

Tabaco o salud: una decisión social.

Autor: Dra. Cs. Nery Suárez Lugo.

Tomado de Horizontes Sanitarios. Mayo – Agosto 2004 UJAT. México

RESUMEN.

Estudio observacional descriptivo con el objetivo general de valorar aspectos relacionados con la decisión Tabaco o Salud con un enfoque social y teniendo como objetivos específicos;

- Analizar si el tabaquismo constituye un problema de salud a nivel mundial, en países en desarrollo y Cuba.
- Conocer si la sociedad en general y en Cuba en particular, se encuentra en condiciones de enfrentar la lucha contra el tabaquismo.
- Definir pautas para estrategias globales y para Cuba en prevención y control del tabaquismo.

Se emplearon métodos teóricos; revisión bibliográfica y el analítico sintético y empíricos (cuestionarios, observación, entrevista y Matriz Dafo).

Como resultados se corroboró que el tabaquismo constituye la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial y en Cuba, donde la alta prevalencia y el elevado consumo de productos manufacturados del tabaco, se inserta en un medio social no favorable para su prevención y control, dada la condición de país productor donde el tabaco se encuentra asociado a sus más profundas raíces culturales y sociales.

Se presentan estrategias para la prevención y control, con base a la revisión bibliográfica, el análisis de información secundaria, el criterio de expertos y el punto de vista de la autora resaltando la importancia del enfoque intersectorial y multidisciplinario en una estrategia que realice un adecuado balance en la aplicación del binomio educación - legislación, como clave del éxito y forma de sinergizar las acciones de prevención y control del tabaquismo, que permita formar y modificar ideas, actitudes y prácticas con relación al consumo de tabaco por el efecto nocivo comprobado que tiene en la salud.

Como conclusión general del estudio realizado, podemos plantear, que existen evidencias científicas que la decisión entre el tabaco o la salud, independientemente de ser una decisión individual, es también una decisión de la sociedad, pues mientras esta no asuma una posición a favor de la salud, que se traduzca precisamente en políticas públicas saludables, el tabaquismo se continuará transmitiendo de generación en generación, formará parte de los hábitos de consumo, será una forma lícita de drogadicción y será considerada como un aspecto vital para el desarrollo económico.

El trabajo realizado ofrece argumentos para que se pueda actuar en función de los aspectos que posibiliten que la decisión de la sociedad en torno al tabaco o la salud, pueda ser tomada a favor de la salud.

Palabras claves:

Tabaquismo. Prevalencia. Consumo. Prevención. Mercadotecnia.

I.- Introducción.

El tabaquismo se insertó en la agenda de los que tienen la responsabilidad con la salud de los pobladores del planeta en los inicios del siglo XXI, aunque desde más de 50 años antes se conocía con basamento científico la nocividad del consumo de tabaco para la salud.

Por esta razón, resulta interesante reflexionar, en torno a la definición de las políticas y estrategias relacionadas con el consumo de tabaco, con el propósito de poder lograr que estas sean efectivas y den respuesta al propósito de reducir la presencia del tabaquismo, como factor de riesgo, en las principales causas de muerte en la situación de salud actual.

Es necesario reflexionar en torno a la coherencia de lo que se promulga en el discurso con el medio ambiente, económico y social porque ese es el entorno en que se desenvuelve el individuo, el escenario en que vive y aprende a comportarse como ser social.

Dos interrogantes resultarán de utilidad para organizar los argumentos que aportarán los elementos esenciales para definir toda política y estrategia con relación al consumo de tabaco, ya se trate de un enfoque global, regional, nacional o simplemente local. Esto es, que sirvan de base para la toma de decisiones, tanto de los Organismos Internacionales, como de los Gobiernos, ya sea a nivel nacional o en los territorios.

El problema de la presente investigación puede resumirse en dos preguntas, La primera interrogante se centra en analizar, si **constituye el tabaquismo un problema de salud** y la segunda si **se encuentra la sociedad en condiciones de enfrentarlo**. La conformación de un cuerpo de argumentos en torno a ambos tópicos, nos llevó a realizar un estudio de la situación internacional y nacional con relación al tabaquismo, que permitiera organizar todos los supuestos en función de la definición de políticas y estrategias que posibiliten su prevención y control, donde los aspectos de orden social relacionados con ello, ocupen el lugar que realmente les corresponde.

La magnitud del tabaquismo, el impacto sobre la situación epidemiológica y el cuadro de salud, permiten definir que alcance deberá tener el programa y con que intensidad deben ejecutarse sus acciones, así como la relación entre los componentes educativos, legales, económicos, de tratamiento y rehabilitación, para poder obtener los decrecimientos requeridos en prevalencia de fumadores y consumo de tabaco, que impacte en la morbilidad y mortalidad.

Pero conjuntamente con las intenciones de mejorar la situación de salud de la población, coexisten otros intereses que hacen posible la promoción y publicidad de los productos manufacturados del tabaco, las agresivas estrategias de

mercadotecnia de las transnacionales tabacaleras y los precios preferenciales a los productos del tabaco, que lo hacen ser un producto rey en relación con otros cultivos que obviamente requieren más atenciones culturales y son menos lucrativos.

Resulta por consiguiente necesario profundizar en todos aquellos elementos de carácter social que rodean el problema “tabaquismo” y el medio ambiente en el que se encuentra insertado, las principales fuerzas que en una u otra medida, son aliadas u opositoras, las dificultades, amenazas, las fortalezas y oportunidades en la lucha contra el tabaquismo y que por tanto se encuentran relacionadas con la disyuntiva personal y social de decidir entre el Tabaco o la Salud.

Con base en lo anterior se definieron los objetivos del estudio de la forma siguiente:

Objetivo general.

Valorar los aspectos relacionados con la decisión Tabaco o Salud con un enfoque social.

Objetivos específicos.

- Analizar si el tabaquismo constituye un problema de salud a nivel mundial, en los países en desarrollo y en Cuba.
- Conocer si la sociedad en general y en Cuba en particular, se encuentra en condiciones de enfrentar la lucha contra el tabaquismo.
- Definir pautas para estrategias globales y para Cuba en particular en prevención y control del tabaquismo.

II.- Materiales y métodos.

La investigación es de tipo observacional descriptivo. Se emplearon métodos teóricos como la revisión bibliográfica y el analítico sintético y los empíricos tales como cuestionarios, observación, entrevista y la Matriz DAFO.

El método analítico-sintético se utilizó para resumir la búsqueda bibliográfica que abarcó el estudio y análisis de textos básicamente de epidemiología y mercadotecnia social. mientras que el análisis documental se centró en estudios realizados en cuba y en otros países, fundamentalmente estudios e investigaciones realizados por especialistas cubanos en relación al tema en el período 1985 al 2003.

También se realizó el análisis del discurso en diferentes documentos de intervenciones públicas de decisores de políticas públicas. la observación se

empleó para la valoración de la disponibilidad social de la lucha contra el tabaquismo y la entrevista y cuestionario para la obtención de información que posibilitara la definición de políticas y estrategias de prevención y control.

Se aplicó la técnica de construcción de una matriz DAFO, con profesionales sanitarios vinculados a los cursos de Mercadotecnia en Salud que se impartieron en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, así como en otros países de la Región: Bolivia, Panamá, México y Venezuela en el período comprendido entre el año 2000 y 2003. Posteriormente se realizó el ranqueo y valoración de las fuerzas actuantes.

La estadística descriptiva se utilizó en el procesamiento y análisis de la información obtenida a través de los cuestionarios y la observación. Se combinaron los diferentes métodos utilizados a través de la estrategia metodológica de la triangulación, lo que permitió la asociación entre los resultados obtenidos por los métodos cualitativos y cuantitativos utilizados, para ser considerados en el análisis, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Se tuvieron en cuenta como principios éticos el respeto a la voluntariedad para participar en la investigación, así como la confidencialidad y el anonimato de los informantes. A cada sujeto que participó en el estudio se le pidió su consentimiento después de explicarle el propósito del estudio y la razón de su participación.

III.- Resultados.

Los resultados obtenidos se enmarcan en la caracterización internacional y nacional de la situación del tabaquismo, la definición de políticas y estrategias para la prevención y control, el diagnóstico de la implementación de la estrategia en Cuba, con sus dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades, así como las controversias y paradojas que rodean la situación del tabaquismo.

En todos los resultados obtenidos se evidencia el papel de los aspectos de orden social que se encuentran relacionados con el tabaquismo, la transmisión del hábito de generación en generación y la aceptación social a la conducta de fumar.

Los resultados se presentan dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

- Valoración del tabaquismo como un problema de salud a nivel mundial, en los países en desarrollo y en Cuba.

Tabaquismo a nivel mundial y en los países en desarrollo.

La situación a nivel mundial evidencia, de manera clara, que el tabaquismo constituye un problema de salud, el que es aún mayor en los países en vías de desarrollo y en América Latina y el Caribe. Los argumentos al respecto son

proporcionados por estudios e investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta Estados Unidos, apoyadas por entidades locales, confiables y conocedoras de la temática en cuestión.

La mortalidad relacionada con el consumo de tabaco es elevada. Los informes más recientes de la OMS refieren que actualmente fallecen cada año 4,9 millones de personas de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, especialmente de cáncer de pulmón. De continuar la situación actual el pronóstico para el año 2030 es de 10 millones de muertos. de los cuales, aproximadamente 7 millones corresponderán a los países en desarrollo. ⁽¹⁾

Es interesante, que el estimado de muertes relacionadas con el tabaquismo en los países en desarrollo en las últimas 5 décadas ha tenido incrementos tan alarmantes que representan el 300 % Esta situación está en correspondencia con el aumento de la prevalencia de fumadores y el consumo de productos manufacturados del tabaco. ⁽²⁾

Se puede entonces hablar ya de una pandemia, provocada por la adicción al tabaco en todo el mundo. En los países desarrollados mueren 2,43 millones de personas, y 2,41 millones en los países en desarrollo y pobres. El tabaco es culpable del 12% del índice de mortalidad total en el mundo. Fumar mata al triple de hombres que a mujeres en los países industrializados, porcentaje que se duplica en los países más desfavorecidos. Es decir, el 84% de las muertes causadas por el consumo de tabaco en el Tercer Mundo son varones. En función de la edad, las regiones del Tercer Mundo registran la tasa más elevada de mortandad en los adultos entre 30 y 69 años, un 62% de las muertes, por un 49% en los países ricos ⁽³⁾

Referente al consumo, este descendió en los países desarrollados, pero la situación se agrava en los países en desarrollo, donde la incidencia ha aumentado, especialmente entre los jóvenes.

En América Latina y el Caribe, la epidemia tabáquica no es de larga evolución, ni de gran intensidad, siendo menor la carga de mortalidad atribuible que en Estados Unidos y Europa, ⁽²⁾ Como es conocido, los resultados del efecto del consumo de tabaco se ven en el decursar de los años, por lo que la situación que actualmente presentan estos países en la situación de salud, será la de América Latina y el Caribe en los próximos años.

La situación descrita con relación a la morbilidad y mortalidad, está determinada por el consumo de productos manufacturados del tabaco y la prevalencia de fumadores. Se estima que en el mundo fuman 1.200 millones de personas de los cuales aproximadamente el 70% corresponden a los países en desarrollo. ⁽³⁾

La prevalencia de fumadores en el mundo es superior en los hombres que en las mujeres. De cada 10 hombres entre 4 y 5 son fumadores mientras que en las

mujeres la proporción es entre 1 y 2. Comparado con el mundo, en América Latina la prevalencia de hombres fumadores va al límite inferior, esto es 4, pero en las mujeres se inclina al superior, 2. ⁽¹⁾ Lo descrito es el resultado que desde hace algunos años las mujeres latinoamericanas constituyen el blanco de la publicidad de las transnacionales del tabaco y de todas sus estrategias de mercadeo, que van desde la producción de marcas dirigidas a la mujer hasta la difusión de una imagen de libertad femenina y éxito personal con el propósito de convertirlas y mantenerlas como consumidoras.

El consumo mundial de cigarrillos por día en la población de 15 años y más, a nivel mundial se estima en 15 cigarrillos. El consumo de tabaco a nivel mundial comparando 1970/72, con 1990/92, presentó un incremento de 0.8%. La tendencia al consumo de tabaco decrece en los países desarrollados y aumenta en los países en desarrollo. Comparaciones de 1970/72, con 1990/92, evidenciaron decrecimiento de 0.5% en los países desarrollados y aumento de 2.5% en los países en desarrollo. ⁽⁴⁾ Esta tendencia sigue presentando un saldo desfavorable para los países en desarrollo sin la presencia de estrategias respaldadas por políticas públicas que permitan revertirla o al menos detenerla.

Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido, exhiben decrecimientos del consumo de hasta 35% a partir de coherentes estrategias de prevención y control desarrolladas en los últimos 30 años. El continente asiático presenta el consumo global más alto a nivel mundial. ⁽¹⁾ Esto evidencia la relación que existe entre el control del tabaquismo y los cambios de comportamiento cuando se asumen con la seriedad y responsabilidad que se requiere.

Aunque existen particularidades en regiones y países, el tabaquismo es considerado un problema de salud a nivel mundial, su carácter de pandemia traspasa las fronteras nacionales para tomar dimensiones globales y resulta necesario enfrentarlo con estrategias que se encuentren en correspondencia con el grado de extensión y magnitud que actualmente tiene.

Tabaquismo en Cuba.

Siguiendo la línea de análisis empleada para estudiar el tabaquismo a nivel global y de los países en vías de desarrollo, nos centraremos en el caso de Cuba comenzando por diagnosticar que peso tiene como factor de riesgo en la situación actual de salud.

En 1984, la prevalencia de fumadores fue de 42.20%, 1988, 40.10%, 1989, 37.50%, 1990, 36.08% y en 1995 de 36.80%. ⁽⁵⁾ La prevalencia de fumadores tuvo una tendencia decreciente de 1985 a 1990, con un incremento del 2.00% en 1995 comparado con el quinquenio anterior. ⁽⁶⁾ A escala nacional se estimó en el año 2001 que existen 2 047 714 fumadores en ese mismo grupo de población, lo que representa una prevalencia de 31,90 % con relación a 36.08% en 1995. ⁽⁷⁾

La edad de iniciación al tabaquismo no presentó cambios en su tendencia en el período 1984 - 1990. El 76,70% de los fumadores comenzó a fumar antes de los 19 años, siendo superior en los hombres que en las mujeres. En 1995, los estudios evidenciaron que lo hacía el 75.00%, revelando un discreto aumento de la edad de inicio. ⁽⁵⁾ Sin embargo, en el año 2001 la cifra de iniciación antes de los 19 años vuelve a ser 76.00% ⁽⁷⁾

En el año 2001 ⁽⁷⁾ referente al sexo se encontró que 4 de cada 10 hombres fuma (41.40%) con relación a 48.10,% en 1995; en tanto 2 de cada 10 mujeres, el 23,00% con relación a 26.20% en 1995. El grupo de edad con mayor prevalencia de fumadores en el año 2001 fue el de 40-49 años, seguido del de 30-39.años ⁽⁷⁾

En la propia encuesta se encontró la mayor frecuencia de fumadores en los niveles de Primaria y Secundaria Básica, mientras que la menor frecuencia fue en los universitarios. La ocupación tuvo la mayor prevalencia de fumadores en obreros con 42.90% seguida de la de trabajadores de servicio con 40,20% y la de trabajadores dedicados a la dirección con 37,60% ⁽⁷⁾

En el estudio realizado en el año 1995 la prevalencia de fumadores en el personal de salud es de 25.00% en los médicos y 29.00% en las enfermeras, con decrecimiento en relación a estudios anteriores. Los maestros presentan una prevalencia del 30.00%, evidenciando aumento con relación a encuestas anteriores. ⁽⁵⁾

El estado civil mostró un dato interesante en el año 2001, pues globalmente y en ambos sexos se observó mayor proporción de fumadores en personas divorciadas con 38,10%. ⁽⁷⁾

También en ese año el deseo de dejar de fumar fue declarado por 6 de cada 10 fumadores. Las mujeres se mostraron más propensas al abandono que los hombres a quienes excedieron en 7.00%. La tercera parte, 31,00 % de los fumadores, no había realizado intentos de abandono al momento de ser encuestados. ⁽⁷⁾

El conocimiento de la nocividad del tabaquismo constituye siempre un elemento interesante a analizar, pues si el conocimiento fuese un aspecto determinante en la presencia de la habituación tabáquica los médicos y otros profesionales sanitarios no fumarán ⁽⁸⁾

En el año 2001 la mayoría de los encuestados identificó de 3 a 5 enfermedades relacionadas con la adicción tabáquica, siendo las más frecuentes el cáncer y las respiratorias crónicas (bronquitis y enfisema pulmonar) La encuesta realizada en el año 90 reflejó que el 98.00 % ⁽⁵⁾ de la población conocía la nocividad del tabaquismo, sin embargo los estudios cualitativos realizados en ese momento y a posteriori, revelan que aunque hay conocimiento no existe percepción del riesgo.

Referente a la mortalidad, las primeras causas de muerte en Cuba son enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares. La cifra relativa oscila entre 16.00% y 17.00% los fallecidos que lo hacen por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, la que no presenta variación alguna en estudios realizados en los últimos 20 años. ⁽⁹⁾

Particularizando un poco más, es interesante valorar que en Cuba se observan cambios importantes en los perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos de la población, caracterizados por el descenso de las tasas de fecundidad, mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales, mientras la esperanza de vida al nacer, el envejecimiento y el tamaño de la población continúan aumentando. ⁽¹⁾

Se han producido aumentos sustanciales en la mortalidad proporcional atribuible a las enfermedades crónicas no transmisibles, en la prevalencia de los factores de riesgo que las preceden y cambios en los estilos de vida de la población. ⁽¹⁾

Como país productor de tabaco, Cuba exhibe cifras elevadas de consumo de cigarrillos y otros productos manufacturados del tabaco, así como de prevalencia de fumadores. El hábito de fumar se encuentra muy arraigado en la población cubana, forma parte de sus costumbres, su folklore y hasta sus luchas sociopolíticas. Estudios realizados revelaron que el cubano se considera un pueblo de fumadores. ⁽⁹⁾

El consumo de cigarrillos en Cuba presentó una tendencia decreciente sostenida de 1985 a 1997. En 1998 se revela un incremento que se mantiene en 1999, aunque en una proporción mucho menor, para en el año 2000 volver a iniciar un discreto descenso ⁽⁹⁾ En el año 2002 vuelve a presentarse un incremento. El tabaco ha tenido un comportamiento diferente, caracterizado por el aumento y disminución condicionado, esencialmente, a la oferta del producto, presentando descenso en el año 2001 y nuevamente crecimiento en el 2002. ⁽¹⁰⁾

En el año 2002 el consumo per cápita en la población cubana de 15 años y más fue de **1425** cigarrillos y **16,80** unidades de tabacos. Estas cifras representan un incremento de **8,44** % en los cigarrillos y de **5,79** % en tabacos, comparados con el año 2001. ⁽¹⁰⁾

El consumo de cigarrillos sigue siendo considerablemente alto, comparado con estadísticas de otros países. Entre los países de América Latina y el Caribe, Cuba se encuentra entre los de más alto consumo, conjuntamente con Argentina, Brasil y Chile. ⁽¹⁾

La media de consumo de cigarrillos diarios, mediante encuesta, es de 14 para los hombres y 12 para las mujeres. La media mundial de consumo fue de 15. La proporción de fumadores de más de 20 cigarrillos diarios es de 8%. ⁽¹⁾

Los argumentos citados, permiten considerar que realmente el tabaquismo constituye un problema para la salud de los cubanos y que modificar la situación existente en cuanto a la morbilidad y mortalidad, requiere de la atención prioritaria a ello, posibilitando la disminución de los fumadores, mediante la prevención que permita la reducción de la iniciación y la cesación con el apoyo del tratamiento y rehabilitación a los que ya fuman.

Dificultades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades para la lucha antitabáquica en Cuba.

Las dificultades, amenazas, fortalezas y dificultades referentes a la prevención y control del tabaquismo se obtuvieron a partir de la construcción de la Matriz DAFO con profesionales, funcionarios y dirigentes que recibieron el Curso de Mercadotecnia en Salud en el período 1997/2003 y posibilitaron el enriquecimiento de la información obtenida por otros métodos, en cuanto al análisis de la estrategia de prevención y control del tabaquismo en Cuba.

Treinta y uno de cada 100 cubanos mayores de 15 años fuman, más de 3 de cada 10 trabajadores de la salud lo hacen y un importante número de líderes de opinión, fundamentalmente artistas. Es obvio esto actúa como una dificultad, propiciando el tabaquismo y frenando las medidas y acciones tendentes a su reducción.

También se desconoce y no se aplican estrategias de Mercadotecnia Social en la transformación de conductas nocivas a la salud y existe la creencia, bastante generalizada, entre los directivos de salud, de querer solucionar estos problemas con programas educativos, aunque la práctica ha demostrado que resultan poco efectivos.

En primer lugar, como amenaza, se encuentran las estrategias de mercadotecnia de las tabacaleras cubanas y mixtas y el desconocimiento de la magnitud de las mismas y sus implicaciones en el comprometimiento de las nuevas generaciones, la ausencia de una legislación que respalde las acciones de prevención y control y más aún el no cumplimiento de la legislación establecida y la contribución de las ventas de cigarrillos al equilibrio de las finanzas internas del país.

Sin embargo, no se evidencia que el sector salud coloque en la agenda de análisis de las políticas relacionadas con el consumo, las afectaciones que implica a la salud el consumo irracional, la distorsión en la satisfacción de las necesidades, los consumos nocivos, por citar los más importantes.

Resulta fundamental apropiarnos de las fortalezas, pues el hecho de poseer una población alfabetizada, con acceso a los medios de comunicación social, caracterizada por la alta electrificación en el país y la elevada tenencia de equipos de radio y televisión, la existencia de un canal educativo, constituyen, sin lugar a dudas, elementos a favor de poder realizar un trabajo educativo de gran alcance.

A la vez, el Sistema Nacional de Salud, accesible a toda la población y un Sistema de Atención Primaria con la cobertura del Médico de Familia a prácticamente toda la población, nos permite actuar en el ámbito educativo, de tratamiento y rehabilitación, si preparamos de manera debida al personal de salud y reorientamos los servicios para ofrecer tratamiento y rehabilitación a los fumadores.

Que la salud es un área priorizada en Cuba es una oportunidad que tenemos siempre presente y tenemos que saber utilizarla en cada momento que se coloque en la balanza cualquier elemento que pueda afectarla y ponerla en riesgo. Por ser algo tan cotidiano, en ocasiones lo olvidamos y sin embargo, es un aspecto fundamental para lograr que las decisiones que se toman con relación al consumo estén en relación directa con el impacto que tienen en la salud.

En estos momentos, la priorización del tabaquismo en las estrategias de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, y la aprobación del Convenio Marco, indudablemente constituyen una oportunidad para que todos los que luchan contra el tabaquismo, puedan apropiarse del instrumental que ofrecen y del hecho de que haya sido colocado como un tema prioritario en la agenda de los Ministros del Salud.

- Conocer si la sociedad en general y en Cuba en particular, se encuentra en condiciones de enfrentar la lucha contra el tabaquismo.

Ante la situación descrita y para valorar la estrategia empleada, resulta entonces necesario dar respuesta al objetivo planteado que deviene en la respuesta a la pregunta ¿Está la sociedad en general y la cubana en particular en condiciones de enfrentar la lucha contra el tabaquismo? El estudio realizado encontró como respuesta que no totalmente y a continuación se presentan los argumentos que sustentan tal planteamiento para el caso de Cuba.

El tabaco ha constituido y actualmente constituye, un importante renglón de exportación y captación de divisas, ocupando entre el sexto y séptimo lugar en los rubros exportables y con franca tendencia al ascenso. Se intensifica durante el período de crisis económica, priorizando la producción y comercialización del producto para mantener el equilibrio de las finanzas internas y salir de la crisis económica a partir de las ganancias que representa al país la exportación. Aproximadamente el 2% de las tierras cultivables del país se dedican al tabaco y el 3% de los trabajadores agrícolas se emplean en su cultivo. Se estima que aproximadamente 250.000 cubanos trabajan vinculados al tabaco. ⁽⁵⁾

Los costos, por concepto de afectación a la salud son muy elevados, ya que el cuidado y atención a la salud es gratuita y asumida por el estado, pero están por concluir estudios específicos que evidencien los costos que representa la atención a los fumadores en cuanto a gastos de hospitalización y tratamiento, en los que es obvio, se incluyen las costosas drogas antitumorales para los pacientes con cáncer, los recursos empleados en el tratamiento y la rehabilitación a pacientes

cardíacos, por citar algunos. No se hace uso de los trabajos realizados por el Banco Mundial ⁽¹³⁾ ni siquiera de los que se han hecho en China, país que por su similitud en cuanto a ser productor, ofrecer la atención gratuita a la salud y la alta prevalencia y elevado consumo, puede acercarse mucho a la situación de Cuba, salvando la distancia en lo referente al tamaño de su población.

Lo relativo al tema de la economía del tabaco en Cuba, se encuentra en amplio debate, pues mientras resulta evidente el papel que juega el tabaco dentro de la situación económica del país, los gastos que ocasiona a la salud quedan en la descripción sin una cuantificación y el balance costo-beneficio no puede constituirse en un argumento evidente a favor de la salud, para fundamentar las políticas referentes al tabaco.

Otro elemento a considerar es el relativo a la publicidad de los productos del tabaco, que como toda la publicidad en Cuba, estuvo totalmente prohibida a partir de 1960 y reaparece en 1996 con tendencia creciente, factor muy novedoso para la población joven que nunca estuvo expuesta y además por la presencia de estrategias de mercadotecnia cada vez más agresivas e indirectas, con venta de cigarrillos sueltos, en máquinas automáticas, distribución de muestras gratuitas, patrocinio de eventos deportivos y culturales, entre otros. ⁽¹¹⁾

Hay que analizar, que por las razones anteriormente descritas, Cuba es un país que no tiene legislación ni cultura en este aspecto para enfrentar, de manera adecuada, los efectos de la publicidad y el mercadeo, mientras la sociedad civil se prepara, los comercializadores del producto ganan terreno y está científicamente comprobado que es más fácil prevenir el tabaquismo que posteriormente lograr que los fumadores cesen en la adicción.

Un ejemplo de lo anteriormente descrito lo constituye el hecho de la advertencia en el envase de cigarrillos “Fumar daña su salud”, la cual fue colocada en la década el 70 y se mantiene hasta la fecha. Inicialmente cumplió su papel, el cual fue debilitándose hasta perderse. ⁽¹¹⁾

Actualmente sólo se coloca la advertencia rotatoria y categórica, establecida por el Ministerio de Salud Pública, en los cigarrillos y tabacos que se exportan a países que así lo solicitan. Los cigarrillos de importación generalmente no traen la advertencia, ya que Cuba no lo exige ni lo tiene establecido legalmente. A pesar de la insistencia al respecto, las justificaciones han ganado a la razón, por no contar las autoridades de salud con un documento legal que permita exigirlo. Aunque se han logrado avances al respecto a partir de ser aprobado el “Programa de salud y calidad de Vida” mediante el acuerdo 3750 del año 2000 por el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, los avances son lentos y las consecuencias de ello siguen lacerando la salud de los cubanos. ⁽¹⁴⁾

Ya en el tema legal, es importante considerar que las regulaciones y disposiciones legales existentes, se encuentran dispersas, se desconocen y es deficiente el control sobre su aplicación y cumplimiento. Existe una propuesta de proyecto de

Decreto Ley para la Prevención y Control del Tabaquismo desde 1986, que ha transitado por versiones diversas y conciliaciones requeridas, sin embargo, siempre se dilata su análisis para someter a aprobación, lo que constituye un claro argumento que no se considera necesario u oportuno. ⁽¹¹⁾

La política de comercialización de los productos manufacturados del tabaco constituye otro argumento para valorar la disposición de la sociedad para el manejo del tabaquismo. El precio del cigarrillo varia de acuerdo a su forma de comercialización, normada, liberada y en divisas, no actuando como mecanismo regulador del consumo ya que la política de comercialización ha estado, básicamente, en función del saneamiento de las finanzas internas y no en la desestimulación del consumo. ⁽¹¹⁾

La población conoce la nocividad del tabaquismo, pero no tiene una concepción clara de la percepción del riesgo. Fumar constituye una conducta socialmente aceptada y su cultura se ve asociada a la producción y manufactura del tabaco, la cual es constantemente reforzada en los medios de comunicación social, haciendo que se constituya en “opinión pública”, aunque cada vez son más las personas que reclaman su derecho a respirar aire puro en los lugares públicos. ⁽⁵⁾

Para posibilitar un proceso más acelerado de la preparación de la sociedad al cambio, se requiere considerar y tratar el consumo de tabaco como nocivo a la salud, como forma de drogadicción y como un factor de riesgo para la salud, unido al adecuado balance del denominado binomio educación-legislación, que resulta imprescindible para lograr modificaciones en la conducta individual y social cuando se pretenden modificar ideas, actitudes y comportamientos relacionados con la salud.

El tabaquismo en Cuba se encuentra inmerso en una amplia gama de paradojas y controversias, algunas sujetas a determinantes globales, como la imagen del fumador creado por la publicidad y traspasada de país a país y de generación a generación, el efecto no inmediato sobre la salud, los profesionales sanitarios fumadores restando credibilidad a la información científica y su carácter de drogadicción lícita

Otras de carácter local por ser país productor y el arraigo a la vida social, cultural y económica unido a la idiosincracia del cubano que prefiere ser agradable y no exigir el respecto a su derecho de no ser fumador pasivo, mientras que en los medios de comunicación se ensalza el tabaco cubano unido a la importancia de no fumar para preservar la salud y la promoción indirecta en los medios de comunicación masiva.

Referente a la respuesta a nivel de la sociedad en general, la revisión del discurso de diferentes documentos e informes de organismos internacionales, los expertos internacionales consultados y los alumnos de cursos de los países mencionados, permiten describir una situación muy similar a la de Cuba, con las variaciones que presentan escenarios y actores diferentes, pero existe consenso en que la

sociedad no está totalmente en condiciones para enfrentar la lucha contra el tabaquismo. ⁽¹⁵⁾

El Convenio Marco de Lucha Antitabaco, desde su concepción hasta todo el proceso de análisis y aprobación, ha sido valorado en toda la significación que permite el análisis del discurso para aseverar lo anteriormente planteado. Más en detalle se enfatiza al respecto en la discusión del presente informe. ⁽¹⁶⁾

- Definir pautas para estrategias globales y para Cuba en particular en prevención y control del tabaquismo.

Con base en los análisis anteriores y de los cuestionarios y entrevistas realizados a los expertos se elaboraron estrategias globales para la prevención y control del tabaquismo que se fundamentan en el hecho de que propiciar cambios y modificar hábitos y comportamientos que se relacionan con la salud, requieren de la disponibilidad de la sociedad para ello. Si se encuentra la sociedad a favor, las barreras serán pocas y el resultado requerido se obtendrá en menor tiempo y con menos recursos. Sin embargo, si ocurre lo contrario, se necesitará un gran esfuerzo, encaminado, inicialmente a lograr que el entorno resulte favorable para el cambio que queremos lograr. ⁽¹⁷⁾

Para los países en desarrollo, el tabaquismo constituye un problema de mayor magnitud que en el mundo desarrollado, al sumarse a la situación de morbilidad y mortalidad asociada a la pobreza, la derivada de hábitos de consumo y estilos de vida irracionales, distorsionados y nocivos a la salud. ⁽¹⁸⁾

Para prevenir y controlar la epidemia tabáquica en los países en desarrollo, resulta necesario que la proyección de estrategias se realice con base en las siguientes premisas: ^(19, 20)

- La existencia del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) como documento que traza la política y estrategia internacional consecuente, para facilitar a las instancias sanitarias actuar con los Gobiernos para combatir el tabaquismo.
- Los Gobiernos y la Sociedad, con base en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), desarrollen una política firme y eficaz, basada en el binomio educación - legislación.
- La prevención del tabaquismo, sea considerada como la medida de mayor impacto potencial para reducir la morbilidad y mortalidad evitables.

El año 2004 resulta crucial para la lucha contra la epidemia tabáquica, es una oportunidad que debe ser utilizada de forma adecuada ya que facilita el proceder a nivel local y la estrategia de prevención y control del tabaquismo puede resumirse en los puntos siguientes:

- a) Desarrollar Programas Nacionales, multisectoriales, ejecutados por coaliciones con status legal y fondos específicos, dirigidos por el Sector Salud, e integrados a Programas de Salud Pública.
- b) Utilizar la estrategia de Mercadotecnia Social, por ser una herramienta eficaz para la adopción y modificación de conductas de salud, ya que al integrar elementos educativos, legales, de tratamiento y rehabilitación, con una evaluación constante, sinergiza los efectos y permite obtener mayores resultados con menor costo y en más breve plazo.
- c) Educar y aumentar barreras de accesibilidad al producto. Enfatizar el carácter esencialmente educativo de los Programas y la necesidad de una legislación específica y nacional.
- d) Desarrollar la estrategia del sector salud en la prevención y control del tabaquismo con base en la atención primaria, ya que constituye el eslabón fundamental para obtener resultados.
- e) Incluir acciones de prevención y control del tabaquismo en todos los Programas de Salud que lo permiten.
- f) Programar acciones comunitarias, así como en los Centros Laborales y Educativos, ya que contribuyen al desarrollo y formación de conductas y hábitos saludables y por consiguiente a la prevención y control del tabaquismo.
- g) Instrumentar la educación a niños y adolescentes, por vías formales y no formales, tanto en la nocividad del tabaquismo, como en el saber resistir las presiones del medio social.
- h) Desarrollar campañas educativas por los Medios de Comunicación Social. así como utilizar la comunicación selectiva y personal para grupos en riesgo y priorizados.
- i) Disponer de Centros de Referencia, dedicados al estudio de la nicotina - dependencia y encargados de capacitar al personal de salud para el tratamiento y rehabilitación de los fumadores.
- j) Capacitar y facilitar las herramientas e instrumentos para desarrollar el trabajo de prevención y control al personal de salud, ya que su apoyo resulta esencial para prevenir y controlar el tabaquismo
- k) Incluir programas específicos en Universidades y Escuelas de Ciencias de la Salud, para preparar a los médicos, estomatólogos, psicólogos, enfermeras y otros profesionales sanitarios en la prevención y el tratamiento de la adicción tabáquica.

- l) Disponer de información epidemiológica que posibilite elaborar una estrategia de prevención y control e instrumentar la vigilancia epidemiológica para realizar ajustes y corregir la estrategia y plan de acción
- m) Definir indicadores para el monitoreo y seguimiento de los resultados y evaluar el impacto de los Programas en el corto, mediano y largo plazo.

IV.- Discusión

Cuando vamos a analizar el tema del tabaquismo, ya sea a nivel global o local, los aspectos que debemos considerar son los referentes al papel de la Industria Tabacalera en la economía, las políticas públicas relacionadas con la salud y los recursos humanos y materiales disponibles, por citar los más importantes. ⁽²¹⁾

La discusión de los argumentos que a continuación señalaremos, nos permitirán conocer si resulta posible enfrentar el tabaquismo con la magnitud que realmente tiene como problema de salud, quienes son los aliados y los opositores y con qué recursos cuentan, hacia donde se deben centrar los esfuerzos, en fin, que estrategia emplear para que la sociedad pueda aceptar el cambio en una conducta que se ha considerado normal y cotidiana en el decursar de varios siglos.

Primeramente, debemos analizar que el tabaco es un producto agrícola muy lucrativo, con base en una serie de ventajas derivadas de subsidios, tarifas y restricciones proteccionistas que posibilitan precios preferenciales en el mercado y proporcionan amplias ganancias a los productores. La industria tabacalera es también, una importante fuente de trabajo en muchos países. ⁽²²⁾

El aumento de los impuestos sobre el consumo de tabaco, impacta en el consumo en dependencia de las condiciones económicas y sociales específicas de cada país. ⁽⁸⁾ La demanda de cigarrillos fluctúa en función del precio. La elasticidad del precio y por consiguiente de la demanda, está en dependencia de factores económicos y sociales particulares de cada país y contexto. ⁽⁹⁾

La producción exportable de tabaco va en aumento desde hace varias décadas, de manera más evidente en los países desarrollados. Los mercados de tabaco se desplazan hacia los países en desarrollo, donde la industria tabacalera focaliza sus objetivos principales. ⁽⁴⁾

Estudios realizados en países productores evidencian, que aunque las ganancias producidas por el cultivo de tabaco son elevadas, el análisis integral del fenómeno muestra pérdidas mayores cuantificadas en términos de mortalidad, morbilidad, gastos en atención a la salud, discapacidad, calidad de vida y años de vida útil perdidos, así como reducción de la productividad, ausencias laborales, incendios, degradación de los suelos, deforestación, contaminación ambiental, entre otros. ⁽¹⁰⁾

Los costes económicos del tabaquismo están en relación con el contexto económico, social y demográfico de cada país. Al experimentar una transición epidemiológica, el impacto económico del tabaco es mayor, debido al incremento en el consumo y prevalencia y al aumento de la mortalidad y morbilidad atribuibles al tabaquismo. ⁽¹¹⁾

Las razones económicas que sustentan la producción de tabaco pueden ser replanteadas a nivel mundial, valorando la situación de salud como el elemento esencial de esa relación costo - beneficio. La producción de otros bienes, puede generar un nivel de empleo de fuerza de trabajo similar a la que ahora se destina a la industria tabacalera. ⁽¹²⁾ Un enfoque de esta naturaleza es el único viable para que los países productores puedan asumir cambios que posibiliten defender la salud sin actuar en detrimento de otros factores que también impactan en el bienestar de la población por estar relacionadas con las fuentes de empleo y por consiguiente con el ingreso familiar y las condiciones de vida.

La legislación que adecua la oferta y demanda de los productos manufacturados del tabaco, en función de los objetivos de la salud pública, constituye un instrumento eficaz para el control del tabaquismo. ⁽¹³⁾ Las restricciones en la publicidad y la comercialización de los productos manufacturados del tabaco, impacta en las reducciones del consumo y constituye un importante elemento para el control del tabaquismo, fundamentalmente en la iniciación de niños y jóvenes. ⁽¹⁴⁾

Es obvio que los argumentos presentados permiten considerar la necesidad de producir cambios substanciales en el entorno, que faciliten las modificaciones que se requieren con relación a esta conducta, asociada a un consumo que se ha comprobado científicamente es nocivo a la salud.

Con base en estos argumentos y con el objetivo de propiciar condiciones favorables a nivel global, la Organización Mundial de la Salud cuenta ya con el primer convenio internacional que prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y adopta medidas que repercutirán en fumadores y en las tabacaleras el cual fue aprobado en Mayo del año 2003 por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁹⁾

Las sesiones de trabajo que se produjeron son un fiel reflejo de la necesidad de actuar de manera coordinada los países cuando requieren cambios de comportamiento en el consumo porque estos impactan en la salud. Del total de países miembros que participaron en la reunión final previa a la Asamblea Mundial, 170 respaldaron el Convenio en una reunión que fue calificada en términos periodísticos como un “sesión maratónica de dieciocho horas después de dos semanas de dura lucha entre los miembros de la OMS. ⁽¹⁹⁾

No obstante, Estados Unidos y Alemania, dos de los 171 países que acudieron a la reunión, dijeron que no podían aceptar algunas partes del acuerdo, aunque no pueden evitar que sea apoyado en la asamblea anual de la OMS ⁽¹⁹⁾

Felizmente el convenio fue adoptado por consenso de la Asamblea de la OMS, integrada por 192 Estados. Este documento es un tratado internacional cuyo objetivo es frenar la mortalidad y morbilidad relacionadas con el consumo de tabaco, fue firmado en junio de 2004 por un grupo importante de países y entrará en vigor una vez que un mínimo de 40 países lo hayan ratificado, ⁽¹⁵⁾ sin embargo, no se había logrado llegar a esta cifra hasta la redacción del informe de este trabajo. En América Latina se destaca la posición de México en cuanto a la firma y ratificación del convenio entre los países que asumieron el mismo desde el primer momento.

Los países de la Unión Europea, China y otros Estados han expresado su voluntad de adherirse cuanto antes al Convenio, mientras que Estados Unidos sólo mostró su respaldo pero no se pronunció sobre la intención de firmarlo, aunque finalmente lo hizo. Otros países han asumido posiciones neutras que en términos de lo que se requiere es también una forma de oposición.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) puede considerarse un documento y hasta un pacto “histórico” en función de la lucha contra el tabaco por muchas razones. Una fundamental lo constituye el hecho de demostrar que problemas globales requieren enfrentarse con estrategias globales, otra lo es el poner también en evidencia que los comportamientos del individuo relacionados con la salud trasciende el marco de la institución sanitaria y hay que salir desde ella, pero hacia afuera, a solucionarlos.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) exigirá a los países que restrinjan la publicidad, el patrocinio y la promoción del tabaco. También que se establezcan nuevas regulaciones para el etiquetado y para la limpieza del aire en espacios cerrados, y que se luche intensamente contra el contrabando de tabaco. ⁽¹⁹⁾

Este convenio significa un gran paso adelante, adoptando medidas extraordinarias para mejorar la salud pública en todo el mundo. Llegar a este documento ha sido el resultado de la lucha tenaz de muchos años superando dificultades y aun dado estos pasos es necesario velar para que sirva a los propósitos por los que se concibió: salvar vidas y prevenir enfermedades y que los países lo utilicen como base de legislaciones nacionales para el control del tabaco.

El Convenio Marco pretende lograr el apoyo político de los gobiernos nacionales, las instituciones mundiales y la sociedad civil como instrumento internacional crítico para contrarrestar el desastre para la salud pública mundial que constituye el consumo de tabaco, se convierte en la reclamada estrategia internacional para la lucha contra el tabaquismo. En fin, es un esfuerzo para lograr la disposición de la sociedad, de manera global, para aceptar el cambio de comportamiento en una conducta que impacta a la salud y que tiene también la connotación de ser un problema global reafirmando que “problemas globales requieren soluciones globales”.

Todo ello nos ratifica también la posición que asumimos en Cuba con la estrategia definida en la década del 80 con un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo basada conceptualmente en un enfoque de mercadotecnia social ya que consideremos que solo de esta forma se pueden sinergizar las acciones en función de la salud.⁽²¹⁾

Pero a nivel internacional puede existir un Convenio que respalde la lucha contra el tabaquismo y abogue por la prevención de la salud y Cuba puede tener un programa muy bien diseñado con una estrategia adecuada a las condiciones del país, pero la clave está en ponerlo en práctica, ejecutarlo. Los documentos deben preceder la acción y acompañarla, modificándose a partir de los resultados que se obtengan. No hay otra fórmula para disminuir prevalencia, incidencia y consumo de tabaco y por consiguiente mejorar la salud de la población.

La distancia entre la teoría y la práctica siempre está plagada de barreras, dificultades y amenazas, pero los que llegan a implantar programas de cambio social, los que logran modificar conductas y hábitos de consumo nocivos a la salud, son aquellos que pueden salvar la brecha y hacer uso de los elementos a favor, involucran a los aliados, hacen uso de las fortalezas y aprovechan todas las oportunidades que se le ofrecen.

Los que triunfan, no se detienen, investigan a los consumidores, estudian los comportamientos y la actitud de los no fumadores, valoran los aciertos y los errores de la competencia, ponen a prueba métodos y técnicas tradicionales y novedosos para crear y modificar conductas de salud, controlan la ejecución de las acciones, evalúan el impacto y corrigen las desviaciones, mientras que capacitan e involucran al personal de salud y a los docentes, abarcan cada vez más espacio en los medios de comunicación social como instrumento de ganar la opinión pública.

La fórmula está dada: educación- legislación. Emplear el binomio de manera adecuada en una estrategia que incorpore el tratamiento y la rehabilitación, apoyándose en el seguimiento y la investigación para fundamentar su estrategia y perfeccionarla con base en información científicamente argumentada.

Involucrar todos los sectores institucionales y la comunidad. Hacer real el postulado de que se requiere de programas multisectoriales e interdisciplinarios y que la participación social es indispensable para lograr cambios en el comportamiento. El individuo aprende fundamentalmente en el escenario social, es ahí donde se transmiten estilos de vida, hábitos de consumo, conductas de salud. Es en el medio social donde se define si el tabaquismo es o no una conducta aceptable y donde se encuentra el germen de su reproducción a nivel social.

Las fortalezas y las oportunidades están ahí, se trata de utilizarlas adecuadamente, de hacer que las debilidades y las amenazas vayan

desapareciendo. El Convenio Marco para la lucha antitabaco a nivel mundial pasó de reclamo y premisa a realidad. Ahora nos resta convertirlo en una herramienta para el trabajo. Sólo de esa forma, podremos trabajar con la certeza, más que la esperanza, de un mundo libre de tabaco.

V.- Conclusiones.

El estudio realizado nos permite arribar a las siguientes conclusiones:

- a) Existe evidencia científica para afirmar que el tabaquismo es un factor de riesgo asociado a las principales causas de muerte en Cuba, los países de desarrollo y a nivel mundial.
- b) El carácter de pandemia del tabaquismo y el constituir el factor de riesgo evitable con menos recursos, permite considerar la necesidad de centrar los esfuerzos en la prevención para no difundir la terrible epidemia.
- c) La posición relevante del tabaco como cultivo, por sus precios preferenciales en el mercado, hacen que sea altamente lucrativo y requiera un enfoque global para modificar su posición actual. El Convenio Marco será el documento que facilite la actuación de los gobiernos y la sociedad civil.
- d) Los cambios de conducta asociados al consumo de productos nocivos a la salud, como el caso del tabaco, constituyen un problema individual, pero requieren que la sociedad en general asuma el problema y se prepare para enfrentar el cambio.
- e) Los cambios de conductas de salud, como problemas globales, requieren enfoques globales, ya que la globalización impacta también en los estilos de vida y estos cada vez más se difunden de manera similar en todas las latitudes.
- f) La estrategia de mercadotecnia social aplicada a la salud, resulta la herramienta más adecuada para el abordaje de la prevención y control del tabaquismo, por encontrarnos, fundamentalmente, ante un cambio social que posibilite modificaciones en hábitos de consumo individuales.
- g) El arraigo del tabaquismo, su inserción en la vida cultural, en el folklore y hasta en las luchas socio - políticas en el caso de los cubanos, hacen que la sociedad no se encuentre preparada para asumir el cambio y por consiguiente sea necesario trabajar sobre los actores sociales para que se conviertan en aliados de la lucha contra el tabaquismo y no en opositores.
- h) En el orden individual, el efecto a largo plazo de la nocividad a la salud, la asociación al placer, el carácter adictivo, entre otros, hacen que el cambio que se requiere en el orden cognoscitivo, actitudinal y conductual, resulte muy complejo y que la transmisión del hábito en el escenario social donde se desenvuelve el individuo, sea un elemento fundamental.

- i) El cigarrillo constituye una droga lícita, lo que resulta en causa y consecuencia de la aceptación social de que aún goza.

VI.- Referencias Bibliográficas.

- 1) Corrao M., A., Guindon G., M., Sharma N., Shokoohi D., F., Tobacco Control: Country Profile, American Cancer Society. Atlanta, Georgia 2000
- 2) Peto R. et. al. Mortality from developed countries, 1950 - 2000 Oxford Medical Publications. Oxford; University Press, 1994
- 3) OMS Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos N°4, 2001
- 4) US Department of Health and Human Services. Smoking and health in the Americas; a 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health Organization. Atlanta, Georgia; Centers for Disease Control, Office of Smoking and Health, 1992 (DHHS Publication N° (CDC) 92-8419
- 5) Suárez L., N., Situación del tabaquismo en Cuba. Ponencia. II Conferencia Europea y I Iberoamericana sobre Tabaco o Salud; Las Palmas, Gran Canarias. España, 1999.
- 6) Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ciudad de La Habana; MINSAP, 1996
- 7) Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ciudad de La Habana; MINSAP, 2002
- 8) Suárez L N, Educación Antitabaco en Cuba en el Sistema Nacional de Educación. Ponencia. II Conferencia Europea y I Iberoamericana sobre Tabaco o Salud; Las Palmas, Gran Canarias. España, 1999
- 9) Suárez L., N., Marketing y Salud: una perspectiva teórico - práctica. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana; 2001
- 10) Suárez L., N., Consumo, precio y comercialización de los productos manufacturados del tabaco en Cuba. Año 2002. Escuela Nacional de Salud Pública, MINSAP http://www.globalink.org/tobacco/docs/la_docs/0103lugo.shtm
- 11) Suárez L., N., Control del tabaquismo y legislación en Cuba. Ponencia, X Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud. Abstracta Book. Beijing. China; 10th WCTOH1997.
- 12) Organización Panamericana de la Salud. Prevención y Control del Consumo de Tabaco. Washington D.C; PAHO, 1998
- 13) World Health Organization Tobacco or health: a global status report. Geneva; WHO. 1997
- 14) Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, República de Cuba. Acuerdo 3750 "Programa de salud y calidad de Vida" Ciudad de la Habana, 2000.
- 15) Yach D. The tobacco-free initiative (TFI) responding to the globalization of tobacco consumption. Paper presented at: Conference on Globalization: Perspectives, Trends and Impacts on Human Welfare, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 19 April 1999.

- 16) Joossens L. From public health to international law: possible protocols for inclusion in the Framework Convention on Tobacco Control. Bolletin of the World Health Organization, 2000.
- 17) Federal Trade Commission. Report on cigarette sales, advertising and promotion. 1999 <http://www.ftc.gov/os/1999/9907/1997cigarettereport.pdf>
- 18) William Mitchell Law Review, 1999, 25 (2): 477-566. Taylor A. An international regulatory strategy for global tobacco control Yale Journal of International Law, 1996, 21 (2): 257-304.
- 19) Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco sobre la Lucha Antitabaco. Washington D.C; WHO, 2003
- 20) GPTC Report Essential Org, Geneva, May 2003 GPTC@lists.essential.org
<http://lists.essential.org/mailman/listinfo/gpc>
- 21) Suárez L., N., Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba: experiencias con enfoque de Marketing Social en Salud. Ponencia. II Conferencia Europea y Iberoamericana sobre Tabaco o Salud; Las Palmas, Gran Canarias. España, 1999
- 22) Suárez L., N., El consumo y la salud en Libro multiautoral ENSAP Ciudad de La Habana 2004