El consumo de Tabaco y sus implicaciones para la Salud y la Economía mundial

Autor: Noslen González Ortega

Resumen

En 1987, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dispuso que el día 31 de mayo de cada año se celebre el Día Mundial Sin Tabaco, para llamar la atención de todos los países hacia la epidemia del tabaquismo. Es de suma importancia reconocer que la relación entre tabaco y afectación para la salud esta más que probada y a pesar de esto, los productos derivados del tabaco siguen siendo de consumo legal con los riesgos que implica para el consumidor, esta legalidad no exime a los estados de establecer planes y medidas de prevención, control y fomentar el abandono de este habito. En vista de la importancia y la magnitud del problema del consumo de productos derivados del tabaco a escala global, el objetivo de este artículo es describir con detalle, la implicación para la salud colectiva e individual del consumo de los mismos y las acciones concretas de varios países y organismos internacionales para prevenir el uso y fomentar el abandono de este habito. La Metodología ha sido de carácter documental, sustentada en la revisión bibliográfica y el análisis de contenido. Se concluye que el tabaquismo constituye uno de los principales problemas de salud pública que involucra todos los niveles de atención en salud, además de comprometer otros ámbitos de la sociedad. En este orden de ideas, al constituir la principal causa previsible de enfermedad y muerte prematura, prevenir el consumo de tabaco y otras drogas es obligación tanto del estado como de la sociedad en general.

Palabras Clave: Tabaquismo, Tabaco sin humo, Adicción, nicotina, Cesación

Abstract

In 1987, the World Health Organization (WHO) ordered that the World No Tobacco Day be celebrated on May 31 of each year, to draw the attention of all countries to the tobacco epidemic. It is of the utmost importance to recognize that the relationship between tobacco and health effects is more than proven and despite this, tobacco-derived products continue to be legal for consumption with the risks that this implies for the consumer, this legality does not exempt states to establish plans and measures for prevention, control and encourage the abandonment of this habit. In view of the importance and magnitude of the problem of consumption of tobacco products on a global scale, the objective of this article is to describe in detail the implication for collective and individual health of their consumption and the specific actions of various countries and international organizations to prevent the use and encourage the

abandonment of this habit. The Methodology has been of a documentary nature, based on the bibliographic review and content analysis. It is concluded that smoking is one of the main public health problems that involves all levels of health care, in addition to compromising other areas of society. In this order of ideas, since it constitutes the main predictable cause of illness and premature death, preventing the consumption of tobacco and other drugs is an obligation of both the state and society in general.

Keywords: Smoking, Smokeless tobacco, Addiction, nicotine, Cessation

Introducción

La Organización mundial de la salud (OMS) denomina a los productos del tabaco como: los que están fabricados total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, aspirar por la nariz o masticar y al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. El tabaco es la causa de defunción de más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y el resto no fumadores expuestos al humo ajeno.

Históricamente, se conoce que el tabaco es una planta originaria de América que por lo general tuvo uso ceremonial entre los indios americanos, también se ha descrito que en América del Norte los aborígenes también usaban el tabaco (pipa de la paz), sin embargo, en la cultura andina no se evidencia el uso del tabaco. Entre otros usos se ha descrito en la antigüedad el uso de tabaco en la medicina para el tratamiento de algunas enfermedades en infusiones y como relajante muscular, en forma de enemas y en la reducción de fracturas.

El tabaquismo constituyó la mayor pandemia del Siglo XX , casi el 80% de los fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde aumenta la morbilidad y mortalidad asociada a esta causa, su consumo es factor de riesgo para varias enfermedades crónicas, como las enfermedades pulmonares y cardiovasculares, además del cáncer.

La industria tabacalera gasta miles de millones de dólares cada año en publicidad atractiva y elaboran anuncios que presentan el acto de fumar como algo emocionante, elitesco y no peligroso, esta incitación al consumo también se muestra en juegos de video, en la televisión e Internet. Los jóvenes que ven a los actores fumando en las películas, se identifican con la imagen que proyectan y quieren imitarlos.

¿Por qué la gente fuma?

La mayoría de los fumadores comienzan el hábito en la adolescencia, en mayor frecuencia quienes tienen amigos y/o padres fumadores, respecto a las personas que no están rodeados de fumadores.

El gran problema después que un fumador inicia el hábito, lo constituye la necesidad impulsiva de seguir consumiendo, que es lo que se conoce como Adicción, esta viene determinada por ciertas sustancias contenidas en los cigarros y otros derivados del tabaco, siendo la más importante la nicotina.

El Tabaquismo es una adicción en vista de que cumple con las siguientes características:

• Conducta compulsiva, repetitiva

• No poder parar cuando se quiere, a pesar de conocer el daño que causa

• Tolerancia: cada vez se necesita más sustancia para conseguir el mismo efecto.

• Síndrome de abstinencia: aparición de síntomas que causan malestar o incomodidad cuando se disminuye o cesa el consumo del producto.

• Alteración de los aspectos de la vida diaria y social del adicto.

Como en todas las adicciones se encuentran presentes factores biológicos, psicológicos y sociales a tomar en cuenta como la predisposición genética y personalidad vulnerable, en este sentido una persona con estos síntomas pueden consumir nuevamente el tabaco con el fin de detenerlos al aumentar los niveles sanguíneos de nicotina.

Principales componentes del cigarrillo

Se estima que el 50% del cigarrillo está compuesto por hojas de tabaco, el 30% por tabaco reconstituido y el 20% por tabaco expandido con dióxido de carbono. El componente principal de las hojas de tabaco es la nicotina, la cual se absorbe rápidamente y llega al sistema nervioso central (SNC) en 10 segundos, por esta razón es altamente adictiva. Se puede decir que el nivel de efectividad de la nicotina en lo que refiere al nivel de dependencia, que es superior al de la cocaína y la heroína, por ello es importante saber que aunque el 70% de los fumadores deseen dejar de fumar en un año, solo lo logra el 3% sin ayuda.

A manera de ejemplo, la mayoría de los cigarros de tamaño regular tiene tanta nicotina como varios cigarrillos. Los cigarrillos contienen alrededor de 8 miligramos (mg) de nicotina en promedio, pero sólo suministran entre 1 y 2 mg al fumador. Muchas marcas populares de cigarros más grandes tienen entre 100 y 200 mg, o incluso hasta 444 mg de nicotina

En los productos de tabaco sin humo, la nicotina se mide en miligramos (mg) de nicotina por gramo (g) del tabaco. Se ha encontrado que esto varía mucho, por ejemplo tanto como de 4 a 25 mg/g para el rapé húmedo, 11 a 25 mg/g para el rapé seco y 3 a 40 mg/g para el tabaco que se mastica; sin embargo, los niveles sanguíneos de nicotina han demostrado ser en gran parte los mismos al comparar a los fumadores con los que usan tabaco sin humo.

El tabaco reconstituido está conformado por la mezcla de tallos molidos, polvo de tabaco y tabaco reutilizado a la que se le agregan más aditivos químicos, estos elementos son fundamentales en la fabricación del producto de tabaco y tienen dos funciones: Manipular el contenido de nicotina (ejemplo agregando amoníaco que aumenta la liberación de la nicotina) y suavizarla aspereza del tabaco (por ejemplo agregando azúcar, chocolate, miel, mentol).

La lista completa de aditivos no se conoce en su totalidad, sin embargo hay un estimado de más de 600; al momento de encender un cigarrillo se genera un proceso de combustión incompleta con temperaturas que llegan a los 1000 °C transformando los componentes originales de la planta.

Cabe resaltar que del humo que se produce al encender un cigarrillo sólo entre el 5-8% es visible, el resto está compuesto de gases no visibles entre los que se incluye el gas cianhídrico y el CO2 (monóxido de carbono) un gas tóxico que constituye del 3 % al 6% del humo inhalado, estos gases interfieren en el transporte de oxígeno, es decir que al fumar todos los órganos reciben menos oxígeno.

Afectación del tabaco en el organismo

Problemas Cardiacos: Dos ingredientes químicos del tabaco pueden influir para que éste favorezca la isquemia coronaria:

Nicotina: Desencadena la liberación de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que producen daño en el endotelio o pared interna de las arterias, aumenta el tono coronario con espasmo, produce alteraciones de la coagulación aumentando la capacidad de las plaquetas de formar coágulos, además, incrementa los niveles de colesterol malo, LDL o aterogénico y reduce los de HDL (colesterol bueno). La concentración de nicotina en sangre es directamente proporcional al grado de inhalación, más que al contenido de nicotina del propio cigarro.

Monóxido de carbono: Disminuye el aporte de oxígeno al músculo cardíaco o miocardio y al igual que la nicotina, aumenta el colesterol y la agregabilidad plaquetaria.

Problemas pulmonares: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC, comprende un grupo de afecciones que obstruyen la circulación del aire en los pulmones causando problemas en la respiración. Entre estas enfermedades se encuentran el enfisema, la bronquitis crónica y el asma.

La EPOC hace que circule menos aire por las vías respiratorias (los conductos que llevan el aire hacia y desde los pulmones) debido a uno o más de los siguientes factores:

- Las vías respiratorias y los alvéolos pulmonares, que es la última parte de los pulmones, pierden su capacidad para estirarse y contraerse.
- Las paredes entre los alvéolos se destruyen.
- La mucosa o pared interna de las vías respiratorias se engrosan e inflaman
- Las vías respiratorias producen más mucosidad de lo habitual, lo que puede bloquearlas e impedir el flujo de aire.

Cavidad bucal: El hábito de fumar se asocia a la alteración del microambiente y lo condiciona para que se instauren afecciones como: Lesiones Premalignas, Cáncer Bucal, Melanoma del fumador, Cicatrización retardada de las heridas, Halitosis y la Enfermedad Periodontal que se refiere a todas las enfermedades que afectan a las estructuras de sostén de los dientes. La circulación del humo del tabaco en la boca, constituye una micro agresión

contínua que afecta además de los Dientes a la Cavidad Bucal, Faringe, Laringe, Senos Paranasales y la parte superior del Esófago.

El Tabaquismo, aumenta la producción de saliva y favorece la mineralización de la Placa bacteriana y la formación de Sarro en el diente, por lo que los pacientes fumadores presentan mayores índices de Caries dental y Candidiasis bucal. Adicionalmente, en el paciente fumador pueden producirse múltiples micro nódulos blanquecinos de distribución difusa por el paladar, como consecuencia del efecto irritativo del humo sobre los tejidos, que dan lugar a la Estomatitis del fumador.

Tejido conectivo, piel y sangre: La nicotina presente en el cigarrillo, también afecta la cicatrización de heridas por el aumento de la adhesión Plaquetaria, el riesgo de Oclusión Microvascular Trombocítica y la isquemia tisular, reduciendo la proliferación de Células Sanguíneas rojas, fibroblastos y macrófagos .

Es importante destacar que los efectos del tabaco no solo son para los consumidores, sino también para sus allegados, según datos del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) en España el número de defunciones de fumadores pasivos anualmente esta alrededor de 6.200, de los cuales, 5.000 fallecen por aspirar el humo en su propio hogar y el resto por hacerlo en su entorno laboral, se ha incrementado de 20 a 50% el riesgo de presentar cáncer de pulmón en las personas que conviven con fumadores. Una persona que vive con alguien que fume una cajetilla diaria es como si fumara también la misma cantidad de cigarrillos.

Entonces ¿Por qué es difícil dejar el hábito?

Habitualmente, a las personas que han consumido tabaco por unas semanas o más se les presentarán síntomas de abstinencia a la adicción, si repentinamente dejan de usar el tabaco o reducen significativamente la cantidad que consumen. La abstinencia a la nicotina no representa un peligro para la persona, aunque los síntomas pueden ser incómodos aparecen pocas horas después del último consumo y alcanzan su mayor intensidad aproximadamente de dos a tres días después cuando la mayor parte de la nicotina y sus derivados ya no están en el organismo.

Estos síntomas pueden durar unos días hasta varias semanas, y se irán aliviando cada día que se esté sin consumir tabaco, de estos los más frecuentes son: cansancio, aumento del apetito, aumento de peso, ritmo cardíaco más lento, estreñimiento y gases, tos, boca seca, dolor de garganta y goteo nasal, sensación de presión en el pecho.

Tabaco sin humo

El tabaco sin humo es aquel que se consume sin combustión, ya sea por la vía oral: mascado, chupado o aplicado en las encías (ej. chimó, snus, etc) o por vía nasal. El Caribe es la subregión en la cual el consumo de este tipo de

tabaco es más prevalente, en este orden de ideas, las encuestas de adultos en donde la información sobre uso de productos de tabaco sin humo está disponible, muestran que su consumo es bajo.

Para el año 2013, según Organización Panamericana de la Salud en su Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas, las cifras en Venezuela estaban alrededor de 3.5%. En lo relacionado al consumo según sexo, en general hay predominio en los hombres jóvenes respecto al consumo de tabaco sin humo que sus las mujeres del mismo rango de edad.

Una influencia más reciente en el uso del tabaco es el cigarrillo electrónico y otros dispositivos de alta tecnología para vaporear ("vaping") que está en boga en estos años. Su diseño simula el consumo de tabaco sin quemarlo directamente, utilizan una resistencia, baterías para calentar y vaporizar una solución líquida.

A menudo son vistos como inofensivos y más fáciles de conseguir y usar que los productos del tabaco tradicional con colores, modelos y diseños atractivos para los consumidores, representan para los nuevos usuarios una gran manera de aprender a inhalar e iniciarse como adictos a la nicotina, lo que les puede preparar para convertirse en fumadores de tabaco, derivados de cannabis u otras sustancias.

En la Región de las Américas, la atención en la lucha Anti tabaco ha sido concentrada generalmente en el consumo de cigarrillos, dejando de lado otros productos derivados del tabaco, como pipas de agua y el tabaco sin humo, ya que erróneamente se cree que el tabaco sin humo es una alternativa menos nociva al tabaco que se fuma, además es más económico y es visto como una opción en los lugares donde se prohíbe fumar, por todo lo antes expuesto no debería dejar de vigilarse la evolución del consumo de estos productos.

Indicadores Internacionales

Al hablar de efectos del tabaquismo o al momento de realizar investigaciones clínicas referentes al tema, se hace necesario conocer los términos empleados para evaluar el consumo de tabaco, que a su vez son indicadores aprobados internacionalmente y se pueden emplear en la consulta o en encuestas de programas anti tabaco de los diferentes sistemas de salud a nivel mundial.

En la 56ª Asamblea Mundial de la Salud llevada a cabo el 21 de mayo del 2003 se presentó el convenio marco de la OMS para el control del tabaco CMCT, que fue aprobado de manera unánime por más de 170 países y constituyó el primer paso en la lucha mundial contra la epidemia de tabaquismo y se convirtió en uno de los pactos de más rápida aceptación en la historia de las Naciones Unidas.

El tratado presenta un modelo para los países que buscan reducir la oferta y la demanda de tabaco. En él se incluyen

mecanismos para disminuir la demanda de productos de tabaco; su aplicación integral frena el inicio del consumo por parte de los jóvenes, además, protege a los no fumadores de la exposición al humo ajeno y también ayuda a los consumidores a abandonar el consumo y a los ex consumidores a mantener la abstinencia. En el marco de este convenio se elaboraron indicadores a tener en cuenta para evaluar estrategias implementadas según lineamientos de la OMS para la lucha anti tabaco, algunos de estos se describen a continuación

A) Adultos:

Fumador actual: es alguien que bien fuma todos los días (fumador diario) o que fuma en la actualidad, pero no todos los días (fumador ocasional o no diario).

La definición de fumador diario varía en las distintas encuestas empleadas en cada país, pero a menudo se refiere a una persona que fuma cualquier producto de tabaco al menos una vez al día durante un período determinado anterior a la fecha de la encuesta.

Fumador ocasional: es una persona que fuma cualquier producto de tabaco de manera no diaria durante un período determinado anterior a la fecha de la encuesta o consulta. Los fumadores ocasionales incluyen: reductores (personas que solían fumar a diario, pero que ahora no fuman todos los días), ocasionales continuos (personas que nunca han fumado a diario, pero que han fumado 100 o más cigarrillos o la cantidad equivalente de tabaco - en su vida y ahora fuman ocasionalmente) y experimentadores (personas que han fumado menos de 100 cigarrillos o la cantidad equivalente de tabaco en su vida y ahora fuman de vez en cuando).

Antiguo fumador o ex fumador: persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos o tabaco equivalente en su vida, pero que en la actualidad no fuma en absoluto.

Una persona que no ha fumado nunca, es aquella que jamás ha fumado ningún producto de tabaco en toda su vida, sin embargo debe diferenciarse este termino de consumidor actual de tabaco sin humo, que suele referirse a alguien que consume cualquier producto de tabaco sin humo al menos una vez durante un período determinado, anterior a la fecha de la consulta o encuesta.

Cuando se habla del tabaco sin humo pueden incluirse: tabaco de mascar en hojas, polvo dentífrico rojo, rapé húmedo, pastillas de tabaco, rapé en pasta, tabaco soluble y cualquier otra forma de tabaco que se fuma.

Al clasificar a los consumidores de tabaco sin humo, se utilizan los mismos parámetros que se emplean para la clasificación de las personas que fuman el producto de tabaco: consumidor diario, consumidor ocasional, antiguos consumidores, personas que nunca han consumido tabaco sin humo.

B) Jóvenes

Considerar este grupo en un rango de edad entre 12 a 17 años, menores a 18 años (o lo determinado en la metodología de cada encuesta.) El límite superior de edad para la juventud también puede definirse por la mayoría de edad según lo establecido en las leyes de cada país. Se justifica realizar una clasificación para los jóvenes en vista de que los comportamientos de riesgo que comienzan en la infancia, a menudo continúan hasta la edad adulta.

Es importante recordar que el tabaco es una sustancia adictiva y se suele comenzar a fumar en la adolescencia antes del desarrollo de la percepción del riesgo, ya en el momento en el que se reconoce el riesgo para la salud los adictos tienen dificultades para suspender el consumo de tabaco. Esta clasificación comprende a los fumadores jóvenes actuales y los consumidores jóvenes actuales de tabaco sin humo, con los mismos criterios de periodicidad de los adultos.

C) Exposición al humo de tabaco de la población adulta y jóvenes:

La exposición en el hogar, se define como los encuestados que notifican que otra persona fuma en su hogar al menos una vez durante un período determinado anterior a la fecha de la encuesta

La exposición en el lugar de trabajo, se define como otras personas que fuman en el lugar de trabajo en presencia del encuestado al menos una vez durante un período determinado, anterior a la fecha de la encuesta.

La exposición en el transporte público, comprende a otras personas que fuman en presencia del entrevistado en el transporte público por lo menos una vez durante un período determinado, anterior a la fecha de la encuesta.

La exposición en el transporte público, comprende a otras personas que fuman en presencia del entrevistado en el transporte público por lo menos una vez durante un período determinado, anterior a la fecha de la encuesta o consulta médica.

La exposición de jóvenes al humo de tabaco en el hogar, se define como otras personas que fuman en presencia del entrevistado en su hogar por lo menos una vez durante un período determinado anterior a la fecha de la encuesta.

La exposición de jóvenes al humo de tabaco en lugares públicos, se define como los jóvenes que informan de que otras personas fuman en lugares públicos en su presencia por lo menos una vez durante un período determinado anterior a la fecha de la encuesta.

Otras codificaciones:

Manual DSM IV: F17.2 Trastornos por consumo de nicotina, F17.3 Abstinencia de nicotina.

CIE 10 abreviada: CIE 21.6. 7.

Evolución histórica del Tabaquismo y su repercusión en la economía Global

El tabaquismo constituyó la mayor pandemia del Siglo XX, siendo la población más vulnerable las mujeres y los jóvenes según el Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer nivel de Atención de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), históricamente, se conoce que el tabaco es una planta originaria de América que por lo general tuvo uso ceremonial entre los indios americanos, entre otros usos se ha descrito en la antigüedad el uso de tabaco en la medicina para el tratamiento de algunas enfermedades en infusiones y como relajante muscular, en forma de enemas y en la reducción de fracturas.

El informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en 2002, clasifica la evolución histórica de la epidemia Tabáquica desde el punto de vista epidemiológico en cuatro fases o etapas, a saber:

Fase inicial o fase I, en esta fase hay una prevalencia por debajo del 15% en los varones, y muy inferior en mujeres. El consumo anual por adulto es menor a 500 cigarrillos, no hay datos de mortalidad que justifiquen las muertes atribuibles al tabaco. Esta fase puede durar una o dos décadas.

En la fase II la prevalencia en los varones puede ubicarse entre el 50 y 80% con pocas personas clasificadas como ex fumadores. No hay relación entre clase social y el hábito de fumar, la prevalencia en mujeres es menor sin embargo en aumento y el consumo anual por adulto alcanza cifras de 1.000 a 3.000 cigarrillos (2.000-4.000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco, Es en esta fase cuando se registran los primeros y tímidos intentos de prevención y puede durar 2-3 décadas.

Fase III, Disminuye la prevalencia entre los varones de hasta 40% y los ex fumadores son un segmento importante y creciente de la población masculina. Se aprecia un claro aumento de los consumidores entre varones de clase baja, que posteriormente se extenderá a las mujeres, en las que se da una estabilización del hábito, sin alcanzar los niveles que tuvo en los varones para alcanzar posteriormente un descenso en el consumo de este género. En lo relacionado al consumo anual por adulto, es de 3.000 a 4.000 cigarrillos y la mortalidad asociada al tabaco se ubica entre un 25-30% del total en los varones y un 5% en las mujeres. En esta fase se evidencian programas de control cada vez más integrados y coordinados, siendo su duración de tres décadas aproximadamente. 23

En la fase IV la prevalencia por sexos se iguala: en los varones baja al 35%, mientras que en las mujeres llega al 30%, la mortalidad atribuible al tabaquismo alcanza las mayores cifras 30-35% en los varones y 20-25% en las mujeres, se aprecia igualmente un aumento en el consumo de tabaco en personas de clases sociales bajas, con bajo nivel de instrucción. En esta fase, se avanza en el

tema de ambientes sin humo para la prevención.

La mayoría de los países se ubican en las fases III y IV, con variaciones dependiendo si son países en Vías de Desarrollo o países Desarrollados. El informe SESPAS ejemplo, sitúa a España entre esas dos fases, se explica que hubo un enlentecimiento de la fase II en vista del bajo poder adquisitivo durante y después de la segunda guerra mundial, donde los fumadores consumían poco tabaco por su pobreza, situación que mejora exponencialmente en los años sesenta.

En este orden de ideas, la bibliografía relata que la creación de la máquina productora de cigarrillos a principios del siglo XX, se relacionó con el aumento de la disponibilidad y la fácil accesibilidad de este producto a las masas. Se conoce que en la Primera Guerra Mundial se entregaron cigarrillos gratuitamente sólo a los hombres y en la Segunda guerra mundial a ambos sexos, lográndose de esta manera una extraordinaria estrategia de mercadeo para que el cigarrillo fuese parte acompañante de todos los jóvenes. Es de hacer notar, que la publicidad asoció su uso al éxito y el cine y la radio de la época se convirtieron en los primeros grandes difusores del cigarrillo, asociando su consumo a la imagen del hombre y la mujer triunfadores.

Ya en nuestros días se puede evidenciar , por datos de los Centros para el control y la Prevención de enfermedades (CDC) que en Estados Unidos, cada año más de 96 mil millones de dólares se destinan a los cuidados a la salud asociados al tabaquismo, esto sin incluir los costos por la atención médica a las quemaduras resultantes de incendios causados por productos de tabaco, la atención perinatal a bebés nacidos con bajo peso debido a que sus madres fumaron durante el embarazo, ni tampoco los costos médicos asociados con las enfermedades que son causadas por la inhalación pasiva del humo.

El instituto nacional para la salud (NIH) de los Estados Unidos, calcula que los costos por la disminución en la productividad debido a los efectos del tabaco están alrededor de 97 mil millones de dólares anuales, por lo que la carga económica del tabaquismo se eleva, de acuerdo a un cálculo conservador, a unos 193 mil millones de dólares cada año.

En 2015, Pichón y colaboradores determinaron el Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina, un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional con el fin de estimar los costos médicos directos atribuibles al tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina; mediante un modelo de micro simulación se cuantificó el impacto económico en enfermedad cardiovascular y cerebrovascular.

Estrategias internacionales de prevención

Al hablar de las limitaciones para la prevención, es importante destacar que uno de los factores que disminuyen la

efectividad de los planes anti tabaco implementada por los gobiernos de diferentes países, lo constituye la elevada prevalencia del tabaquismo en profesiones clave, esto ha sido un obstáculo para avanzar en la prevención.

Los trabajadores de salud, especialmente médicos fumadores no suelen considerar como un problema de salud el tabaquismo de sus pacientes y, los educadores que tienen este hábito, no pueden ejercer un rol ejemplar. Por otra parte, en estas circunstancias las instituciones y/o corporaciones que agrupan a estos profesionales no han tenido un rol preventivo relevante, ni han estimulado la intervención de la administración.

En este mismo orden de ideas, en Uruguay por ejemplo, los datos de la prevalencia del tabaquismo en médicos se ubican en 27% lo que implica un mensaje contradictorio a la población, con la consiguiente dificultad para ofrecer ayuda para los fumadores. En Perú se realizó una encuesta anónima a 588 trabajadores del instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN) en la cual se encontró una prevalencia de tabaquismo de 18,7%. En la distribución por grupos, se pudo observar que los empleados son los que más fuman con un 30%, seguido por los médicos con un 21,8%; nutricionistas con 15,8% y el personal de enfermería con un 10,5%.

Se han visto progresos en la intención de dejar de fumar de la población, específicamente en España en la década del 2000, los fumadores respondían en las encuestas que nadie les aconsejaba dejar de fumar, Según Pichón y Colaboradores mientras que ahora aproximadamente el 50% dice que su médico se lo ha pedido, por esto es aconsejable que el cambio inicie por los proveedores de salud. En este sentido, aun queda mucho por hacer y se espera que muchos profesionales de la salud dejen de fumar, si se quiere un sistema sanitario más sensible a las necesidades de los pacientes con este hábito.

Algunas recomendaciones que da el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, para el equipo de salud especialmente a los médicos que deseen desarrollar en sus pacientes o comunidades un plan de cesación del consumo de tabaco, se fundamentan en tres pasos fáciles de recordar como una mnemotécnica: ABC.

A: averigüe, pregunte a todas las personas que acuden a los servicios de salud si consumen productos del tabaco y anote en la historia clínica. 28

B: breve consejo, las personas que acuden a un servicio de salud deberán recibir un breve consejo, está demostrado que el consejo de algún integrante del equipo de salud, de tan solo medio minuto, puede fomentar el intento de cesación de un fumador.

C: cesación, en todos los casos debe brindarse ayuda práctica mediante la planificación de estrategias y apoyo, incluyendo la determinación de una fecha para el abandono, se puede

utilizar entrega de material gráfico, consejo breve, apoyo conductual individual o grupal, o todas estas estrategias juntas, a mayor calidad y cantidad de intervenciones, mayor será el éxito obtenido en la cesación y la prevención de la recaída.

Los esfuerzos internacionales dirigidos por la OMS condujeron a la rápida entrada en vigor del CMCT. Con el fin de ayudar a todos los países a cumplir la promesa de este convenio y convertirlo en una realidad a escala mundial se presentó en el año 2008 la estrategia técnica MPOWER como una respuesta que colabore con la aplicación del CMCT a nivel mundial, apoyadas en el reglamento de este convenio las siglas significan:

• (M) Monitor vigilar el consumo de tabaco. El Art. 20 del CMCT de la OMS requiere que las Partes establezcan, según proceda, programas de vigilancia a escala nacional, regional y planetaria para conocer los determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.

• (P) Protect proteger a la población del humo de tabaco

El Art. 8 del CMCT OMS y sus directrices requieren que se proteja a todas las personas contra la exposición al humo de tabaco.

• (O) Ofter ofrecer ayuda para el abandono del tabaco. En virtud del Art. 14 del CMCT OMS y sus directrices cada Parte tiene la obligación de elaborar 29 y difundir directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, además se deben adoptar medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.

• (W) Warn advertir de los peligros del tabaco. El Art. 11 del CMCT OMS requiere que cada Parte adopte medidas que incluyan la presentación de una serie rotativa de advertencias de tipo sanitario y otros mensajes adecuados en los paquetes de productos de tabaco, estos deben cubrir el 50% o más de las superficies principales expuestas y que preferentemente incluyan imágenes o pictogramas, además deben asegurarse que en el empaquetado no se promocione falsamente el producto.

• (E) Enforce hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio. En virtud del Art 13 del CMCT OMS y sus directrices, las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio disminuirían el consumo de productos derivados del tabaco. En los pocos casos en que un país no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a su constitución o sus principios constitucionales, aplicará las siguientes restricciones: prohibir la publicidad engañosa, exigir que las advertencias sanitarias estén presentes en toda publicidad, restringir el uso de incentivos que estimulen la compra de productos

del tabaco, y prohibir o restringir la publicidad, promoción y patrocinio en la mayor cantidad de medios posibles. Además se debe exigir a la industria del tabaco que revele sus gastos en publicidad, promoción y patrocinio.

• (R) Raise aumentar los impuestos al tabaco. El Art. 6 del CMCT de la OMS, se establece que las Partes reconocen que las medidas relacionadas con los precios y los tributos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, sobre todo los jóvenes y las personas de menores ingresos, reduzcan su consumo de tabaco. Cada Parte deberá aplicar políticas fiscales y de precios a los productos de tabaco a fin de contribuir a los objetivos de salud tendientes a la reducción de su consumo.

Hay datos del avance y eficacia de la estrategia MPOWER en Latinoamérica, en México desde 2011 se implementó la estrategia técnica de trabajo MPOWER liderado por la OPS/OMS México brindándose cooperación técnica y financiera tanto a nivel nacional como estatal, en coordinación con todos los actores Mexicanos e internacionales involucrados; luego de 5 años, al analizar la eficacia de este plan de trabajo se puede evidenciar el siguiente balance de esta estrategia:

(M) Monitoreo de la epidemia del tabaquismo: abordado de manera parcial mediante el Sistema de Encuestas Nacionales en Salud, de la cual se desprende la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), y otros instrumentos de monitoreo como la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes.

(P) Protección de la población del humo del tabaco: Es regulada de manera parcial e incumple con el CMCT de la OMS, toda vez que permite áreas exclusivas para fumar en lugares cerrados

(O) Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco: el tema se considera un área de oportunidad ya que los tratamientos farmacológicos aún son de acceso limitado.

(W) Advertir sobre los peligros del tabaco: en 2011 se incorpora de manera obligatoria pictogramas y advertencias sanitarias que ocupen el 30% de la cara anterior, 100% de la cara posterior y 100% de una de las caras laterales de la cajetilla de cigarrillos.

(E) Publicidad, promoción y patrocinio: la LGCT permite la publicidad en revistas para adultos, correo personal y en establecimientos de acceso exclusivo a mayores de edad.

(R) Aumentar los impuestos al tabaco: En 2010 el Congreso de la Unión aprobó un incremento histórico de $7.00 pesos por cajetilla de 20 cigarrillos, lo que representa un incremento de 0.40 centavos por cigarrillo. Se calcula que este incremento generaría una reducción de la demanda de cerca del 17% e ingresos adicionales por cerca de 20 millones de pesos.

Existen discrepancias entre los países que adoptaron la implementación de la estrategia MPOWER de la CMCT/OMS.

La situación en Venezuela respecto a la aplicación de esta estrategia técnica para el año 2013, basado en el Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013 y según el estado de cada componente se muestra a continuación:

(M) Monitoreo de la epidemia del tabaquismo: respecto al estado de los sistemas de vigilancia de control de tabaco

(P) Protección de la población del humo del tabaco: Todos los lugares públicos y de trabajo cerrados y el transporte público son totalmente libres de humo de tabaco Centros Sanitarios, Docentes (No Universitarios), Universidades, Edificios gubernamentales ,Oficinas cerradas, Restaurantes, Pubs y bares, Transporte público.

(O) Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco: Hay disponibilidad de Terapias de sustitución nicotínica (TSN) y/o de algunos servicios de cesación. Al menos uno de ellos tiene cobertura de costos

(W) Advertir sobre los peligros del tabaco: Advertencia grande en las cajetillas de cigarrillos, promedio de frente y dorso del paquete al menos 50%

(E) Publicidad, promoción y patrocinio: Ausencia completa de prohibiciones o prohibición que no cubre al menos TV, radio y medios impresos a nivel nacional

(R) Aumentar los impuestos al tabaco: Los impuestos representan del 51 al 75% del precio final.

Otras estrategias de Prevención lo constituyen formatos telefónicos, de correo y de Internet, los mismos que pueden ser más aceptables y accesibles a los fumadores que quieren romper con el hábito. Desde el año 2004, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) estableció una línea telefónica nacional gratuita, 1-800-784-8669 (1-800-QUITNOW), para servir como un único punto de acceso a los fumadores que buscan información y ayuda para dejar ese hábito; las llamadas de las personas que marcan este número son transferidas a las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar correspondientes al estado donde residen. Además, el HHS tiene un sitio electrónico www.smokefree.gov que ofrece consejos e información que se puede descargar sobre cómo facilitar el proceso de finalizar con el hábito de fumar.

En lo que se refiere a la duración de las intervenciones para dejar de fumar, se ha demostrado que esta es de utilidad mientras se está recibiendo, la mayoría de los programas de intervención son de corto plazo (de 1 a 3 meses); dentro de un periodo de 6 meses, cerca del 80 % de las personas que tratan de dejar de fumar sufren una recaída. Se ha evidenciado que, si se extiende el tratamiento más allá del periodo típico de un programa para dejar de fumar, se pueden lograr tasas de éxito hasta

del 50 por ciento al año de haber dejado el hábito de fumar.

Es importante fomentar las intervenciones de carácter poblacional que promuevan entornos que prevengan la iniciación juvenil, alentando a los fumadores actuales a dejar de fumar. Si bien el fin último para terminar con la epidemia de tabaquismo es que los jóvenes no empiecen a fumar , la elevada mortalidad debida al tabaco en la primera mitad del pasado siglo solo podrá evitarse si se logra que las personas que hoy fuman , abandonen el uso del tabaco.

Cada país en su contexto o situación demográfica, social, política y económica tiene fortalezas y debilidades para fomentar el cese del consumo de productos derivados del tabaco, así como regular y controlar a la industria tabacalera estableciendo políticas públicas de salud adecuadas que garanticen eficiente y eficazmente el logro de los compromisos obtenidos al adoptar el CMCT/OMS.

En España el informe SESPAS ofrece acciones clave a llevar a cabo como reorientar la política fiscal, regular la publicidad y otras formas de promoción, regular el contenido de los cigarrillos y los espacios sin humo en vista de la demostración de los efectos de la exposición al Aire Contaminado por el Humo del Tabaco (ACHT)

En Venezuela, según lo reflejado en el último informe publicado para el control del tabaco en las Américas en 2013, para lograr los objetivos propuestos por el convenio CMCT se deben mantener los objetivos alcanzados y mejorar en varios aspectos de la estrategia MPOWER:

(M) Monitoreo de la epidemia del tabaquismo: aumentar la periodicidad de las encuestas a la población joven.

(P) Protección de la población del humo del tabaco: mantener las estrategias implementadas y lograr 100% ambientes cerrados libres de humo de tabaco (según los ambientes recomendados por CMCT/OMS)

(O) Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco: Tratamiento de la dependencia a la nicotina: establecer una línea telefónica gratuita que colabore con la cesación tabáquica, fomentar estrategias en las comunidades para contribuir con las personas que deseen dejar el consumo.

(W) Advertir sobre los peligros del tabaco. Advertencias Sanitarias: mantener las advertencias sanitarias mandatorias por ley según las pautas dadas por el CMCT/OMS.

(E) Publicidad, promoción y patrocinio. Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio: es imperante mejorar este componente respecto a la Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio en TV, radio y medios impresos, además prohibir la publicidad indirecta así como la desplegada en puntos de venta, es necesario impedir el patrocinio y la exhibición de productos en puntos de venta.

(R) Aumentar los impuestos al tabaco. Impuestos y precios: mejorar implementando impuestos al consumo específico y a los derechos de importación.

Conclusiones

El tabaquismo constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Involucra todos los niveles de atención en salud, además de comprometer otros ámbitos de la sociedad, constituye la principal causa previsible de enfermedad y muerte prematura.

En la actualidad está demostrado el riesgo para las personas que consumen productos derivados del tabaco y para los fumadores pasivos, que aspiran humo de tabaco ajeno. La cantidad de información respecto a las consecuencias en la salud de los fumadores activos y pasivos ha hecho que la OMS califique al tabaquismo como una pandemia, también recomienda que la lucha anti tabáquica esté dentro de las políticas de salud y en las legislaciones de los países.

Para el movimiento de prevención del consumo de productos derivados del tabaco sólo hay un adversario: la industria tabacalera, en la medida en que esta se opone a la regulación preventiva. Actualmente hay cambios sociales en el tabaquismo que se reflejan en el perfil actual de los fumadores a nivel global, en la creciente proporción de fumadores que desean dejar de fumar y en el aumento del número de ex fumadores en la sociedad, que cada vez son más jóvenes, estos cambios han de reflejarse en los procesos de prevención y control de este problema sanitario a través de políticas de salud pública.

Las acciones de la salud pública de los países deben ir orientadas a:

1) Prevenir el inicio de consumo de productos derivados del tabaco, si se reconocen los factores de riesgo podrán elaborarse políticas adecuadas, siempre y cuando sean dirigidas a la modificación de estilos de vida hacia los más saludables.

2) Considerar aumentar la difusión comunitaria de información que de estímulo al fumador para dejar el hábito, así como educar a la población acerca del riesgo que implica para su salud el consumo de tabaco sin humo.

3) Entrenar a los profesionales de la salud en el primer nivel de atención para incluir distintas terapias para el cese del consumo de productos derivados del tabaco, en los centros de atención primaria.

4) Para prevenir el inicio de nuevos fumadores jóvenes, Las medidas estarían orientadas a la identificación de patología psiquiátrica, la mejora de las relaciones entre padres e hijos y el fortalecimiento personal y el manejo de la presión social del entorno del adolescente para que consuma tabaco u otras drogas

5) La prevención del consumo de tabaco y otras drogas es fundamentalmente obligación del estado pero también de la sociedad en general. En la sociedad, los llamados a dirigir tales acciones son las instituciones públicas y privadas y de manera principal las instituciones educativas, para lograr disminuir la tasa de mortalidad en la población joven, reducción de los años potencialmente perdidos y una reducción de las consultas ambulatorias por causa de complicaciones en la salud e ingresos hospitalarios causadas por el uso de tabaco y otras drogas.

6) Mantener los estándares en los objetivos alcanzados en la aplicación de la estrategia MPOWER propuesta por el CMCT/OMS, con estricta vigilancia de su cumplimiento.

7) Instar a todos los gobiernos a formar más especialistas en salud pública, que estén capacitados para afrontar, dirigir y optimizar los planes y proyectos internacionales que buscan mejorar la salud de la población.

Referencias Consultadas

Castellanos, Maricel, Cueto, Mercedes, Boch, Marta, Méndez, Carlos, Méndez, Licety, Castillo, Carolyn. (2016). Efectos fisiopatológicos del Tabaquismo como factor de riesgo en la Enfermedad Periodontal. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200006&lng=es&tlng=es. (Consultado 2022, febrero 2).

Fundación Española del Corazón. Tabaco y tabaquismo. Disponible en https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html (consultado 2022, marzo 6)

Instituto Nacional de abuso de las drogas EEUU (2021). Adicción al tabaco - Reporte de investigación. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/adiccion-al-tabaco (Consultado 2022, marzo Adicción al tabaco - Reporte de investigación. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/adiccion-al-tabaco (Consultado 2022, marzo 18)

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina (2022). Consumo de Tabaco. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/consumo-de-tabaco). (Consultado 2022, enero 28)

Molina, Rebeca (2013). Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. Revista Pediatría Integral. XVII (3), 205-216. Disponible en: https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-04/consumo-de-tabaco-alcohol-y-drogas-en-la-adolescencia/&ved=2ahUKEwjazvya0OH2AhXvTTABHatGCn0QFnoECAcQAg&usg=AOvVaw3BaoYZbV_6yjRSOASLrUyT (consultado 2022, marzo 4)

Lee J, Taneja V, Vasallo R. (2012) Fumar Cigarrillos e Inflamación: Mecanismos

celulares y moleculares. Revista de Investigación Dental. 91(2),142-149. Disponible en: http://jdr.sagepub.com/content/91/2/142.short (Consultado 2022, marzo 3)

OMS (2010) Compendio de indicadores del CMCT/ OMS. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjBv-zqv5DgAhUKd98KHcP-AmMQFjAAegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Ffctc%2Freporting%2FCompendium%2Fes%2F&usg=AOvVaw1RLFbmUWXyJxxv24JCyjrX . (Consultado 2022, enero 28)

OMS (2021). Informe OMS sobre la epidemia Mundial del Tabaquismo 2021. Disponible en: https://www.who.int/topics/tobacco/es/ (Consultado 2022, enero 10)

OPS/OMS (2009). Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el primer nivel de atención. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/manual-nacional-abordaje-tabaquismo-primer-nivel-atencion&ved=2ahUKEwiSr5iWvuH2AhU_RjABHehEA3QQFnoECAwQAg&usg=AOvVaw3peb-cIp2oOxnh_VilvgAs (Consultado 2022, enero 12)

Organización Panamericana de la Salud (2013). Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas. https://iris.paho.org/handle/10665.2/34441. (Consultado 2022, enero 28)

Pichón-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Teixeira Pinto M y cols.(2016.) Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Revista Panamericana de Salud Pública. 40(4),213–221.) (Consultado 2022, marzo 4)

Quispe, Miriam (2015). El Tabaquismo en la Salud Pública. Disponible en: https://www.monografias.com/trabajos93/tabaquismo-salud-publica/tabaquismo-salud-publica2.shtml. (Consultado 2022, enero 12)

Sociedad Americana contra el Cáncer (2022) Cómo evitar el Tabaco. Publicación digital. Disponible en https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco.html .(Consultado 2022, enero 18)

Torres, Edith (2015). Factores que influyen en el consumo de tabaco, en adolescentes de 15 a 17 años de edad en el colegio alemán "Mariscal Braun" de la ciudad de La Paz. (2015) Repositorio de la Universidad Mayor de San Andrés. Disponible en: https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/5759 (consultado 2022, marzo 4)

Traviesas EM, Echarry O, Morales DR, Ilizástigui ZT, Rodríguez J (2009) Intervención comunitaria Intersectorial en adultos para disminuir el Tabaquismo y las Periodontopatías. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242012000200006&script=sci_arttext22. (Consultado 2022, febrero 1)

Villalvi, Johan. (2002). El Tabaquismo como problema de Salud Pública. Informe SESPAS 2002. 7(1), 113-130 .Disponible en http://sespas.es/informe2002/cap07.pdf (consultado 2022, febrero 4)