

International Network of Women against Tobacco - Europe



INWAT
europe

Mujeres y humo de
tabaco ajeno en
Europa



Mujeres y humo de tabaco ajeno en Europa

Informe del Seminario de Especialistas
Barcelona, 30 y 31 de Marzo de 2005

Sara Sanchez

INWAT-Europa

Esta publicación también está disponible en la página de Internet :
www.inwat.org

Citación bibliográfica sugerida: Sanchez, S. *Humo de tabaco ajeno y Mujeres en Europa*. International Network of Women against Tobacco – Europe (INWAT-Europe); 2006.

Para más información:

International Network of Women against Tobacco
www.inwat.org/europe
e-mail: info@inwat.org

Junio 2006

© International Network of Women against Tobacco – Europe, 2006

Reconocimientos

INWAT-Europa agradece a Patti White la preparación del informe preliminar del seminario. También queremos agradecer a los ponentes internacionales haber compartido su visión y a los participantes de España el enriquecimiento de la discusión desde la perspectiva del país anfitrión. Nuestro especial agradecimiento a la Generalitat de Catalunya, al Departament de Salut y a la Consellera de Salut , Marina Geli i Fàbrega, la financiación del Seminario de Expertos de INWAT-Europa sobre Mujeres y humo de tabaco ajeno* en Europa, realizado en colaboración con el Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Finalmente, agradecemos a Sara Sánchez la realización de este informe que permite que INWAT-Europa atraiga la atención sobre el problema de las mujeres y el humo ajeno en Europa.

Traducción: Dolors Marín Tuyà y M.Pau Mariné Salvador

* **Nota:** *Second hand smoking* ha sido traducido como *humo de tabaco ajeno* teniendo en cuenta la existencia de un vocablo con significado específico en español.

Sumario

INWAT-Europa celebró un Seminario sobre humo de tabaco ajeno y mujeres, los días 30 y 31 de marzo de 2005. El propósito era examinar con especialistas en tabaquismo de las mujeres, desigualdades y género, los cambios de las políticas de espacios libres de humo de tabaco desde una perspectiva europea. Los efectos adversos del humo ajeno en las mujeres son un elemento clave para su salud. Las mujeres se ven afectadas tanto por el tabaquismo activo como por el pasivo en el trabajo, en lugares públicos y, de forma relevante, en casa. Como es bien sabido, la salud durante la infancia también se ve afectada por la exposición al humo de tabaco.

Antes de la reunión se repartió entre los participantes un informe previo. El Seminario se inició con una revisión del informe, de los objetivos del seminario y una recepción oficial de la Consellera de Salut de Catalunya. Posteriormente comenzaron las ponencias de especialistas que trabajan activamente la cuestión del humo de tabaco ajeno. Específicamente desarrollan investigación en los efectos del tabaquismo y del humo ajeno sobre la salud, en campañas mediáticas, en hogares sin humo, en desarrollo de programas sociales, en igualdad y en investigación de políticas de género.

Tras las presentaciones se facilitó un debate centrado en la temática de las mujeres y el humo de tabaco ajeno en Europa. De la discusión surgieron desafíos, problemas y oportunidades para el cambio.

El seminario finalizó con una reunión de la Comité Ejecutivo de INWAT-Europa que redactó las *Recomendaciones del Seminario* (ver. p. 10) para orientar futuras aplicaciones en la investigación y promoción de la salud a nivel europeo. El sentido de las recomendaciones es potenciar la calidad de la investigación y los programas en todo lo que afecta a las mujeres y el humo de tabaco ajeno.

INWAT-Europa y el Departament de Salut del Gobierno de Catalunya patrocinaron el seminario.

Fundamento

Los efectos adversos del humo ajeno sobre la salud han sido mundialmente reconocidos por gobiernos, asociaciones científicas y autoridades sanitarias de todo el mundo.^{1 - 17} La salud es un derecho humano básico que debe garantizarse al margen del estatus socio-

economico, del género o del lugar en el que se viva o trabaje. El revolucionario estudio de Hirayama¹⁸ sobre cáncer de pulmón en las japonesas no fumadoras expuestas al humo de sus maridos fumadores, sacó a relucir que la protección del humo ajeno es un asunto de género y de derechos humanos.

Aunque los estudios posteriores a Hirayama perdieron el enfoque de género, impulsaron la investigación sobre los efectos adversos en la salud del humo ajeno y permitieron la evolución y el avance en la implementación de políticas sobre espacios libres de humo de tabaco en todo el mundo. Reducir al máximo posible la exposición al humo de tabaco de otras personas se está convirtiendo en un elemento crucial para el control del tabaco. Irlanda, Noruega*, Malta, Italia*, Suecia* y Escocia son los países europeos que han implementado prohibiciones de humo en espacios interiores a escala nacional.

Continua pendiente la desproporcionada exposición que sufren las mujeres al humo de tabaco ajeno. Las razones son complejas y tienen mucho que ver con las normas de conducta asumidas por las mujeres en casa y en el trabajo que *'presuponen'* la exposición al humo ajeno. En Europa estas desigualdades son enormes en algunos países donde el incremento del tabaquismo se debe tanto a la promoción de la industria del tabaco como a la debilidad de las políticas de protección de la salud, lo cual plantea un desafío. Datos no desagregados por género estiman en el año 2002, 7000 muertes atribuidas al humo ajeno en el lugar de trabajo y 72,000 adicionales por exposición en las casas de la Unión Europea.¹⁹

La importancia de los lugares de trabajo y los espacios públicos libres de humo de tabaco se reconoce actualmente como un factor clave para "renormalizar" el uso del tabaco y a la vez para proteger a las personas no fumadoras del humo. Se debe en parte al creciente conocimiento acumulado sobre la toxicidad del humo ajeno. En efecto, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud clasifica el humo ajeno como carcinógeno en el 2002.

A escala mundial, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)²⁰ que entró en vigor el 27 de febrero del 2005, tras la ratificación del 40^{avo} país, requiere a los países

*Se permite designar zonas interiores separadas para fumar.

Parte del Tratado que adopten e implementen “medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras que sean efectivas” para proteger a las personas del humo ajeno en ‘interiores de lugares de trabajo, transporte público, interiores de espacios públicos y en caso necesario otros lugares públicos que se determinen’, (Artículo 8.2). El preámbulo del

CMCT requiere a las Partes la incorporación de la perspectiva de género en todos los artículos de la convención, también en este. Los estados miembros de la OMS pertenecientes a la Región de Europa que han ratificado el CMCT y son parte del tratado se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1: EURO-OMS Estados miembros que han ratificado el CMCT

(Hasta el 15 de Mayo de 2006)

Albania	Armenia	Austria	Bielorusia	Bélgica
Bulgaria	Dinamarca	Estonia	Finlandia	Francia
Georgia	Alemania	Grecia	Hungría	Islandia
Irlanda	Latvia	Lituania	Luxemburgo	Malta
Holanda	Noruega	Portugal	Rumania	San Marino
Eslovaquia	Eslovenia	España	Suecia	Turquía
Reino Unido de Gran Bretaña y Irlanda del Norte		Comunidad Europea		

En el pasado, tanto el sector público como el privado, optaron por intentar formular restricciones de fumar en el lugar de trabajo mediante políticas de implementación voluntarias o progresivas. Sin embargo, estas acciones se han limitado por lo general a las grandes empresas, la mayoría ocupadas por ‘cuellos blancos’ o empleados especializados. Las empresas pequeñas, han tardado más en introducir cambios voluntariamente y la mayoría lo encuentran muy difícil. Por lo general, pequeñas y medianas empresas, emplean a personas menos cualificadas o con inferiores salarios. Bares y restaurantes se encuentran en esta categoría y son lugares difíciles y controvertidos para prohibir el humo de tabaco. En Europa como en el resto del mundo, las mujeres suelen ocupar trabajos a tiempo parcial o escasamente remunerados, sobretodo en la industria hostelera. De modo que no asegurar espacios libres de humo de tabaco en todos los lugares de trabajo tiene un impacto más significativo en la salud de las mujeres. Debido a que actualmente el tabaquismo en Europa está estrechamente vinculado al estatus socio-económico²¹, Esta negligencia de la salud pública también repercute y de forma importante en las desigualdades de salud en Europa.

Aunque el tema a tratar tiene una dimensión genuinamente mundial, el seminario se centró en los países de Europa, tanto sobre los que están implementando programas como sobre los que se plantean introducir cambios.



Figura 1: La Consellera de Salut Marina Geli i Fàbrega i el Director General de Salut Pública Antoni Plasencia reciben a INWAT-Europa

Ponencias del Seminario

Las presentaciones incluyeron una amplia variedad de temas con relación al ámbito del humo ajeno y género. Comenzó con una introducción de la presidenta Trudy Prins y una bienvenida de Antoni Plasencia del Departament de Salut de Catalunya. Luego, Patti White destacó los objetivos de los dos días de trabajo, y comentó el informe previo para facilitar el debate. Los objetivos del encuentro fueron:

- Aprender de las exposiciones de especialistas sobre humo ajeno desde distintas perspectivas como la de la salud, la legislación nacional, del tabaquismo en las casas, los medios de comunicación, la igualdad y las políticas de género.
- Debatir aspectos relacionados con el desarrollo de normas de conducta sobre humo ajeno, promoción de la salud,

habitación y efectos en la salud desde una perspectiva europea.

- Redactar conclusiones y recomendaciones con miras al futuro para orientar los esfuerzos en el avance y mejora de políticas.

Tras la presentación personal de los participantes, finaliza la sesión del primer día. A última hora de la tarde, la Comité Ejecutivo de INWAT-Europa y miembros INWAT-España fueron recibidas por la Consellera de Salut de Catalunya, Marina Geli i Fàbrega para analizar las prioridades de las políticas de control de tabaco de la comunidad autónoma de Catalunya. Posteriormente se ofreció una cena a todos los delegados.

El segundo día comenzó Sinéad Jones, Directora de Tobacco Control de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), con una revisión exhaustiva de los efectos del humo de tabaco ajeno y el tabaquismo femenino en la salud, el embarazo y la infancia. Los efectos adversos en la salud se resumen en la tabla 2. A pesar de que la tabla no es completa, destaca los aspectos sobre la salud más importantes basados en la evidencia epidemiológica de los hallazgos publicados en dos informes claves de ciencia y de políticas, de la Junta de Ciencia y Educación de la British Medical Association (BMA): *Towards Smoke-free Public Places*²² and *Smoking and Reproductive Life*.²³

Tabla 2: Efectos del humo de tabaco ajeno y fumado sobre la salud de mujeres, embarazadas y niños

	Tabaquismo activo	Exposición al humo ajeno
Mujeres	Cáncer de pulmón	Cáncer de pulmón
	Enfermedades respiratorias - Asma - Exacerbación del asma - Irritación vías respiratorias - Tos - Bronquitis - Falta de Aliento - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedades respiratorias - Asma - Exacerbación del asma - Irritación vías respiratorias - Tos - Bronquitis - Falta de Aliento/dificultad respiratoria - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Enfermedades circulatorias - Angina - Infarto de miocardio - Derrame cerebral	
	- Cáncer de mama: Evidencias confusas para concluir aumento de riesgo.	- Cáncer de mama: Evidencias confusas para concluir aumento de riesgo.
	Alteraciones del metabolismo hormonal sexual - Puede aumentar el riesgo de menstruación irregular y dolorosa - El cuerpo de las fumadoras tiende a desarrollar formas masculinas - Menopausia precoz - Doble riesgo de infertilidad, retraso en la concepción.	
Mujeres embarazadas	Incremento del riesgo de: - Embarazo ectópico - Aborto - Muerte fetal - Muerte neonatal - Ruptura prematura de membranas - Abrucción de la placenta - Placenta previa	1 de cada 5 embarazadas expuestas en casa 3 de cada 10 embarazadas expuestas en el trabajo
Mujeres en lactación	Reduce el aporte y la calidad de la leche, fumar afecta a la prolactina	Probablemente afecta la lactación
Bebés	Bajo peso al nacer Parto prematuro Malformación fetal (labio leporino) Deterioro función pulmonar Enfermedades respiratorias Incremento de muerte súbita	Deterioro función pulmonar Enfermedades respiratorias Muerte súbita
Niños	Retraso del crecimiento y del desarrollo, ECV, diabetes, obesidad Problemas de conducta - cólicos, déficit de atención, hiperactividad	Enfermedad del oído medio Desarrollo de asma Exacerbación del asma Retraso del desarrollo de la función pulmonar Cáncer infantil - incierto
Hombres	Riesgo de incremento de la impotencia sexual masculina en un 50% Reducción calidad del semen, daños en el esperma	Evidencia limitada sobre humo ajeno e impotencia

A continuación Matthew O'Callaghan y Eddie Cassidy del sindicato irlandés MANDATE que agrupa a trabajadores de Detallistas, Bares y Administrativos, asumieron el tema de la protección de la exposición al humo ajeno basándose en su experiencia durante el proceso de aprobación de la legislación sobre espacios sin humo de tabaco en Irlanda. Describieron como MANDATE fue capaz de persuadir a los sindicatos para que apoyaran la nueva legislación Resulto decisivo: divulgar los efectos en la salud del humo de tabaco ajeno, organizar seminarios para mantener informados a los sindicatos, reuniones con líderes claves y ganarse el apoyo de los sindicatos críticos con la propuesta de ley. Tras ganarse el apoyo de los sindicatos, estos se convirtieron en firmes partidarios a favor de la prohibición de fumar propuesta por el gobierno.

Brenda Fullard de Smokefree NorthWest (UK) describe un proyecto de hogar libre de humo de tabaco desarrollado e implementado en colectivos de barrios marginales de Merseyside (UK). Este proyecto se basó en los hallazgos de un estudio holandés, de 1996 sobre los factores conductuales que influyen en la exposición del tabaquismo pasivo de los niños, el cual concluyó que la educación para la salud debe enfocarse hacia el cambio de actitudes y el aumento de la auto eficacia de los padres así como en el aumento del conocimiento de las consecuencias en la salud de la exposición al humo de tabaco en los niños. Este proyecto prestó especial atención a la situación de los fumadores socialmente desfavorecidos y con bajo nivel educativo. El componente educativo facilitó materiales y formación de los profesionales de la salud a los padres. Los esfuerzos se completaron con una campaña mediática orientada a reforzar la habilidad de los no fumadores para tratar con los fumadores emitida por televisión, radio, posters, periódicos, y revistas. Las entrevistas con 324 padres y tutores reveló que antes de la implementación del proyecto se fumaba en el 79% de los hogares. La evaluación del proyecto encontró que entre 1996 y 1999 fumar en presencia de niños entre 0-10 años disminuyó del 41% al 18% y que el tabaquismo maternal decreció del 24% al 20%. Mientras que los materiales de la campaña mediática tuvieron escasa acogida, la formación aportó resultados positivos.

Maurice Mulcahy representando a la Western Health Board Ireland en su presentación "Smoke-Free Ireland" describió la exhaustiva investigación realizada para evaluar la ley

aprobada el 26 de Marzo de 2004, que ha marcado un hito histórico. De varios estudios, destacó el que evaluaba los niveles de cotinina en niños, éste evidenciaba que en hogares no fumadores reflejaron los mismos niveles de cotinina que los encontrados en la población general, mientras que los niños procedentes de hogares fumadores mostraban los mismos niveles que sus padres. En las mediciones realizadas previamente a la prohibición se encontró que el 93% de los niños mostraban tabaquismo pasivo; el 0.7% tabaquismo activo y 5 niños reflejaron niveles de cotinina tan elevados como los de empleados de bares. Los niveles de cotinina aumentaron de padres no fumadores a padre o a madre fumador/a solo/a o a ambos fumadores. Otro estudio sobre bares y humo ajeno en Irlanda, reveló que antes de la legislación los bares no podían controlar el humo ajeno en los momentos de más trabajo y 30 minutos de exposición a elevados niveles de humo repercutían en el rendimiento laboral de una persona. Se estimó que esta exposición causó 150 muertes por año. El descenso de la contaminación por humo de tabaco en los pubs examinados, de diferentes zonas, se reflejó en las tres mediciones previas a la implantación de la ley y culminó en las dos posteriores.

Kari Huseby, Directora del Departamento para el Control del Tabaco de Noruega, presentó una amplia panorámica sobre las conductas de consumo del tabaco y estadísticas de cáncer en base a la larga tradición en control de tabaco de Noruega y la reciente implementación y mantenimiento de la ley que entró en vigor el 1 de junio del 2004 sobre espacios libres de humo que tuvo un elevado cumplimiento, aunque algunos bares optaron por construir zonas señalizadas en el interior y otros solicitaron licencias para ampliar el servicio en el exterior. A los seis meses, no se observaron efectos negativos, debidos a la ley, en la economía del sector como cambios de empleo, quejas por impuestos sobre las ventas o quiebras del negocio. Los beneficios para los empleados incluyeron aumento de la calidad del aire interior, disminución de síntomas adversos en la salud y un pequeño, aunque significativo, cambio de problemas respiratorios entre los empleados. Entre los clientes, se observaron pequeños cambios en las pautas de alimentación y, respecto de la ley, aumentó el apoyo y la conformidad.

Karen Gutierrez, del Centres for Disease and Control and Prevention (CDC-USA) Consultora sobre medios de comunicación, presentó una

revisión internacional de campañas sobre espacios sin humo desde una perspectiva de las mujeres. Su conclusión general fue que las campañas de comunicación ayudan a cambiar las conductas individuales y las normas sociales si se han preparado estratégicamente, atendiendo al detalle y, son ejecutadas con excelencia. Presentó una variedad de ejemplos de campañas de marketing social desde su revisión global sobre cambios de conductas individuales, normas sociales y de cumplimiento de las políticas. La mayoría de los ejemplos se centraron en las mujeres, incluyendo camareras, y la protección de niños y familias expuestas al humo ajeno.



Figure 2: Karen Gutierrez presenta su revisión de campañas de marketing social dirigidas a mujeres.

La última ponencia fue asumida por Lorraine Greaves, Directora Ejecutiva del British Columbia Centre of Excellence for Women's Health de Canadá. Presentó la investigación, que encabezó desde su centro, que analizó las complejas dinámicas de las conductas de fumar en los hogares debidas a desequilibrios de poder. La ponencia comenzó con una sinopsis de la investigación conducida previamente mediante análisis de género de las políticas de control del tabaco en Canadá, como las regulaciones del humo ajeno, las advertencias de salud en los paquetes, las políticas de impuestos y de precio. Las conclusiones específicas sobre humo ajeno indican que las políticas tienen efectos diferentes en mujeres y en hombres y en personas con bajos ingresos. Los resultados de esta investigación se incluyen en una serie de informes *Filtered Policy: Smoking and Women in Canada*²⁴ y *Expecting to Quit: A Best Practices Review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Postpartum Women and Gils*.²⁶ A continuación describió los resultados procedentes de una investigación cualitativa que exploró la

convivencia de la pareja y las dinámicas familiares y examinó las diferencias de poder entre hombres y mujeres, el conflicto sobre fumar, diferencias en el estatus de fumar, embarazo y cuidado de los niños. El estudio incluyó a diversos tipos de mujeres como: Las que fumaban, las que vivían con fumadores, y las que trabajaban en lugares llenos de humo. El marcado carácter de género de las tareas domésticas, los roles y responsabilidades, incluyendo el cuidado de los niños y disponer de menos tiempo para el ocio es un fenómeno que afecta a todas las mujeres del mundo. Una conclusión clave fue que las mujeres asumen desproporcionadamente las responsabilidades domésticas.

Debate

Lorraine Greaves coordinó el debate revisando primero las ponencias expuestas durante los dos días, aportando sus reflexiones y planteando preguntas para encauzar el coloquio:

1. ¿Qué objetivo perseguimos con la regulación del humo ajeno? ¿La protección de la salud?. ¿La deshabituación?. ¿Debemos ser explícitas sobre los objetivos?
2. Desequilibrios y relaciones de poder. ¿Cómo deben ser los programas centrados en la mujer? Algunas relaciones claves: hijos/ padres; mujeres/ hombres, individuos/ grupos; público/profesionales de la salud; embarazada fumadora/ profesional de la salud; investigador-a/ planificador-a salud o político-a; fumadores/ no fumadores; empleados/ empresarios; personas enfermas/ personas sanas. ¿Quién tiene el poder y quien no?. ¿Tiene implicaciones en los mensajes de salud; implementación; ejecución?
3. Lugar – la importancia de la ubicación. ¿Las personas tienen mejor o peor estatus según la localización económica geográfica o social?
4. Contexto social de fumar y consecuencias no intencionadas de las restricciones de fumar. Por ejemplo, conflicto familiar; estigmatización de los fumadores.
5. Historia- la discusión actual refleja el inicio de la historia del tabaquismo sobre el embarazo que oponía la salud infantil y la materna. Se ha visto que aumentar la motivación de las mujeres para dejar de fumar da resultados y consecuencias perdurables

A continuación el debate identificó los desafíos y las oportunidades para el cambio. Los

desafíos incluyen las relaciones de poder en las diferentes situaciones en que ocurre la conducta de fumar. Por ejemplo, en casa donde los hombres imponen y establecen las reglas para fumar y las mujeres tienden a creer que ellas no tienen poder suficiente para cambiarlas. Otra relación de poder puede ser la que se establece entre una persona en el trabajo y su superior, en la cual la persona empleada percibe que tiene poco a hacer para cambiar la situación en su lugar de trabajo.

Desde una perspectiva cultural y social, la barrera principal que se opone a las políticas de espacios sin humo suele ser la industria del tabaco, que orienta a mantener el 'derecho a escoger' que tiene consecuencias devastadoras en la salud de determinados colectivos laborales. Esto es así porque las mujeres trabajan, de forma desproporcionada, en lugares en los que fumar se acepta como una conducta normal. Por esto surge la gran necesidad de exponer y desarrollar respuestas desde una perspectiva de género. Los ejemplos de Noruega e Irlanda, demuestran que la legislación sobre espacios sin humo a nivel nacional funciona.

Otro desafío importante ha sido el vacío de educación y de conocimiento sobre los efectos tóxicos específicos del humo ajeno, respecto a la adecuación de espacios interiores para personas fumadoras. El conocimiento de los efectos en la salud desde una perspectiva de las mujeres se debe incluir y fomentar en las políticas y las campañas mediáticas.

Se identificaron dos oportunidades:

La primera el CMCT que contiene el enfoque de género en las políticas de espacios sin humo. El artículo 8 incluye provisiones específicas para desarrollar espacios sin humo. En la interpretación del CMCT la Parte del Tratado, deben optar por las medidas más saludables para proteger la salud de sus ciudadanos del humo ajeno. Es más, el preámbulo del CMCT establece medidas específicas para que el tratado también se aplique en beneficio de las mujeres de todas las edades. Es legalmente vinculante y debe ser incorporado en los artículos del texto del tratado.

La segunda oportunidad viene del creciente impulso que se observa en los países de Europa para estar libres de humo. Irlanda, Noruega, Italia, Malta, Suecia, Escocia y el resto del Reino Unido han implementado o aprobado legislación completa que mejorará la salud de su población.



Figura 3: El grupo del Seminario celebra el 15 aniversario de INWAT durante un descanso

Recomendaciones del seminario:

Es esencial seguir avanzando hacia un mundo libre de tabaco basado en la aplastante evidencia de los efectos en la salud del tabaquismo y de respirar humo ajeno. Reconocida la nueva era del CMCT, es el momento apropiado para movilizar a los gobiernos europeos a implementar investigación, programas y políticas que protejan la salud de las mujeres de la exposición del humo de tabaco ajeno.

Dada la realidad de que muchas mujeres trabajan en entornos cargados de humo de tabaco, y se encuentran negativamente afectadas por las normas de poder establecidas en lugares como el hogar y resignadas a creer que ellas tienen poco o nulo control para crear espacios libres de humo, la Comité Ejecutivo de INWAT-Europa recomienda:

- Fomentar la legislación completa sobre humo de tabaco ajeno a nivel Europeo y nacional, dado que las mujeres suelen ocupar puestos de trabajo en los que se encuentran expuestas al humo de tabaco ajeno.
- Investigar y explorar los efectos en la salud del humo ajeno teniendo en cuenta las situaciones en que las mujeres se hallan altamente expuestas.
- Investigar sobre el tabaquismo en el hogar, teniendo en cuenta el rol de las relaciones de género e incluyendo las dinámicas de poder.
- Desarrollar, implementar y evaluar iniciativas de promoción de la salud, incluyendo las campañas mediáticas, para incrementar el conocimiento de los efectos del humo ajeno en la salud, especialmente en las mujeres, que

resulten efectivas para el cambio de actitudes y normas sociales, y refuerce la auto eficacia de las mujeres.

- Defender a nivel: local, nacional, europeo y mundial y animar a los políticos y

planificadores a incorporar la perspectiva de mujeres y tabaco en la investigación, en los programas, y en las políticas sobre humo ajeno.

Fuentes de Información

1. US Surgeon General – US Dept. of Health and Human Services, Washington, DC. (1986). *The Health Consequences of Involuntary Smoking, A Report of the Surgeon General*. Atlanta.
2. National Health and Medical Research Council. *Effects of passive smoking on health*. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1986.
3. International Agency for Research on Cancer. (1987). *IARC Monograph Supplement 7*. Geneva.
4. US Environmental Protection Agency. *Respiratory effects of passive smoking: lung cancer and other disorders*. Washington DC: Office of Research and Development; 1992.
5. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (1994). Federal Register Notice of Proposed Rulemaking. *Indoor Air Quality*. FR 59:15968-16039. Washington.
6. The California Environmental Protection Agency's Office of Environmental Health Hazard Assessment. (1997). *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke* Final Report.
7. Sasco A & G Dubois. *Passive smoking. The health impact. A European report*. Europe Against Cancer Program. Commission of the European Community; 1997.
8. Australian National Health and Medical Research Council. (1997). *Health effects of passive smoking*. Canberra.
9. UK Scientific Committee on Tobacco and Health: Department of Health, Department of Health and Social Services, Northern Ireland The Scottish Office Department of Health and Welsh Office. (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*.
10. Institute of Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health. (1999). *Environmental tobacco smoke*. Baltimore.
11. WHO, Tobacco-Free Initiative. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health Consultation Report*. 11-14 January 1999.
12. EURO-WHO, Tobacco-Free Initiative. (2000). *Air Quality Guidelines for Europe Second Edition*. WHO Regional Publications, European Series, Nr. 91. Available at: http://www.euro.who.int/document/e71922.pdf?bcsi_scan_5DDBF014F15F20A4=0&bcsi_scan_filename=e71922.pdf
13. American College of Occupational and Environmental Medicine. *Epidemiological Basis for an Occupational and Environmental Policy on Tobacco Smoke – Position Statement*. July 30, 2000. Available [April 8, 2006] http://www.acoem.org/position/statements.asp?CAT_A_ID=8
14. European Network of Smoking Prevention. (2000). *Smoke-Free Workplaces: Improving the Health and Well-being of People at Work European Status Report*. Brussels.
15. International Agency for Research on Cancer. (2004). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. Geneva
16. Office of Tobacco Control, Ireland and Health and Safety Authority. (2004). *Report on the Health Effects of Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the Workplace*. Kildare
17. Deutsche Forschungsgemeinschaft (2004) MAK- und BAT-Werte-Liste. (2003). *Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte; Mitteilung 39*. Wiley-VCH, Weinheim.
18. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal* (Clinical Research Ed). 17 January 1981;282(6259):183-5.
19. The Smoke free Partnership. (2006). *Lifting the smokescreen – 10 reasons for a smoke-free Europe*. Brussels.
20. The World Health Organization (2003). *Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva.
21. Bostock, Y. *Searching for the Solution: Women Smoking and Inequalities in Europe*. International Network of Women against Tobacco-Europe; 2003.
22. British Medical Association. (2002). *Towards smoke-free public places*. London.
23. British Medical Association. (2004). *Smoking and reproductive life*. London.
24. British Columbia Centre of Excellence in Women's Health. (2000). *Filtered Policy: Women and Smoking in Canada*. Vancouver.
25. British Columbia Centre of Excellence in Women's Health. (2003). *Expecting to Quit: A Best Practices Review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Postpartum Women and Girls*. Vancouver.

Anexo I - Participantes

Begoña Alonso (Spain)
Jefa del Servicio de Prevención y Control de
Enfermedades no Transmisibles
Xunta de Galicia

Amanda Amos (UK)
University of Edinburgh
INWAT-Europe Advisory Board Member

Barbara Bertram (Germany)
Cancer Research Centre in Heidelberg

Carmen Cabezas (Spain)
Subdirectora de Promoción de la Salud
Generalitat de Catalunya

Maite Casamitjà (Spain)
Junta de la Sociedad Española de Neumología

Eddie Cassidy (Ireland)
MANDATE

Brenda Fullard (UK)
Government Office for the North West
Department of Health, UK

Lorraine Greaves (Canada)
British Columbia Centre of Excellence for
Women's Health

Karen Gutierrez (USA)
Social Marketing Consultant

Margaretha Haglund (Sweden)
National Institute of Public Health
INWAT-Europe Advisory Board Member

Mervi Hara (Finland)
ASH Finland
INWAT-Europe Advisory Board Member

Irene Hernández del Rey (Spain)
Sociedad Catalana de Neumología

Kari Huseby (Norway)
Directorate for Health and Social Affairs

Sinéad Jones (UK/UICC)
International Union Against Cancer (UICC)

Rita Lindbark (Norway)
Directorate for Health and Social Affairs

Dolors Marin Tuya (Spain)
Unidad de Tabaquismo Health Clinic
INWAT-Europe Advisory Board Member

Cristina Martínez Martínez (Spain)
European Nurses & Midwives Against Tobacco

M. Pau Mariné (Spain)
Unidad de Tabaquismo Health Clinic

Maurice Mulcahy (Ireland)
Western Health Board

Mathew O'Callaghan (Ireland)
MANDATE Trade Union

Pepa Pont (Spain)
Unitat d'Educació per la Salut Generalitat
Valenciana

Trudy Prins (Netherlands)
STIVORO
INWAT-Europe Advisory Board Member

Martina Poetschke-Langer (Germany)
Cancer Research Centre in Heidelberg
INWAT-Europe Advisory Board Member

Sara Sanchez (Sweden)
Health Professionals against Tobacco

Elizabeth Tamang (Italy)
Centro Regionale di Riferimento per la
Prevenzione
INWAT-Europe Advisory Board Member

M. Lluïsa Usera (Spain)
Dirección General de Salud. Consejería de
Sanidad de Murcia

Carme Valls (Spain)
Presidenta del Centro de Análisis y Programas
Sanitarios

Araceli Valverde (Spain)
Departament de Salut. Generalitat de
Catalunya

Patti White (UK)
National Institute for Clinical Excellence
INWAT-Europe Advisory Board Member



INWAT
europe

International Network of Women against Tobacco - Europe