cigarrillo, figuran entre los posibles factores importantes que producen enfermedad de las arterias coronarias. La nicotina aumenta la necesidad que tiene el corazón de oxígeno y otros nutrientes, mientras que el monóxido de carbono disminuye la capacidad de la sangre para suministrar oxígeno.

El informe de 1969 señala que el consumo de cigarrillos puede ser, por sí mismo, algo más que uno de los factores importantes relacionados con el riesgo de enfermedad de las arterias coronarias. Los efectos del hábito de fumar cigarrillos, cuando se combinan con los de otros factores de riesgo—tales como la alta presión sanguínea, el elevado nivel de colesterol en suero, y la obesidad—parecen ser aun mayores que el efecto de cada uno los distintos factores de riesgo considerados por separado.

Cabe señalar, como hecho alentador, que el

riesgo de muerte como resultado de enfermedades de las arterias coronarias disminuye cuando las personas dejan de fumar. Parece, además, que algunos efectos nocivos al sistema cardiovascular son reversibles una vez se cesa de fumar.

LA ULCERA PEPTICA. Se ha establecido relación entre el hábito de fumar cigarrillos y la incidencia de enfermedad y tasas más altas de defunción por ulcera péptica, en particular la úlcera gástrica.

El número de casos de ulcera péptica notificados en la encuesta patológica de 1967 fue mucho mayor entre los fumadores que entre los no fumadores. Las diferencias aumentaron según aumentó el número de cigarrillos consumidos.

EL HABITO DE FUMAR EN LA MADRE Y EL PESO DE LA CRIATURA AL NACER. Las mujeres que fuman durante el embarazo corren un riesgo mayor de aborto que las que no fuman. Aún no se ha determinado la razón exacta de ello, ni la forma en que el hábito de fumar afecta a la criatura antes de nacer. Pero en estudios efectuados al respecto, se ha demostrado que, entre las fumadoras embarazadas, uno de cada cinco embarazos malogrados hubiera llegado a ser normal si dichas mujeres hubiesen corrido el mismo nivel de riesgo que las no fumadoras. Como resultado de estudios también se ha comprobado que las mujeres que fuman durante el embarazo tienden a dar a luz niños de menor peso que las madres no fumadoras.

11

LAS ENFERMEDADES ORALES NO CANCEROSAS. En general, los no fumadores gozan de mejor salud oral que los fumadores. La periodontitis, que afecta las encías, huesos y tejidos que rodean los dientes, es más común entre los fumadores, aun teniendo en cuenta que el hábito de fumar suele ir acompañado de higiene oral deficiente. Existen algunas pruebas de que el fumar puede tener relación con las enfermedades de las encías, pérdida de dientes, pérdida de huesos de la boca, retraso en la cicatrización después de la extracción de un diente, e inflamación del paladar.

LA SINUSITIS. La sinusitis parece ser una enfermedad de importancia relativamente menor, pero puede resultar muy penosa e incapacitadora. Desde hace tiempo existen pruebas clínicas de que el consumo de cigarrillos agrava la sinusitis y de que si el paciente deja de fumar puede conseguir bastante alivio.

¿Qué sé puede hacer?

La manera más lógica de evitar que aumenten los riesgos que significa para la salud el consumo de cigarrillos es dejar de fumarlos. Casi el 60 por ciento de la población del país de más de 17 años de edad (el 49 por ciento de los hombres y el 66 por ciento de las mujeres) no fuma, bien porque nunca empezaron o porque dejaron de hacerlo.

A medida que la población se va convenciendo de los peligros que representa para la salud el consumo de cigarrillos, un mayor número de personas deja de fumar. Aun para quienes han fumado mucho y durante largos períodos de tiempo, interrumpir el hábito es disminuir el riesgo, a menos que se haya contraído ya la enfermedad.

El consumo por habitante de cigarrillos en los Estados Unidos disminuyó después de la publicación del informe del Cirujano General en 1964; aumentó algo en los años siguientes, pero en la actualidad es menor que en 1964.

12

El peligro que entraña el consumo de cigarrillos es tan grave y afecta a un sector tan extenso de nuestra población, que es imprescindible continuar adoptando medidas para remediar la situación.

- Es preciso reducir aun más el número de personas que fuman en los Estados Unidos, que es de 50 millones de adultos, o sea, el 42 por ciento de la población adulta.

- Debe alentarse a la juventud a que no inicie el hábito de fumar. En la actualidad, el 36 por ciento de los varones y el 22 por ciento de las jovencitas del país se convierten en fumadores de cigarrillos antes de los 18 años de edad.

- Es necesario desarrollar, por medio de la investigación, nuevos cigarrillos y métodos de fumar que sean menos peligrosos y, al mismo tiempo, crear en el público una conciencia del problema, de modo que si se logra desarrollar tales cigarrillos y métodos, los fumadores los prefieran. No se conoce ningún otro medio para proteger a aquellas personas que no desean o no pueden dejar de fumar.

Al final de cuentas, está en peligro, no sólo la salud de 50 millones de personas que ya fuman, sino también la de una nueva generación que aún no ha comenzado a fumar.

***Smoking and Health, 1964, Public Health Service Publication No. 1103; Price \$1.25**

Health Consequences of Smoking, 1967, Public Health Service Publication No. 1696; Price \$.60

Health Consequences of Smoking, 1968 Supplement, Public Health Service Publication No. 1696, 1968 Supplement; Price \$.55

Health Consequences of Smoking, 1969 Supplement, Public Health Service Publication No. 1696-2, 1969 Supplement; Price \$.50

Disponible para la venta de:

Superintendent of Documents,

U.S. Government Printing Office,

Washington, D.C. 20402.

Precio 15 centavos,

o \$11.25 por cada 100 ejemplares.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



XVIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

XXII REUNION DEL COMITE REGIONAL

WASHINGTON, D.C., E.U.A.

SEPTIEMBRE-OCTUBRE 1970

Tema 22 del Proyecto de Programa

CSP18/12 (Esp.)

ADDENDUM I

26 septiembre 1970

ORIGINAL:INGLES

CONTROL SOBRE CIGARRILLOS

El cuadro adjunto debe incluirse como página 33 del documento A23/P&B/6 que aparece publicado como Anexo V al CSP18/12.

CUADRO 5. DEFUNCIONES PREVISTAS Y OBSERVADAS Y
COCIENTES DE MORTALIDAD CORRESPONDIENTES A LOS FUMADORES DE CIGARRILLOS
UNICAMENTE, EN SIETE ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Causa de defunción subyacente	Prevista	Observada	Cociente de mortalidad	Defunciones de no fumadores
Cáncer de pulmón (162-3)	170,3	1 833	10,8	123
Bronquitis y enfisema (502, 527.1)	89,5	546	6,1	59
Cáncer de laringe (161)	14,0	75	5,4	8
Cáncer de la cavidad bucal (140-8)	37,0	152	4,1	27
Cáncer del esófago (150)	33,7	113	3,4	19
Úlceras del estómago y del duodeno (540-1)	105,1	294	2,8	67
Otras enfermedades circulatorias (451-468)	254,0	649	2,6	170
Cirrosis hepática (581)	169,2	379	2,2	96
Cáncer de la vejiga (181)	111,6	216	1,9	92
Enfermedad de las arterias coronarias (420)	6 430,7	11 177	1,7	4 731
Otras cardiopatías (421-2, 430-4)	526,0	868	1,7	398
Cardiopatía hipertensiva (440-3)	409,2	631	1,5	334
Arteriosclerosis general (450)	210,7	310	1,5	201
Cáncer de riñón (180)	79,0	120	1,5	59
Todos los demás cánceres	1 061,4	1 524	1,4	742
Cáncer de estómago (151)	285,2	413	1,4	203
Gripe y neumonía (480-493)	303,2	415	1,4	169
Todas las demás causas	1 508,7	1 946	1,3	1 036
Lesiones vasculares cerebrales (330-4)	1 461,8	1 844	1,3	1 069
Cáncer de la próstata (177)	253,0	318	1,3	198
Accidentes, suicidios y traumatismos (800-999)	1 063,2	1 310	1,2	627
Nefritis (592-4)	156,4	173	1,1	98
Cardiopatía reumática (400-416)	290,6	309	1,1	185
Cáncer del recto (154)	207,8	213	1,0	150
Cáncer del Intestino (152-3)	422,6	395	0,9	307
Todas las causas	15 653,9	26 223	1,68	11 168