

Dimensiones sanitarias y determinantes del tabaquismo

Health determinants and dimensions of smoking

Everardo Guzmán Sillas¹, Rogelio A. Fernández Argüelles², María Cristina Ortiz León³, Martha Edith Cancino Marentes²

Introducción

Hoy día el tabaquismo es un problema de salud pública mundial que afecta no solo a la persona que lo consume, sino también a su medio familiar, cultural, económico, político y social. Cada vez se destina mayor cantidad de dinero en tratar de reducir el consumo de tabaco, pero también se utilizan más recursos en la prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas al tabaquismo.

Desde 1920 se conoce los efectos nocivos del tabaco, pero en la década de 1950 sus consecuencias comenzaron a causar alarma. En ese corto plazo, en algunos países como en Canadá la mortalidad por cáncer de pulmón se quintuplicó.

Se sabe que los productos de tabaco son adictivos y que casi siempre la adicción empieza en la adolescencia. A pesar de esta urgente situación, han sido insuficientes las medidas tomadas para desacelerar o hacer retroceder la epidemia.

De acuerdo a la cuantiosa evidencia científica disponible, el tabaquismo se asocia a mayor probabilidad de ocurrencia de muerte prematura;. El humo de tabaco contiene alrededor de 4,000 componentes químicos, entre los que destacan una docena de gases algunos muy tóxicos para el organismo, como los alquitranes, monóxido de carbono, amoníaco, ácido cianhídrico y la nicotina.

Los determinantes de la salud

El modelo de determinantes de salud más conocido por su carácter integrador y repercusión internacional en las políticas de la salud pública ha sido el de Lalonde (1974), que definió un marcoconceptual comprensible para el análisis de la situación de salud y gestión sanitaria.

Las políticas y acciones para la salud deben de estar diseñadas para abordar los determinantes sociales de la salud con el fin de eliminar las causas de la mala salud antes de que se puedan presentar problemas por causas no atendidas a tiempo. Bajo el modelo de Lalonde, los factores determinantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones, denominadas campos de la salud: Biología humana, Medio Ambiente, Estilos y Hábitos de Vida y Organización de los Sistemas de Salud⁽¹⁾.

En el caso de las enfermedades relacionadas con el tabaco, el hábito de fumar es el determinante de mayor impacto.

Un hábito es un aspecto complejo de la conducta humana. Tiene que ver con el entorno familiar y social; con las presiones de grupos a favor o en contra; con la publicidad, los incentivos o con la propia persona. Es, por lo tanto, un aprendizaje construido en años como el de fumar. Debido a esto y tratándose de un hábito negativo como el tabaquismo, la información como único recursos para abandonarlo no es suficiente⁽²⁾.

El tabaquismo casi nunca permanece como único hábito, sino que se acompaña del consumo de otras sustancias como el alcohol entre las más importantes siguiéndole el consumo de cocaína y otras sustancias.

En el presente siglo hemos sido testigos de sensacionales avances en la tecnología y en las prácticas médicas, de cambios relevantes en la actitud de los profesionales de la salud ya sea en la medicina privada o en la salud colectiva. De esta manera, se han observado actitudes positivas de los individuos hacia

1 Egresado de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit.

2 Profesor Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit

3 Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana

fecha de recibido: 4 de nov de 2017 Fecha de aprobado: 7 de noviembre de 2017

su propia salud y a las acciones que cree que le benefician; pero desafortunadamente, junto con algunas conductas de ciertos grupos que dañan la salud y el bienestar de la sociedad.

Han aparecido, por otra parte, nuevos y complejos problemas de salud, como consecuencia del desarrollo social y de las conductas que se han ido adoptando. Dentro de estos problemas de salud se encuentra el tabaquismo, que por la magnitud que ha alcanzado se le ha catalogado ya como un problema de salud pública de máxima repercusión mundial⁽²⁾.

Definición y clasificación del tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM V) como "trastornos por uso del tabaco"⁽³⁾.

Se ha definido al tabaquismo como la gran epidemia silenciosa del siglo XX debido al impacto que tiene en la salud de los fumadores, así como los costes, directos e indirectos que se derivan de este comportamiento tan poco saludable.

Se reconoce que el tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la nicotina, se manifiesta a través de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia y en el individuo, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; constituye una dependencia como la que se evidencia en otras adicciones⁽²⁾.

La OMS considera al consumo de tabaco un trastorno que incluye: un consumo perjudicial que causa problemas físicos o psicológicos, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia y reconoce que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos secundarios peligrosos⁽⁴⁾. La taxonomía del hábito de fumar es muy importante pues está relacionada con los riesgos⁽²⁾.

- Fumador. Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. Dentro de este grupo se puede diferenciar:
- Fumador diario. Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.

- Fumador ocasional. Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se le debe de considerar como fumador.
- Fumador pasivo. Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.
- Ex fumador. Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.
- No fumador. Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

El problema de salud pública

Al paso del tiempo se ha ido considerando al tabaquismo como un problema de salud pública debido al alto consumo de tabaco que ha venido manifestando la sociedad a nivel mundial, existiendo consecuencias sociales y económicas que resultan severas. Es importante señalar que el tabaquismo ha sido estudiado como un problema sociológico con enfoques socioeconómico, político y cultural. Es abordado desde una perspectiva multicausal que parte de lo general a lo particular, es decir, de las determinaciones más generales, las económicas y sociales, a las particulares, individuales y psicosociales⁽⁴⁾.

Dicha problemática se fue desarrollando por la industria tabacalera que se consolidó gracias al consumo de su alta producción, se expandió ya que no hubo impedimento alguno para limitarlo. Entre sus tácticas para incrementar sus ventas la más utilizada ha sido la publicidad en todos los medios que ha servido para motivar el consumo. Aquí lo que importa no es lo que la sociedad necesite, si no lo que las industrias produzcan y vendan⁽⁵⁻⁷⁾.

Se han ido buscando soluciones para poder controlar o disminuir el consumo de tabaco tratando de modificar la problemática pero sin modificar el ambiente social. Algunas propuestas han sido dándoles un lugar a la proposición de los enfoques ambientales, es decir, el ambiente social evitando el consumo en lugares públicos, la restricción del acceso a menores al consumo de tabaco, así como el aumento de costo y el uso de medios de comunicación para combatir el tabaquismo y la disminución de la accesibilidad social⁽⁸⁾.

Dicha problemática se fue desarrollando por la indus-

-tria tabacalera que se consolidó gracias al consumo de su alta producción, se expandió ya que no hubo impedimento alguno para limitarlo. Entre sus tácticas para incrementar sus ventas la más utilizada ha sido la publicidad en todos los medios que ha servido para motivar el consumo. Aquí lo que importa no es lo que la sociedad necesite, si no lo que las industrias produzcan y vendan⁽⁵⁻⁷⁾.

Se han ido buscando soluciones para poder controlar o disminuir el consumo de tabaco tratando de modificar la problemática pero sin modificar el ambiente social. Algunas propuestas han sido dándoles un lugar a la proposición de los enfoques ambientales, es decir, el ambiente social evitando el consumo en lugares públicos, la restricción del acceso a menores al consumo de tabaco, así como el aumento de costo y el uso de medios de comunicación para combatir el tabaquismo y la disminución de la accesibilidad social⁽⁸⁾.

En la actualidad, para enfrentarnos a los nuevos problemas sociales que se están definiendo como preocupaciones sanitarias a causa de su conexión directa con la morbilidad y la mortalidad, crece el interés por trasladar más expectativas al personal de salud, ya que los programas de educación sanitaria no los contemplan a pesar de que ellos son los portavoces de la medicina preventiva y curativa⁽⁹⁾.

El tabaquismo es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte que conocemos. No sólo condiciona la adicción y dependencia física ocasionada por la nicotina, sino también la dependencia psicológica, debido a las asociaciones entre situaciones agradables y fumar, como son las reuniones sociales y el consumo de café y bebidas alcohólicas. Lo que caracteriza a la dependencia a la nicotina es la existencia de una necesidad o compulsión hacia la toma periódica de la misma, que en este caso es el tabaco⁽⁸⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS), aconsejó la sustitución del término adicción por el concepto más preciso de dependencia.

El grado de dependencia presenta una gran variabilidad interindividual. En el caso del tabaco como en otras sustancias adictivas, hay personas que lo consumen con moderación o de forma ocasional o social, mientras que otras, tras el periodo breve o largo de consumo se convierten en consumidores compulsivos

con una enorme dificultad para abandonar el consumo de tabaco. Según la OMS el tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura del mundo⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Dimensión sanitaria del tabaquismo

En la actualidad, el consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año y también se le atribuye la muerte de 1 de cada 10 adultos. Se estima que en el año 2020 la mortalidad atribuible al consumo de tabaco superará los ocho millones de muertes anuales. El tabaquismo está entre los 5 principales factores de riesgo de mortalidad en el mundo⁽⁸⁾.

En Europa el tabaquismo provoca cada año 1.2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer, y es la principal causa del 95% de los cánceres de pulmón, del 90% de las bronquitis y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares⁽¹³⁾.

Según la OMS existen en el mundo más de 1,100 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47% de los hombres y un 11% de las mujeres en éste rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. El 74% de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos⁽¹⁴⁾.

España tiene una de las mayores tasas de prevalencia de la Comunidad Europea con un 27,1% de fumadores entre la población mayor de 16 años y apenas un 1% de reducción entre 2003 y 2007. En los países del este europeo hay más fumadores por lo que la prevalencia media en toda Europa es de 28,6% (40% de varones y 18,2% de mujeres)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

En América Latina y el Caribe, el tabaco causa 135,000 muertes al año, un costo humano muy elevado para compensar cualquier ganancia financiera de la producción del tabaco⁽¹⁸⁾.

En México, 15.9% de los adultos son fumadores actuales, 24.8% de los hombres y 7.8% de las mujeres. El 48% de los fumadores actuales son fumadores activos que fuman a diario. El 99% de los hombres y 96% de las mujeres fuman cigarros manufacturados.

Entre los fumadores diarios de cigarrillos, en promedio, los hombres fuman 9.7 cigarrillos por día y las mujeres 8.4. La edad de inicio de fumar entre los hombres que fuman a diario que están entre los 18 a 43 años. El consumo de tabaco en mayores de 20 años es de 18.9% (hombres 30.4%, mujeres 9.5%) y una prevalencia de consumo diario de 13.3% (hombres 21.6%, y mujeres 6.5%). En 2008 la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) en población de 12 a 65 años encontró una prevalencia de tabaquismo de 18.5% (hombres 27.8% y mujeres 9.9%). La prevalencia en las zonas urbanas fue mayor que en las zonas rurales con un 20.4% y un 11.3% respectivamente⁽¹⁹⁾.

En Nayarit, los fumadores activos constituyen aproximadamente el 17.6% de la población (cerca de 95 mil personas) con una prevalencia menor al promedio nacional. Los fumadores activos inician el consumo diario de cigarrillos a los 16.5 años⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Dimensión económica

El costo de las enfermedades generadas o agravadas por el tabaquismo para los sistemas de salud es enorme; en el caso del IMSS el costo total anual para por estas enfermedades ascendió a 12,100 millones de pesos en 2004. Los costos atribuibles al consumo de tabaco corresponden a 7,100 millones de pesos, lo cual equivale a 4.3% del gasto de operación de la institución en ese año. Estimaciones de la Secretaría de Salud señalan un costo cercano a los 30 mil millones de pesos anuales para el Sistema Nacional de Salud, como consecuencia de atención de padecimientos ligados a éste hábito⁽²¹⁾.

Aunque para algunos países el consumo de tabaco en la población lleva ganancias al gobierno por los impuestos que se le aplican, no es tan beneficioso como parece ya que los efectos del tabaco son mayores a las ganancias económicas que aportan los impuestos que se le aplican. Estos gastos incluyen atención a los enfermos por causas relacionadas al tabaquismo, disminuye la productividad de la persona a causa de enfermedades, hay muerte prematura y daño al medio ambiente. Por otra parte, las personas que fuman realizan un gasto económico diario para adquirir este producto que, con el tiempo se convierte en una cantidad importante de dinero.

El tabaco es uno de los grandes desafíos de la salud.

El papel del médico es clave en la educación y promoción de conductas saludables y en el control del tabaquismo. Está en primera línea para ayudar a los pacientes a dejar de fumar y sus esfuerzos pueden contribuir a disminuir la prevalencia del tabaquismo y la morbilidad y mortalidad atribuible al tabaco⁽¹⁷⁾.

Entre los factores más importantes que pueden favorecer el consumo de tabaco, están las políticas de regulación y control del consumo de tabaco. Las medidas gubernamentales adoptadas por algunos países están muy relacionadas con el consumo de tabaco en la población, ya que influyen en la aparición de nuevos consumidores y en el deseo de abandonar el hábito entre los fumadores.

En la actualidad, muchos gobiernos aplican medidas como el control del producto, la limitación de la publicidad, el aumento de los impuestos sobre el tabaco, la prevención del consumo entre los jóvenes, entre otras medidas, para intentar reducir las graves consecuencias que produce el tabaco en nuestra sociedad.

Además de la magnitud de la epidemia deben agregarse los costos elevados consecutivos al consumo de tabaco, en particular en países en vías de desarrollo. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, las mujeres en edades productivas y la disminución de la productividad de los enfermos. De acuerdo con datos de la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta el 10% del gasto familiar para adquirir el tabaco, lo que a su vez modifica su dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud⁽²²⁾.

Dimensión social

Aunque en nuestro país ya no se transmite ningún tipo de anuncio ya sea televisivo o en la radio fomentando el uso de tabaco, por muchos años ésta práctica fue común. La mayoría de los anuncios acerca del tabaco estaban enfocados a los jóvenes donde se anunciaba como algo normal y social. Los anuncios se enfocaban a los jóvenes ya que siguen siendo los nuevos clientes potenciales para la industria del tabaco⁽²³⁻²⁴⁾.

El consumo de tabaco, más que constituir un problema en sí mismo, se encuentra asociado a diversas enfermedades crónico degenerativas que tienen un

costo elevado tanto para los servicios de salud como para el paciente y sus familiares. Un factor importante es la edad de inicio de consumo diario, situación que ayuda a analizar el nivel de dependencia que se puede crear, así como el posible consumo de otras drogas más duras.

También se ve en la dimensión social la disponibilidad con que se encuentra el tabaco, prueba de ello es que se puede conseguir en cualquier tienda comercial donde están al alcance incluso de los menores de edad. Se pueden adquirir también en restaurantes y bares^(25,26).

El Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) es un organismo creado por la OMS en el año 2003 para establecer tratados internacionales a favor de mejorar la salud pública. Es uno de los tratados que se ha ratificado con mayor rapidez en la historia de las Naciones Unidas con 168 partes Estados miembros de la OMS así como organizaciones regionales de integración económica.

Bajo este tratado se han implementado estrategias con el fin de reducir el consumo de tabaco en la población. Algunas de ellas son la implementación de programas educativos para publicar información para los riesgos a la salud que implica el consumo de tabaco. La puesta en marcha de este convenio pone de manifiesto la voluntad de los gobiernos de reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas del tabaquismo⁽²⁷⁾.

El Estado debe proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco, garantizar los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco; establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco, fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco⁽¹⁷⁾.

Políticas exitosas

Aunque no siempre las políticas internacionales, nacionales o locales tienen éxito en la meta de disminuir el tabaquismo y reducir su impacto perjudicial en la salud pública en Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es una plataforma promisoría, más o menos exitosa según la voluntad política y

fortaleza de los gobiernos firmantes para frenar o limitar los intereses comerciales de las industrias tabacaleras.

Un caso destacado por la OMS es el de Uruguay, que gracias a los esfuerzos gubernamentales se ha logrado disminuir el porcentaje de la población fumadora de un 40% en el año 2000 a un 22% en 2015, lo que significa que más de 400 000 adultos abandonaron el tabaquismo⁽²⁸⁾.

En marzo de 2005 el Ministerio de Salud de Uruguay estableció el Programa Nacional de Control del Tabaco que incluía la prohibición del uso de términos como “light” o “mild” que las marcas usan para determinadas variedades de tabaco, porque transmitían una imagen errónea de menos peligro. También obligó a que las cajetillas mostrasen en el 80% del espacio de ambas carillas imágenes que exhibiesen las consecuencias físicas del consumo prolongado. Otra medida importante fue que cada compañía tabacalera debía de limitarse a una sola variedad o marca (eliminando la idea errónea de que algunos cigarros son menos dañinos que otros) concepto conocido como Requerimiento de Presentación Única (RPU).

En febrero del 2010 Philip Morris Internacional (PMI), la compañía tabacalera más grande del mundo con sede principal en los Estados Unidos de Norteamérica, inició una demanda contra Uruguay en el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI), alegando la violación del Tratado de Inversión Bilateral (TIB) con Suiza en dos medidas de control del tabaquismo impuestas por el gobierno de Uruguay⁽²⁹⁾.

El fallo del CIADI fue a favor del Derecho a la Salud y la Vida frente a cualquier interés comercial. Una de las decisiones más importantes fue que no es necesario demostrar una asociación directa de una regulación o medida propuesta siempre y cuando se tenga un objetivo legítimo de buena fe en protección de la salud pública⁽³⁰⁾.

La lucha y victoria de Uruguay demuestra que cuando los gobiernos tienen empeño y voluntad política se puede hacer mucho por la salud de su población y que los proyectos políticos son los determinantes de mayor impacto en la salud pública.

REFERENCIAS

1. Valdés Salgado R, Hernández-Ávila M. México sin tabaco. Salud Pública de México. 2006;48:s1-s3.
2. Barrueco M., Hernández M. A., Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo 4^a Edición: Barcelona, 2009.
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th Edition). Washington, DC.
3. OMS. La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco. 2004;3.
5. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Pública de México. 2006;48:s91-s8.
6. Villalbí JR. Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Revista Española de Salud Pública. 2009;83:805-20.
7. Moreno Coutiño A, Medina-Mora Icaza ME. Tabaquismo y depresión. Salud Mental. 2008;31:409-15.
8. OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. 2009;6:6-50.
9. Shafer-Omar. El atlas del tabaco. Sociedad Americana del Cáncer; 2009.
10. Carolina-Wiesner-C.Daniel-Peñaranda. Encuesta mundial tabaquismo en jóvenes Reporte de Bogotá, Colombia. 2001.
10. Reynales-Shigematsu LM, Lazcano-Ponce E. Nuevos retos para el control del tabaquismo en México y las Américas: estrategias contra la interferencia de la industria tabacalera. Salud pública de México. 2012;54:201-3.
11. OMS. Evaluación económica para políticas públicas para el control del tabaquismo en Venezuela. . 2004.
12. Cavalcante T, Carvalho AdM, Rangel EC. El argumento de responsabilidad social de la industria tabacalera en Brasil. Salud pública de México. 2006;48:s173-s82.
13. Camaralles Guillem F, Salvador Llivia T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda V, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Revista Española de Salud Pública. 2009;83:175-200.
14. Bianco. E. La adicción al consumo de tabaco: Una enfermedad crónica a tratar. Fundación Interamericana del Corazón. Salud pública de México. 2006;6:6-10.
15. Serván-Mori EE, Heredia-Pi IB, Reynales-Shigematsu LM, Bautista-Arredondo S. Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación. Salud pública de México. 2012;54:213-24.
16. Villalbí JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gaceta Sanitaria. 2006;20:1-3.
17. Martín Moreno JM. Desde la evidencia en salud pública a la acción: La importancia del trabajo en equipo para el éxito del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. Revista Española de Salud Pública. 2003;77:437-40.
18. Sánchez-Hernández CM, Pillon SC. Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19:730-7.
19. Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Resultados por entidad federativa, Nayarit In: Conadic INdSP, editor. Conadic2009. p. 11.
20. OMS. El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Versión panamericana. Instrucciones relativas a las preguntas 2010.
21. Reynales-Shigematsu L, Juárez-Márquez S, Valdés-Salgado R. Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos Salud pública Méx vol.47 no.6 nov./dic. 2005
22. Serván-Mori EE, Heredia-Pi IB, Reynales-Shigematsu LM, Bautista-Arredondo S. Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación. Salud pública de México. 2012;54:213-24
23. Hernández-Ávila M, Rodríguez-Ajenjo CJ, García-Handal KM, Ibáñez-Hernández NA, Martínez-Ruiz MJ. Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. Salud pública de México. 2007;49:s302-s11
24. Zavaleta Alfonso MVyc. Encuesta Mundial de Profesionales de la Salud (GHPS) Tabaquismo. El uso de tabaco en estudiantes de tercer año de medicina, enfermería y farmacia. 2006.
25. Fiore M JC. Treating Tobacco Use and Dependence. Agency for Healthcare Research and Quality 2009:5-6.
26. Villalbí JR, Cusí M, Madrueño V, Durán J, Balfagon P, Portaño S, et al. Espacios sin humo: persuasión y obligación. Gaceta Sanitaria. 2008;22:614-7.
27. OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco Ginebra. 2004
28. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2017
29. Monraz-Pérez S, Sierra-Muñoz D, Pérez-Padilla R Uruguay gana batalla contra Philip Morris y contra el tabaquismo. Neumol Cir Torax, Vol. 75, No. 3, Julio-septiembre 2016 Disponible en :www.medigraphic.org.mx
30. Kaye L. Phillip Morris loses lawsuit against Uruguay on tough tobacco rules. Triple Pundit. Fecha de consulta: 29/julio/2016. Disponible en: <http://www.triplepundit.com/2016/07/uruguay-wins-lawsuit-vs-phillip-morris-tough-tobacco-rules/> [Links]