

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA EN EL TABAQUISMO

Carmen Matesanz Ruiz, Eva de Santiago Delgado, Carmen Caro de Miguel

INTRODUCCIÓN

No existe ninguna duda de que el tabaquismo en los albores del S. XXI es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. Se estima que la mortalidad mundial por esta causa se incrementará desde aproximadamente 4 millones en 1998 a casi 10 millones en el año 2030, ocurriendo el 70% de estos fallecimientos en los países en vías de desarrollo.

En la actualidad la prevalencia mundial de este hábito es muy importante. Según cifras manejadas por la Organización Mundial de la Salud, se estima que en los países en vías de desarrollo fuman alrededor de un 50% de los hombres y un 10% de las mujeres, lo que se traduce en aproximadamente 1.500 millones de fumadores. En España fuman unos 12 millones de personas, que corresponderían a un 34% de la población mayor de 16 años, quedando repartidos en un 42% de hombres y un 27% de mujeres, lo que nos coloca a la cabeza de la Unión Europea⁽¹⁾. Por todo ello, la lucha antitabaco ha de ser una estrategia mundial a largo plazo, en la que han de implicarse las Administraciones Públicas, tanto con competencias sanitarias como socioeconómicas⁽²⁾.

Podemos definir prevención como *la forma de conservar, cuidar, mejorar y restaurar la salud para no perderla o para recuperarla al máximo*⁽³⁾. Este objetivo, no sólo debe ser llevado a cabo en el ámbito médico, sino a nivel de toda la sociedad, que ha de luchar por alcanzarlo, siendo en el marco político donde hay que comenzar a buscar soluciones.

Los esfuerzos actuales, cuyo objetivo prioritario es la disminución de la prevalencia del consumo del tabaco y el número de falleci-

mientos por esta causa, han culminado en un proceso de negociación decisivo y sin precedentes en la historia de la salud pública mundial. Para ello, ha sido necesaria la firma de la primera y única Convención de Salud Pública auspiciada por la Organización Mundial de la Salud, negociada por los estados miembros de la OMS como naciones soberanas y traducida al español como Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)⁽⁴⁾.

ACCIONES POLÍTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

La legislación, como instrumento fundamental para la prevención y control del tabaquismo, debe adoptar las medidas necesarias que garanticen los derechos de los no fumadores. Asimismo, debe regular todos los aspectos relacionados con el contenido de los cigarrillos, etiquetado de los paquetes, advertencias sanitarias, prohibiciones de los lugares y publicidad⁽⁵⁾.

Algunas medidas legislativas implantadas tienen una eficacia demostrada en la disminución del consumo de tabaco (Tabla 1). Dentro de ellas las más eficaces incluyen: restricciones en la venta, consumo, publicidad e incremento en el precio del producto.

En el marco internacional

La necesidad de una legislación internacional viene dada por la compleja naturaleza del control del tabaco. En particular, los países se ven incapaces de solucionar por ellos mismos problemas tales como el aumento del consumo, la extensión global del mercado, el aumento de la difusión por medios publi-

TABLA 1. Medidas legislativas de eficacia probada en la disminución del consumo de tabaco

Medidas legislativas eficaces

Prohibición absoluta de la publicidad, directa e indirecta

Impresión obligatoria de avisos y advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco

Impresión obligatoria en los paquetes de cigarrillos de los contenidos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono emitidos por lo cigarrillos

Elaboración de una política impositiva donde el importe de los impuestos sea al menos la mitad del importe total de los cigarrillos

Control del contrabando de tabaco

Restricciones a las ventas de tabaco

Restricciones al consumo de tabaco en lugares públicos y lugares de trabajo

Extraída íntegramente del Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. M. Barrueco.

citarios, Internet, el patrocinio de eventos deportivos internacionales y el mercado ilícito. Todo ello traspasa las fronteras nacionales, por lo que son necesarias medidas integradas entre los países⁽⁶⁾.

La fecha clave de la salud pública mundial, fue el 21 de mayo de 2003. En la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, los 192 estados miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el primer tratado mundial de salud pública, que en España se ha traducido como Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)⁽⁷⁾. Fue la Dra. Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS, la responsable de la creación de la *Tobacco Free Initiative* en julio de 1998, a través de la cual ha sido posible trabajar sobre el primer convenio mundial de salud pública⁽⁴⁾. El CMCT es el primer instrumento jurídico diseñado

para disminuir las defunciones y enfermedades relacionadas con el tabaco en el mundo. Para que entre en vigor lo deben firmar y ratificar 40 países desde junio de 2003 hasta junio de 2004.

Llevar a la práctica el tratado requerirá establecer los fundamentos técnicos necesarios y la incorporación de las disposiciones del tratado en las leyes nacionales.

El texto consta de 38 artículos y un preámbulo⁽⁸⁾. El objetivo fundamental es “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco, que habrían de aplicar las partes, a nivel nacional, regional e internacional, a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco” (Art. 3, CMCT). El Convenio contiene unas obligaciones con respecto a las advertencias sanitarias en los paquetes y las restricciones para su promoción, así como controles para velar por un aire limpio en ambientes interiores y combatir el contrabando. En el resto de los puntos existe una gran flexibilidad y aporta, a su vez, un marco para orientar a los países en sus propias campañas e iniciativas⁽⁶⁾.

En el marco europeo y español

La IX Conferencia Mundial "Tabaco o Salud", celebrada en París en 1994, ha sido fundamental para el movimiento español. Allí fue donde se creó el instrumento asociativo que culminó con la aprobación, el 9 de mayo del 2003, del REAL DECRETO 548/2003, por el que se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para desarrollar el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaco (CNPT), válido hasta el 2007⁽⁹⁾.

Las líneas básicas del Plan incluyen^(10,11).

1. Disminución de la prevalencia del tabaquismo, tanto desde la prevención y retraso del inicio, como desde el abandono del consumo.

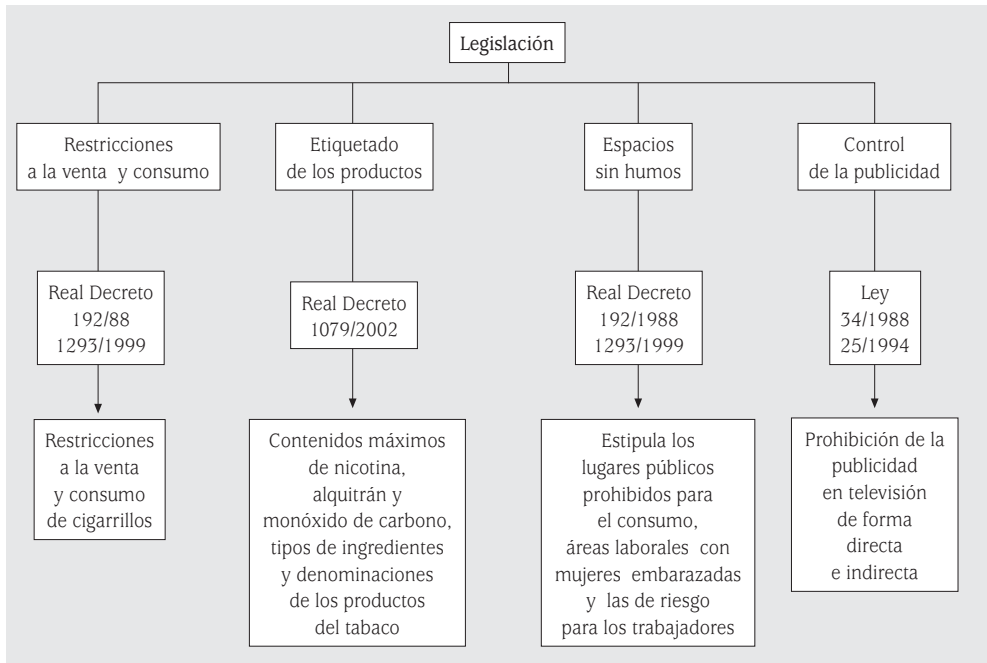


FIGURA 1. Algunos aspectos de la legislación española.

2. Proteger a la población de la exposición al humo del tabaco.

3. Cooperación intersectorial y participación de la sociedad civil.

Para cumplir los objetivos se han diseñado diferentes estrategias de carácter informativo, educativo-formativo, asistencial, legislativo, de coordinación, de participación, de investigación y evaluación. El Plan Nacional para el Control y Prevención del Tabaco (CNPT) representa el marco de actuación del conjunto del Estado Español y desde él se apoyan todas las iniciativas, se canalizan y difunden todos los proyectos de la OMS y de Europa (Fig. 1).

Regulaciones de aspectos concretos

Exposición al aire contaminado

La OMS declaró en el 2002 el aire contaminado por humo de tabaco como carcinógeno, lo que debe obligar a los gobiernos a la elaboración de una legislación efectiva de protección⁽¹²⁾.

En el Convenio Marco viene recogido, en el artículo 8, que la inhalación del humo es causa de morbilidad y propone a los países, en base a su propia jurisdicción, llevar a cabo todas las medidas necesarias contra la exposición en lugares públicos cerrados, medios de transporte y lugares de trabajo interiores. En el mismo Convenio están recogidos otros aspectos en el artículo 18 de Espacios Libres de Humo⁽¹⁵⁾.

En algunos países de la Unión Europea se han elaborado leyes que regulan la exposición en lugares donde se venden alimentos y bebidas, existiendo también áreas perfectamente delimitadas para los no fumadores en restaurantes y cafeterías. En la Carta Europea contra el tabaco, aprobada en la Primera Conferencia Europea sobre Política de Tabaco, se expone que el aire puro, libre del humo del tabaco, es un componente esencial del derecho a un medio ambiente sano y sin contaminación.

En España el consumo en lugares públicos está regulado bajo los Reales Decretos

192/1998 y 1293/1999^(14,15). Prohíben fumar en:

- Lugares donde exista mayor riesgo a la salud del trabajador por combinar el tabaco con otros contaminantes.
- Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.
- Centros sanitarios*, docentes* y centros de atención social destinados a menores de dieciséis años.
- Todos los vehículos o medios de transporte urbano e interurbano. Los transportes ferroviarios y marítimos, no obstante, podrán reservarse vagones o camarotes completos o departamentos para fumadores en una cuantía igual o inferior al 36 % del total. Las aeronaves, en vuelo comercial cuyo origen y destino estén en territorio nacional.
- Zonas de las oficinas en las administraciones públicas destinadas a la atención directa al público. Salas de uso público general, lectura, exposición y espectáculos*.
- Ascensores y elevadores.
- Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas*.

Esta ley no ha sido, sin embargo, ejecutada en su totalidad como se demuestra en los estudios de Serra, Mejía y Escolano^(15,16). En ellos se pone de manifiesto su incumplimiento en más de la mitad de los lugares donde está prohibido y la escasa o incorrecta señalización de la prohibición de fumar. Sólo el 4,1 % de los establecimientos analizados cumplían correctamente los requisitos.

No existe ninguna legislación sobre el consumo en bares y restaurantes, aunque sí se autoriza la delimitación de zonas para los no fumadores, lo que tampoco en esta ocasión se respeta⁽¹⁴⁾.

Las Comunidades Autónomas han regulado más a fondo determinados aspectos como, por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Aragón, que ha desarrollado su propia ley de drogodependencia. Entre sus puntos, está la pro-

hibición del consumo en salas de uso público, bares, restaurantes, cafeterías y centros de manipulación y venta de alimentos, entre otros. En la mayoría de las autonomías, sin embargo, sigue siendo una lista de espacios en los que no se puede fumar, en lugar de estar prohibido en todos los espacios compartidos⁽¹²⁾.

Empaquetado del tabaco

Todos los gobiernos disponen de una zona en los paquetes de tabaco para las advertencias sanitarias. Se sabe que éstas son la medida con la relación coste/beneficio, más alta, ya que se difunde a la totalidad de los fumadores y actúa aumentando el conocimiento sobre los riesgos y estimulando el deseo de abandono⁽¹⁸⁾.

Las compañías tabaqueras conocían también el poder de estas advertencias y han procurado que sean lo menos visibles. Esto es debido a que la imagen es fundamental para cada marca y de ella depende en gran medida su éxito, sobre todo a medida que se aplican las restricciones publicitarias.

La CMCT ha propuesto como medida preventiva el estandarizar el empaquetado y el etiquetado para disminuir la demanda.

Desde los años 90 se obliga a que en los mensajes de los paquetes se redacte información que se relacione con la gravedad del riesgo.

Como medida preventiva, los mensajes son más eficaces si son grandes, con mensajes directos y usando fotos a color. El CMCT obliga a aquellos estados que adopten el Convenio, a introducir en los productos del tabaco y en el envasado externo de los mismos, advertencias y mensajes sanitarios grandes, claros, legibles y rotativos, que ocupen al menos el 30 % de la superficie externa principal. Esta medida se exigirá dentro de un plazo de tres años a partir de la entrada en vigor de dicho Convenio.

En países como Canadá y Brasil todas estas medidas ya se llevan a cabo y están demostrando su eficacia⁽¹⁸⁾.

La Unión Europea sólo está comenzando a legislar al respecto⁽¹⁹⁾. En España el Real

*Se señalarán áreas específicas donde se permita fumar

Decreto 1079/2002⁽²⁰⁾ regula los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado y las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD

La importancia de la publicidad en la sociedad actual de mercado es enorme, quedando reflejado en el elevado porcentaje de los costes de revistas, periódicos, radio y televisión que la misma cubre⁽²¹⁾.

Las inversiones en publicidad de la industria tabacalera se han incrementado notablemente en los últimos años a pesar de las restricciones legales establecidas⁽²²⁾. La Asociación Europea de Agencias de la Publicidad ha estimado que, si la normativa de prohibición total de la promoción del tabaco que está en proyecto prosperase, los medios de comunicación dejarían de percibir alrededor de un billón de las antiguas pesetas⁽²³⁾.

Entre los años 1970 y 1992 la publicidad del tabaco se incrementó en un 1.500%⁽²⁴⁾. El papel de los medios de comunicación es, asimismo, muy importante en la información y educación de la población, siendo uno de sus objetivos principales la influencia en la opinión pública.

En lo referente al tabaquismo, y hasta la fecha, desgraciadamente, los medios de comunicación se han utilizado fundamentalmente para hacer una publicidad favorable, que anime a su consumo, pues los intereses económicos de la industria tabacalera han contribuido en ello. Se estima que hasta un 34% de los jóvenes que experimentan alguna vez con el tabaco, lo hacen movidos por las actividades promocionales de éste⁽²⁵⁾. Hay, además, una relación clara entre los mensajes publicitarios de libertad y éxito social, y el inicio y mantenimiento del consumo⁽²⁶⁾. Se han realizado estudios en Canadá y Nueva Zelanda que han demostrado un descenso en el hábito tabáquico de un 7,2% al prohibir este tipo de publicidad⁽²⁷⁾.

Es necesario el esfuerzo de los profesionales de la información para que los medios de comunicación sean utilizados de una forma constructiva y en apoyo a la lucha antitabaco. Existen numerosos trabajos que analizan su papel educativo en este tema, aunque no todos muestran una efectividad si se observa un aumento en ésta si van acompañando a otro tipo de intervenciones. La industria tabacalera siempre ha respondido con nueva publicidad dirigida sobre todo a los sectores más vulnerables de la sociedad.

Por todo esto sería de vital importancia la total prohibición de la publicidad a favor del tabaco y de todos los productos que vayan asociados a estas marcas.

De entre todos los sectores de la comunicación que hacen posible la extensión del hábito tabáquico hemos elegido el cine y la difusión a través de Internet para profundizar un poco más. El primero de ellos por sus años de historia y lo subliminal de sus mensajes, y el segundo por ser una vía de acceso novedosa y sencilla que está al alcance de un amplio sector de la población, sobre todo el más joven.

Tabaco y cine

Es sobradamente conocida la relación existente entre consumo de tabaco y cine. La presencia de cigarrillos y de famosos actores consumiéndolos está introducida de una forma natural e intencionada en los planos cinematográficos de las películas (Fig. 2).

La presencia de tabaco en estas imágenes no es, desgraciadamente, por necesidades del guión, sino fruto de una estudiada y nada casual relación entre la industria cinematográfica y tabacalera. De esta mencionada relación hay constancia escrita y documentada que se remonta a más de treinta años atrás. Así se conseguía una publicidad indirecta y encubierta⁽²⁸⁾, de la que el espectador no era consciente en muchas ocasiones y, por lo tanto, resultaba más vulnerable, sobre todo aquellos sectores más jóvenes de la población.

Los objetivos que la industria del tabaco pretendía conseguir con esta actuación eran,



FIGURA 2. Tabaco y cine: ayer y hoy.

no sólo el meramente promocional de una marca concreta, con el consiguiente incremento en la venta, sino también el aumentar la aceptación social del consumo de tabaco.

Hay estudios realizados a principios de los años noventa⁽²⁹⁾ para analizar este fenómeno, los cuales han servido para poner de manifiesto el exagerado porcentaje de personas fumadoras en estas películas en relación con la existente en los sectores equivalentes de la sociedad real. Esto no tiene otro fin que mostrar la errónea idea de normalidad y amplia extensión en la población del hecho de fumar, impactando todo ello de forma especial en jóvenes y adolescentes, que es un grupo que dedica una importante parte de su tiempo a ver películas y televisión.

Del mismo modo, se han invertido las características de los fumadores con respecto a las de la vida real, ofreciéndose así la imagen de mayor consumo en las clases sociales más elevadas.

Sargent et al. han realizado estudios en los que demuestran que la probabilidad de que los jóvenes fumen es directamente proporcional a la exposición a estas escenas en las películas, siendo esta la influencia social más importante a la que pueden estar sometidos^(30,31).

Es, por todo lo expuesto, que sea de vital importancia el papel de la regulación por medio de normativas y la prevención en este ámbito. Son los Estados Unidos de América los que disponen de medios más desarrollados hasta la fecha. Para ello, se ha puesto en marcha una campaña de educación llamada *Smoke Free Movies* que, además de sensibilizar e informar, presenta importantes propuestas destinadas a controlar la presencia del tabaco en las películas. Dentro de ellas cabe destacar la exigencia de que la industria cinematográfica posea un certificado de no haber recibido pago alguno por mostrar tabaco, que aparezca publicidad antitabaco previa a todas las películas en las que éste esté presente y que dichas películas sean clasificadas para adultos.

En España, la presencia de cigarrillos en el cine aún no ha sido considerada como algo relevante por el movimiento que existe en la prevención y lucha frente al tabaquismo. Tampoco la Unión Europea contempla este aspecto en la última normativa elaborada para el control de la publicidad del tabaco. Pensamos que hay aquí una labor pendiente a realizar de gran importancia.

Tabaco e Internet

Internet es un poderoso instrumento de comunicación que ha supuesto una revolución en la difusión de información e intercambio de conocimientos. El acceso a este nuevo medio de comunicación está cada vez más extendido y al alcance de un mayor número de personas, las cuales se encuentran expuestas, en ocasiones, a una cantidad descontrolada de datos que pueden influirles de una forma no siempre positiva.

En lo referente a problemas sanitarios, las nuevas tecnologías suelen utilizarse desde el punto de vista de la prevención y el tratamiento, no siendo así en el tema del tabaquismo debido al gran poder e intereses económicos que la industria tabacalera muestra.

Internet no tiene barrera de edad y los niños y adolescentes representan un porcentaje muy elevado de los usuarios de esta red.

36,9% se hallaban en España⁽³⁴⁾, repartidos en un 47,2% de hombres y un 27,2% de mujeres⁽³⁵⁾. El tabaco es responsable de alrededor de 3 millones de muertes al año^(36,37). Se estima que en la primera mitad del siglo XXI esta cifra ascienda a 520 millones según datos del Informe del Banco Mundial⁽³⁸⁾.

La industria tabaquera presenta unas pérdidas anuales en el número de clientes, motivadas por el abandono del consumo y la mortalidad anteriormente citada. Es, pues, un objetivo fundamental para ella el reclutamiento de nuevos adictos que buscará, principalmente, en los sectores más jóvenes de la sociedad. El esfuerzo en materia de prevención y educación en tabaquismo debe centrarse de una forma especial en estos grupos más vulnerables⁽³⁹⁾.

Los instrumentos básicos en la lucha anti-tabaco son la información y sensibilización de la población. Para ello se dispone de medios de comunicación, educación sanitaria en la escuela y la familia, legislación en cuanto a publicidad, venta y consumo de tabaco y consejo sanitario. De estos puntos hablaremos con mayor profundidad más adelante⁽⁴⁰⁾.

Podemos entender como prevención de la enfermedad, en este caso aplicado al tabaquismo, el hecho de evitar el consumo y mejorar la calidad de vida⁽⁴¹⁾. Stokes propone tres niveles⁽⁴²⁾:

- *Prevención primaria*: disminuir la incidencia evitando la aparición de nuevos fumadores. El momento ideal de llevarla a cabo es la infancia y adolescencia (familia y colegio fundamentalmente).

- *Prevención secundaria*: interrumpir el consumo en fumadores activos en los que aún no haya aparecido patología asociada. Para ello se realizarán cribajes, siendo un lugar privilegiado las consultas de Atención Primaria. Con esto se pretende la reducción de la prevalencia.

- *Prevención terciaria*: trata de frenar la historia natural del consumo de tabaco y disminuir la morbimortalidad asociada. Su acción se centra sobre todo en aquel fumador que ya tenga patología derivada de este hábito.

Las principales enfermedades crónicas que actualmente afectan a nuestra sociedad se relacionan directamente con hábitos no saludables como el consumo de tabaco o alcohol, el sedentarismo y la dieta desequilibrada,... muchos de los cuales se adquieren en etapas tempranas de la vida, resultando después difíciles de erradicar. Es por ello muy importante conocer las costumbres del entorno familiar y social del niño y adolescente, pues éstas supondrían el momento ideal para intervenir.

Tabaquismo y familia

El consumo de tabaco en el núcleo familiar constituye un motivo de preocupación y uno de los principales puntos en los que es excusado incidir desde el punto de vista de la prevención.

El tabaquismo en la infancia ha sido ampliamente estudiado y se define como la exposición del menor a los productos de la combustión del tabaco en espacios cerrados, siendo el hogar el lugar principal donde esto se lleva a cabo⁽⁴³⁾. Son muy diversas las enfermedades que aparecen como consecuencia de esta exposición, la cual puede ser antes o después del nacimiento, encontrando que la mayoría de las mujeres que fuman durante el embarazo lo siguen haciendo con posterioridad. Entre los problemas que con mayor frecuencia se hallan en el recién nacido están el bajo peso al nacer, alteraciones endocrinas, mutaciones celulares, aumento del riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, síndrome de muerte súbita del lactante⁽⁴⁴⁾. En la infancia destaca la presencia de enfermedad respiratoria⁽⁴⁵⁾, la cual es proporcional al hecho de que fumen uno o los dos padres y a la cantidad de cigarrillos consumida⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾, así como menor peso, enfermedad otorrinolaringológica, mayor tasa de absentismo escolar... Por todo ello, podemos afirmar que se trata de un factor de riesgo de morbi-mortalidad infantil importante y prevenible⁽⁴⁹⁾.

Además del daño causado desde el punto de vista de la salud, hemos de considerar el impacto que tiene el tabaquismo en el hogar

en cuanto al desarrollo de nuevos hábitos en el niño, pues es clave el papel desempeñado por la familia a nivel educacional. Se trata, sin duda, del conjunto de personas que más van a influir en el comportamiento del niño mediante el establecimiento de modelos a seguir, que serán los que le ayuden a distinguir lo correcto de lo incorrecto. De esta forma, la actitud de padres y hermanos mayores serán grandes determinantes del futuro modo de actuar del niño. Se ha demostrado que el porcentaje de niños que fuman es mayor si ambos padres fuman y, sin embargo, los hijos de padres no fumadores presentan menores tasas de consumo de tabaco.

En España es necesario mejorar la concienciación de la familia en este aspecto, ya que existe en la actualidad una gran tolerancia al tabaco en el ambiente familiar, estando entre el 48 y el 69% de niños y adolescentes expuestos a éste^(50,51). Auba y Villalbí realizaron un estudio en 1993 en el que encontraron que el 63,7% de los niños tienen, como mínimo, un progenitor que fuma, y el 5,9% tenían un hermano mayor que lo hacía⁽⁵²⁾.

Muñoz et al. realizaron en el año 2003 un estudio en el que analizaron las creencias, actitudes y prácticas de los padres relacionadas con la exposición al humo ambiental de tabaco en los niños, y la relación con la presencia de síntomas respiratorios en los mismos. El 80% de los padres fumadores eran conscientes del efecto negativo que el tabaquismo pasivo tenía en sus hijos y entre el 50 y el 60% mostraron estar muy de acuerdo con no fumar delante de ellos. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la actitud de los padres de estar muy de acuerdo y el fumar en otro lugar de la casa donde no estuvieran los niños presentes, pero se ha encontrado que el fumar dentro de casa es una práctica muy extendida entre los fumadores diarios⁽⁵⁾. De este estudio se desprende que el tener actitudes positivas y ser capaces de percibir las consecuencias negativas del consumo de tabaco en la casa es un paso importante, pero no suficiente, para modificar una con-

ducta. El consejo sanitario en ambos padres es un pilar fundamental para completar su educación en la salud y contribuir en la instauración de nuevos hábitos.

Barrueco establece unas recomendaciones a transmitir a los padres respecto a la prevención del consumo de tabaco de los hijos y sobre la actitud familiar ante el tabaco⁽⁵³⁾:

1. No fumar. Si el padre o la madre fuera fumador, no debe fumar delante de los hijos.
2. Establecer normas familiares claras respecto al consumo de tabaco.
3. No permitir el consumo de tabaco en casa.
4. Hablar con los hijos sobre el carácter adictivo del tabaco.
5. Hablar con los hijos sobre los efectos del tabaco sobre la salud.
6. Ayudarles a conocer y desmitificar la publicidad del tabaco.
7. Enseñarles a decir no.
8. No ser tolerantes ante el consumo de tabaco de sus hijos.
9. No aceptar ni ofrecer nunca como regalos tabaco u objetos relacionados con su consumo.
10. Vigilancia e información sobre todo en las edades de mayor riesgo de inicio del consumo.

La sociedad española aún está lejos de ser totalmente consciente del papel destructivo del tabaquismo tanto a nivel individual como social y familiar. Los médicos, por su posición y contacto diario con un gran número de personas, serían los perfectos transmisores de este peligro. Su consejo es de una gran utilidad, advirtiendo a los padres del daño del tabaco en sus hijos y el riesgo de convertirlos en futuros fumadores (por efecto imitación).

TABAQUISMO EN EL MEDIO ESCOLAR

La etapa escolar comprende las edades más influenciadas. Son especialmente importantes los 10-12 años, donde previsiblemente aún no se habría iniciado el hábito tabáquico; según Clemente et al.⁽⁵⁴⁾, el 2% de los niños de esta edad se declaran fumadores.

Los programas de educación para la salud en el medio escolar deben ayudar a los escolares a conocer las consecuencias derivadas del consumo de tabaco y a vencer las presiones del entorno (amigos, familia, publicidad...).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1987 recomendó el establecimiento y cumplimiento de normativas sobre el tabaquismo en las escuelas⁽⁵⁵⁾. Es fundamental porque si se consigue evitar el consumo en esta edad es poco probable llegar a ser fumador activo en la edad adulta y, por el contrario, cuanto antes se comience a fumar regularmente más fácil se convertirá en una actividad rutinaria⁽⁵⁶⁾.

Los programas educativos de promoción de la salud deben estar integrados dentro del currículo y la línea que sigue el centro. Su éxito radica en la implicación de profesores, padres y personal no docente, y, cuando se consigue, la rentabilidad es mayor que la de las intervenciones dirigidas a población adulta. El papel de los profesores es especialmente importante en este ámbito dada la cercanía a sus alumnos y su función como modelo a seguir. Es por esto que deban cuidar en extremo los mensajes no explícitos que puedan transmitir en relación con su propio consumo de tabaco, la permisividad hacia el tabaquismo en otros adultos u otros alumnos, etc.

El personal sanitario puede contribuir en esta labor mediante la participación en charlas y conferencias, tanto para los adolescentes, como para el propio personal docente.

En EE.UU., los mejores resultados se han encontrado al utilizar una combinación de información y educación en el medio escolar, medios de comunicación y en el entorno habitual. El *Center for Diseases Control* de EE.UU. interviene en la prevención del tabaquismo en la escuela mediante la elaboración de guías⁽⁵⁷⁾. En Europa no se ha realizado este tipo de programas, sino que estos aspectos quedan englobados en el currículo escolar, bien en las tutorías o en el contenido de las asignaturas. En España hay una normativa de educación para la salud y control del tabaquismo, aunque es necesario dar un paso adelante en su trans-

misión, que actualmente es más la excepción que la regla⁽⁵⁸⁾.

Ballestin et al. realizaron un estudio donde prácticamente todos los centros de enseñanza investigados conocían los aspectos legales relativos al consumo de tabaco en los mismos, aunque habitualmente no se llevara a la práctica. Un 98% de los directores de estos centros declararon conocer la normativa, pero sólo un 58% manifestaron vigilar su cumplimiento⁽⁵⁹⁾.

En España, la introducción de los contenidos educativos antitabaco en el currículo escolar y la prohibición de consumo en los centros escolares queda regulada por el marco legislativo formado por la Ley General de Ordenación del Sistema Educativo (LOGSE), los Reales Decretos que establecen el Currículo de la Educación Infantil y Primaria, la Educación Secundaria Obligatoria, junto con los Decretos que establecen los Reglamentos Orgánicos de los Colegios de Educación Infantil y Primaria, y de los Centros de Educación Secundaria, así como la normativa elaborada por las Comunidades Autónomas⁽⁵⁾.

El fin perseguido con estas campañas de prevención en la escuela, complementadas con el control de la publicidad y medios de comunicación, sería conseguir una reducción del tabaquismo en un 20-40% de los adolescentes⁽⁵⁹⁾.

TABACO Y MUJER

La prevalencia del tabaquismo femenino en el mundo ha aumentado de forma alarmante a partir de la II Guerra Mundial y las previsiones para el futuro son igualmente pesimistas. Estos hechos han sido calificados por algunos autores como el peor error de salud pública del siglo XXI⁽⁶⁰⁾. Todo ello ha contribuido a que las compañías tabaqueras, desde el lanzamiento de una marca específica para mujeres en los años 60, han realizado y realizan un agresivo *marketing* mediante estrategias de mercado y eslóganes publicitarios promoviendo el consumo de tabaco en la mujer, relacionando el producto con la independencia, el éxito y la belleza⁽⁶¹⁾.

Movimientos de las mujeres en la actualidad en la lucha contra el tabaquismo

Nos referiremos en primer lugar a las Conferencias Mundiales de Mujeres de las Naciones Unidas, las cuales son el marco ideal para el desarrollo de nuevas ideas y proyectos. Se habló por primera vez de tabaco en la conferencia de Pekín en 1995, donde se asumió el anteproyecto para la igualdad en el siglo XXI. Todos los esfuerzos desarrollados desde entonces culminaron en noviembre de 1999 en Japón, en la Conferencia sobre Mujer y Tabaco de la OMS, a partir de la cual se han desarrollado múltiples acciones encaminadas a despertar la conciencia mundial de las mujeres.

Dentro del Convenio Marco de la OMS está especificado en uno de sus apartados el protagonismo de las mujeres en el tabaquismo y considera fundamental su participación en cualquier medida destinada al control y la prevención del problema.

En Europa existe desde 1997 la rama europea de INWAT, cuyo objetivo fundamental es la reducción de la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres europeas, a través de la concienciación, actuación y el consenso de acciones así como promover la utilización de los medios de comunicación para aumentar y facilitar el acceso a la información⁽⁶²⁾.

En España, a partir del CMTC, un grupo de mujeres relacionadas con el tabaquismo sentaron las bases en el Manifiesto de Córdoba⁽⁶³⁾, para la organización de asociaciones futuras, apoyar y difundir las iniciativas de la CMTC y de otras instituciones, así como servir de punto conector con otras redes a nivel nacional e internacional.

Analizando el problema desde nuevos puntos de vista

En los últimos años se está dando mayor protagonismo al análisis de los patrones de consumo como medida fundamental para el abordaje de la prevención. Al igual que las tabaquerías basan su estrategia publicitaria de forma

específica en aspectos concretos como, por ejemplo, la promoción de un producto específicamente para mujeres, es importante a la hora de desarrollar cualquier estrategia de prevención, reconocer los patrones de consumo por género y cómo éstos se ven afectados por la edad y el *status* socioeconómico. Por ejemplo, la preponderancia del uso de cigarrillos entre las mujeres en vías de desarrollo es sólo de un 7% y en países desarrollados es del 24%⁽⁶⁴⁾.

Es conocido que los motivos por los que la mujer comienza a fumar y los que existen para su abandono son diferentes a los de los hombres⁽⁶³⁾. Es muy importante conocer tanto unos como otros ante la puesta en marcha de campañas para conseguir una máxima eficacia.

La importancia de este nuevo enfoque se puso de manifiesto en el seminario de expertos de la *International Network of Women Against Tobacco* (INWAT, Londres 99-2000), donde se examinó la importancia de incluir el enfoque de género en las tradicionales políticas de control del tabaquismo, así como promover un mayor conocimiento de los determinantes de consumo, redefinir los puntos de investigación y apoyar las redes de mujeres.

Factores asociados al consumo en las mujeres

Factores iniciadores: en la iniciación al tabaquismo en los adolescentes, influyen factores socioeconómicos, económicos y culturales y del entorno que les rodea. A ello se añaden las poderosas campañas publicitarias específicas para jóvenes. Como resultado, existe un constante aumento del tabaquismo femenino en edades cada vez más tempranas⁽⁶⁵⁾.

Las jóvenes que se inician en el hábito es más probable que tengan padres o amigos que fuman, además tienden a ser menos comunicativas con sus familias y más con su grupo social y amigos. Son más propensas a actitudes rebeldes y no conocen bien las consecuencias negativas. Tienen, asimismo, una imagen positiva del fumador y creen controlar su peso por el hecho de fumar.

– *Factores de mantenimiento*: las mujeres que persisten en el hábito y las que tienen más recaídas suelen tener un nivel educativo y laboral menor, así como tienen un nivel de adicción mayor. Se observan factores relacionados con el control del peso y el estrés, aspectos directamente relacionados con la autoimagen, lo que condiciona el mantenimiento del hábito. Los beneficios sobre la salud a largo plazo pasan entonces a un segundo plano, si bien se contradice con el hecho de que las mujeres se preocupan más⁽⁶⁵⁾ y tienden a fumar menor número de cigarrillos, usan cigarrillos con filtro y son las grandes consumidoras de cigarrillos *light*.

Es característico que las mujeres fumadoras presentan altas tasas de abandono durante la gestación así como alta frecuencia de recaída tras el parto, demostrando con ello la gran desinformación sobre el efecto del humo del tabaco sobre los niños.

– *Factores externos*: la influencia por medio de factores externos, como la publicidad y el *marketing* llevado a cabo por las compañías, que se centra específicamente en el público femenino. Ejercen también su influencia a través del patrocinio de acontecimientos sociales relacionados con la moda, arte y deportes. Los ingresos que generan los medios de comunicación por publicidad ha producido que la cobertura que ofrecen de las consecuencias que produce el tabaquismo se haya visto mermada⁽⁶⁴⁾.

TABAQUISMO EN EL MEDIO LABORAL

El lugar de trabajo es, en muchas ocasiones, un entorno que favorece el consumo del tabaco. Las tareas monótonas, el estrés, la necesidad de concentración y las relaciones sociales son potentes estímulos para que los fumadores enciendan un cigarrillo. Pero no todos los trabajadores fuman y no todos los lugares de trabajo están bien aireados o tienen zonas destinadas a fumadores y a no fumadores. Estos hechos favorecen dos circunstancias: primero, el conocido riesgo para la salud de todos los empleados de la exposi-

ción al aire contaminado por el humo del tabaco (ACHT) y, por otra parte, posibles conflictos entre fumadores y no fumadores.

La empresa y los lugares de trabajo en general son un medio en los que los programas de prevención y educación del tabaquismo adquieren una gran relevancia. Conviene recordar que una tercera parte de la vida de la persona adulta transcurre en su puesto de trabajo y que es el segundo lugar donde pasa más tiempo después de su residencia habitual. Para un no fumador y no convivente con fumadores, el medio laboral supone la principal exposición al ACHT⁽⁶⁶⁾. Otra circunstancia que concede una gran pertinencia a la educación sobre tabaquismo en las empresas es la edad de los sujetos diana. Se trata de una población adulta, exenta en su mayor parte de las connotaciones del tabaquismo en la adolescencia, con una expectativa de vida muy importante y, por lo tanto, susceptible a los beneficios sobre la salud que genera dejar de fumar.

Como se ha mencionado anteriormente, disminuir el tabaquismo y la exposición al ACHT son medidas que van a mejorar la salud de los trabajadores. Hoy en día se tienen evidencias de que el tabaquismo pasivo aumenta la incidencia de cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y la presencia de síntomas respiratorios crónicos⁽⁶⁷⁾. Aparte de esto, los fumadores acuden al médico un 50% más que los no fumadores, tienen un 43% más de probabilidades de faltar a su puesto durante una semana al año por enfermedad si los comparamos con los no fumadores y también tienen una mayor siniestralidad, de lo que se deduce que tener fumadores en una empresa incrementa los costes de la misma y reduce su productividad⁽⁶⁸⁾.

La Organización Mundial de la Salud, en su Tercer Plan de Actuación para una Europa sin Tabaco 1997-2001, indica: “Para el año 2001, debería estar en vigor en todos los países de Europa una legislación que permita garantizar que la exposición involuntaria al humo del tabaco sea suprimida en todos los lugares de trabajo...”⁽⁶⁹⁾.

Existen varios modelos de intervención por parte de las empresas para prevenir el tabaquismo. Los más sencillos se fundamentan en prohibiciones para el consumo del tabaco, ya sea sólo en determinados lugares y horarios o de forma absoluta⁽⁷⁰⁾. Estos denominados espacios libres de humo consiguen reducir la prevalencia de fumadores en torno al 4 %, si bien se cuestiona si esta medida incide de forma real en el hábito de fumar o únicamente desplaza a los fumadores a otros puestos y lugares de trabajo. También se ha demostrado que este tipo de medidas aumenta la motivación de los trabajadores para dejar de fumar y disminuye el consumo de cigarrillos al día de los que continúan fumando. Secundariamente, mejora la salubridad del aire, se reduce la concentración ambiental de nicotina. Para que este modelo de intervención tenga efecto debe ir acompañado de un cumplimiento mayoritario del mismo⁽⁷⁰⁾. En España, por ejemplo en los hospitales, existe una normativa muy estricta que prohíbe de forma tajante fumar en los mismos, pero es de todos conocido que el cumplimiento de esta ordenanza es menor del que sería deseable tanto por parte del personal sanitario como, incluso, por los propios pacientes ingresados.

La información y motivación para el abandono del tabaco por medio de folletos, trípticos o charlas médicas, pueden asociarse a las medidas restrictivas para aumentar la concienciación de los fumadores, evitar que los no fumadores sean vistos como intolerantes y, por lo tanto, mejorar el cumplimiento de estas medidas⁽⁶⁶⁾.

Aunque aún no son muchos ni están muy extendidos, hay empresas que han abordado muy en serio el control de la exposición al ACTH y han desarrollado excelentes programas para la prevención del tabaquismo. Estos programas han partido de estudios de prevalencia del consumo del tabaco, del análisis de la perspectiva de los fumadores y no fumadores, de la elaboración de unos objetivos concretos y un plan de seguimiento riguroso. Esto, por supuesto, requiere un esfuer-

zo en recursos humanos y materiales que la empresa ha de estar dispuesta a asumir, eso sí, sin olvidar los beneficios potenciales que también puede obtener⁽⁷¹⁾.

Se considera que la estrategia ha de ser de protección de los empleados del ACHT y no de “castigo” a los fumadores. Que debe insistir en los beneficios sobre la salud y la seguridad laboral, y así conseguir el apoyo y participación de los trabajadores. Establecer plazos para el cumplimiento de los planes, mantener informados a los empleados de las normas y del desarrollo del proyecto y comprobar que abarca a todos los estamentos laborales. Igualar las normativas sobre tabaquismo a otras existentes en la empresa. También se debe proporcionar ayuda a los fumadores motivados y así han de existir programas de asesoramiento y tratamiento del tabaquismo⁽⁷¹⁾.

Como conclusiones, apuntar que las empresas y el medio laboral son un marco de actuación que reúne unas peculiaridades en cuanto a la accesibilidad al fumador, al encuadrarlo dentro de un grupo de personas con su mismo problema, desde una posición de autoridad, que los hacen idóneos para implantar programas antitabaco. Estos programas pueden ser sencillos, desde la mera prohibición y la información mediante folletos o charlas, o más complejos y ambiciosos, a través de la creación de un grupo de trabajo, un programa global consensuado y con mecanismos de control a lo largo del tiempo.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Hasta ahora hemos hablado largo y tendido de la prevención primaria en todas aquellas personas que aún no se han iniciado en el hábito tabáquico, pero no podemos olvidar a los fumadores que ya están buscando ayuda y a esos que aún no han alcanzado el grado de concienciación suficiente.

El tipo de prevención necesaria en estos casos y denominada secundaria se realiza a través del consejo sanitario, la intervención mínima y el tratamiento farmacológico. Aplicadas adecuadamente, pueden llegar a con-

seguir estupendos resultados en la disminución de la prevalencia del hábito tabáquico y de la patología asociada al mismo.

Los profesionales más indicados para llevarla a cabo serían, posiblemente, los sanitarios (médicos, enfermeros, farmacéuticos...), los cuales han de disponer de protocolos bien organizados, comenzando por recoger y cuantificar en las historias clínicas un dato tan simple y fundamental como es el consumo actual y anterior de tabaco.

RESUMEN

El tabaquismo es la principal causa de enfermedades y muertes evitables en el mundo e implica unos elevados costes sanitarios, familiares y sociales. Actualmente es considerado sin duda como el problema social más importante entre los susceptibles de prevención y requiere un abordaje global para su solución. Se deben adoptar las medidas necesarias en el marco político, nacional e internacional, económico y educacional, para reducir de manera continua y sustancial, tanto la prevalencia del consumo de tabaco como la exposición al humo del mismo. Para ello se están aunando esfuerzos desde la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos de forma individual y las diferentes asociaciones de lucha contra el tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez FJ. El tabaquismo como problema de salud. En: Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Ergon; 2003. p. 27-68.
2. Salud Pública de México. Vol.42, n°1, enero-febrero 2000.
3. Piédrola Gil G. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública. En: Piédrola G, ed. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Salvat Editores; 1988. p. 3-14.
4. Marín D. Construyendo una estrategia global de salud pública para el control del tabaco. *Prev Tab* 2003; 4(2): 57-9.
5. Barrueco Ferrero M. Estrategias de prevención. En: Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Madrid: Ergon; 2003. p. 69-106.
6. Da Costa VL, Nikogossian H. Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco. *Prev Tab* 2003; 5(2): 71-5.
7. OMS Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra 2003. http://www.who.int/gb/EB_WHA/S/S_Index.htm
8. WorldHealthOrganization, document A
9. Marín D. La campaña global de la OMS en apoyo del Tratado de Tabaco. *Prev Tab* 2003; 5(2): 80-6.
10. González J. El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaquismo y el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Prev Tab* 2003; 5(2): 76-9.
11. Toledo J. Planes de Tabaquismo: una realidad. *Prev Tab* 2002; 4(3): 117-9.
12. Toledo J. Las políticas de prevención de la exposición al aire contaminado por humo de tabaco y el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. *Prev Tab* 2003; 5(2): 92-4.
13. Hernández I. Prevención de tabaquismo en bares y restaurantes. *Prev Tab* 2003; 5(2): 95-7.
14. Flórez S. Tabaquismo y Legislación. *Prev Tab* 2002; 4(2): 60-1.
15. Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. (BOE num.59, de 9 de marzo).
16. Serra C, Bonfill X, López V. Consumo y venta de tabaco en lugares públicos: evaluación del cumplimiento de la normativa vigente. *Gac Sant* 1997; 11: 55-65.
17. Mejía D, Pérez A, Tarongí A, Clemente ML, Rubio E, Hemero, et al. Venta y consumo de tabaco: ¿se cumple la legislación? *Prev Tab* 2002; 4(2): 65-75.
18. Marín D. Empaquetado de tabaco: información de consumo *versus* imagen de marca. *Prev Tab* 2003; 5(2): 100-7.
19. European Health Research Partnership and Centre for Tobacco Control Research (2002). Research into the Labeling of tobacco products in Europe, research report submitted to the European Commission, December, 2002.
20. Real Decreto 1079/2002 de 18 de octubre, sobre los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco y denominación de los productos del tabaco. (BOE num. 114, de 13 de mayo de 2003).

21. Aeker DA, Myers JG. Management de la publicidad: perspectivas prácticas. Barcelona: ESA-DE, 1993.
22. Sarría Santamera A, Cortés Blanco M. La publicidad de tabaco en internet. *Prevención del Tabaquismo* 2002; 4(3): 142-46.
23. Oteo Alvarado MT. Publicidad ilegal de productos de venta legal: las nuevas relaciones públicas. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, 1996. p. 98-117.
24. de Castro FJ, Hernández-Mezquita MA, Rivas JP, González MT, Puerto MJ, Adeva MT. Publicidad del tabaco en los medios de comunicación escritos. *Prev Tab* 2001; 3(3): 138-42.
25. Pierce JP, Choi WX, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA* 1998; 279: 511-5.
26. Álvarez Gutiérrez FJ, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. *Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campana prevención tabaquismo 1998-1999)*. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 118-23.
27. Action on Smoking and Health, tobacco advertising: the case for a ban. Londres: ASH; 1991.
28. Barrueco Ferrero M. De Humphrey Bogart a Julia Roberts. Hollywood, el tabaco y el movimiento de prevención del tabaquismo. *Prev Tab* 2003; 5(1): 29-37.
29. Stockwell T, Glanz SA. Tobacco use is increasing in popular films. *Tobacco Control* 1997; 6: 282-4.
30. Sargent JD, Beach ML, Dalton MA, Mott LA, Tickle JJ, Ahrens MB, et al. Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *Br Med J* 2001; 323: 1378-9.
31. Sargent JD, Dalton MA, Beach ML, Mott LA, Tickle JJ, Bridget M, et al. Viewing Tobacco use in movies. Does it shape attitudes that mediate adolescents smoking? *Am J Prev Med* 2002; 22: 137-45.
32. Peto R, López AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000. Oxford: Oxford University Press; 1994.
33. Peto R, López AD, Boreham J Thun M, Health C. Mortality from tobacco en developed countries: indirect dtimation from national statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
34. Ramstrom LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. En: *The tobacco epidemic*. Prog Respir Res. Bollinger CT, Fagerstrom KO, eds. Prog Respir Res Basel Karger 1997; 28: 64-77.
35. Muñoz J. Consumo de tabaco en la población española. En: *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo*. Becoña E, ed. Barcelona: Glosa ed.; 1998. p. 15-30.
36. McGinnis JM, Foege W. Actual causes of death at the United States. *JAMA* 1993; 270: 2207- 12.
37. Bartechi CE, McKenzie TE, Schrier RW. The human cost of tobacco (first of two parts). *N. England J Med* 1994; 330: 907-12.
38. Prabhat JHA, Chaloupka FJ, Brown P, Nguyen S, Severino-Márquez J, Van der Merwe R, et al. Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. World Bank. Washington DC; 1999.
39. Ballestin M, Bosch N, Nebot M. Conocimiento y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. *Atención Primaria* 1999; 24: 589-93.
40. Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Marrón Tundidor R. La intervención antitabáquica del médico en la escuela: dilema entre voluntariado *versus* gabinete técnico. *Prev Tab* 2001; 3(2): 86-93.
41. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (Supl 1): 5-12.
42. Stokes J, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicables to clinical Preventive Medicine. *J Comm Health* 1982; 8: 33-41.
43. Aligne CA, Stoddard JJ. Tobacco and children. An economic evaluation of the medical effects of parental smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 648-53.
44. Shoendorf KC, Kiely JL. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics* 1992; 90: 905-8.
45. Machay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Heath Organization, 2002.
46. Cook GC, Wincup PH, Jarvis MJ, Strachan DP, Papacosta O, Bryant A. Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5-7 years: individual, family and community factors. *Brit Med J* 1994; 308: 384-9.
47. Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Goodman KE, Feyerabend C, et al. What determines level of passive smoking in children with asthma? *Thorax* 1997; 52: 766-9.

48. Kprdaam ER, Ehrlich RI, Potter P. Environmental tobacco smoke exposure in children in Edinburg, Scotland. *Am J Public Health* 1999; 54: 319-27.
49. Callén Blecua M, González Pérez- Yarza E, Garmendia Iglesias A, Mintegui Aramburu J, Emparanza Knorr JL. Efecto del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar del niño asmático. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 383-8.
50. Cruz Amorós E, Tuells Hernández JV, Monferrer Fábrega R y grupo SEDET. Educación sanitaria como instrumento útil en la disminución del consumo de tabaco en los adolescentes. *Prevención del Tabaquismo* 2001; 3: 5-12.
51. Auba, Villalbi. Tabaco y adolescentes: influencia del entorno personal. *Medicina Clínica* 1993; 100: 506-9.
52. Muñoz C, Jurado D, Luna JD. Exposición al humo de tabaco ambiental en niños en el medio familiar: creencias, actitudes y prácticas de los padres. *Prev Tab* 2003; 5(1): 11-8.
53. Clemente ML. Estudio de la dependencia nicotínica en los escolares fumadores de Zaragoza. Tesis doctoral 2000. Universidad de Zaragoza.
54. World Health Organization. Legislative strategies for a smoke-free Europe. Copenhagen: WHO; 1987.
55. Marín D. Tabaco y adolescentes: Más vale prevenir. *Med Clin (Bar)* 1993; 100: 497-500.
56. Centers for Disease Control and Prevention, Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *MMWR* 1994; 43 (RR-2): 1-18.
57. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Jiménez CA, Vega MT, Garrido E. Anti-tobacco education in Spanish schools. *Allergol et Immunophatol* 1999; 27: 188-94.
58. Ballestin M, Bosch N, Nebot M. Conocimiento y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. *Atención Primaria* 1999; 24: 589-93.
59. Tonnesen P. Cómo reducir el hábito tabáquico entre los adolescentes? *Eur Respir J* 2002; 3(3): 173-5.
60. INWAT-Europe: part of the solution? Tobacco control policies and women. Health Development Agency, Cancer research campaign. London; 2000.
61. Samet JM, Soon-Young Y. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. WHB-IGTC. JHSPH; 2001.
62. Marín D. ¿Por qué se organizan las mujeres? INWAT-Europa. *Prev Tab* 2001; 3(3): 171-7.
63. Nerín I, Jané M. I Encuentro Nacional de Mujeres en Apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Prev Tab* 2003; 5(2): 151-8.
64. Las mujeres y el tabaquismo. Informe de la Dirección General de Salud Pública. 2001. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Página web.
65. Salleras LI, Pardo H, Jané M, Saltó E, Cabezas C, Marín D et al. Dona i Tabac. Informe Recnic sobre l' Hàbit Tabàquic Femení a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001.
66. Serrano Aguilar PG. Programas de cesación del tabaquismo en el medio laboral: la necesidad de su implantación en España. *Rev San Hig Pub* 1993; 67: 343-9.
67. Benowitz NL, Leistikow B. Environmental tobacco smoke hazards and benefits of work-site non-smoking programs. *West J Med* 1994; 160: 562-3.
68. Ryan J, Zwerling C, Orav E. Occupational risks associated with cigarette smoking: a prospective study. *Am J Public Health* 1992; 82: 29-32.
69. World Health Organisation. Third action plan for a smoke-free Europe. Geneva: World Health Organisation; 1993.
70. Sorensen G, Rigotti N, Rosen A, Pinney J, Prible R. Effects of work-site non-smoking policy: evidence for increased cessation. *Am J Public Health* 1991; 81: 202-4.
71. Melero JC. Políticas de prevención del tabaquismo en las empresas europeas. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 75-95