



TABAQUISMO

1.- Informe histórico de la incidencia del tabaco en la salud de las personas.

Desde fines de la década del 20 y hasta su fallecimiento en 1947 un científico que honra a la Argentina, el Dr. Angel Roffo fue el pionero en exponer la correlación entre tabaco y cáncer. Asociando la clínica con el trabajo experimental, sus trabajos, publicados en Revistas internacionales, avanzaron en el tema que alcanzaría gran desarrollo en las épocas siguientes.

En la revista Science en 1938 se publicó un artículo referido a los efectos del consumo de cigarrillos sobre la esperanza de vida, concluyéndose que los fumadores de más de 10 cigarrillos al día vivían menos que los que fumaban pocos cigarrillos, y por consecuencia que los no fumadores vivían más que los dos grupos anterioresⁱ.

A partir de 1950 se publicaron importantes estudios tal como el de Levin ML y col. vinculando claramente el consumo de cigarrillos con el cáncer de pulmónⁱⁱ. Y en 1951 Doll y Hill en Inglaterra estudiando médicos refirieron que los fumadores tenían cincuenta veces más probabilidades de contraer cáncer que los no fumadoresⁱⁱⁱ.

El Real Colegio Médico del Reino Unido en 1962 confirmó que el consumo de cigarrillos era una causa de cáncer y bronquitis y un factor que contribuía a las enfermedades coronarias.^{iv} Como un hito histórico, en los EEUU, el informe del Cirujano General en 1964 informó que el consumo de cigarrillos era causa de cáncer y bronquitis crónica^v.

Hirayama en Japón en 1981 examinó el riesgo de cáncer de pulmón en mujeres casadas con esposos fumadores y encontró una relación estadísticamente significativa entre exposición y mortalidad. Este fue el primer estudio que evaluó la importancia del consumo pasivo de tabaco como uno de los factores causales de cáncer de pulmón^{vi}.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo como factor de riesgo de las principales causas de mortalidad prevenible a nivel mundial. Estima que más de 1000 millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata a más de cinco millones cada año. El tabaco es el único producto de venta legal que consumido exactamente como se espera, puede llegar a matar hasta a la mitad de sus consumidores.

El consumo de cigarrillos es causante de diferentes enfermedades: cáncer en distintos aparatos, enfermedad cardiovascular y enfermedades respiratorias.

Los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de los EEUU luego de un estudio de años calificaron los riesgos de los fumadores sobre determinadas patologías en adultos, tal como se describe a continuación^{vii} (vale aclarar que un riesgo similar entre fumador y no fumador sería igual a 1, todo valor que sobrepasa dicho límite se considera con mayor riesgo relativo de enfermedad):



RIESGOS RELATIVOS POR ENFERMEDAD, SEGÚN SEXO Y

ANTECEDENTES TABÁQUICOS

Causas de Muerte	Varones		Mujeres	
	Fumador actual	Ex fumador	Fumador actual	Ex fumador
CÁNCER				
Labio, cavidad oral y faringe	10.89	3.40	5.08	2.29
Esófago	6.76	4.46	7.75	2.79
Páncreas	2.31	1.15	2.25	1.55
Laringe	14.60	6.34	13.02	5.16
Traque, Pulmón y Bronquios	23.26	8.70	12.69	4.53
Cervix Uterino	0.00	0.00	1.59	1.14
Vejiga Urinaria	3.27	2.09	2.22	1.89
Riñón y pelvis renal	2.72	1.73	1.29	1.05
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR				
Hipertensión Arterial	2.11	1.09	1.92	1.02
Isquemia Cardíaca				
Personas de 35-64 años	2.80	1.64	3.08	1.32
Personas mayores de 65	1.51	1.21	1.60	1.20
Otras enfermedades cardíacas	1.78	1.22	1.49	1.14
Accidente Cerebrovascular				
Personas de 35-64 años	3.27	1.04	4.00	1.30
Personas mayores de 65	1.63	1.04	1.49	1.03
Arteriosclerosis	2.44	1.33	1.83	1.00
Aneurisma de aorta	6.21	3.07	7.07	2.07
Otras enfermedades Arterial	2.07	1.01	2.17	1.12
ENFERMEDAD RESPIRATORIA				
Neumonía e Influenza	1.75	1.36	2.17	1.10
Bronquitis y Enfisema	17.10	15.64	12.04	11.77
Enf. Pulmonar obstructiva crónica	10.58	6.80	13.08	6.78



Si las tendencias actuales siguen su curso, para la década del 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año^{viii, ix}. Se estima que más de tres cuartas partes de esas defunciones se producirán en países de ingresos bajos y medianos.

En las Américas se producen 900 mil de defunciones anuales atribuibles al consumo del tabaco^x, lo que representa alrededor del 13% de todas las muertes. Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, el porcentaje aproximado de adolescentes de 13 a 15 años que consume tabaco es del 15 % en 13 de los 38 países de América, aunque en varios países supera largamente dicha tasa.

2- Adicción

El tabaquismo está asociado con la dependencia de la nicotina, pero el consumo de tabaco no es algo simple, se constituye como un comportamiento complejo y aprendido.

Las actividades, los pensamientos y las emociones de cada día son señales potentes que inducen a fumar.^{xi} Por ejemplo, algunas personas fuman para manejar el estrés, muchas otras fuman después de comer o beber alcohol.^{xii}

Tomar conciencia que es una adicción compleja puede ayudar a las personas a dejar de fumar. Tomar conciencia de ello explica también porque el fumador sigue fumando a pesar de conocer los riesgos para su salud y las consecuencias negativas que el mismo acarrea.

3.-Dificultades o imposibilidad para el abandono

Hay pruebas contundentes de los beneficios para la salud y de costo efectividad del tratamiento de la adicción al tabaco. Las personas que dejan de fumar antes de los 30 años de edad tendrán una expectativa de vida igual a la de aquellos que nunca han fumado. La mitad de los fumadores dejarán de fumar en algún momento de sus vidas pero en muchos casos será demasiado tarde. Existe una gama amplia de tratamientos seguros y eficaces.

El tratamiento de la dependencia de la nicotina es un componente fundamental de una política integral de control del tabaco de cualquier sistema de salud. El consumo de tabaco debe tener un manejo similar al de cualquier otro factor de riesgo como la hipertensión, la obesidad o el sedentarismo. Son necesarias intervenciones terapéuticas individuales pero son indispensables intervenciones poblacionales que logren hacer que el consumo de tabaco no sea algo normal y generen un ambiente social propicio para el abandono del tabaco.

Factores que dificultan el abandono del tabaco

Existen muchos factores interrelacionados entre si, como ser biológicos, conductuales y especialmente determinantes sociales, que se sinergizan y dificultan el abandono del consumo de tabaco. Entre ellos se pueden mencionar:



- Una predisposición genética a la dependencia de la nicotina,
- El grado de adicción a la nicotina, específico de cada fumador^{xiii},
- Los importantes síntomas del síndrome de abstinencia,
- Tratamientos médicos no totalmente efectivos,
- Los espacios sociales que promueven y estimulan el consumo de tabaco,
- Ciertos beneficios percibidos por el fumador, como ser la sensación de mayor capacidad de concentración,
- El control del peso sobre todo en las mujeres^{xiv, xv},
- Pacientes con patologías psiquiátricas^{xvi},
- El no entendimiento de la complejidad de la adicción,
- Considerar la adicción un “vicio” que se puede manejar cuando se lo desee.

Dejar de fumar no es fácil. Los fumadores a menudo hacen diferentes intentos sin éxito para dejar de fumar. Estudios en EEUU muestran que el 78 % de los fumadores intenta en el transcurso de un año el abandono, incluso con varios intentos. El éxito raramente supera el 2% al 3 % al cabo de dicho período.

Con ayuda profesional, tratamiento médico farmacológico continuo y apoyo psicológico, los mejores resultados apenas superan el 30-40 % de éxito al año de tratamiento.

4.- Es suficiente la formula “el fumar es perjudicial para la salud” para el conocimiento de todas las implicancias de la afectación del tabaco en la salud de las personas. Puede servir para evitar efectivamente su consumo.

Sobre la efectividad de las medidas, tipo información en la etiquetas tal lo requerido, es útil revisar el material conocido como MPOWER, herramienta propuesta por la OMS para instrumentar políticas costo efectivas contra el tabaquismo en el mundo^{xvii}.

“Pese a las pruebas concluyentes de los peligros del tabaco, el número de fumadores que comprende los riesgos que conlleva para su salud es relativamente escaso a nivel mundial. En general, la mayoría de las personas sabe que el consumo de tabaco es perjudicial, pero no es consciente del amplio abanico de enfermedades específicas que provoca, las probabilidades de discapacidad y muerte a consecuencia del consumo a largo plazo, la velocidad o el grado de la adicción a la nicotina, o las propiedades nocivas del humo ajeno.”.

“Las etiquetas con advertencias en los paquetes de tabaco son un método rentable de advertir sobre los peligros de consumir tabaco, ya que proporcionan mensajes sanitarios directos a los fumadores, y también a los no fumadores que ven los paquetes. Esta intervención se puede llevar a cabo prácticamente sin costo alguno para el gobierno.

La ley debe exigir claridad y visibilidad en el contenido y la presentación gráfica de las etiquetas con advertencias de los paquetes, y lo ideal es que ocupen al menos la mitad de su superficie principal expuesta. Las etiquetas con advertencias también deben describir las enfermedades y los efectos nocivos específicos causados por el hábito de fumar, y deben rotar periódicamente para seguir despertando interés entre la población. Las advertencias gráficas son eficaces para todos los fumadores, y especialmente importantes para las personas que no pueden leer o los niños pequeños cuyos padres fuman. Además, no debe permitirse que las etiquetas incluyan texto o cualquier otra indicación que sugiera que un determinado producto de tabaco es menos



perjudicial que otros, con expresiones tales como “con bajo contenido de alquitrán,” “livianos,” “ultralivianos” o “suaves.” No hay cigarrillos seguros, y el uso de esas expresiones sugiere incorrectamente que algunos productos son menos perjudiciales.

Como los riesgos sanitarios del consumo de tabaco están bien documentados, en general pueden promulgarse leyes que exijan etiquetas con advertencias sin que los fumadores se opongan a ello. Sin embargo, la industria tabacalera casi siempre opone resistencia a esos esfuerzos, en particular cuando se incluyen advertencias gráficas de gran tamaño, porque saben que son eficaces.”

Finalmente expresa que solo 15 países (6% de la población mundial) exigen pictogramas que cubran al menos 30% de la superficie principal de la caja y solamente 5 cumplen con todos los criterios estipulados en las mejores prácticas. Solamente 66 países tienen leyes que prohíben el mensaje engañoso en las cajetillas de “suave”, “extrasuave”, “light”, “bajo en alquitrán”. Canadá, Brasil, Uruguay y Panamá lideran la lista de países que en el continente han implementado advertencias efectivas en los paquetes de cigarrillos.

Estimamos que estas consideraciones abarcan todas las implicancias que la adicción genera en torno al conocimiento y el cambio de conductas y el rol que se le podría asignar a una frase como la señala en el título. Es importante rescatar que muy pocos países han avanzado en la regulación de las advertencias sanitarias.

En lo referente a nuestro país cabe señalar que a partir del año 2003, momento en el cual se crea el Programa Nacional de Control del Tabaco con el objetivo de desarrollar una política integral que busca trabajar sobre los principales determinantes del consumo: elevada accesibilidad, amplia presencia de imágenes positivas asociadas a su consumo, alta exposición al humo del tabaco ambiental, y baja capacidad de respuesta de los servicios para el tratamiento del tabaquismo.

Desde la creación del Programa se ha avanzado de forma significativa en el control del tabaco. Se han creado ambientes 100% libres de humo, desarrollo de estudios que han aportado información valiosa para la gestión, se han implementado legislaciones para el control de tabaco en la mayoría de las provincias y varios municipios, se han fortalecido los servicios para la cesación tabáquica, se sancionó la Ley Nacional N° 26687 de regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco, y se desarrollaron actividades de sensibilización y concientización.

A pesar de los avances, restan desafíos por delante en materia de tabaco: la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), la reglamentación de la Ley Nacional, la prohibición completa e integral de todas las formas de publicidad y patrocinio, el diseño de una política tributaria que aumente los precios de los productos de tabaco para garantizar de la forma más eficaz posible la reducción del consumo y el inicio en el consumo de los más jóvenes, entre otras.

ⁱ Pearl R. Tobacco smoking and longevity. *Science* 1938; 87:216–217.

ⁱⁱ Levin ML, Goldstein H & Gerhardt PR. Cancer and tobacco smoking: a preliminary report. *JAMA* 1950; 143:336–338.

ⁱⁱⁱ Doll R & Hill AB. A study of the aetiology of carcinoma of the lung. *British Medical Journal* 1950; 2:740–748.



-
- ^{iv} Royal College of Physicians of London. Smoking and Health. London: Pitman Medical, 1962.
- ^v US Department of Health, Education and Welfare. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington DC: US Government Printing Office; 1964.
- ^{vi} Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 1981 January 17; 282:183–185.
- ^{vii} Centro de Control de Enfermedades United States . Smoking attributable mortality, morbidity and economics costs (SAMMEC) Software 2002 <http://apps.nccd.cdc.gov/sammec>.
- ^{viii} Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442. En WHO REPORT on the global TOBA CCO epidemic, 2008 The MPOWER package
- ^{ix} Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498-1504.
- ^x OPS: Health In The Americas, 2007. Volume I—Regional
- ^{xi} Holbrook JH. Nicotine addiction. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine, edn 14*. Edited by Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al. New York: McGraw-Hill. 1998:2516–19.
- ^{xii} US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General, 1988*. Perceived functions of smoking pp395-399. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication No (CDC) 88–8406 URL: http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/Z/Z/_/nnbbzz.ocr
- ^{xiii} The Royal Society of Canada. *Tobacco, Nicotine, and Addiction/Tabac, Nicotine et Toxicomanie*, 1989
- ^{xiv} Hatsukami, Dorothy K. Targeting treatments to special populations. *Nicotine & Tobacco Research* 1999; 1: S195–S200.
- ^{xv} Shiffman S & Paton SM. Individual differences in smoking; gender and nicotine addiction. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;1: S153–S157.
- ^{xvi} Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence*. Rockville, MD: Public Health Service, US Department of Health and Human Services. Junio del 2000. Consultado el 14 de julio del 2009. URL: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf.
- ^{xvii} OMS. WHO REPORT on the global TOBA CCO epidemic, 2008 The MPOWER package