

# **Los Médicos y el Tabaco**

El Gran Reto de la Medicina

Tobacco Control Resource Centre

El Centro de Recursos de Control del Tabaco (Tobacco Control Resource Centre) fue establecido por la Asociación Médica Británica (British Medical Association, BMA) en Londres en representación del Foro Europeo de Asociaciones Médicas y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El centro está financiado por la Comisión Europea y la BMA, y recibe el apoyo de otras asociaciones médicas nacionales.

La supervisión del trabajo del Centro de Recursos de Control del Tabaco corre a cargo del Grupo Consultivo de Control del Tabaco, que incluye representantes de cinco asociaciones médicas nacionales, que refleja la demografía de la región europea.

## **Tobacco Control Advisory Group**

Sir Alexander Macara	Presidente
Dr Özen Aşut	Türk Tabipleri Birliği (Asociación Médica de Turquía)
Dr Jo Asvall	Director Regional Oficina Regional de la OMS para Europa
Dr Giovanni Baldi	Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Asociación Médica Italiana)
Dr Christian-Nicolae Didilescu	Asociatia Medicală Română (Asociación Médica Rumanía)
Dr Alan Rowe	Foro Europeo de Asociaciones Médicas e la OMS
Mr John Ryan	Directiva General V Comisión Europea
Dr Klas Winnell	Suomen Lääkäriliitto (Asociación Médica de Finlandia)
Dr Göran Boëthius (Observador)	Red Europea para la prevención de fumar

## **Autor**

David Simpson

## **Editores**

Gillian Shine  
Anne Waddingham

## **Tobacco Control Resource Centre**

Bill O'Neill	Director
Sinéad Jones	Director de proyecto
Lucien Rivière	Oficial de Información

El Centro de Recursos de Control del Tabaco da su agradecimiento por la asistencia en la preparación de la edición española al Dr José García de Ancos, asesor de educación e informática de la British Medical Association.

Este libro es publicado y distribuido por el Centro de Recursos de Control del Tabaco (CRCT) de la Asociación Médica Británica. El texto original está publicado en Inglés. El libro se encuentra además disponible en francés, alemán, italiano, portugués, y castellano. Copias adicionales pueden obtenerse directamente del CRCT (fax +44 20 7383 6233; email [trc@bma.org.uk](mailto:trc@bma.org.uk)) o bien contactando la librería del BMJ para obtener información sobre el distribuidor más cercano a su área (fax +44 20 7383 6455; email [orders@bmjbookshop.com](mailto:orders@bmjbookshop.com)). El texto completo del libro está además disponible a través de la página CRCT en el internet: [www.tobacco-control.org](http://www.tobacco-control.org).

© Comisión Europea 2000

Reservados todos los derechos. Prohibidos la reproducción y almacenamiento en un medio de recuperación, o la transmisión por cualquier medio: electrónico, mecánico, fotocopia, grabación y/u otro, sin previo permiso por escrito de los editores.

ISBN 0-7279-1501-0

Impreso en Gran Bretaña por Hobbs the Printers, Totton, Hampshire, UK  
Composición de HWA Text and Data Management, Tunbridge Wells, Kent, UK  
Traducido del inglés por Chanterelle Translations, London, UK

# Prólogo

En 1951, el profesor Austin Bradford Hill y yo nos encontrábamos buscando modos de investigar la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón, para confirma(o refutar) las conclusiones a las que habíamos llegado en un estudio sobre los hábitos de fumar de pacientes con la enfermedad y sin ella. Fue entonces cuando a Bradford Hill se le ocurrió una magnífica idea; sugirió que preguntásemos a profesionales de la medicina sobre su consumo de tabaco y que, después, realizáramos un seguimiento prolongado para ver cuáles de ellos fallecían antes, y si la mortalidad por cáncer de pulmón variaba tal y como habíamos pronosticado en estudios anteriores.

Según Wynne Griffith (comunicó en privado), la idea de que los médicos constituirían un grupo adecuado para el estudio se le ocurrió a Bradford Hill un domingo por la mañana, mientras jugaba al golf, y añadió: “No sé qué tal juega al golf, pero aquél fue un acierto genial.” Lo cual es cierto, ya que cuando escribimos a todos los facultativos del Registro Médico Británico, en octubre de 1951, más de 40 000 (dos tercios) aportaron datos sobre sus hábitos de fumar; además, resultó tan sencillo seguirles la pista que, a casi todos aquellos que no hubiesen fallecido, se los podía localizar 40 años más tarde. No obstante, la historia es apócrifa, puesto que Sir Austin me contó que la idea se le ocurrió de la manera más clásica: tomando un baño.

Los resultados del estudio realizado sobre los facultativos no tardaron en aparecer, y sospecho que el hecho de que las observaciones se realizaran sobre ellos mismos y sus colegas constituyó la razón fundamental por la cual los médicos británicos, como grupo, se convencieron tan pronto de la existencia de una relación causal, y reaccionaron dejando de fumar. Pero la naturaleza humana es tal que, incluso entre los que gozan de una formación científica, las conclusiones a las que llegan personas que conocemos y de nuestro país, derivadas de la observación de nuestros compatriotas, son más fáciles de asimilar que aquellas a las que han llegado en otros países y que parten de observar a extranjeros; especialmente, si las conclusiones suponen modificar nuestro estilo de vida. Esto parece ser lo que ha ocurrido con el tabaco, ya que el hábito (o, en muchos casos, la adicción) era tan común y se había aceptado durante tanto tiempo como relativamente inofensivo, que ha resultado difícil admitir que fuera la mayor causa de muerte prematura, sin haber tenido una experiencia personal de sus consecuencias.

La situación, por supuesto, ha cambiado en los últimos años. Se han obtenido pruebas de gran valor en numerosos países desarrollados, y hay pocos médicos en dichos países que no sean conscientes, en términos generales, de los peligros del tabaco; aunque no todos ellos hayan podido darse plena cuenta del tamaño de dichos peligros. Puesto que, cuando la epidemia está consolidada y el consumo de cigarrillos (por contraposición al de puros, tabaco de pipa, de mascar o rapé) se ha iniciado durante la juventud entre hombres que hoy cuentan entre 70 y 80 años, se demuestra que éste ha causado la muerte a una cuarta parte de los fumadores habituales durante la mediana edad (que ahora abarca de los 35 a los 69 años) y a otra cuarta parte más

tarde. El resultado es similar en mujeres que han fumado del mismo modo y durante el mismo periodo.

Sin embargo, la situación puede ser bien distinta en muchos países en vías de desarrollo, en los que el consumo de tabaco es dominante, aunque se ha convertido en hábito común desde hace sólo dos o tres décadas, ya que los facultativos de dichos países no han visto aún la cosecha de muertes que produce el consumo prolongado de tabaco. Los medios de comunicación y la opinión pública tampoco habrán reaccionado, puesto que tampoco ellos habrán visto las consecuencias. Por otra parte, cuando éstas se manifiestan, no se puede esperar que la pauta de mortalidad vaya a ser igual a la observada en Europa y Norteamérica. Partiendo de que el consumo de tabaco actúa de forma sinérgica con muchos otros agentes nocivos, es de esperar que la pauta de las enfermedades relacionadas con el tabaco varíe ampliamente de una cultura a otra. Poner el énfasis en los efectos dañinos del tabaco en el infarto de miocardio no tendría mucho sentido en China y Japón, países en los que esta afección no es muy frecuente; se debe poner en la apoplejía y, en China, también en la tuberculosis.

Existen, pues, razones de peso para realizar estudios de cohorte, como los realizados con médicos británicos y con los partidarios de la Fundación Americana Contra el Cáncer que proporcionaron, de un modo parecido, datos sobre sus hábitos de fumar. Pero se deben realizar no sólo con el ánimo de aportar datos sobre la cuestión en los ámbitos nacionales, sino también por lo que podríamos aprender sobre el modo en que el tabaco actúa en relación con distintos estilos de vida. Aunque la realización de dichos estudios constituya una importante contribución que unos pocos facultativos pueden perpetrar en cada uno de tantos y tan distintos países, la mayor contribución que pueden ofrecer está en las formas de actuar descritas en este libro: mediante el contacto directo con sus pacientes, para mejorar su salud a largo plazo, y mediante sus asociaciones profesionales, para lograr el mismo objetivo influyendo en la política gubernamental.

Es posible, contando con una amplia participación, reducir la situación dominante del tabaco con bastante celeridad, como ha sucedido en muchos países durante las últimas décadas; pero lograr reducir su presencia hasta convertirla en una preocupación menor para la salud pública supondrá muchos años de esfuerzo concentrado (no espero verla eliminada mientras que nos mostremos tan socialmente incapacitados para la supresión del consumo de otras drogas habituales). Sin embargo, el esfuerzo necesario es del tipo al que pocos médicos están acostumbrados. Los pacientes acuden al médico en busca de absolución y no de amonestaciones, y pocos médicos han recibido una formación tan eficaz en el arte de la prevención como en el de la curación. Ambos requieren tanto habilidad como conocimiento científico para lograr su objetivo y, en cuanto a la prevención del consumo de tabaco, no hay mejor maestro que David Simpson, que nos transmite en *Los Médicos y el Tabaco* tanto la ciencia como el arte de prevenir enfermedades relacionadas con el tabaco.

*Sir Richard Doll  
julio de 1999*



# Índice de materias

<b>Prólogo de Sir Richard Doll</b>	<b><i>iii</i></b>
<b>1 Introducción</b>	<b>1</b>
<b>2 Los riesgos del tabaco</b>	<b>3</b>
<b>3 Las mujeres y los jóvenes</b>	<b>9</b>
<b>4 El tabaco y las desigualdades</b>	<b>13</b>
<b>5 La capacidad de los médicos</b>	<b>15</b>
<b>6 Cese del hábito de fumar</b>	<b>17</b>
<b>7 Control del tabaco: acciones locales para los médicos</b>	<b>23</b>
<b>8 Educación y formación</b>	<b>28</b>
<b>9 Aumento de la sensibilización de los médicos: acciones para las asociaciones médicas</b>	<b>31</b>
<b>10 El control del tabaco: acciones para las asociaciones médicas</b>	<b>37</b>
<b>11 Política de control del tabaco</b>	<b>42</b>
<b>12 Los médicos y el litigio del tabaco</b>	<b>53</b>
<b>Apéndice 1 Presentación de una política de no fumar para el personal de asociaciones médicas nacionales</b>	<b>56</b>
<b>Apéndice 2 El código de práctica en la investigación financiada por el tabaco</b>	<b>59</b>
<b>Apéndice 3 Información útil sobre recursos y contactos</b>	<b>60</b>
<b>Índice</b>	<b>62</b>



# 1 Introducción

Este libro trata de médicos y tabaco y se ha escrito por las razones siguientes:

- Para la mayoría de los médicos, el tabaco será la mayor causa de enfermedad evitable que afrontarán durante su vida profesional
- Los médicos tienen una función de importancia vital a la hora de combatir este enorme problema de salud. Este libro tiene dos funciones principales:
- Como manual para asociaciones médicas nacionales (AMN), para que puedan asumir un papel principal a la hora de encontrar una solución al problema de salud pública más difícil de tratar
- Como lista de control de los tipos de acciones disponibles para los médicos individuales.

Tiene asimismo una segunda función. Si bien este libro se ha escrito principalmente para médicos clínicos que tratan pacientes directamente, se espera que también sea útil para un público más amplio que incluya médicos de salud pública y médicos de otras especialidades no clínicas. Además, será una guía útil para enfermeros/as, personal paramédico, educadores en salud y muchos otros que trabajen en los servicios de salud.

Empieza por resumir el problema del tabaco, y luego ofrece una idea general de lo que pueden hacer los médicos para ayudar a tratar dicho problema, individualmente y a través de las AMN.

El libro forma parte de una serie de publicaciones sobre el control del tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es publicado por la Unión Europea (UE). Su publicación llega en un momento importante de cambios en Europa. Es un momento de optimismo sin precedentes, al haber aprobado el Consejo de Ministros de la Unión Europea una directiva sobre la publicidad del tabaco en julio de 1998. Esta requiere que todos los estados miembros de la UE promulguen en un plazo de tiempo determinado una

## ¿Por qué deberían los médicos participar en el control del tabaco?

- Los médicos pueden pasar gran parte de su tiempo tratando pacientes que sufren de enfermedades provocadas por fumar
- Los médicos afrontan a diario mucho sufrimiento y angustia causados por fumar, más que por cualquier otra causa evitable
- Participar en el control del tabaco, como médico individual o como parte de las actividades de las AMN, ofrece una oportunidad sin parangón para tratar la cuestión de salud pública más importante de nuestro tiempo
- Se considera a los médicos como la fuente más fiable de asesoramiento e información sobre cuestiones de salud, y ellos son modelos de conducta para el resto de la comunidad



El criado de Sir Walter Raleigh le arroja un cubo de agua a su amo por creer que está ardiendo. Con el gentil permiso del Wellcome Institute.

legislación que prohíba la mayor parte de las formas de promoción del tabaco.

La importancia de este adelanto se extiende más allá de los países que son miembros de la UE actualmente, puesto que los países que quieran unirse a la UE también tendrán que adoptar estas medidas. Además, se convertirán en un importante modelo para otros países de Europa y, de hecho en otras partes del mundo que tienen vínculos con la UE mediante asistencia de desarrollo, comercio y cooperación intergubernamental.

Otra razón para este optimismo es el cambio significativo experimentado en el seno de la OMS. La nueva directora general, Dra. Gro Harlem Brundtland, ha hecho del control del tabaco una de sus prioridades principales, y ha formado un equipo dinámico para que ponga en marcha el nuevo programa de tabaco de la OMS, La Iniciativa Sin Tabaco (TFI, siglas inglesas).

A través de los años, la serie *Europa Sin Fumar* de la OMS ha ofrecido una orientación detallada sobre los aspectos principales del control del tabaco, y puede ser útil consultar estas publicaciones, cuya lista se encuentra en el Apéndice 3.

El control del tabaco se está desarrollando más rápido que nunca desde que existe tal concepto, y toda organización o individuo que inicie un papel más activo en él, necesitará orientación.

## Ayuda a su disposición

Afortunadamente, en los últimos años se han creado y multiplicado iniciativas internacionales para ofrecer comunicación, asesoramiento y asistencia técnica, y para fomentar la cooperación entre sectores para una campaña unida y bien informada contra el enemigo común de la salud pública: el tabaco.

Cada vez existe más información por Internet, y las AMN

descubrirán que el acceso a esta puerta de información es de un valor incalculable. Será especialmente importante hacerse socio de GLOBALink, el sistema de comunicación e información en línea para los defensores del control del tabaco dirigido por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC).

Aparte de proporcionar regularmente boletines informativos sobre los avances europeos, GLOBALink organiza conferencias electrónicas y un sistema en el que un socio (como una asociación médica en un país que se encuentra en una situación de control del tabaco especial) puede dirigirse a todos los otros socios para solicitar ayuda.

Puesto que esta publicación se dirige principalmente a médicos y a sus AMN, es de igual importancia tener en cuenta la existencia del Centro de Recursos de Control del Tabaco (TCRC, siglas inglesas), ubicado en la Asociación Médica Británica (BMA) de Londres, Reino Unido.

El TCRC fue fundado a beneficio del Foro Europeo de Asociaciones Médicas y la OMS. Ofrece amplio apoyo y asesoramiento sobre cuestiones de tabaco a las AMN, actuando como centro de intercambio de información y consultas. Ha creado una exhaustiva base de datos para apoyar su tarea, y dispone de un sitio en la Web de rápida expansión (incluyendo este libro – véase información en la página 60). El TCRC es financiado por la Comisión Europea (CE), la OMS y la BMA, y recibe el apoyo de otras AMN.

Además, hay otras agencias que pueden ayudar a las AMN, a los médicos individuales, y a otros trabajadores de la salud a participar en el control del tabaco, especialmente en los países de Europa en los que se han tomado menos medidas. Encontrará información sobre estas agencias y los servicios que pueden ofrecer en el apéndice 3.

## 2 Los riesgos del tabaco

Este capítulo da una idea general de las pruebas científicas existentes que demuestran que el tabaco es causante de enfermedades. Puesto que existe una cantidad de publicaciones disponibles tan exhaustiva, sólo podemos ofrecer un breve resumen. Quienes requieran información más detallada, deben consultar algunas de las fuentes citadas como referencia, así como muchas otras reseñas de la información, que se publican periódicamente. Con el fin de poder comunicar la gravedad del problema del tabaco al público profano en la materia, es fundamental que los médicos individuales –especialmente quienes participan en entrevistas de los medios de comunicación y otros acontecimientos públicos– mejoren su conocimiento del problema y desarrollen su estilo y técnicas propios.

### En este capítulo

- El tabaco es el principal problema de salud en Europa y en todo el mundo.
- Es la mayor causa evitable de muerte prematura en los países desarrollados
- El tabaco es un problema de salud pública por razones adicionales a las de su envergadura, que añade dificultades a su prevención
- El tabaco se consume de varios modos, aunque fumar cigarrillos fabricados es el problema principal.

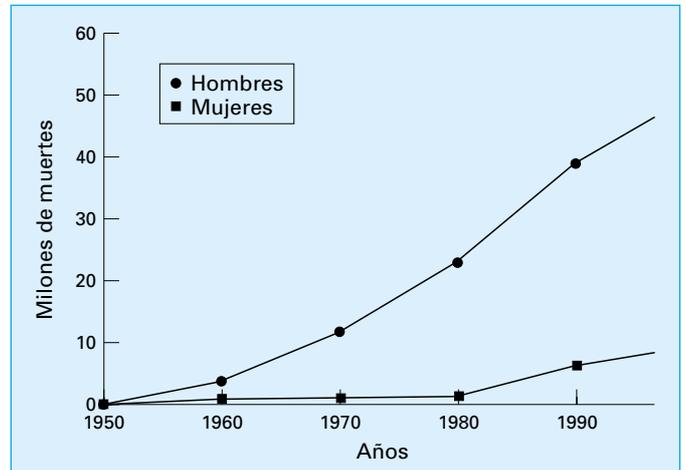
Entre los tipos de enfermedad que causa el tabaco se encuentran:

- Enfermedad cardiovascular
- Cáncer
- Enfermedad del pulmón a parte del cáncer
- Aborto espontáneo, parto prematuro y otros problemas de salud reproductora
- Cáncer y otras enfermedades a raíz del consumo oral del tabaco.

Además de las enfermedades causadas a los fumadores mismos, el cáncer, la enfermedad cardiovascular, y enfermedades respiratorias de la infancia, pueden ser causa de la exposición del humo del tabaco de otras personas –lo que también se conoce por *fumar pasivamente*, o *humo de tabaco ambiental* (ETS, siglas inglesas). El consumo del tabaco causa asimismo una serie de gastos (y ganancias), algunos de los cuales tienen relación con la política de salud.

### Tabaco: problema de salud de gran importancia

Fumar está matando en todo el mundo a tres millones de personas cada año, y esta cifra está aumentando. En muchos países aún no se ha visto lo peor, puesto que para cuando los



Número acumulado de muertes causadas por fumar en países industrializados, 1950–2000. De Peto *et al.*<sup>3</sup>

jóvenes fumadores de hoy día alcancen mediana edad o la vejez, habrá unos 10 millones de muertes cada año debidas al tabaco. Actualmente, unos 500 millones de individuos pueden esperar morir debido al tabaco; 250 millones de estas muertes tendrán lugar en mediana edad.<sup>1</sup>

El tabaco ya es la mayor causa de muerte entre adultos en los países desarrollados, donde el tabaco causa ahora un tercio de las muertes de varones en mediana edad (más una quinta parte en la vejez). Aunque fumar pueda proteger de varias afecciones mortales y no mortales, el efecto adverso de fumar en la salud es abrumadoramente negativo.<sup>2</sup>

Para las mujeres de los países desarrollados, aún no se ha alcanzado el nivel máximo de la epidemia del tabaco.

Fumar cigarrillos puede matar de muchos modos distintos. En los países desarrollados en general, el tabaco es responsable del 24% de todas las muertes de varones y el 7% de todas las muertes de hembras (aunque esta cifra está aumentando); para los hombres, estas cifras superan el 40% en algunos países de la Europa Central y del Este. La media de la pérdida en la esperanza de vida de los fumadores es de ocho años; sin embargo, para quienes mueren en mediana edad (35–69), es más de 22 años.<sup>3</sup>

Entre los doctores sobre los que se hizo un seguimiento de 40 años, los índices de mortalidad generales en mediana edad eran unas tres veces más altos entre los médicos que fumaban cigarrillos que entre los que nunca fumaron regularmente.<sup>4</sup> Aproximadamente la mitad de los que fuman cigarrillos regularmente terminan por morir a causa de su hábito, pero nunca es demasiado tarde para dejar de fumar: entre los médicos británicos que dejaron de fumar, incluso en mediana edad, se produjo una mejora considerable en su esperanza de vida.

Por toda Europa en 1990, fumar tabaco causó tres cuartos de millón de muertes en mediana edad (entre 35 y 69). En los estados miembros de la UE en 1990, se

registraron más de un cuarto de millón de muertes en mediana edad que fueron directamente causadas por fumar tabaco: 219 700 en hombres y 31 900 en mujeres. El tabaco causó muchas más muertes en edades más avanzadas (70 y más).<sup>2</sup> En países de la Europa Central y del Este, incluyendo la anterior Unión Soviética, se registraron 441 200 muertes en la edad mediana en hombres y 42 100 muertes en mujeres.

En términos generales, la incidencia de enfermedades causadas por fumar entre los hombres ha alcanzado su cota más alta en varios países de la Europa Occidental debido a una reducción en el consumo. Esta reducción es principalmente resultado de haber tomado una serie de medidas de salud, entre ellas, educación sanitaria y aumento de impuestos para poner freno al consumo.

Las enfermedades imputables a fumar han contribuido al notable aumento de mortalidad en los países anteriormente socialistas de la Europa Central y del Este desde 1990, por razones que aún no están claras.

Un útil resumen de Peto *et al.*, que formaba parte de un exhaustivo análisis de la mortalidad a causa de fumar en los países desarrollados, expone los riesgos de morir en mediana edad (35–69 años) calculado en índices de mortalidad de 1990.<sup>3</sup>

### El punto de vista de la Organización Mundial de la Salud

En 1998, la directora general entrante, Dra. Gro Harlem Brundtland, ella misma médico de la salud pública, y anterior Primera Ministra de Noruega, se dirigió a la Asamblea de Salud Mundial y declaró:

*“Necesitamos tratar una causa muy importante de muerte prematura que está aumentando espectacularmente. Mata 4 millones de personas cada año. Si no actuamos, matará 10 millones de personas en el año 2030, y la mitad morirá en mediana edad, no en la vejez. El foco principal de la epidemia está pasando a los países en desarrollo: me refiero al tabaco.”*

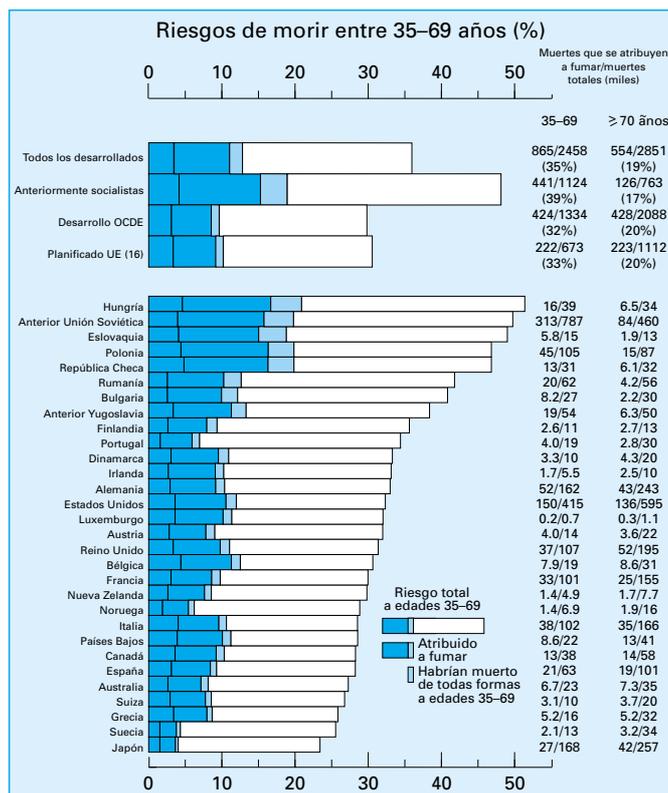
## Porqué el tabaco es un problema de la salud pública único

El tabaco es un producto de consumo único: el humo del tabaco contiene miles de productos químicos, muchos de ellos son toxinas, y se sabe que algunos dañan los vasos sanguíneos. Por consiguiente puede afectar a todas las regiones del cuerpo.

Aparte del número de enfermedades, minusvalía y muertes prematuras que causa, el tabaco es único entre las enfermedades evitables porque:

- Es *siempre* peligroso, no sólo cuando se consume en exceso o se abusa de su consumo, como en otras causas de muerte evitables.
- Es muy adictivo para muchos consumidores
- Es promocionado activa y energéticamente, a menudo por medios sin escrúpulos, por una de las industrias más grandes y poderosas del mundo
- Su uso no sólo daña a quienes lo consumen, sino también a quienes están expuestos a su humo.

Estas características importantes ayudan a hacer del tabaco un problema de salud pública especialmente



Imputado a fumar y a otras causas de mortalidad, en hombres de edades comprendidas entre 35 y 69 años, estimado a partir de índices de mortalidad de 1990 en poblaciones desarrolladas. De Peto *et al.*<sup>3</sup>

complejo, que requiere urgente actividad de una serie de fuentes, incluyendo acción política.

## Cómo se consume el tabaco

El consumo del tabaco se puede clasificar en dos categorías principales: *con humo* y *sin humo*. La mayoría del tabaco consumido en Europa es fumado, normalmente en la forma de cigarrillos manufacturados, con o sin filtro. Incluso en países donde han predominado otras formas de fumar, la tendencia, impulsada por los esfuerzos de marketing de las poderosas compañías de tabaco transnacionales, es hacia el dominio en aumento de los cigarrillos manufacturados. Por tanto, este libro se refiere principalmente a fumar cigarrillos manufacturados.

Además, en proporciones variables por la Región Europea, se practican otras formas de fumar: cigarrillos liados a mano (popular en Noruega, por ejemplo), fumar en pipa y puros (especialmente en Dinamarca y los Países Bajos).

El tabaco sin humo se puede clasificar en dos categorías principales: oral y nasal. La causa más destacada de enfermedad es, con mucho, el tabaco oral, consumido como rapé (hoja de tabaco bien molida, normalmente con aromatizantes añadidos), aplicado en un sobrecito parecido a una bolsita de té (especialmente popular en Suecia); o en forma bruta, práctica principalmente relacionada con inmigrantes del sur de Asia. Se masca una cantidad reducida de tabaco curado en partes de Europa; normalmente son hombres maduros quienes lo hacen. Rapé por aspiración nasal es un hábito de minorías poco común; las pruebas de sus efectos dañinos son poco sólidas y no se considera que sea

un problema de salud pública importante.

La UE ha prohibido la introducción y promoción de nuevos productos orales en sus estados miembros después de que fabricantes norteamericanos intentaran comercializar sus productos en varios países europeos en los años 80. No obstante, es fundamental no ser displicente, y existen indicios de que fabricantes de rapé oral están intentando aumentar sus ventas tan enérgicamente como las compañías de cigarrillos. Irónicamente, al aumentar las restricciones de fumar en lugares públicos puede simplemente fomentarse las ventas de esta otra forma de tabaco.

## Enfermedad cardiovascular

Fumar está asociado con una mayor incidencia de *enfermedad cardiovascular* (ECV), que incluye infarto miocárdica (IM), accidente cerebro-vascular, muerte repentina, y enfermedad vascular periférica.<sup>5</sup>

En un seguimiento de 40 años de un estudio esperado de la mortalidad de médicos británicos con relación a sus hábitos de fumar, se descubrió que la mitad de todos los fumadores habían muerto prematuramente a causa de fumar, aproximadamente la mitad de ellos murieron antes de cumplir 65 años.<sup>4</sup> El riesgo aumentó con el consumo, y entre las causas de excesos de muertes se encontraban:

- Enfermedad cardíaca isquémica
- Degeneración de miocárdica
- Aneurisma aórtico
- Arteriosclerosis
- Trombosis cerebral
- Otras enfermedades vasculares del cerebro.

Fumar parece acelerar el proceso de *arteriosclerosis*, el denominador común de los pacientes que mueren de ECV, llevando a efectos graves de deterioro en la estructura y función de los vasos sanguíneos, plaquetas y leucocitos inflamatorios.<sup>5</sup>

Fumar es sólo uno de los varios factores de riesgo conocidos para la ECV, y sus efectos pueden verse en países con niveles bajos y altos de otros factores de riesgo, e índices correspondientemente bajos o altos de ECV.<sup>6</sup>

Las mujeres muestran modelos de asociación de riesgos entre fumar y ECV comparable con los de los hombres, si bien con una incidencia total las de enfermedades menor.

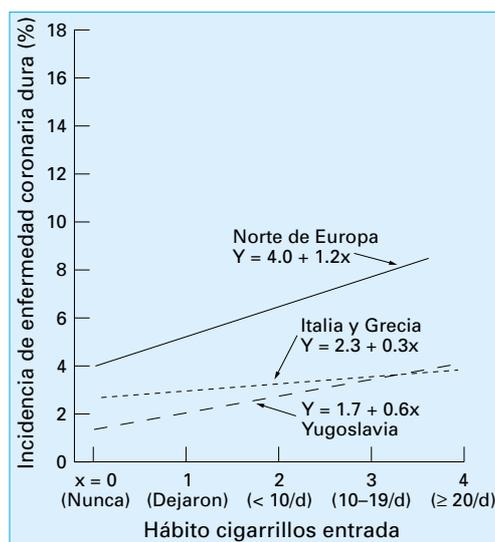
Arteriosclerosis puede asimismo estrechar las arterias de las piernas, causando dolor al andar. Más del 90% de los pacientes con enfermedad arterial de las piernas son fumadores de cigarrillos.<sup>7</sup> Fumar de manera continuada puede causar gangrena y conducir a la amputación de dedos de los pies, pies o extremidades.

De hecho, estudios en Europa han descubierto que la razón más importante para la amputación de extremidades inferiores es la *enfermedad vascular periférica*, cuyo factor máximo de riesgo es fumar cigarrillos.<sup>8,9</sup>

Fumar, combinado con el uso oral de anticonceptivos aumenta diez veces el riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebro-vascular u otra enfermedad cardiovascular. Este efecto es más destacado entre las mujeres mayores de 40 años.<sup>10</sup>

### Beneficios de dejar de fumar

Dejar de fumar hace que la sangre tenga menos probabilidades de que se coagule. El corazón puede bombear



Retrosceso de índice de incidencia de 10 años, estandarizado por edades, de enfermedad coronaria en clase de fumadores de 8717 hombres sin enfermedad coronaria de entrada en el norte de Europa, Yugoslavia, Italia y Grecia. De Keys,<sup>6</sup> con el gentil permiso de Harvard University Press.

Enfermedades principales causadas en parte por fumar: índices de mortalidad en fumadores de cigarrillos comparados con índices de quienes no han fumado nunca (Doll *et al*.; Thun *et al*, comunicación privada)

Causa de muerte en Inglaterra y el país de Gales, 1993	Proporción de índices de mortalidad (% de muertes)	Proporción de índices de mortalidad		
		Médicos Británicos 1951-91	Población Norteamericana 1984-91	
		Hom-bres	Hom-bres	Mujeres
Cánceres de boca, faringe, laringe	(0.4)	24.0	11.4	6.9
Cáncer de esófago	(1.0)	7.5	5.6	9.8
Cáncer de pulmón	(5.6)	14.9	23.9	14.0
Cáncer de páncreas	(1.0)	2.2	2.0	2.3
Cáncer de vejiga	(0.8)	2.3	3.9	1.8
Enfermedad cardíaca isquémica	(25.3)	1.6	1.9	2.0
Hipertensión	(0.5)	1.4	2.4	2.6
Degeneración del miocárdica	(2.0)	2.0	2.1	2.1
Enfermedad cardíacopulmonar†	(0.3)	∞		
Otra enfermedad cardíaca	(3.0)	—		
Aneurisma aórtico	(1.6)	4.1	6.3	8.2
Enfermedad vascular periférica	(0.1)	—	9.7	5.7
Cardíacoja	(0.5)	1.8	2.7	3.0
Enfermedad cerebrovascular	(10.6)	1.5	1.9	2.2
Bronquitis crónica y enfisema	(4.5)	12.7	17.6	16.2
Tuberculosis pulmonar	(0.1)	2.8	—	—
Asma*	(0.3)	2.2	1.3	1.4
Neumonía	(9.4)	1.9	2.5	1.7
Otras enfermedades respiratorias	(1.4)	1.6		
Úlcera péptica	(0.7)	3.0	4.6	4.0
Todas las causas		1.8	2.5	2.1

† No se indicaron muertes en médicos no fumadores.

\* "Fumadores", incluyen ex-fumadores, puesto que el asma puede ser por sí misma una causa para dejar de fumar.

más sangre (y por lo tanto oxígeno) alrededor del cuerpo con menos esfuerzo. No existen pruebas que demuestren que fumar cigarrillos bajos en alquitrán reduzca el riesgo de enfermedad cardíaca.<sup>11</sup>

Dejar de fumar reduce el riesgo de un ataque cardíaco, y es especialmente importante para quienes tienen otros factores de riesgo como hipertensión, altos niveles de colesterol en la sangre, estén demasiado gordos o sean diabéticos.

En un plazo de un año de dejar de fumar, el riesgo queda reducido a la mitad o menos, y sigue disminuyendo, si bien más lentamente, alcanzando los niveles de quienes no han fumado nunca después de un período prolongado.<sup>12</sup>

Dejar de fumar después de un ataque coronario puede reducir en la mitad las posibilidades de reaparición. El riesgo de accidente cerebro-vascular se reduce significativamente en dos años, y es el mismo que el de los no fumadores después de cinco años.<sup>13</sup>

## Cáncer

Fumar cigarrillos ha sido identificado clara e inequívocamente<sup>2 14</sup> como causa directa de:

- Cáncer de pulmón
- Cánceres de la cavidad oral
- Cáncer de esófago
- Cáncer de estómago
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de laringe
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de riñón
- Leucemia, especialmente leucemia mieloide aguda
- Cáncer de hígado.

La incidencia de todos estos tipos de cáncer está relacionada con el número de cigarrillos que se fuman y los años que se lleva fumando.

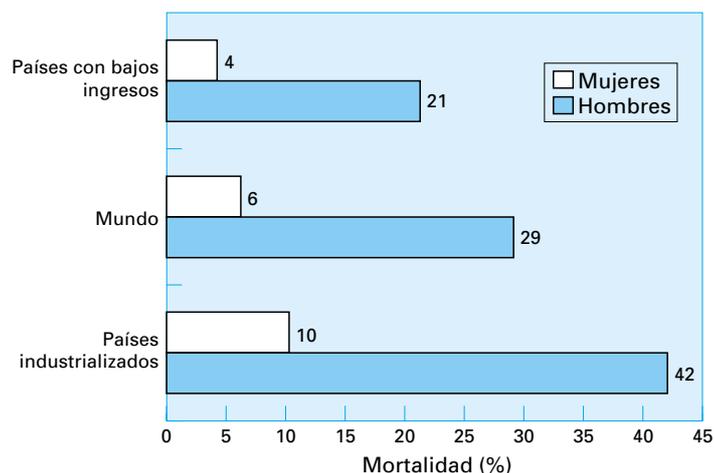
En la mayoría de los países donde el hábito de fumar cigarrillos lleva tiempo establecido, *el cáncer de pulmón* es la causa principal de muerte por cáncer, y normalmente un 90% de estas muertes aproximadamente son causadas por fumar.<sup>15</sup>

En varios países europeos, el cáncer de pulmón ha superado al cáncer de mama como la causa principal de cáncer entre mujeres, puesto que el cáncer de pulmón en la mujer aumenta al haber aumentado el número de mujeres que fuman en las últimas décadas.

También es de gran importancia la edad en que se empieza a fumar: cuanto más joven es la persona que empieza a fumar, mayor es el riesgo de que sufra de cáncer de pulmón.

Los índices relativos de alquitrán de los cigarrillos es menos importante que la forma en que se fuman; los cigarrillos más bajos en alquitrán pueden fumarse más intensa o frecuentemente, haciéndolos igual de dañinos que los cigarrillos más altos en alquitrán.

Fumar pipas y cigarros, al igual que con los cigarrillos, es un factor de riesgo para todos los cánceres asociados con la laringe, la cavidad oral y el esófago. El riesgo de estos cánceres aumenta con el número de cigarrillos que se fumen, y los fumadores de pipa o puros experimentan un riesgo similar al que presentan los cigarrillos.<sup>16 17</sup>



Porcentaje estimado de todas las muertes de cáncer debido a fumar, 1990. De Peto *et al.*<sup>3</sup>

Los riesgos asociados con el tabaco y el alcohol se multiplican cuando la exposición tiene lugar simultáneamente: para los que fuman y beben mucho, sus hábitos son responsables de nueve de cada diez casos de *cáncer de laringe* en esta categoría.<sup>18 19</sup> El tabaco y el alcohol también actúan sinérgicamente en el caso de los *cánceres oral y de la faringe*.<sup>20</sup>

También se ha descubierto que fumar cigarrillos está asociado con el *cáncer del cuello del útero*.<sup>21</sup>

Los beneficios de dejar de fumar: en la ausencia de patología, el riesgo de todos los cánceres se reduce al dejar de consumir tabaco, finalmente acercándose al de los no consumidores.

## Enfermedad de pulmón (aparte del cáncer)

El área más importante de la enfermedad de pulmón causada por fumar es la *enfermedad pulmonar obstructiva crónica* (EPOC), que incluye bronquitis crónica y enfisema.

Fumar cigarrillos es el factor de riesgo ambiental más importante para la EPOC. Causa hipersecreción de mucosa y limitación progresiva del flujo de aire.<sup>22-24</sup>

La mortalidad derivada de EPOC aumenta considerablemente con la cantidad fumada, y el riesgo de fumadores de más de 25 cigarrillos diarios es 20 veces mayor que el de los no fumadores.

Existen ciertas pruebas que demuestran una modesta reducción de riesgo entre fumadores de cigarrillos bajos en alquitrán, aunque ello puede verse contrarrestado fumando más intensamente.

Estudios han demostrado también un efecto sinérgico en fumadores que también están expuestos a cierto polvo relacionado con la profesión o agentes respiratorios.

Dejar de fumar, aunque no mejore de manera fundamental la función ventiladora, resulta en un ulterior índice de descenso en el volumen espiratorio forzado a 1 s (FEV1) ser más lento. Además, reduce los síntomas de tos, flema, resollar y dificultad para respirar.

## Riesgos de fumar pasivamente

Respirar el humo del tabaco de otras personas, lo cual se conoce también como fumar pasivamente o humo de tabaco ambiental (HTA) conlleva graves riesgos, especialmente para los niños y los que están expuestos de forma crónica.<sup>25 26</sup>

Fumar pasivamente se asocia con un aumento del riesgo de *enfermedad respiratoria crónica* en adultos en un 25% (10–43%), y aumenta el riesgo de enfermedad respiratoria aguda en los niños en un 50–100%.

Existen pruebas sólidas y sistemáticas de que fumar pasivamente aumenta el riesgo de *cáncer de pulmón*. Existe una relación dosis-respuesta entre el número de cigarrillos fumados y los años de exposición, y el riesgo de cáncer de pulmón de un no fumador cohabitante.<sup>26</sup>

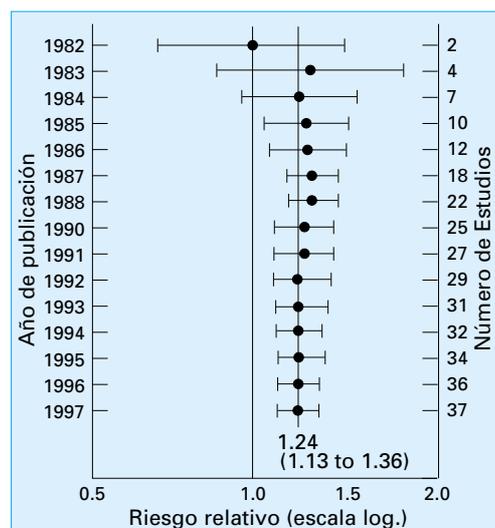
Respirar el humo de otras personas es también una causa importante y evitable de *enfermedad cardíaca isquémica*, aumentando el riesgo de una persona expuesta aproximadamente un 25%. Ello se explica principalmente con una relación dosis-respuesta no lineal entre la exposición al humo de tabaco y el riesgo de enfermedad cardíaca.<sup>27</sup>

Cuando la madre fuma, se dobla el riesgo del *síndrome de muerte infantil súbita*. La relación es casi seguro causal, y el humo de la madre y el padre es importante.<sup>28</sup>

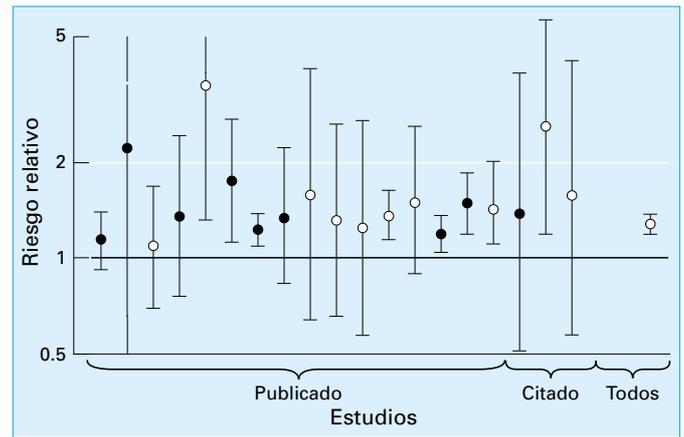
Los niños cuyos padres fuman tienen un riesgo de problemas respiratorios más elevado, y aunque el hecho que fume la madre tiene un efecto mayor que cuando lo hace el padre, el efecto de cuando sólo el padre es fumador es significativo. Estos niños también tiene un mayor riesgo de *enfermedad del oído medio* crónica y aguda. Todas estas afecciones parecen tener una relación causal.<sup>29</sup>

## Tabaco oral y nasal

Al igual que con fumar, el tabaco es también muy peligroso cuando se usa en sus formas sin humo. Causa *cánceres de la cavidad oral, faringe, y laringe*.<sup>30–32</sup>



Cálculo combinado acumulativo del riesgo relativo (las barras indican intervalos de confianza de 95%) de *cáncer de pulmón* a partir de estudios de mujeres que nunca fumaron y vivieron con un fumador, comparado con las que vivían con un no fumador. (Se muestra a la derecha el número de estudios en que se basa cada cálculo combinado). De Hackshaw *et al.*,<sup>26</sup> con el gentil permiso de BMJ Publishing Group.



Cálculos de riesgo relativo (con intervalos de confianza de 95%) ajustados para edad y sexo, de nueve estudios prospectivos (círculos sólidos) y 10 estudios de control de casos (círculos abiertos) comparando enfermedad cardíaca isquémica en no fumadores de toda la vida cuya esposa fumaba, con aquellos cuya esposa no había fumado nunca. De Law,<sup>27</sup> con el gentil permiso de BMJ Publishing Group.

Existen indicios de una asociación entre el tabaco sin humo y una variedad de afecciones no cancerígenas y precancerígenas, especialmente *leucoplakia*.<sup>33 34</sup>

El consumo de tabaco sin humo está implicado en el desarrollo de *las enfermedades de la arteria coronaria y vascular periférica, hipertensión, úlceras pépticas y toxicidad fetal*.

Los consumidores de tabaco sin humo pueden tener niveles de nicotina en su sangre tan o más elevados que los que se encuentra en los fumadores de cigarrillos.

## Fumar y reproducción

Fumar aumenta el riesgo de *aborto espontáneo*, y existe un mayor riesgo de *parto prematuro y bajo peso al nacer* entre los bebés de madres fumadoras. Las fumadoras tienden también a llegar a la menopausia antes que las no fumadoras.<sup>10</sup>

En los hombres, existe un mayor riesgo de *impotencia* entre fumadores<sup>35</sup> y los hombres con calidad de semen marginal pueden beneficiarse de dejar de fumar.<sup>36</sup>

## El atención de salud y otros costes del tabaco

Aunque en este capítulo se han tratado hasta ahora las enfermedades causadas por el tabaco, también es importante tener en cuenta los costes de tratar estas enfermedades, así como otros costes económicos y financieros del tabaco.

Claramente, existen costes considerables en cuanto a atención de salud (a menudo cuando los recursos ya se ven seriamente estirados); y existen otros gastos relacionados asociados con los notables problemas de salud causados por el tabaco. Existen también otros costes fuera del sector de la salud, además de algunos beneficios.

Abajo se resumen algunas áreas principales de los costes y beneficios del tabaco. Algunos son costes exclusivos al gobierno (costes de transferencia), en vez de los costes reales del país. Algunos, especialmente los beneficios, son disputados por economistas, puesto que no tienen en cuenta los panoramas alternativos.

Los costes del tabaco incluyen los gastos relacionados con:

- Asistencia sanitaria adicional para personas que sufren de enfermedades causadas por el tabaco
- Productividad perdida de los fumadores que mueren, o que están de baja por enfermedad más a menudo que los no fumadores
- Pago de pensiones temprano a los dependientes de fumadores que han muerto debido a su hábito (coste de transferencia)
- Incendios causados por materiales de fumar
- Más limpieza, mantenimiento y decoración de edificios y servicios de transporte público donde se permite fumar, comparado con las zonas donde no se puede fumar.

Pueden considerarse beneficios, por ejemplo:

- Empleo creado por la fabricación, publicidad, distribución y venta de cigarrillos (aunque podría generarse un mayor nivel de empleo con un consumo alternativo)
- Ahorros en pensiones estatales de fumadores que no viven lo bastante como para cobrar su pensión
- Ningún gasto de asistencia sanitaria en la vejez para los fumadores que mueren temprano
- Impuestos del tabaco (beneficio del gobierno).

### Costes y la política

En la mayoría de los países, la política social y de salud no se establece estrictamente según los beneficios o costes económicos relativos, a pesar de que parezca que los gobiernos de toda la Región Europea tengan cada vez más tendencia a destacar este criterio.

Estudios de economía han demostrado que a una reducción importante y sostenida en el número de fumadores en la población le sigue un ahorro en asistencia sanitaria y otros costes de corto a medio plazo.

Sin embargo, a más largo plazo tiende a arrojar un coste neto en la economía debido a la mayor proporción de personas que llegan a la vejez, y a que los ancianos utilizan los servicios médicos mucho más que los jóvenes, aunque no fumen. Basar la política en esta premisa en una sociedad civilizada sería tan poco aceptable como abandonar el esfuerzo para evitar accidentes de tráfico aduciendo que proporcionar empleo para equipos de ambulancia, médicos, enfermeras y mecánicos que reparan vehículos.

Las razones principales para subir los impuestos del tabaco:

- Ayudar a pagar el programa general de gastos del gobierno
- Poner freno al consumo
- Pagar por el daño que causa.

A veces, en el contexto de las discusiones de política sanitaria, se plantean los aspectos económicos del tabaco en un sentido más amplio, no siempre de manera apropiada. Debido a la complejidad del tema, las AMN y otros que participen en el control del tabaco pueden encontrar útil usar los servicios de un economista sanitario, con el fin de conseguir las pruebas adecuadas y los argumentos para la política de esta área de estudio especializada.

### Referencias

- 1 Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994;**309**:937-9.
- 2 Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, Finland, October 1996. *Lung Cancer* 1997;**17**:1-60.
- 3 Peto R, et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1994:A22.
- 4 Doll R, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;**309**:901-11.
- 5 Jeremy JY, et al. Cigarette smoking and cardiovascular disease. *J R Soc Health* 1995;**115**:289-95.
- 6 Keys A. *Seven countries*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1980.
- 7 Laing SP, et al. The prevalence of cigarette smoking in patients with peripheral arterial disease. In Greenhalgh RM, ed. *Smoking and arterial disease*. London, UK: Pitman, 1981.
- 8 Rommers GM, et al. Epidemiology of lower limb amputees in the north of the Netherlands: aetiology, discharge destination and prosthetic use. *Prosthet Orthot Int* 1997;**21**:92-9.
- 9 Verhaeghe R. Epidemiologie et pronostic de l'arteriopathie oblitérante des membres inférieurs. (Epidemiology and prognosis of peripheral obliterative arteriotherapy.) *Drugs* 1998;**56**:suppl 3:1-10.
- 10 Chollat-Tracquet C. *Women and tobacco*. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud, 1992:38.
- 11 Royal College of Physicians of London. *Health or smoking: follow-up report of the Royal College of Physicians of London*. London, UK: Pitman, 1983.
- 12 US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990*. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1990. (DHHS Publication No (CDC) 90-8416.)
- 13 Wolf PA, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. *JAMA* 1988;**259**:1025-9.
- 14 Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. *Stat Methods Med Res* 1998;**7**:87-117.
- 15 Boyle P, Maisonneuve P. Lung cancer and tobacco smoking. *Lung Cancer* 1995;**12**:167-81.
- 16 US Department of Health, Education, and Welfare. *Smoking and health. A report of the Surgeon General, 1979*. Rockville, Maryland: Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1979. (DHEW Publication No (PHS) 79-50066.)
- 17 Bofetta P, et al. Cigar and pipe smoking and lung cancer risk: a multicenter study from Europe. *J Natl Cancer Inst* 1999;**91**:697-701.
- 18 Franceschi S, et al. Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, and esophagus in northern Italy. *Cancer Res* 1990;**50**:6502-7.
- 19 Andre K, et al. Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer: a case-control study in the Doubs region of France. *Eur J Cancer Part B Oral Oncol* 1995;**31**:301-9.
- 20 Guenel P, et al. A study of the interaction of alcohol drinking and tobacco smoking among French cases of laryngeal cancer. *J Epidemiol Commun Health* 1988;**42**:350-4.
- 21 Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996;**52**:35-49.
- 22 Pride NB, Burrows B. Development of impaired lung function: natural history and risk factors. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & Hall, 1995:69-91.
- 23 Strachan DP. Epidemiology: a British perspective. In Calverly P, Pride N. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London, UK: Chapman & Hall 1995:47-67.
- 24 Rijcken B, Britton J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Mon* 1998;**7**:41-73.
- 25 Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996;**52**:22-34.
- 26 Hackshaw AK, et al. The accumulated evidence of lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;**315**:980-8.
- 27 Law MR, et al. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;**315**:973-80.
- 28 Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;**52**:1003-9.
- 29 Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and the implications for research. *Thorax* 1999;**54**:357-66.
- 30 Pershagen G. Smokeless tobacco. *Br Med Bull* 1996;**52**:50-7.
- 31 US Department of Health and Human Services. *The health consequences of using smokeless tobacco. A report of the advisory committee to the Surgeon General*. Bethesda, Maryland: Public Health Service, National Institutes of Health, 1986. (NIH Publication No 86-2874.)
- 32 International Agency for Research on Cancer. *Tobacco habits other than smoking: betel-quid and areca-nut chewing; and some related nitrosamines*. Lyon, France: IARC, 1985.
- 33 Gupta PC, et al. Primary prevention trial of oral cancer in India: a 10-year follow-up study. *J Oral Pathol Med* 1992;**21**:433-9.
- 34 Grady D, et al. Oral lesions found in smokeless tobacco users. *J Am Dent Assoc* 1990;**121**:117-23.
- 35 Mikhailidis DP, Jeremy JY. Smoking and erectile impotence. *Int Angiol* 1993;**12**:297-8.
- 36 Vine MF. Smoking and male reproduction: a review. *Int J Androl* 1996;**19**:323-37.

# 3 Las mujeres y los jóvenes

La primera parte de este capítulo trata sobre la importancia de la relación entre la mujer y el tabaco, y la segunda parte sobre los niños y adolescentes. Ambos grupos necesitan una consideración y protección especial; sobre todo cuando son considerados como blancos de la industria del tabaco.

## En este capítulo

- En la mayoría de los países, las mujeres presentan un menor índice de consumo de tabaco en comparación con los hombres. Es por ello que las mujeres, en especial adultas y adolescentes, se han convertido en el blanco de la industria del tabaco. El hecho de que la historia sobre el consumo de tabaco en las mujeres refleje, hasta ahora, un menor índice de enfermedades causadas por el tabaco en comparación con los hombres; ha provocado que no se brinden las medidas preventivas necesarias dirigidas especialmente al público femenino. Las asociaciones nacionales de medicina desean trabajar con organizaciones y medios de comunicación relacionados a la mujer con la finalidad de organizar actividades en esta área
- Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a otras personas consumidoras de tabaco (una susceptibilidad que se origina, incluso, antes de que nazcan). Ellos son los blancos más importantes de la industria del tabaco. La mayoría de los fumadores empiezan a fumar cuando aún son niños; y muy pocas personas adultas que no fuman adquieren este hábito.

## Mujeres

En la mayoría de los países europeos, las mujeres empezaron a fumar varias décadas después que los hombres debido a tabúes sociales y a una falta relativa de poder adquisitivo para gastos personales. Sin embargo, en la mitad de este siglo se ha observado un incremento en el índice de mujeres fumadoras: igual o incluso mayor al índice de hombres fumadores.

### La mujer olvidada

Las primeras campañas de promoción de salud sobre el tabaco enfocaron actividades que en aquel entonces parecían ser más importantes para los hombres que para las mujeres. Por ejemplo: logros deportivos o buen estado físico. Esto se debió, aparentemente, a la falta de conciencia de los educadores de salud y también al hecho que, en esos tiempos, el índice de enfermedades causadas por el tabaco entre mujeres era menor al de los hombres. Mucho más tarde la mujer se inició en el consumo de tabaco. Y en las dos últimas décadas se ha reconocido que las mujeres deben ser consideradas como un grupo que necesita atención especial.

Las razones de este incremento son: (Pueden ser consideradas como consejos para prevenir el consumo de tabaco entre mujeres y adolescentes)

- Estatus social y económico que cambia
- Blancos de las empresas de tabaco
- Educación sobre salud no relevante para la mujer
- Falta de educación sobre la salud dirigida especialmente a la mujer.

Las empresas de tabaco han usado las siguientes promociones especiales dirigidas a mujeres adultas y adolescentes:

- Especiales tipos de cigarrillos “delgados”
- Publicidad en revistas dirigidas a mujeres
- Auspicio de eventos de moda
- Auspicio de música, discos, televisión, videos y deporte con atractivos femeninos.

### El cigarrillo “delgado”

Los estudios de mercado han demostrado a las empresas de tabaco que muchas mujeres, especialmente jóvenes, y adolescentes se esfuerzan por tratar de ser delgadas o al menos se identifican con la preferencia de tener una figura esbelta de acuerdo al mundo de la moda femenina. Muchas mujeres creen que el fumar ayuda a perder peso.

Al parecer, algunas mujeres tienden a ser atraídas por cigarrillos más largos y delgados que los preferidos por los hombres, especialmente si estos son empaquetados de manera peculiar usando colores femeninos. Los cigarrillos se pueden convertir en un accesorio de moda: una manera personal de cómo le gustaría a una mujer fumadora que la viera el mundo.

Para algunas, la imagen distinta de “un cigarrillo para mujer” puede ser un factor importante para superar los viejos tabúes en contra de las mujeres que fuman. Un tipo de cigarrillo delgado o “slim” es un concepto de marketing que combina todas estas atracciones; y es explotado al máximo por las empresas de tabaco que buscan ganar más clientes femeninos y retenerlos en el hábito.

Las revistas para mujeres tienden a publicar un gran número de anuncios comerciales sobre cigarrillos, con la excepción honorable de algunas revistas que rehusan este tipo de publicidad por cuestión de principios.

Las revistas para mujeres que aceptan publicidad de cigarrillos tienden a dar significativamente menos información sobre el tabaco en sus páginas de salud. En algunos casos casi no se menciona ninguna anotación sobre el problema; mientras que se publican repetidamente otros problemas de salud mucho menos serios.<sup>1</sup>

La publicidad de tabaco dirigida a las mujeres busca consolidar la imagen de que el cigarrillo como moda, como objeto de seducción ayuda al éxito social, reduce el estrés y controla el peso del cuerpo: poderosas atracciones para las mujeres en muchos países de Europa.

### Cómo la industria del tabaco llega a las mujeres europeas

Un estudio sobre 111 revistas dirigidas a mujeres en 17 países de Europa demostró que las empresas tabacaleras usan los anuncios publicitarios como una forma directa de atraer clientes mujeres. Además se comprobó que los anuncios publicitarios adquieren cierta credibilidad al ser publicados en ciertas revistas. El estudio señala:

- Sólo 4 revistas rehusaron voluntariamente a publicar dichos anuncios
- En muchos países las mujeres consideraron la publicidad de tabaco como una imagen positiva
- Las revistas que aceptaron publicar los anuncios publicitarios de tabaco dieron menor cobertura a temas de salud relacionados con el consumo de tabaco
- Sin embargo algunas revistas, como en Suecia por ejemplo, adoptaron un comprensivo y constructivo acercamiento al tema del fumar y la salud.

### Las mujeres y el tabaco: una preocupación tardía

Desgraciadamente, la importancia del consumo de tabaco como un tema vital en la salud de la mujer ha sido recientemente reconocido. El cuerpo médico y de salud, así como también activistas políticos y sociales, escritores y periodistas, comprendiendo el frecuentemente llamado “movimiento feminista”, no tardaron comprender la importancia del consumo de tabaco en la mujer.

En Europa Occidental, durante la primera etapa del movimiento feminista, el tema sobre la salud se enfocó en la salud reproductiva; y cualquier preocupación sobre el tabaco fue considerada intrascendente. Algunos comentaristas incluso mencionaron que dicha preocupación iba en contra de la idea de la mujer de reclamar el derecho a determinar su propia vida y a participar en todas las actividades que habían sido hasta ahora mayoritariamente del sexo masculino.

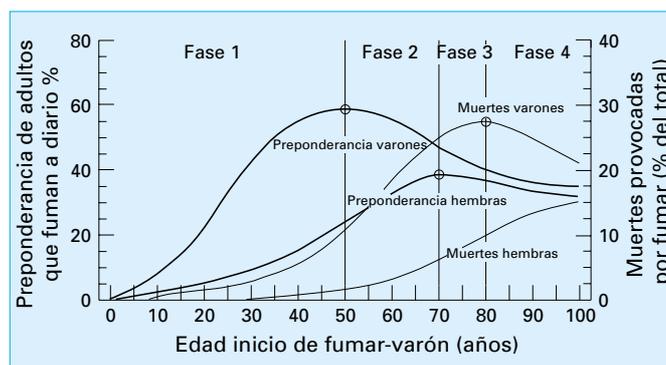
### Las mujeres y las enfermedades causadas por el consumo de tabaco

Desgraciadamente, el fumar es una de las actividades que las mujeres debieron haber sido aconsejadas de renunciar. Así queda demostrado con el rápido crecimiento, en muchos países de Europa, del índice de cáncer de pulmón en las mujeres. Esta tendencia ha sido tan radical que en algunos países el cáncer de pulmón ha superado al cáncer de mama; el cual había sido por largo tiempo la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres.

Se ha demostrado que no es correcta la idea de que las mujeres son menos susceptibles que los hombres a contraer enfermedades causadas por el consumo de tabaco; con la excepción minoritaria de la contribución del fumar al espectro de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en mujeres pre-menopáusicas. Con relación a la salud reproductiva, las mujeres fumadoras tienen riesgos adicionales de contraer otras enfermedades, en comparación con el hombre.

### “Si las mujeres fuman como hombres, ellas morirán como hombres”

Profesor universitario Richard Peto, Universidad de Oxford, Reino Unido.



Pauta estándar de la propagación de la epidemia de fumar. De Ramstrom,<sup>2</sup> con el gentil permiso de los editores.

Lo anteriormente mencionado queda comprobado sobre la base del índice de mortalidad entre las mujeres que han fumado toda su vida y con niveles similares de consumo que los hombres.

### ¿Qué pueden hacer las ANM con respecto a la mujer y el consumo de tabaco?

Cualquier grupo creado por las ANM con el objeto de enfocar el problema del tabaco debe tomar en cuenta los problemas causados por el tabaco en mujeres. Estos grupos deben considerar lo siguiente:

- Incluir mujeres entre sus miembros
- Trabajar con expertos en el campo o con aquellas personas que están interesadas en adquirir dicha experiencia
- Formar un grupo de trabajo con la finalidad de enfocar el tema de la mujer y el tabaco
- Revisar la situación nacional e identificar grupos que puedan ser de gran utilidad
- Educar a los posibles aliados sobre el tema
- Organizar una conferencia especial sobre el tema con la finalidad de reunir a un gran número de organizaciones.

### Lo que los médicos pueden hacer con relación al tema de la mujer y el tabaco

La industria del tabaco está dirigida a las mujeres. Esto significa que los médicos necesitan adoptar la misma medida:

- Brindar una atención especial a pacientes embarazadas que fuman y ayudarlas a dejar de fumar
- Aprovechar obvias oportunidades. Por ejemplo: cuando los médicos recetan anticonceptivos orales, deben aconsejar a la paciente que deje de fumar
- Incentivar a pacientes mujeres que fuman a dejar de fumar
- Colaborar en los programas de las asociaciones nacionales de medicina relacionados con la mujer y el tabaco.

¿Quién puede ayudar a las organizaciones nacionales de medicina sobre el tema de la mujer y el tabaco?

- Editores y miembros de publicaciones sobre la mujer
- Organizaciones de mujeres
- Sectores de mujeres en organizaciones profesionales y sindicatos
- Mujeres que destacan y muestran liderazgo en el tema de la salud de la mujer.

Existe una red internacional de organizaciones e independientes preocupados por el tema del tabaco llamada INWAT (véase el apéndice 3). Esta red ofrece conexión entre colegas de otros países interesados también en el tema.

### Un desafío para las miembros líderes de las asociaciones nacionales de medicina

Si las organizaciones de mujeres no han desempeñado un papel efectivo en contra del tabaco, entonces estas organizaciones deben ser consideradas como centros de reclutamiento en favor de la causa.

Las miembros líderes de las asociaciones nacionales de medicina (y otras profesionales mujeres de salud) deben tratar de participar en conjunto con las líderes de grupos de mujeres a través de reuniones u otras actividades relacionadas con el tabaco. Ellas pueden aprender sobre el problema del tabaco e involucrarse en la preocupación de prestar mayor atención al tema en mención. De esta manera pueden empezar a formar parte de la campaña.

## Niños y adolescentes

Los niños son claramente el grupo más vulnerable considerando su necesidad de buscar protección:

- Consumo de tabaco por parte de otras personas
- La promoción del tabaco y sus influencias pueden incentivarlos a empezar a consumir este producto.

Todos concuerdan: debemos evitar que los niños empiecen a fumar, pero ...

La mayoría de fumadores empiezan a fumar durante su niñez

A pesar de que el acceso a los cigarrillos es limitado para los niños, surge un modelo evidente:

- Experimentación ocasional del consumo de tabaco
- Esta experimentación se vuelve regular
- El consumo de tabaco regular se convierte en un hábito diario
- El hábito se convierte en una adicción debido a que los fumadores se vuelven adultos con mayores ingresos disponibles.

### “Personas que eligen fumar...”

La posición pública de la industria del tabaco es que los fumadores “eligen fumar” y que el consumo de tabaco es una “costumbre adulta” que los niños deben evitar.

Invocar la libertad de escoger es claramente un concepto poderoso de invocar, sin embargo es completamente inapropiado y terriblemente abusado por la industria del tabaco.

Es obvio que los niños no deciden fumar de manera libre, informada y adulta. Los documentos internos de la industria del tabaco, hechos públicos en procesos legales en Estados Unidos, muestran claramente cómo las empresas trabajan tenazmente con la finalidad de atraer niños al hábito de fumar. A pesar de las confesiones de algunos líderes estadounidenses, las mismas empresas están actualmente empleando los mismos trucos en toda Europa.

### Los niños y el consumo ambiental de tabaco

Incluso antes de su nacimiento, la salud de los niños puede ser afectada por el consumo de tabaco por parte de los padres, principalmente de la madre. Estos efectos pueden persistir por muchos años. La exposición al humo del tabaco consumido por otras personas puede causar o contribuir al síndrome de muerte súbita infantil, graves enfermedades respiratorias y otros problemas de salud, incluyendo la aparición de ataques de asma.

### Los niños y la promoción del tabaco

- Los niños son el blanco de los publicistas de tabaco. Este hecho es tajantemente negado, sin embargo está comprobado en base a la documentación interna de las empresas
- La publicidad dirigida a los niños es muy sutil y es el resultado de cuidadosas investigaciones. Por ejemplo: los eventos deportivos televisados y auspiciados por empresas de tabaco son observados por un gran número de niños.

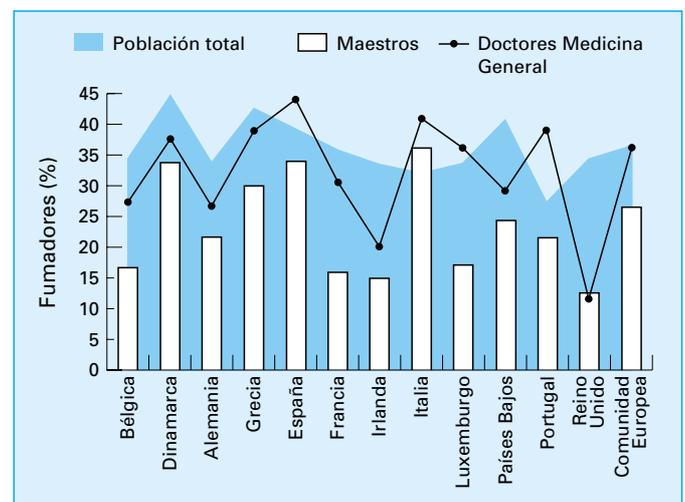
Los niños ven constantemente los anuncios publicitarios de tabaco, incluyendo carteleras publicitarias, auspicios y otras actividades promocionales. Como resultado:

- Los niños retienen ideas positivas acerca del tabaco
  - Los niños son incentivados a experimentar con el tabaco.
- Otras influencias:
- El hábito de fumar por parte de los padres, profesores, hermanos mayores, miembros de grupos de la misma edad y modelos de conducta
  - Actitudes sobre el tabaco de los padres, profesores, otros adultos importantes y compañeros de la misma edad.

A medida que crecen y experimentan con el fumar, los niños no se ven afectados durante mucho tiempo por el conocimiento de las enfermedades que pueden contraer como resultado. Parecen demasiado remotas desde su experiencia e imaginación: para ellos, las enfermedades graves están asociadas con personas muy mayores con quienes no se pueden identificar.

### “¡Debemos empezar con los niños!”

Esta es la frase más mencionada entre las personas nuevas que se unen al problema del tabaco. El sentimiento es



Consumo de cigarrillos de “modelos de conducta” clave (maestros y doctores de medicina general) en toda la Unión Europea y en varios países de la Europa Occidental. De Huber *et al.*,<sup>3</sup> con el gentil permiso de los editores.

comprensible, pero algunas veces se intenta que se concentren todos los esfuerzos en las actividades relacionadas con los niños, especialmente educación de salud en colegios. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que ningún simple aspecto de la política del control de tabaco resolverá por sí solo el problema general.

La cruda realidad es que se ha tratado más de incentivar a los adultos de dejar de fumar que de prevenir a los niños del tabaco.

Esto no significa que debemos dejar de producir buenos programas de educación de salud dirigidos a jóvenes. Sin embargo, es poco realista concentrarnos sólo en esto y excluir otras actividades.

### **Adolescencia: tiempo clave para empezar**

El momento más importante para atraer a las personas al hábito de fumar es la adolescencia. En este período, el niño se traslada de una escuela primaria, en la cual se encuentra en el último año, a una escuela “grande”, donde el niño regresa bruscamente a los primeros años. Los niños pasan apuros para encontrarse a sí mismos y establecerse en un grupo de la misma edad. Cualquier cosa que los haga sentirse, aparentemente, en control, “a la moda” y adultos, incentivará al niño a experimentarlo.

### **Asociaciones nacionales de medicina, los niños y el tabaco**

Los grupos que trabajan en el problema del tabaco y pertenecen a las asociaciones nacionales de medicina deben (véase páginas 31–6):

- Revisar todos los aspectos relacionados con el consumo infantil de tabaco
- Reclutar o invitar a expertos a formar parte del grupo.
- Desarrollar un sistema de coordinación.

Si es que ya existen programas dirigidos a niños, no será necesario que las asociaciones nacionales de medicina desempeñen un papel importante. Sin embargo, es necesario que los grupos de tales asociaciones se mantengan enfocados en el tema de los niños y el tabaco; y revisen que todas las partes activas coordinen su trabajo, explotando al máximo sus habilidades y evitando el doble esfuerzo.

En la sección sobre la política de control del tabaco a través de programas de educación pública encontrará mayor información sobre este tema.

### **Referencias**

- 1 Amos A, *et al.* Women's magazines and tobacco in Europe. *Lancet* 1998;**352**:786–7.
- 2 Ramstrom LM. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Resp Res* 1997;**27**:65.
- 3 Huber GL, *et al.* In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Resp Res* 1997;**27**:28, 45.

# 4 El tabaco y las desigualdades

Este capítulo trata sobre el tabaco y varios grupos minoritarios en la población. Deben considerarse estos grupos al planear y aplicar un sistema de control del tabaco.

## En este capítulo

En la mayoría de los países existen marcadas diferencias en la manera cómo el tabaco afecta a los diferentes grupos de población. Al igual que otros problemas de salud pública, es importante considerar estas diferencias con la finalidad de dirigir los esfuerzos a aquellos grupos que presentan mayor riesgos y explotar al máximo los recursos disponibles.

Grupos que tienden a ser especialmente vulnerables:

- Grupos socioeconómicos bajos
- Grupos minoritarios étnicos.

A continuación se mostrará la manera en que las personas de cada uno de estos grupos tienden a adquirir el hábito del tabaco y cuál podría ser la mejor manera de protegerlos.

## Grupos socioeconómicos bajos

En países con una larga historia de control de tabaco, el hábito de fumar ha mostrado cambios con relación a su predominio relativo entre diferentes grupos socioeconómicos.

### “Los tiempos han cambiado: ¿Quién fuma y qué fuma?”

A comienzos de este siglo aún se empezaba a consumir los cigarrillos cuando en Europa Occidental, eran los hombres que pertenecían a grupos socioeconómicos más altos quienes solían fumarlos. Los cigarrillos en ese entonces eran muy caros y hechos a mano. Aquellos que pertenecían a grupos socioeconómicos bajos fumaban en poca cantidad, aunque consumían tabaco en pipa o en algunos casos lo masticaban.

Un cambio socioeconómico similar favoreció a otros hábitos asociados con enfermedades que actualmente tienden a ser clasificadas conjuntamente como factores del estilo de vida. Como por ejemplo; consumo de alcohol, falta de ejercicio físico y obesidad. Aquellos con más dinero estaban mucho más expuestos a presentar estos factores que aquellos que tenían menos dinero.

Desde entonces ha habido un cambio socioeconómico total con relación al consumo del cigarrillo: los profesionales tienen el índice más bajo mientras que las personas de clase trabajadora fuman mucho más. Una tendencia similar ha ocurrido nuevamente con relación a los factores del estilo de vida.

El fumar de cigarrillo tiende a relacionarse con los factores del estilo de vida con relación al índice de enfermedades encontradas en diferentes grupos

socioeconómicos. Aquellos que tienen menos recursos constituyen el gran desafío de la salud pública. Estas personas tienden a tener menos educación, menos acceso a revisiones médicas e información y asesoramiento fiable sobre salud; y tienen menos posibilidad de cambiar su estilo de vida por motivos de salud.

El promocionar, transmitir ideas y alentar a las personas de estos grupos a realizar cambios en su estilo de vida en favor de su salud, requiere habilidades de imaginación y creatividad que son comúnmente usados, y muy bien pagados. El objetivo es promocionar los productos comerciales y servicios más populares (incluso aquellos que contribuyen a los ejemplos más sorprendentes de desigualdad en la salud).

Razones en contra de la libertad encadenada de comunicación para los publicitarios del tabaco tienen una especial importancia si consideramos el bienestar social de grupos particularmente vulnerables a dicha publicidad y a quienes la publicidad está cada vez más dirigida.

En vista de las desigualdades del índice de enfermedades por el tabaco entre aquellos un nivel con bajo, económico parece más importante la protección que su libre exposición, considerando las imágenes poderosas y altamente engañosas que promocionan el uso de los productos de consumo más peligrosos que el mundo haya conocido.



“Una nueva Europa sin tabaco.” Con el gentil permiso de la International Union Against Cancer.

### Asociaciones nacionales de medicina y grupos socioeconómicos bajos

Los grupos de estas asociaciones que trabajan en contra del tabaco deben:

- Revisar los temas relacionados al consumo de cigarrillos entre los grupos socioeconómicos bajos.
- Invitar a miembros u otras personas especializadas, como por ejemplo: consejeros médicos de sindicatos o aquellos que trabajan en el área de salud, columnistas en periódicos populares, presentadores en radios populares y canales de televisión que transmiten programas sobre temas de salud.
- Revisar frecuentemente las campañas de comunicación con el objeto de asegurar el máximo impacto en grupos socioeconómicos bajos.

### Economistas en el área de salud

Ésta es una área donde los servicios de un economista pueden ser de gran utilidad. Esto se debe a que la industria del tabaco y políticos mal informados objetarán la política de control de tabaco. Se basarán en la suposición de que dicha política (que incluye incremento en el precio del tabaco en términos reales debido al incremento de impuestos) experimentará un retroceso, socialmente hablando. Dicha política será en perjuicio de aquellos grupos con menores ingresos y no para aquellos con mejor posición económica.

Como se verá en la sección relativa a la subida del precio como consecuencia de los impuestos, lo dicho en el párrafo anterior no es precisamente verdad, puesto que no se han considerado los desproporcionados beneficios de salud futuros entre los grupos socioeconómicos. Estos beneficios serán resultado de un incremento de impuestos. Por lo tanto, este aspecto de la política puede ser visto, en términos sociales, como una política progresiva.

La ayuda de un experto es esencial para obtener e interpretar la información necesaria para lidiar con argumentos, especialmente en el ambiente político, que trata de temas que afectan a los sectores de la población con un salario bajo.

### Grupos minoritarios étnicos que incluyen inmigrantes

Muchos de los temas mencionados anteriormente con respecto a los grupos socioeconómicos bajos se aplican para:

- Grupos minoritarios étnicos
- Grupos permanentes o temporales de trabajadores inmigrantes y sus familias
- Grupos sin domicilio permanente, como por ejemplo, los gitanos u otros grupos que viajan continuamente.



De un libro sobre tabaco y salud, *Hekim ve sigara*, publicado por la Asociación Médica Turca.

Dichos grupos tienen diferentes modelos de consumo de tabaco en comparación con la población general. Además, presentan una especial susceptibilidad a varias enfermedades causadas por el tabaco. Es importante señalar que mientras dichos grupos posean una proporción significativa de personas que no hablan la lengua del país donde se encuentran, estos pierden mayor información sobre salud dirigida al público en general.

### Asociaciones nacionales de medicina y grupos minoritarios étnicos

Lo más importante es que los encargados de crear la política de salud pública, como por ejemplo: asociaciones médicas, deben tomar en cuenta dichos grupos minoritarios en cualquier estudio relacionado con el tabaco. Los grupos que trabajan en el control del tabaco deben:

- Invitar a representantes de estos grupos minoritarios
- Contar con médicos o trabajadores del sector salud interesados en estos grupos minoritarios
- Actuar como foro, reclutando líderes de grupos minoritarios con el objeto de incentivarlos a tomar acción en contra del tabaco
- Asegurar que todas las actividades sobre el control del tabaco relacionadas al programa del país estén debidamente coordinadas.

Cualquier iniciativa dirigida al público en general, como, por ejemplo, folletos de información sobre el tabaco, debe realizarse llevada a cabo con la participación de líderes de grupos minoritarios y especialistas en salud. De esta manera aseguramos que los grupos minoritarios no sean excluidos.

# 5 La capacidad de los médicos

Este capítulo explica el porqué los médicos poseen una capacidad superior en comparación a otros grupos de la sociedad para promover la reducción del consumo de tabaco; y por lo tanto, una reducción, a su debido momento, del índice de mortalidad.

## En este capítulo

- Los médicos se encuentran en una poderosa e importante posición en la lucha contra el tabaco
- Muchas de las investigaciones pioneras y presiones políticas sobre el control de tabaco han sido asumidas por médicos
- Los médicos son conscientes que ellos solos no pueden resolver el problema del tabaco. Se requiere responsabilidad y habilidades de especialistas en diferentes áreas profesionales.

## Médicos: en una posición única de poder

Los médicos poseen una eficacia especial debido a muchas cualidades relacionadas entre sí:

- Conocimiento detallado de las enfermedades
- Reputación como individuo y experto en el cuidado de la salud
- Consejeros en el tema de la salud
  - A independientes
  - A organizaciones públicas y privadas
  - A medios de comunicación
- Oportunidad única de aconsejar a las personas, una por una, en un ambiente clínico donde los pacientes son más receptivos
- Acceso a la toma de decisiones
- Posición generalmente respetada y segura dentro de la sociedad.

## Pioneros

Una breve historia del control de tabaco en el Reino Unido constituye un sorprendente ejemplo del potencial de los médicos como una fuerza superior en el control del tabaco. Aunque más adelante se verá que parte de lo que sucedió fue un tanto fortuito.

Al igual que en otras sociedades industrializadas, durante las primeras décadas del siglo 20, el hombre adoptó en el Reino Unido un habitual y diario consumo de cigarrillos causando la aparición de índices continuamente incrementados de mortalidad por cáncer de pulmón. El cáncer de pulmón era previamente una enfermedad muy rara.

Se llevaron a cabo ciertos estudios sobre el control de tabaco que demostraron la fuerte relación entre la cantidad fumada y el desarrollo del cáncer de pulmón. Los científicos Richard Doll y Austin Bradford Hill llegaron a la conclusión que “el fumar es un factor importante en la producción de carcinoma del pulmón”. Sin embargo, esta conclusión no fue generalmente aceptada y otros científicos establecieron que la relación era artefacto de la metodología de investigación; y que existía una confusión entre el fumar y algunos otros factores.

Doll y Hill comprendieron que era necesaria una metodología diferente de investigación y decidieron emprender un estudio prospectivo. En vez de un estudio sobre el consumo de tabaco en pacientes que sufren de cáncer de pulmón, decidieron un estudio prospectivo que consistía en formar un grupo cuyos hábitos de fumar eran conocidos; y observarlos durante años con la finalidad de observar el desarrollo de la enfermedad. Fue necesaria la participación de un gran número de participantes y como respuesta a ciertos cuestionarios, decidieron escoger a médicos como su objeto de estudio debido a que:

- Los médicos pueden estar especialmente interesados en este estudio, y por lo tanto contestarán las respuestas sobre sus hábitos de fumar en forma más precisa y exacta que otros grupos
- Los médicos tienen que estar registrados para practicar su profesión, por lo tanto es más fácil ubicarlos.

La decisión de elegir a médicos como objetos de estudio tuvo beneficios imprevistos. Los médicos estaban pendientes del resultado con relación a su propia salud y al de la nación; y contribuyeron al desarrollo de la política de control del tabaco y a la educación pública sobre los peligros que causa el fumar.



Sir Richard Doll en su 80 cumpleaños en 1992. Con el gentil permiso de *The (London) Times*.

Respondieron más de dos tercios de 59 600 médicos registrados; y en sólo tres años, se confirmó la relación entre el consumo del cigarrillo y el cáncer de pulmón. También hubo pruebas estadísticamente importantes sobre la existencia de una relación entre el fumar y la trombosis coronaria. A medida que avanzó el estudio, se fueron añadiendo otras pruebas que relacionaban el cigarrillo con otras enfermedades.

Además, el estudio empezó a dar respuestas a preguntas pendientes incluso después de los resultados iniciales. Como por ejemplo, si es que algunas personas tenían una predisposición a fumar y a ciertas enfermedades como el cáncer de pulmón; y que si el fumar era una de las causas de las enfermedades cardiovasculares.

### “Doctor: ¿es sólo el destino?”

“Quizás algunas personas están predispuestas a convertirse en fumadoras y son también más susceptibles al cáncer de pulmón que aquellas predispuestas a ser fumadores pasivos”

La teoría resumida anteriormente fue quizás la pregunta más importante sin respuesta después de los resultados iniciales del estudio sobre la base de médicos británicos. En muchos países aún se escucha a personas fumadoras citar esta teoría con la finalidad de justificar su continuo hábito, y es también frecuentemente usada por la industria del tabaco para tratar de desacreditar la evidencia científica del peligro del consumo de cigarrillo.

La posibilidad de dicha doble predisposición fue descartada por el hecho de que un importante número de médicos dejaron de fumar después de la publicación de los resultados iniciales de Doll y Hill. Sin embargo, estos continuaron siendo observados. Mientras que el índice de mortalidad por cáncer de pulmón y otras enfermedades causadas por el cigarrillo disminuyó entre las personas que dejaron de fumar, esto no ocurrió con aquellas que continuaron siendo fumadoras.

Se siguieron estudiando los médicos durante un período de hasta 40 años. A medida que el estudio avanzaba la información era publicada. El reporte final fue publicado en la revista *British Medical Journal* durante la novena conferencia mundial sobre el tabaco y la salud llevada a cabo en 1994.

Por lo tanto, los médicos no sólo fueron pioneros en la investigación sobre los peligros del tabaco, sino también constituyeron uno de los grupos más grandes utilizados como objeto en un estudio prospectivo. Este estudio demostró una reducción importante en el índice de consumo de tabaco.

## Los médicos son conscientes de la necesidad de una amplia colaboración

Después de la publicación de los primeros resultados del estudio prospectivo de Doll y Hill en 1955, un gran número de médicos empezaron a dejar de fumar. Asimismo, la presión de los doctores por encontrar una acción efectiva empezó a incrementar.

Respondiendo ante la presión, El Colegio Real de Físicos de Londres (The Royal College of Physicians of London) formó un comité para estudiar la evidencia científica acumulada con relación al tabaco y a las enfermedades que



Los médicos tuvieron una función importante a la hora de formar la opinión pública antes de adoptar el Acta del Tabaco de 1993 en Suecia. La organización Doctors Against Tobacco se formó en aquella época. Se tomó esta foto en una manifestación de médicos durante las deliberaciones del parlamento sobre la legislación propuesta. De *Tobacco control—Swedish style*, con el gentil permiso del Instituto Nacional de Salud Pública, Estocolmo, Suecia.

puede causar. En 1962, el primer informe sobre el tabaco fue divulgado contando con una amplia publicidad. Los médicos entonces presionaron al gobierno británico sobre el tema de la educación de salud y otras medidas.

La Dirección General de Salud Pública (DGSP) de los Estados Unidos, alentada por el reporte del Colegio Real de Físicos de Londres, publicó en 1964 la primera revisión de la evidencia sobre el tabaco. Una vez más, esta publicación movilizó a un gran número de médicos interesados en el tema.

La DGSP publicó en 1967 su segundo informe sobre el consumo de cigarrillo. Al darse cuenta que las acciones de los médicos habían fracasado con respecto a persuadir al gobierno a adoptar medidas efectivas, la DGSP formó una organización benéfica llamada *Action on Smoking and Health – ASH* (Acción contra fumar y en pro de la salud). Esta organización benéfica estaba dedicada a brindar información al público sobre los peligros del tabaco. Actualmente esta organización sigue existiendo e incluso recientemente desempeñó un papel importante en la campaña del gobierno británico para respaldar la directiva de la Unión Europea sobre el control de tabaco.

Se encontrará más información sobre la creación de una agencia dedicada al control de tabaco en el capítulo 10.

Los médicos son también líderes en muchos países europeos, incluyendo el Reino Unido, en:

- Tratar de influenciar al gobierno en la creación de una legislación
- Presionar para el incremento de impuestos al tabaco
- Crear y apoyar los días especiales de no fumadores con el objeto de incentivar a las personas.

# 6 Cese del hábito de fumar

Este capítulo trata sobre la forma más personal y directa en que los médicos pueden ayudar a reducir el daño causado por el tabaco: ayudando a sus pacientes a dejar de fumar.

## En este capítulo

- Los médicos cuentan con una habilidad única para ayudar a los fumadores a dejar de fumar
- Muchos fumadores desean dejar de fumar, y otras pueden ser receptivas al estímulo de no consumir tabaco
- Se ha demostrado que la intervención de un doctor incrementa la posibilidad de que un fumador deje definitivamente de fumar
- La terapia de reemplazo de nicotina puede incrementar el índice de éxito en fumadores dependientes. Otras técnicas también juegan un papel importante.

## Miles cada día ...

En la mayoría de los países, miles de pacientes acuden al médico cada día útil de trabajo (Por ejemplo, en el Reino Unido, con una población de 57 millones y un índice promedio de consumo de tabaco en la región europea, los médicos atienden cerca de 250 000 pacientes por día). Una proporción bastante grande de estos pacientes son fumadores quienes son considerados como pacientes que presentan mayor cantidad de quejas. Por lo tanto, la oportunidad diaria de que un médico pueda intervenir es bastante grande.

## Los médicos pueden ayudar

Los médicos se encuentran en una posición perfecta para poder ayudar porque:

- Las personas confían en sus consejos sobre problemas de salud
- Los médicos atienden a las personas en el momento que se encuentran más susceptibles a recibir consejos sobre salud
- Los médicos pueden personalizar sus consejos refiriéndose a la salud propia del paciente y a su historia familiar
- Los médicos tienen contacto, a la semana, con muchos pacientes que fuman.

## Fumadores que desean dejar de fumar

En todos los países existen fumadores que desean dejar de fumar. Algunos aún no lo han tratado mientras que otros han

fracasado en su intento ya sea algunas o varias veces.

Este grupo “discrepante”, infeliz por su hábito pero que continúa fumando, puede representar dos tercios del total de fumadores.

Las siguientes características de muchos fumadores que visitan a sus médicos muestran importantes puntos de partida para la intervención de un médico.

Muchos fumadores:

- Desean dejar de fumar
- Subestiman y mal interpretan el riesgo
- Presentan algunos síntomas relacionados, como por ejemplo: tos y reducción de la función del pulmón
- No desean que sus niños empiecen a fumar
- Desean ahorrar dinero
- Tienen un esposo, esposa, niños, amigos o colegas que desean que dejen de fumar
- No les gusta el olor y la suciedad causados por el consumo de cigarrillos
- Tienen otros factores de riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares.



Médico: “¿Ha pensado alguna vez en dejar de fumar?” De Mel Calman, con su gentil permiso.

La experiencia de las personas en su afán de dejar de fumar difiere ampliamente: algunos dicen que pudieron dejar de fumar en su primer intento, mientras que otros fracasaron en muchos intentos antes de que tuvieran éxito. En algunas personas los síntomas desaparecen después de dejar de fumar pero en otras no. Cada fumador tiene sus propias experiencias las cuales difieren en cada intento de dejar de fumar.

Esta variedad de experiencia es uno de los factores que dificulta al médico saber cuál es la mejor manera de incentivar a sus pacientes a dejar de fumar.

Como antecedente a este tema, es importante recordar un modelo de actitudes de los fumadores y las etapas psicológicas que atraviesan en su camino a dejar de fumar. El deseo de un fumador de dejar de fumar se desarrolla lentamente a través de las siguientes etapas:

- Cambio de actitud. El fumador dice:
  - “Debería pensar acerca de dejar de fumar”, y luego:
  - “Realmente debería dejar de fumar.”

Muchos fumadores se estancan en esta fase por un largo tiempo antes de pasar a la siguiente etapa.

- Algo que promete acción: esto puede ser algo trivial como, por ejemplo, el incremento del impuesto del tabaco, un amigo o vecino que haya dejado de fumar, o algo más personal como el hecho de que sus hijos le pidan dejar de fumar o la enfermedad o muerte de un amigo o pariente causada por el tabaco; y finalmente el desarrollo de sus propios síntomas. El resultado:

- “Bien, voy a dejar de fumar definitivamente”
- Tomar la decisión de dejar de fumar.

Desgraciadamente muchos fumadores sufren de una recaída y pueden dar muchas vueltas antes de dejar finalmente de fumar. Por esta razón es importante evitar hablar sobre éxito y fracaso. Sin embargo, se debe mantener el ánimo en alto y alentar otros intentos.

Los estudios sobre intentos de dejar de fumar muestran que algunos fumadores necesitan uno – o varios – intentos previos antes de tener éxito y dejar de fumar definitivamente.

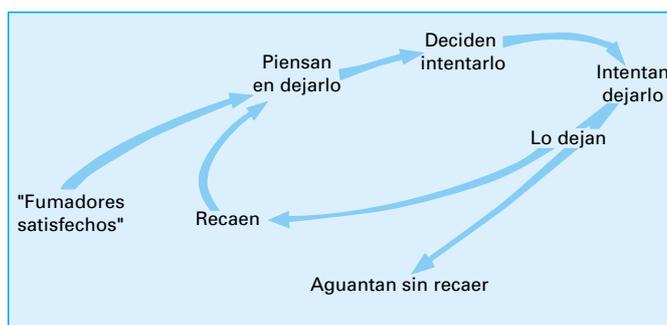
Los fumadores tienden a sentir lo opuesto. Piensan que después de haber tratado arduamente de dejar de fumar (frecuentemente muchas veces) y fracasar, no vale la pena intentarlo de nuevo. Sin embargo, los médicos pueden incentivarlos personalizando la realidad: al contrario de como los pacientes ven la posibilidad de dejar de fumar, esta posibilidad de éxito podría ser, ésta vez, mucho mejor que las anteriores.

## Intervención del médico

### Resumen

Los médicos pueden ayudar a los pacientes a salir de este hábito de la siguiente manera:

- Revisando sus hábitos de tabaco, incluso cuando se trata de pacientes que nunca han presentado síntomas relacionados con el tabaco
- Conversar regularmente con todos los pacientes sobre los beneficios de dejar de fumar (o repetidamente con aquellos que no han tomado ninguna acción)



El proceso de dejar de fumar. De *Help your patient stop*,<sup>1</sup> con el gentil permiso de los editores.

- Incentivar regularmente a los pacientes a dejar de fumar
- Aconsejar más activamente a aquellos que están de acuerdo en dejar de fumar
- En caso de ser apropiado, recetar una terapia de reemplazo de nicotina
- Continuar observando a los pacientes con la finalidad de tratar de asegurar conformidad
- Repetir los procedimientos anteriores en caso de que el paciente sufra una recaída

Otros procedimientos simples en la práctica general ayudan al nivel de éxito a largo plazo. Estos procedimientos incluyen:

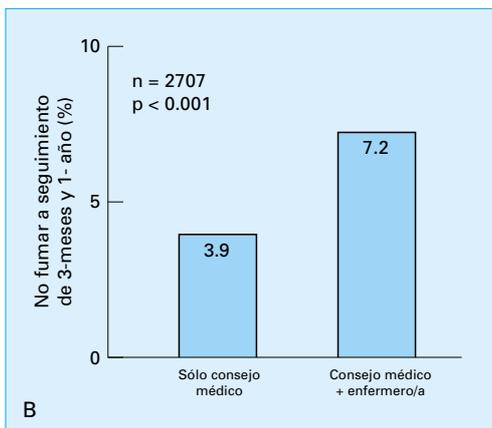
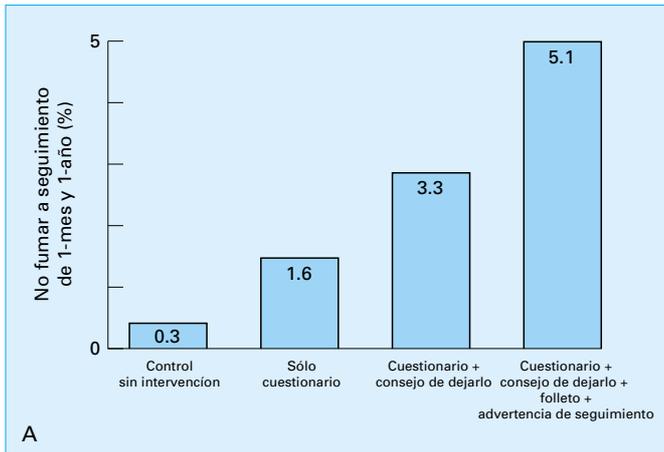
- Que el fumador responda el cuestionario sobre su hábito de fumar
- Una declaración del doctor de intentar seguir observando al paciente y revisar sus progresos
- Que el doctor entregue al paciente folletos simples sobre el tema.

### No existe una cura mágica ...

Es importante señalar que no existe una cura mágica para el consumo de cigarrillos: muchos pacientes desean que los médicos los hagan dejar de fumar, pero los pacientes son los únicos que pueden ayudar a sí mismos a salir de este problema.



Durante el seguimiento del cese, puede controlarse el cumplimiento con un detector de monóxido de carbono. De *Tobacco control—Swedish style*, con el gentil permiso del Instituto Nacional de Salud Pública, Estocolmo, Suecia. Crédito de foto: Jacob Forsell.



(A) El efecto del consejo de los doctores de medicina general en contra de fumar (2000 pacientes asignados al azar, en cuatro grupos). (B) Apoyo psicopedagógico asistido por enfermera para fumadores. De Fowler,<sup>4</sup> con el gentil permiso de los editores.

En el pasado el índice total de éxito entre personas que tratan de dejar de fumar ha sido lamentablemente bajo. Un 5% no continúa fumando durante el primer año después de dejar de fumar (un año es el tiempo más real para medir el éxito a largo plazo).

Sin embargo, esto debe ser considerado como un desafío y no como una falta de incentivo. El índice de éxito definitivo puede incrementarse en el futuro gracias a la atención incrementada por parte de los doctores, proveedores de productos de salud, industria farmacéutica y nuevas técnicas.

Los médicos necesitan escoger cuidadosamente la forma como van a considerar el índice de éxito a largo plazo en el momento de aconsejar al paciente de dejar de fumar. Los médicos desean dar a sus pacientes fumadores el mejor incentivo posible para que dejen de fumar y seguir tratando con aquellos que han sufrido una recaída.

Más recomendaciones para tratar con pacientes serán mencionadas posteriormente.

### Una intervención breve

Este consejo está dirigido a todos los médicos, no simplemente a practicantes en el área de salud. Está basado en un modelo simple con una etapa que conlleva a la otra a menos que el médico considere que no es apropiado continuar en esta ocasión.

A menos que existan buenas razones para no tocar el tema, el médico debe preguntar a su paciente en cada

consulta si continua fumando, o ha tratado recientemente de dejar de fumar o si ha pensado en dejar de fumar.

Durante las consultas con pacientes, los médicos deben saber si el paciente al que están atendiendo es fumador. Esto quiere decir que cada hábito de un paciente que fuma debe ser anotado.

Los médicos tendrán que juzgar si el paciente es receptivo a la información e incentivo que se le brinda. Suponiendo que el paciente es receptivo, el médico puede continuar:

Si el paciente desea, aparentemente, tratar de dejar de fumar, el médico debe:

- Ofrecer información, asesoramiento e incentivo al paciente con la finalidad de que éste adopte una firme obligación en su deseo de dejar de fumar
- Reforzar la decisión de dejar de fumar
- Entregar al paciente, si es posible, un folleto acerca del tema
- Ofrecer la posibilidad de recetar de reemplazo de nicotina. Sólo cuando éste sea apropiado (dependiendo de la disponibilidad y si el paciente ha tratado de dejar de fumar anteriormente y ha fracasado debido a las ansias de nicotina). En el caso que sea posible adquirir este tratamiento sin receta, el médico debe recomendar a su paciente comprar un tratamiento completo y aconsejarle sobre su uso
- Aconsejar al paciente el día en que ellos van a dejar de fumar con la finalidad de conversar brevemente con este, incentivarlo y prepararlo para tomar este paso. Este consejo es aplicable se aplique o el tratamiento de reemplazo de nicotina
- Al final de la consulta, el médico debe una vez más respaldar la decisión del paciente de dejar de fumar; decirle al paciente que el médico va a seguir su proceso y ofrecer cualquier otra ayuda en caso de que sea necesaria.

### ¿Cuánto tiempo con cada paciente?

Los médicos tendrán un tiempo limitado cada mes para aconsejar a pacientes acerca del tabaco. Motivo por el cual es importante encontrar la fórmula más efectiva.

- Un tiempo más largo pero con menos pacientes — Aunque una intervención más larga puede lograr un mayor índice de éxito, el incremento será mínimo.
- Algunos minutos pero con más pacientes — Las investigaciones y la práctica diaria han demostrado que consultas de sólo unos minutos por fumador pueden ser óptimas.

Cada médico tiene un estilo propio de atender a sus pacientes que fuman. No es necesario mencionar que este trato debe ser receptivo, lo más personalizado posible a las circunstancias individuales de cada paciente; y no debe ser percibido por el paciente como hostil. Obviamente es necesario evitar pacientes alienados o no interesados en visitar al médico.

Un acercamiento demasiado entusiasta puede ser contraproducente. Para evitar esto, lo más aceptable es un acercamiento en el cual el médico pueda observar cómo el paciente se ve a sí mismo como fumador y cómo reacciona ante diferentes estilos de intervención.<sup>5</sup>



Médico: ¡“Paren de fumar.”! De Larry, con su gentil permiso.

Si el médico piensa que el tiempo es demasiado limitado, incluso para pasar sólo unos minutos con pacientes potencialmente receptivos, entonces la intervención breve del médico debe ser restringida a grupos de alto riesgo. Estos incluyen aquellos con enfermedades cardiovasculares y de la cavidad torácica, personas que fuman bastante o que han fumado por muchos años, y mujeres embarazadas.

Se encontrará materia de referencia al final de este capítulo y en el apéndice 3.

## Terapia de reemplazo de nicotina

Se ha comprobado que este tipo de terapia es más efectivo que otros métodos de cese con asistencia médica. Por lo tanto vale la pena estudiar este campo de métodos con mayor detenimiento.

### Cómo trabaja la terapia de reemplazo de nicotina

La teoría de reemplazo de nicotina es simple. A la persona que desea dejar de fumar se le proporciona temporalmente nicotina pura y no en forma de tabaco (hasta 8 semanas) con la finalidad de aliviar al paciente de las ansias comúnmente experimentadas en el proceso de dejar de fumar. Durante este tiempo el paciente se acostumbra a la vida de no fumador. El ex-fumador es aliviado de las dificultades que se presentan al dejar de fumar: dependencia psicológica y dependencia física.

### Tipos de tratamiento de reemplazo de nicotina

Existen 4 tipos: goma de mascar, inhalador, spray nasal y parche. No todos los métodos están autorizados en todos los países. La goma de mascar y el parche son los más usados y disponibles.

- El parche introduce nicotina a la corriente sanguínea del fumador a través de la piel. Este es usualmente usado en la parte superior del brazo, o muslo o espalda. Mientras que

los otros métodos introducen nicotina a través de la mucosa nasal y bucal

- La goma de mascar, disponible en 2 mg o 4 mg, tiende a causar un incremento medio de nicotina en la sangre comparada con el punto álgido que puede causar el cigarrillo. Este método es usado cuando lo necesita el paciente (en cualquier momento en que puede fumarse un cigarrillo) o a horas fijas por día
- El parche introduce una dosis más baja pero relativamente constante durante todo el tiempo en que se usa la venda. El parche puede ser usada las 24 horas o sólo durante las horas en que el paciente se encuentra despierto
- La goma de mascar y el parche pueden usarse conjuntamente. El parche produce un incremento relativamente constante de la nicotina en la sangre mientras que la goma de mascar puede ser usada temporalmente en momentos que el paciente presente ansias
- El spray nasal y el inhalador son usados en la misma manera en el momento en el que el paciente siente ansias. Ambos son productos recientes y han sido menos evaluados en la práctica.

El Grupo de Adicción de Tabaco Cochrane ha revisado las pruebas disponibles donde el tratamiento de reemplazo de nicotina fue comparado con el placebo y con diferentes dosis. El grupo llegó a la conclusión de que su uso tiene los siguientes implicancias en la práctica:

- Los 4 métodos son efectivos como parte de la estrategia para promover el cese del consumo de cigarrillos
- Estos métodos incrementan el índice de éxito en dos o tres veces
- Estos métodos deben ser dirigidos especialmente a aquellos que tienen motivación por dejar de fumar y que tienen una alta dependencia de la nicotina
- Existen pocas pruebas sobre la utilidad del tratamiento de reemplazo de nicotina en aquellas personas que fuman menos de 10–15 cigarros por día
- ¿Qué producto usar? Al momento de elegir el método se deben tomar en cuenta las necesidades del paciente, tolerancia y costos. Los parches son el método más fácil de usar en la primera etapa de cuidado
- 8 semanas de terapia con parches es un tratamiento tan largo como efectivo
- Usar parches sólo durante las horas en que el paciente se encuentra despierto es tan efectivo como su uso durante las 24 horas
- La goma de mascar puede ser usada o bien cuando el paciente experimenta necesidad o en dosis fijas. Aquellos que fracasan con la goma de mascar de 2 mg deben usar la de 4 mg

### El costo del tratamiento

En países donde el impuesto del tabaco es relativamente bajo y por tanto los cigarrillos son baratos, los pacientes pueden considerar que el costo de este tratamiento es muy elevado. Los médicos destacan que éste es un costo solamente temporal y que a largo plazo los pacientes que dejen de fumar ahorran dinero.

En países con un alto impuesto del tabaco y donde los cigarrillos son caros, el costo de este tratamiento puede ser comparable al promedio del costo del consumo de tabaco. Los médicos pueden utilizar este hecho como medio para incentivar a los pacientes a comprar y usar el tratamiento.

**¿Cuánta ayuda se necesita durante el tratamiento?**

La efectividad del tratamiento es ampliamente independiente de la ayuda adicional ofrecida al fumador. Sin embargo, según a las pruebas revisadas por el grupo Cochrane, debe aconsejarse brevemente al fumador. Esto es por lo tanto lo mínimo que se puede ofrecer con la finalidad de asegurar la efectividad del tratamiento.

Para el éxito del tratamiento no es esencial la provisión de otros niveles más intensivos de ayuda.

**Nicotina: sólo las formas de nicotina menos peligrosas son reguladas**

El tratamiento de reemplazo de nicotina es regulado de igual manera que los productos farmacéuticos.

Los cigarrillos son la manera más eficiente de introducir nicotina en la sangre y, a pesar de introducir también al mismo tiempo otros elementos químicos, siguen generalmente sin regular.

La industria del tabaco lleva años de intensa labor, especialmente tratando de asegurar que sus productos sean excluidos específicamente de legislaciones que regulan químicos, venenos, contaminantes ambientales u otras sustancias peligrosas.

**Tratamiento de reemplazo de nicotina en Georgia**

En 1997 la Asociación Médica de Georgia recibió una donación de 5000 unidades de tratamiento con parches de nicotina y los distribuyó a más de 20 instituciones médicas durante más de 3 meses, acompañado de un formulario de evaluación con la finalidad de medir el índice de éxito.

**Otras técnicas**

Se ha demostrado que la utilización de grupos de orientación es la forma más rentable de usar el tiempo de un médico en los Estados Unidos. Pero depende de que los pacientes se unan a estos y de que permanezcan en ellos. Vale la pena continuar este método con grupos ya existentes de fumadores que deseen dejar de fumar o con grupos que puedan formarse fácilmente. Pero por razones culturales y prácticas los grupos de orientación pueden presentar limitaciones.

Un resumen de otras intervenciones, basadas en el reporte del grupo Cochrane sobre información del cese del consumo de tabaco:

- Acupuntura: aparentemente actúa como un placebo en el cese del hábito de fumar.
- Investigaciones futuras deben concentrarse en investigar si la acupuntura puede causar una reducción en el síndrome de abstinencia de nicotina.
- Ansiolíticos: no existe evidencia de que puedan ayudar al paciente a dejar de fumar.
- Antidepresivos: existe evidencia de que el 'bupropion' puede ser más efectivo que el tratamiento de reemplazo de nicotina (ya sea individualmente o usado conjuntamente con el reemplazo de nicotina). Sin embargo, es necesario llevar a cabo detenidos estudios sobre el tema para determinar la manera más apropiada de su uso. Los antidepresivos no son recomendados como terapia, en primera opción; debido a que el reemplazo de nicotina es preferido.

- Lobeline: no hay evidencia disponible de pruebas a largo plazo que puedan ayudar al cese del consumo del tabaco.

**Trabajando con otros profesionales del área salud**

Es importante señalar que no sólo los médicos sino también otros grupos de profesionales asociados con el cuidado de la salud pueden tener la posibilidad de asistir a fumadores que desean dejar de fumar.

Enfermeras, fisioterapeutas, dentistas, farmacéuticos, comadronas y otros son todos potencialmente valiosos en este trabajo.

Médicos independientes y también asociaciones nacionales de medicina deben tratar de incluir a estos profesionales en programas de educación sobre el tabaco. La capacitación por parte de organizaciones a estos grupos permitirá el desarrollo de la conciencia sobre el problema del tabaco. De esta manera se involucrarán como miembros de una coalición nacional en el control del tabaco, tal como se recomienda en el capítulo 10.

**Recursos**

Pueden encontrarse ejemplos y consejos útiles sobre el trabajo en este tema en:

- Raw M, *et al.* Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;**53**(suppl 5):S1-19.
- White Paper on tobacco of the British Government: <[www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/4177.htm](http://www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/4177.htm)>
- World Health Organisation. *Third action plan for a tobacco-free Europe 1997-2001*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 1997. (Document EUR/ICP/LVNG 01 04 01.)
- Raw M. *Help your patient stop*. London: British Medical Association and Imperial Cancer Research Fund, 1988.
- Raw M. *The physician's role. Smoke-free Europe 1*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe and Commission of the European Communities, 1987.

**Otros métodos aún no probados**

Aparte del tratamiento de reemplazo de nicotina, existen muchos métodos desde preparaciones de herbolarios y químicas, que buscan reducir la ansiedad, a hipnoterapias; desde cigarrillos falsos hasta acupunturas. Estos métodos no son estudiados detenidamente en este capítulo debido a que la mayoría de ellos no ha recibido una seria evaluación o ha sido encontrada relativamente ineficaz.

Muchos médicos encontraron ex-fumadores que estaban convencidos de que uno de estos métodos funcionaba con ellos a pesar de que los demás fracasaron. Esto no quiere decir que los médicos deban recomendarlos como efectivos ni que persuaden al paciente de que no pruebe estos métodos. Lo más importante es tratar de reforzar la decisión de los pacientes de dejar de fumar y brindarles la información y educación con el objeto de aumentar las posibilidades de éxito. Pero significa que puede tenerse que tratar falsas experiencias que senqa el pouaente sobre una cura milagrosa. Por lo tanto, el médico debe cubrir los procedimientos de rutina recomendada y considerar el tratamiento de reemplazo de nicotina duante la consulta médica y las charlas de consejo.

### Referencias

- 1 Raw M. *Help your patient stop*. London: British Medical Association and Imperial Cancer Research Fund, 1988.
- 2 Hymowitz N, *et al*. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control* 1997;**6**(suppl 2):S57-62.
- 3 Jaén CR, *et al*. Patterns and predictors of smoking cessation among users of a telephone hotline. *Public Health Rep* 1993;**108**:6772-8.
- 4 Fowler G. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Respir Res* 1997;**28**:167.
- 5 Butler C, *et al*. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998;**316**:1878-81.

# 7 Control del tabaco: acciones locales para los médicos

Además de fomentar el trabajo de abstinencia del tabaco realizado por los médicos con los pacientes, las asociaciones médicas nacionales (AMN) deberán asegurar que sus socios tomen otras iniciativas individuales a nivel de la comunidad más extensa, conforme se resumen en este capítulo.

En numerosos países, no será práctico que todos los médicos actúen respecto a todos los conceptos sugeridos a continuación, pero las AMN podrían sugerir que cada una de sus sucursales intente designar a un médico especialmente responsable del tabaco que fomente una acción más extensa respecto al mayor número posible de ideas.

## En este capítulo

- Los adolescentes: contemplar la convocatoria a una reunión de todos los pacientes adolescentes a efectos de desarrollar un debate solidario sobre diversos problemas de salud (con inclusión del tabaco), estableciendo así las bases de un vínculo provechoso entre un adulto y un paciente. Las escuelas podrían brindar más oportunidades de debate público con los niños acerca del tabaco
- La comunidad local: los médicos pueden influir en la política de control del tabaco a nivel de la comunidad respecto a una amplia gama de cuestiones. Las iniciativas de prensa y medios de información pueden resultar particularmente eficaces
- Los políticos: conocer a los políticos y otros responsables de las decisiones en el lugar; educarles acerca del tabaco, sobre todo en el ámbito clínico; instarles a tomar medidas; coordinar con las actividades de la prensa como aspecto de la campaña más extensa
- Papeles de asesoramiento profesional: los médicos que ocupan cargos profesionales o son especialistas en los ámbitos de salud profesional, ambiental o pública o en administración local tienen oportunidades especiales de acción
- La investigación científica: los médicos pueden influir en la financiación de la investigación para apoyar a los esfuerzos de control del tabaco. Surgen diversas responsabilidades especiales si se propone que el sector del tabaco financie la investigación.

## Los adolescentes

Los estudios realizados en numerosos países han indicado que la adolescencia es la época crítica de experimentación con el tabaco y en que quienes serán adultos fumadores más tarde comienzan a hacer uso del tabaco con regularidad.

La mayoría de los fumadores adquieren el hábito cuando son niños y no adultos. La mayoría de estos niños “iniciados” (el término cínico que usan en privado las empresas de tabaco) comienzan a fumar durante la adolescencia.

En Europa Occidental, la transición de la niñez temprana a la vida preadolescente y adolescente, cuyo hito más evidente es el cambio de la escuela primaria a la secundaria aproximadamente a los 11 años de edad, parece ser la época de mayor peligro en lo que respecta al inicio del uso del tabaco. Tras ser los alumnos principales en sus primeras escuelas, los niños constatan de repente que ocupan una posición de inferioridad en una escuela nueva llena de niños más grandes y desarrollados.

Es posible que los médicos deseen conversar respecto al tabaco lo antes posible con los pacientes adolescentes y animar a los padres de los adolescentes a hacer lo propio de forma comprensiva, así como contemplar la celebración de pactos con sus hijos respecto a la abstinencia del tabaco. Ello podría contribuir a impedir que se comience a fumar, a lograr la abstinencia en una época temprana o limitarse a fomentar una intención de no fumar en un segmento importante de la población.

### La imagen seductora del tabaco

La imagen del tabaco, y sobre todo la de los cigarrillos, ha sido cultivada intencionalmente por las empresas de tabaco como imagen adulta y asociada con el brillo social, el éxito deportivo y numerosas otras imágenes positivas que suscitan particular interés entre los adolescentes a medida que se van esforzando por asumir su nueva personalidad adulta y a estar “en la onda”. Esta imagen es reforzada constantemente por la publicidad, el patrocinio y numerosas actividades de marketing, que incluyen una participación intencional en el sector de modas y en la música popular.

Es posible que la gente joven estime que ser vista fumando en una discoteca refleja su condición de adulto joven alejado de toda imagen de la niñez que buscan descartar.

Algunos médicos podrían estudiar los beneficios de las visitas a escuelas y facultades para hablar acerca del tabaco con los estudiantes, los docentes o los grupos de padres.

Existen diversas oportunidades de investigación útil consistentes en el estudio de los efectos del contacto entre médicos y adolescentes respecto al tabaco, siendo éste un aspecto al que se han hecho escasos aportes hasta la fecha.

### Estudio de los adolescentes

En un estudio realizado en los consultorios de médicos de familias británicos, se llevó a cabo una consulta especial con los adolescentes, solicitándose el consentimiento de los padres para ello cuando era requerida u oportuna.

Un número imprevistamente grande (67%) de adolescentes incurrió a conversar con su médico de familia o enfermera de consultorio respecto a una gama de cuestiones de salud de los adolescentes, con inclusión del tabaco. De los que fumaban, el 60% pactó un intento de abstinencia con el médico o la enfermera.

Se está realizando el trabajo de seguimiento de esta iniciativa. El estudio piloto reveló que en el caso de numerosos médicos y pacientes jóvenes, era la primera vez que se habían reunido, salvo durante una consulta breve. Los adolescentes reaccionaron de forma esperanzadora ante un locutor adulto y amistoso y conversaron con franqueza acerca de diversas cuestiones tales como las presiones para fumar ejercidas por sus compañeros y sus hermanos mayores y en ocasiones sociales.

### Pacto de abstinencia del tabaco

Las pruebas anecdóticas indican que resulta útil alcanzar un pacto con los niños preadolescentes conforme al cual los padres ofrecen recompensar al menor con algún beneficio (que a ojos del menor es importante) si al alcanzar una cierta edad (tal vez 18 ó 21 años), el menor no ha fumado.<sup>1</sup> Estas disposiciones deben ser debatidas con delicadeza y franqueza y con una cierta frecuencia. Es probable que el pacto sea más sólido cuando los niños comprenden por qué interesa tanto a sus padres que no se conviertan en fumadores en la vida adulta, y cuando el pacto incluya una disposición que contemple su incumplimiento ocasional y temporal.

Los adultos que evitaron el tabaco de esta forma durante su propia niñez afirman que aparte de su interés personal en la recompensa, la existencia misma del pacto también había impresionado bien a sus compañeros, e incluso a los que fumaban. En vez de ser calificados de poco emprendedores o cobardes, los jóvenes no fumadores eran objeto de envidia y respeto debido a la recompensa que podían anticipar, y así el pacto brindaba una protección eficaz contra las presiones tendientes a hacerles fumar.

## La comunidad local

Aparte de las que les brindan sus actividades profesionales, existen numerosas oportunidades en cualquier comunidad local de lucha contra el tabaco por los médicos, ya sea a través de los medios de información del lugar o de su trabajo en entidades locales tales como las dedicadas al cáncer, al

corazón y al pulmón, o bien como componentes de grupos tales como los consejos escolares, las diversas comisiones de las administraciones locales y las asociaciones de residentes.

Muchas de las iniciativas en que los médicos podrían participar a nivel de la comunidad son versiones locales de la acción nacional desarrollada por las asociaciones médicas y se reseñan en el capítulo 10. Otras podrían corresponder a una comunidad concreta.

Los siguientes son ejemplos de iniciativas locales:

- Campañas desarrolladas para eliminar el tabaco de las escuelas, hospitales, restaurantes, oficinas, tiendas y locales usados para actividades de esparcimiento
- Un día especial destinado a fomentar el cese y asistir a la gente a abstenerse del tabaco, normalmente como parte de una campaña a nivel nacional
- Una campaña destinada a persuadir a la administración local a prohibir la publicidad del tabaco en sus inmuebles o en el transporte público
- Diversas campañas destinadas a hacer cumplir las leyes existentes, tales como la prohibición de venta a los menores
- Diversas campañas contra los eventos patrocinados por el tabaco, como por ejemplo los deportes y las discotecas.

En su trabajo a nivel de la comunidad, los médicos deben aprovechar la percepción que tiene la gente de que son los expertos más dignos de confianza en materia médica. Ello podría parecer evidente, pero los médicos no siempre aprecian esa percepción ni la aprovechan al máximo. Además, mucha gente no se da cuenta de la escasa confianza que suscitan otros grupos profesionales como fuentes de información fiables. La influencia de los médicos es de especial importancia en el trabajo de prensa.

### Los médicos, la prensa y los medios de difusión

Entre los usos más eficaces del tiempo que dedican los médicos que abogan por esta materia en la comunidad local se incluyen diversas iniciativas relacionadas con la prensa y los medios de difusión del lugar. La representación en los



De un libro sobre tabaco y salud, *Hekim ve sigara*, publicado por la Asociación Médica Turca.

medios constituirá un componente importante de numerosas iniciativas locales. A modo de ejemplo, una entrevista con un médico otorgará credibilidad científica a un grupo local que desarrolle una campaña destinada a que la prohibición de fumar constituya la norma habitual en el transporte público o en los lugares públicos.

### “Los expertos”

A medida que el alcance de las comunicaciones de masa sigue ampliándose y van aumentando en proporción las opiniones manifestadas por la gente calificada de “experta” que está a favor o en contra en diversas cuestiones de actualidad, es probable que aumente el cinismo del público, o por lo menos una falta de confianza en todo lo que oye. Escasos comentaristas sobre numerosas cuestiones polémicas son percibidos como neutrales, por lo cual es posible que sus opiniones no den lugar a la consideración individual de sus puntos de vista. Pero los médicos disfrutan de una ventaja importante que consiste en que se les percibe como directamente interesados en la salud de la gente y no afectados por consideraciones comerciales, a diferencia de quienes se benefician del tabaco. Esto debe ser recalcado por los médicos al comunicarse con el público.

## Los políticos

Una de las formas más directas de conversión por los médicos de sus intenciones en resultados eficaces en la comunidad consiste en persuadir a la gente que está en condiciones de cambiar las cosas, y sobre todo a los políticos del lugar, a adoptar políticas de control del tabaco.

### Cartas

Las cartas pueden ser útiles, sobre todo cuando los problemas expresados se relacionan con la actualidad local.

Las declaraciones respecto a los índices nacionales de enfermedad y mortalidad causadas por el tabaco pueden parecer algo abstractas y sobre todo ajenas a la experiencia y las inquietudes cotidianas del político. Compare estas dos declaraciones:

*“Nuestra Autoridad Sanitaria ha declarado que 100 000 personas mueren prematuramente todos los años en este país por haber fumado.”*

y

*“Más de 150 electores de su zona morirán prematuramente este año a causa de enfermedades provocadas por el tabaco.”*

La segunda manifestación es mucho más importante para un político.

### Personalización del mensaje

En la medida posible, una conversación mantenida por un médico con un político o una carta dirigida por aquél a éste deben personalizar las realidades del tabaco, relacionándolas con las experiencias propias recientes del médico. A continuación damos algunos ejemplos:

- “Recién esta mañana vi a un paciente que ...”
- “Cada vez que atiendo en los consultorios externos, veo gente que sufre innecesariamente ...”

- “Constantemente debo disponer que ocupen las escasas camas disponibles en el hospital diversos pacientes que padecen enfermedades que podrían evitarse ...”

Este enfoque no solamente es más eficaz que la mera repetición de estadísticas, sino que los políticos lo encuentran más útil, puesto que les permite transmitir lo aprendido a sus colegas en reuniones comerciales o debates de forma más persuasiva.

### “La fuerza plena de la opinión médica”

Cómo los políticos pueden interpretar las cartas recibidas de médicos:

*Una carta:* “Una carta de un médico”

*Dos cartas de médicos sobre el mismo tema:* “Parece ser que los médicos están cada vez más preocupados”.

*Cartas de tres médicos:* “Es evidente que la profesión médica opina de esta forma sobre esta cuestión”

Es útil conocer a los políticos personalmente antes de iniciar una campaña concreta.

El ámbito clínico es el más indicado para conversar con los políticos. Una reunión general destinada a conocer al político no impide que sea celebrada posteriormente una reunión especial relacionada con una campaña concreta.

### Una invitación extendida a un político

A un representante electo le resultará difícil negarse a aceptar una invitación a asistir a un hospital local o a reunirse con médicos de familia, debido a que los electores se comunican tan frecuentemente con los políticos respecto a diversas cuestiones de salud.

La invitación resulta más interesante si el político estima que la prensa publicará crónicas favorables, sobre todo si incluyen una fotografía.

Invite, por lo tanto, al político a una reunión en que el o los médicos puedan explicar las aciagas realidades del problema del tabaco. Contemple invitarle a:

- Visitar el hospital local o el consultorio del médico de familia
- Asistir a parte de una reunión periódica celebrada por el personal médico.

Una visita a un hospital podría incluir las actividades siguientes:

- Conversaciones con médicos especializados en vías respiratorias, cardiólogos y oncólogos que atienden a los pacientes que padecen enfermedades provocadas por el tabaco
- Los médicos que podrían dar explicaciones de radiografías
- Los cirujanos que puedan hablar de su trabajo en la sala de operaciones cuando los fumadores son intervenidos quirúrgicamente como consecuencia del tabaco.

Este tipo de exposición puede tener un impacto profundo en un político, cuyo ámbito de trabajo normal es una oficina muy alejada de las consecuencias del tabaco que los médicos deben afrontar a diario.

### ¡Elabore un registro!

Si una reunión con un político se relaciona con una campaña especial, es importante coordinarla con las actividades de prensa a fin de obtener una exposición máxima y verificar que exista una constancia de que el político ha soportado presiones respecto al tema de la campaña.

### El papel de asesoramiento profesional desempeñado por los médicos

Las oportunidades más productivas de progreso en las cuestiones de control del tabaco en la comunidad surgen de los cargos ocupados por los médicos en los ámbitos de:

- Salud profesional
- Salud ambiental
- Administración local, incluyendo las autoridades responsables de dirigir la educación, el transporte público, los deportes y las actividades de ocio
- Los sindicatos
- La prensa y la difusión.

Los médicos que periódicamente escriben artículos médicos o científicos en los periódicos o que intervienen en la radio o la televisión también están en condiciones excelentes de educar al público respecto al tabaco e influir en la opinión pública respecto a diversas cuestiones concretas de la política de control del tabaco.

#### Medicina laboral

Los médicos especialistas en medicina del trabajo pueden conseguir que el tema del tabaco sea abordado a todos los niveles de un lugar de trabajo y que se inicie un programa de asistencia que permita hacer todo lo posible tanto para el personal que fuma como para el que no fuma. En particular, están en condiciones de:

- Usar su autoridad para verificar que la alta dirección, las enfermeras de salud profesional y los directores de personal reciban información acerca del tabaco
- Elaborar un programa dirigido a toda la plantilla
- Poner en conocimiento de la plantilla los riesgos que conlleva fumar, incluyendo los riesgos a que están expuestos los no fumadores
- Fomentar la abstinencia del tabaco por la plantilla que fuma
- Iniciar un proceso de elaboración de una política de no fumar en todos los lugares de trabajo.

Existen numerosas alternativas, como por ejemplo si recomendar a los directores que se permita a la plantilla que fuma que se ausente del trabajo para participar en actividades de abstinencia u ofrecer una incentivo financiero a quienes dejen de fumar.

Las publicaciones dirigidas a la plantilla deben ser usadas cuando sea posible para centrarse en el problema del tabaco. En todas dichas actividades, al igual que con el proceso de elaboración de una política de no fumar (véase el capítulo 9 y el apéndice 1), el énfasis que se haga deberá ser positivo y fomentar la salud, aclarándose reiteradamente que el empleador está preocupado por la salud y el bienestar de los trabajadores.

En ningún caso el médico o los otros organizadores deben dar la impresión de oponerse a los fumadores, sino que deben adoptar un enfoque contrario al tabaco, o más precisamente, una postura contraria a la enfermedad (causada por el tabaco).

#### Salud ambiental y administración local

Los médicos dedicados a la salud ambiental o que dan asesoramiento a cualquier nivel del gobierno en materia de



De un libro sobre tabaco y salud, *Hekim ve sigara*, publicado por la Asociación Médica Turca.

salud se encuentran en situación de influir extensamente sobre la política pública en materia de tabaco.

Aparte del tema evidente del fumar en lugares públicos, es posible que sus cargos también les permitan influir en las políticas de publicidad y fomento del tabaco. A modo de ejemplo, puede señalarse que numerosos ayuntamientos y otras autoridades de las administraciones locales controlan las vallas publicitarias y son propietarios de edificios públicos y otros sitios de las que las empresas de tabaco podrían desear hacer uso a efectos de la promoción del tabaco.

Un consejo enfático dado por un asesor médico puede dar inicio a un proceso de prohibición de uso de un inmueble urbano público para la promoción del tabaco. Además, y sobre todo en un país que ha hecho poco a nivel nacional para prohibir la promoción del tabaco, es probable que sea objeto de publicidad, divulgando el conocimiento y fomentando un entorno idóneo para el control más extenso del tabaco.

Los médicos que dan asesoramiento a las administraciones locales también pueden influir en una política que abarque una gama mucho más amplia de actividades. A modo de ejemplo, numerosos funcionarios de administraciones locales podrían estar desempeñando funciones en distintas divisiones facultadas para tomar medidas en numerosos aspectos de la vida diaria, incluyendo las siguientes:

- La inspección de restaurantes y bares, lugares de trabajo y tiendas
- Hacer cumplir las leyes que prohíben la venta de tabaco a los menores
- La reglamentación de las instituciones de educación, los locales sanitarios y el transporte público.

En estos sectores, una iniciativa enfática tomada por el asesor médico puede contribuir a lograr mejoras en las políticas. Además, brindará al personal no médico y a los políticos el apoyo de una autoridad médica, que representa una ayuda importante en todas las iniciativas de control del tabaco.

## La investigación científica

En la educación superior y otros sectores de empleo, los médicos pueden desempeñar un papel fundamental al influir en las decisiones relativas a la financiación de la investigación.

A pesar de la extensísima investigación sobre el tabaco ya realizada, siempre queda más por llevar a cabo.

Quienes otorgan fondos para la financiación pueden no tener conciencia de la magnitud del problema del tabaco o de la importancia de controlar la eficacia de las medidas de control del tabaco. Es posible asimismo que consideren que la investigación sobre la promoción de sus productos por la industria del tabaco merece menos atención que la investigación sobre una enfermedad rara en un laboratorio, a modo de ejemplo.

Los médicos dedicados a la investigación pueden fomentar la causa del control del tabaco de numerosas formas, que incluyen:

- Verificar que los otorgantes de subsidios para la investigación sean conscientes de la necesidad de investigación sobre el tabaco
- El seguimiento del uso del tabaco por los diversos grupos de la población y la incidencia de las enfermedades relacionadas con el tabaco
- En la información pública y la educación, en calidad de expertos que explican las conclusiones de la investigación sobre el tabaco
- El seguimiento del abuso de la ciencia por parte del sector del tabaco y las reacciones correspondientes.

### El abuso de la ciencia por el sector del tabaco

Ya están bien documentadas las instancias de abuso de la ciencia por parte del sector del tabaco, sobre todo en forma del gran número de documentos internos del sector que se dieron a conocer durante diversos litigios tramitados en los Estados Unidos. Incluyen diversos planes para crear un conjunto falso de datos científicos, como por ejemplo los intentos de “probar” que la inhalación del humo de otros no es nociva, la infiltración de entidades científicas supuestamente independientes y la manipulación secreta de conferencias internacionales supuestamente independientes sobre la calidad del aire.

### Financiación de la investigación por el sector del tabaco

Otro sector en que los médicos pueden influir en el control del tabaco se relaciona con el grave problema que representa la financiación de la investigación por el sector del tabaco. Las empresas de tabaco patrocinan diversos departamentos de universidades y unidades de investigación:

- Para comprar prestigio y favores políticos
- Para neutralizar los efectos de la investigación que revela las consecuencias nocivas del tabaco
- Para ocupar al personal de investigación que de otra forma podría estar investigando el tabaco en tareas no vinculadas con el mismo.

### ¿Por el amor del conocimiento?

Los motivos últimos de una empresa de tabaco al financiar la investigación ajena al tabaco deben ser el aumento en la máxima medida posible de las ventas de tabaco. De hecho, el hacerlo por motivos altruistas constituiría un uso indebido de los fondos de los accionistas.

### Lo que pueden hacer los médicos

Los médicos pueden abogar enfáticamente por la resistencia al daño potencial que representa la aceptación de dinero proporcionado por el tabaco por parte de las instituciones académicas y exponer dicho riesgo. Los colegas de otros países que han librado batallas similares podrán ayudarles a hacerlo.

Los médicos que participan contra su voluntad en tareas patrocinadas por el tabaco tal vez estimen que no pueden manifestar sus objeciones en público, pero es posible que precisen de apoyo y asesoramiento. Deben dirigirse a su asociación médica para poner el problema en su conocimiento y pedir ayuda.

Los médicos cuyos colegas profesionales están vinculados con dinero del tabaco pueden solicitarles que aborden la cuestión con la asociación médica o con cualquier otra autoridad competente.

### Código de práctica

Un código de práctica en materia de financiación de la investigación por las empresas de tabaco ha sido elaborada recientemente por una de las entidades benéficas de lucha contra el cáncer más importantes de Europa, a saber la Cancer Research Campaign del Reino Unido. El código está siendo distribuido ampliamente entre diversas entidades gubernamentales y voluntarias que financian la investigación científica, siendo su objeto intentar mantener la investigación científica lo más libre posible de toda infiltración que atente contra la salud por parte del sector del tabaco. Es posible que el mismo sirva de base del uso en numerosos otros países europeos. El apéndice 2 adjunto contiene una copia del código.

### Referencia

- 1 Townsend J, Wilkes H, Haines A, *et al.* Adolescent smokers seen in general practice: health, lifestyle, physical measurements, and response to antismoking advice. *BMJ* 1991;**303**:947–50.

# 8 Educación y formación

## En este capítulo

La formación no es fundamental para ninguna de las acciones recomendadas en este libro, pero puede ser útil y debe ponerse énfasis en el aprovechamiento de las oportunidades, sobre todo respecto a:

- Abstenerse de fumar
- Los estudiantes de medicina
- La educación médica continua (en inglés CME) y el desarrollo profesional continuo (en inglés CPD)
- La formación en medios, sobre todo la destinada a los jefes de grupos de tabaco y los portavoces principales

## La formación

Representa una ventaja evidente la formación del personal de AMN y otros médicos en diversos aspectos del control del tabaco y las terapias de abstinencia, pero se puede realizar mucho trabajo eficaz recurriendo al sentido común y a la información básica.

Se ha demostrado que la formación impartida a los profesionales sanitarios en cómo dejar de fumar aumenta el trabajo de abstinencia que realizan y de hecho tiene un efecto modesto en los resultados con los pacientes.<sup>1</sup>

Diversos organismos nacionales e internacionales tales como las entidades de cáncer y cardíacas y la Organización Mundial de la Salud elaboran materiales para cursos de formación, y a medida que las AMN vayan estableciendo vínculos más estrechos con la comunidad internacional de control del tabaco, aprenderán qué elementos están disponibles.

Suelen brindarse oportunidades especiales de formación en las grandes conferencias internacionales cuyo tema principal es el tabaco o las enfermedades provocadas por el tabaco. En medida cada vez mayor, se están organizando sesiones de formación en dicha conferencias, que a veces se desarrollan paralelamente con la conferencia principal y a veces durante las sesiones adicionales que tienen lugar antes o después de la reunión principal.

Las conferencias en que surgen dichas oportunidades incluyen las conferencias mundiales sobre 'tabaco o salud' que se celebran cada tres años, las conferencias internacionales y regionales principales sobre enfermedades cardíacas y pulmonares y cáncer y las diversas asambleas de la OMS y las asociaciones médicas. Además, los presupuestos de estas reuniones están incorporando en medida cada vez mayor diversas becas destinadas a los representantes de los países que poseen menos recursos.

### Búsqueda y aprovechamiento de oportunidades

Al igual que en el caso del control del tabaco, debe ponerse énfasis en el aprovechamiento de todas las oportunidades de aumento de las aptitudes y la experiencia de todos los



Guía Española para dejar de fumar dedicada a los profesionales de la salud.

médicos, y sobre todo de quienes dirigen los esfuerzos de control de tabaco de las AMN. A continuación se dan algunos ejemplos concretos.

## Dejar de fumar

Se han debatido e investigado extensamente en todo el mundo las formas eficaces de conseguir que el mayor número posible de médicos ayude al mayor número posible de sus pacientes a dejar de fumar. Se han estudiado diversas opciones de formación, pagos por servicios, sesiones y materiales terapéuticos más o menos complejos, diversas ayudas a la abstinencia y en particular los productos de sustitución de la nicotina y las sesiones de terapia de grupo.

No todos estos medios son idóneos como aspectos del ejercicio general de la medicina en todos los países. A modo de ejemplo, los pagos por los servicios de terapia prestados a los pacientes por los médicos, por más justificados que sean

en cuanto a eficacia a largo plazo en función de los costos, no parecen constituir una alternativa realista en muchos países en este momento, sobre todo donde los recursos estatales de atención sanitaria son muy limitados. Es posible que la formación dé confianza al médico y aumente por lo tanto el número de intervenciones intentadas, pero tal vez añada muy poco al éxito a nivel global entre los pacientes.

El capítulo 6 contiene una guía de prácticas de abstinencia y el capítulo 9 detalla las formas en que las AMN pueden asistir a los médicos a adquirir información y aptitudes.

## Los estudiantes de medicina

El libro *La educación de los estudiantes de medicina respecto al tabaco: planificación e instrumentación*<sup>2</sup> es una publicación completa sobre la materia, conteniendo información y asesoramiento detallados.

Se recomienda el enfoque adoptado por el libro: no se prevé que este tema represente una carga más para el plan de estudios médicos, sino que se limite a asistir a los docentes a verificar que la cuestión del tabaco sea abordada adecuadamente.

Al final de una lista de verificación contenida en el primer capítulo se sugieren las iniciativas que pueden tomarse en las escuelas de medicina. Las sugerencias de esta sección se reproducen en este texto, resumiendo las acciones para

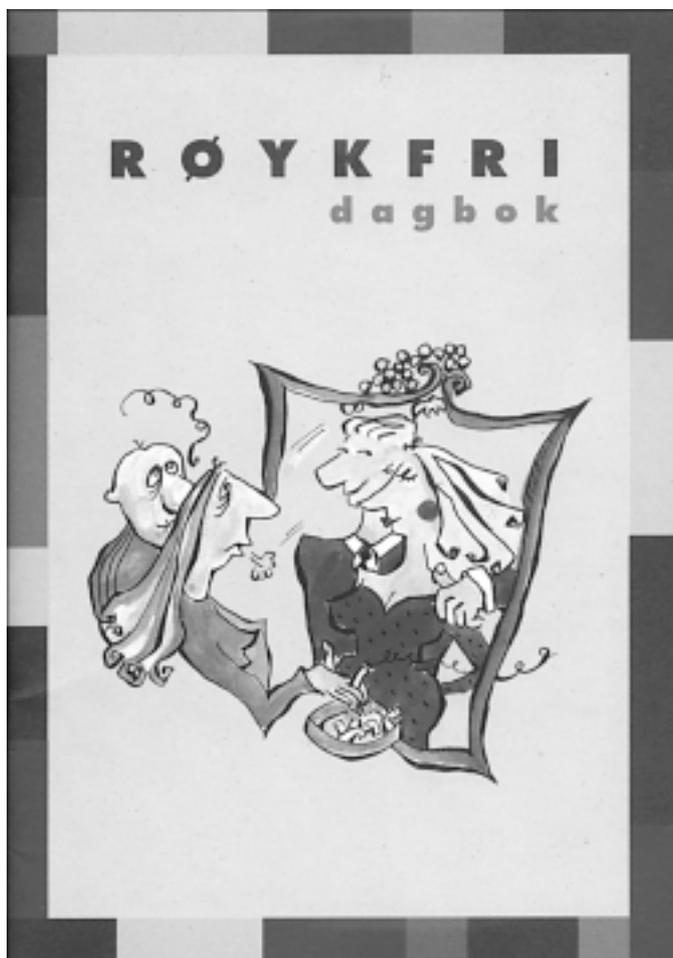


“Considere los pros y los contras (de dejarlo).” De un folleto para dejar de fumar publicado por el Instituto de la Salud, España.

permitir que la próxima generación de médicos aprecie la importancia del tabaco como causa de enfermedades.

### **Acción sugerida en la facultad de medicina**

- Designación de un coordinador de educación respecto al tabaco
- Contemplar una encuesta inicial relativa a:
  - los estudiantes de medicina. La OMS y la Unión Internacional de Lucha contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares (IUATLD) pueden proporcionar cuestionarios idóneos
  - las actitudes del personal: sería preferible un cuestionario elaborado a nivel local.
- El coordinador debe formular una política escrita tras consultar a los colegas involucrados, que abarque lo siguiente:
  - la prohibición de fumar en los locales de las escuelas de medicina
  - la prohibición de fumar en las salas de espera de las instalaciones sanitarias
  - la enseñanza en las divisiones concernidas: se sugiere redactar para cada división una lista de verificación derivada del memorando, conforme con lo arriba expuesto
  - los exámenes: verificar que los problemas suscitados por el tabaco sean abarcados por los exámenes de teoría y clínica (verificar que el estudiante siempre registre antecedentes de fumar)
  - los métodos propuestos para el seguimiento de los avances de los estudiantes
  - la utilidad de mantener una breve charla con los nuevos estudiantes de medicina en su primer día de facultad para explicarles la importancia del fumar como una destacada causa evitable de enfermedad y la importancia de su ejemplo personal como médicos y no fumadores.
- Una revisión formal: la facultad debe realizar una revisión formal de los avances uno o dos años después del inicio del programa.



Diario Sin Fumar Noruego, guía día a día para dejar de fumar.

## **Educación médica continua y desarrollo profesional continuo**

Al igual que otros profesionales, los médicos deben actualizar sus conocimientos y aptitudes durante toda su carrera a fin

de preservar su competencia. La educación médica continua (en inglés CME) tiene la consideración de ser una mejora científica y técnica, mientras que el desarrollo profesional continuo (en inglés CPD) puede estimarse como una ampliación más extensa de los conocimientos de medicina adquiridos por un médico. Esto incluye los aspectos personal, social y político de la medicina y la salud pública.

La atención cada vez más intensa que reciben actualmente CME y CPD brinda una oportunidad ideal a los médicos de aprendizaje respecto a los numerosos aspectos del control del tabaco. Un pequeño grado de éxito alcanzado por un solo clínico en lograr la abstinencia puede dar lugar a una reducción importante de la morbilidad y la mortalidad cuando se extienda a todo un país. Por ello, CME y CPD, que amplían la toma de conciencia por parte de los médicos e intensifican sus actividades de control del tabaco, pueden beneficiar significativamente a la salud.

Al seguir aprendiendo y desarrollando sus ideas respecto a las cuestiones relacionadas con el tabaco, los médicos pueden aumentar al máximo la eficacia de su trabajo con pacientes individuales, influir en aquéllos que fuman para que dejen de hacerlo y reforzar el comportamiento de los no fumadores, sobre todo el de los jóvenes.

### Formación en medios

Las AMN pueden impartir fácilmente formación a aquéllos que representarán a la asociación en las entrevistas de prensa. Dicha formación debe abarcar los principios generales del fomento de la salud, así como los aspectos fundamentales del control del tabaco. Podrán hacerlo en colaboración con otras entidades, sobre todo las que tienen componentes expertos en control del tabaco. También puede obtenerse asistencia de diversos periodistas bien dispuestos hacia el trabajo de control del tabaco de las AMN.

Un tema principal de la formación debe incluir la reacción ante la estrategia habitual del sector del tabaco consistente en modificar el orden del día en cualquier debate sobre el tabaco y la enfermedad (intenta evitar el debate sobre las enfermedades y centrarse en su propio enfoque de las cuestiones económicas de corto plazo). Un debate por televisión simulado sobre el tabaco puede constituir un aspecto valioso de dicha formación.

Los instructores deben incluir, si fuera posible, por lo menos una persona experta en mantener debates con gente que tiene intereses en el tabaco, por radio, televisión o en reuniones; o cualquier persona, que tal vez forme parte de un grupo de consumidores, que tenga experiencia de oposición a quienes tienen intereses creados en otros sectores que venden productos suscitadores de polémicas. Las tácticas a que recurre el sector de tabaco, y por lo tanto las técnicas necesarias para hacerles frente, son con frecuencia muy similares.

#### **Formación: debate por televisión simulado**

El desempeño de papeles puede constituir un aspecto valioso de la formación en medios. Puede adquirirse una experiencia realista simulando un debate por televisión en directo. Una persona desempeñará el papel de presentador de televisión que dirige el debate, y otras dos recibirán la información necesaria para desempeñar los papeles de director del sector del tabaco y defensor de la salud. Los demás participantes, es decir “el público del estudio”, desempeñará papeles a favor de la salud o a favor del sector del tabaco.

Tras entrevistar a cada uno de los dos oradores principales durante tres minutos, a modo de ejemplo, el presentador inicia seguidamente el debate en que interviene el resto del “estudio” y más tarde, después de transcurridos 10 o 15 minutos, otorga a cada orador principal apenas un minuto para exponer nuevamente su planteamiento.

Puede adquirirse una experiencia valiosa de reacción ante las tácticas de la industria del tabaco y del planteamiento de una cuestión de salud lo más claramente posible en un tiempo mínimo.

#### **Referencias**

- 1 Lancaster T, *et al.* Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software, 1999.
- 2 Richmond RL. *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1996.

# 9 Aumento de la sensibilización de los médicos: acciones para las asociaciones médicas

Este capítulo reseña diversas formas en que las asociaciones médicas nacionales pueden desempeñar su papel consistente en el aumento de la sensibilización de los médicos respecto al tabaco.

Contiene los lineamientos de las diversas acciones dirigidas a los socios de las AMN, a diferencia del contenido del capítulo siguiente, que abarca la acción directa dirigida fuera de las AMN.

## En este capítulo

- Realizar una encuesta relativa a los hábitos de fumar y las actitudes ante el fumar de los médicos
- La divulgación de los resultados de la encuesta
- Constitución de un grupo de tabaco en las AMN
- Educación de los socios en materia de tabaco
- Prohibir fumar en los locales de las AMN
- Aprovechamiento de la prensa médica
- Proporcionar información a los médicos acerca de la abstinencia
- Apoyo a los médicos en las actividades de abstinencia
- Modificación de la cartera de inversiones de las AMN a fin de descartar las acciones de empresas de tabaco.

## Encuesta relativa a los índices de fumar de los médicos

El concepto de las encuestas entre socios ha sido abordada en profundidad en diversas publicaciones anteriores, incluyendo *The physician's role*, la primera publicación de la serie «Europa Sin Fumar» de la OMS (véase el apéndice 3). Debe hacerse referencia a esta publicación a efectos de conseguir una orientación detallada.

### Si los médicos ya están muy sensibilizados

Si la sensibilización de los médicos acerca de las cuestiones del tabaco ya es extensa, ello no significa que deba hacerse caso omiso del tema. Siempre hay más cosas que aprender que afectarán a los papeles que desempeñan los médicos en la lucha constante contra el tabaco:

- Nuevas conclusiones de la investigación científica
- Nuevos avances en materia de abstinencia
- Novedades en materia de política

Constantemente van recibiendo sus títulos los médicos nuevos, que deben ser educados en materia de tabaco.

### Si los médicos están poco sensibilizados

En algunos países, habrá menos médicos que comprenden el panorama más extenso del tabaco. Las pruebas científicas, la política y economía del tabaco, la forma en que funciona la promoción del tabaco y otras cuestiones clave deberán ser incluidas por las AMN en un programa más amplio y exhaustivo.

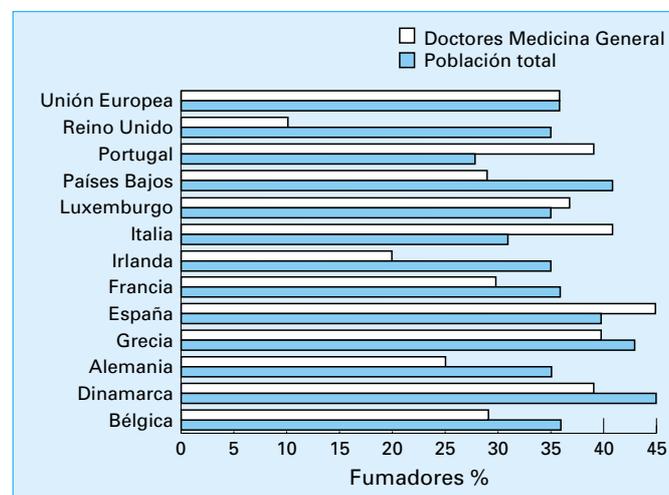
### ¿Para qué medir los índices de fumar de los médicos?

Es importante saber cómo los médicos usan el tabaco. Las encuestas pueden medir no solamente los avances logrados, sino también lo siguiente:

- Si los índices de uso del tabaco por los médicos son bajos, este dato puede ser usado por las AMN como ejemplo para divulgar al público
- Si los índices de uso del tabaco por los médicos son altos, ello indica que debe otorgarse prioridad al problema.

### Las actitudes de los médicos hacia el tabaco

Una encuesta que registra no solamente las actitudes sino también el comportamiento puede ilustrar la demanda de acción y orientación por parte de los médicos y orientar así a las AMN respecto a lo que deberían estar haciendo para ayudar a sus socios a aumentar al máximo su trabajo con el tabaco.



Proporción de médicos en la Unión Europea que son fumadores comparados con la población general. De Fowler,<sup>1</sup> con el gentil permiso de los editores.

Se recomienda enfáticamente llevar a cabo periódicamente dichas encuestas. Para conseguir un aprovechamiento máximo, es fundamental que participen expertos, tales como un buen profesional estadístico, en la preparación del cuestionario y los métodos que deben aplicarse.

### La experiencia de Suecia

Los índices y las actitudes de los médicos suecos respecto al hábito de fumar han sido medidos durante casi 30 años, usándose una muestra aleatoria del 5% de la profesión y se ha obtenido información valiosa. Durante ese período, el porcentaje de fumadores diarios se redujo del 46% al 6% y entre los que se fumaban, el número de cigarrillos fumados por día se redujo de trece a cinco. Es interesante el hecho de que entre los motivos para no fumar citados, el de “ser un modelo de conducta” haya aumentado del 10% al 71% de todos los médicos. Actualmente, los médicos de familia son los que menos fuman (4%) y los psiquiatras los que más fuman (11%).

## La divulgación de los resultados de la encuesta

La modalidad de divulgación de los resultados de la encuesta dependerá en cierta medida de su naturaleza. Las AMN deberán contemplar las iniciativas siguientes:

- Provisión de información a los socios de las AMN
- Publicación de los resultados en las publicaciones propias de las AMN
- Provisión de información a la prensa médica externa
- Publicación de los resultados en todos los medios de información
- Celebración de una conferencia o un seminario especial para coincidir con la publicación y con el objeto de estudiar tendencias y cuestiones de fumar entre los médicos.

### Si todavía se precisa realizar mucho más trabajo

Siempre que las AMN hayan tomado una decisión firme de abordar el problema de fumar, no deben vacilar en publicar los resultados, sobre todo en la prensa médica y científica. Puede aprovecharse una encuesta que revele altos índices de fumar y las AMN deben explicar que la encuesta:

### Explicación del hábito de fumar de los médicos

Se debe tener cuidado al publicar detalles del hábito de fumar de los médicos, debido a que cualquier medida de uso del tabaco por los médicos podría dar la impresión a un foráneo cínico de ser una prueba de hipocresía en vista de que los médicos o las AMN buscan animar al público a abstenerse del tabaco. No obstante, si se usa acertadamente y se reconoce el carácter adictivo del tabaco para muchos fumadores, cualquier resultado puede aprovecharse para fomentar mensajes valiosos relativos al tabaco. Un índice de fumar significativamente más bajo entre los médicos que entre la población en general puede usarse para reforzar otros mensajes acerca de los peligros del tabaco y fomentar la opinión favorable a la abstinencia.

- Justifica la decisión de actuar tomada por las AMN
- Indica que están poniendo orden en su propia asociación
- Ilustra la dependencia del tabaco si incluso los médicos, que ven a diario los estragos causados por el tabaco, siguen luchando por abstenerse.
- Indica porqué el gobierno debe abordar con seriedad el problema.

### Si los resultados muestran buenos resultados

Los índices de fumar bajos o una mejora significativa frente a una encuesta anterior podrían divulgarse más extensamente.

## Constitución de un grupo de tabaco

El proceso consistente en convertir un interés general por parte de algunos socios o de la secretaría en un programa continuo puede iniciarse por diversos motivos, tales como los siguientes:

- Acuerdos adoptados en asambleas de socios
- Compromiso personal asumido por el director general o presidente
- Presiones ejercidas por los socios que tienen inquietudes
- Un artículo principal en la publicación de las AMN.

Debe verificarse que las mujeres y los intereses minoritarios estén bien representados en el grupo. No solamente aportarán ideas, aptitudes y contactos útiles, sino que aumentarán también la credibilidad del grupo tanto dentro como fuera de las AMN.

Típicamente, quienes responden a un llamamiento de acción incluyen los especialistas que ven a diario las consecuencias de fumar: los médicos que se ocupan del cáncer, el corazón y las vías respiratorias, los cirujanos vasculares, los médicos de salud pública y los epidemiólogos.

Es probable que dichos especialistas conformen el núcleo de un grupo de tabaco, pero pueden alcanzar el éxito sólo si la AMN les ha otorgado una autoridad plena para planificar e instrumentar las diversas etapas de la acción.

### Campaña larga, compromiso importante

Al principio, es importante tomar conciencia de que el control del tabaco tarda mucho tiempo en organizarse e instrumentarse y que es un tema sorprendentemente complejo. Quienes dirijan el programa tendrán mucho que aprender, por lo cual se exigirá la dedicación tanto de la entidad como de quienes participan activamente. Para ser eficaz, esta campaña no se limitará a un año o dos de desarrollo antes de concluirse, por lo cual el compromiso de la AMN es de importancia fundamental y deben intervenir sus directivos más altos y sus socios más importantes.

Los socios de las AMN (o su comisión de alta dirección que actúa en virtud de una autorización dada por los socios) deberá:

- Aprobar la constitución del grupo
- Aprobar un presupuesto (en su caso)
- Acordar que el control del tabaco sea un tema principal del programa de trabajo de las AMN

- Acordar los términos y el alcance del trabajo del grupo de tabaco
- Establecer procedimientos de informes periódicos a las comisiones y socios de la AMN.

### Apoyo de la superioridad

Para que el nuevo grupo de tabaco sea eficaz, los cargohabientes y los altos directivos deberán mostrar una amplia solidaridad respecto a sus objetivos. Una de las primeras metas debe ser la incorporación de algunos de ellos al grupo, aun cuando sus otras actividades les impidan dedicarse de lleno a este trabajo.

### Planificación del trabajo del grupo

En los países cuyos antecedentes de control del tabaco hasta la fecha son relativamente reducidos, una de las primeras prioridades del grupo de tabaco consistirá en contemplar diversas actividades de educación de los socios en materia de tabaco que incluyan los temas reseñados en este capítulo.

En los países que tengan nutridos antecedentes de participación de sus médicos en el trabajo de control del tabaco, la educación de los socios deberá ser abordado y un programa deberá ser elaborado y puesto en práctica, pero es posible que deba otorgarse una mayor prioridad al tipo de acción resumido en el capítulo siguiente, consistente en que las AMN dirijan sus actividades hacia afuera, al resto del país.

## Educación de los socios en materia de tabaco

En todos los países, la educación de los socios respecto a las diversas cuestiones del tabaco constituirá una tarea constante e importante a cargo del grupo de tabaco.

Para algunas AMN, sobre todo en los países con escasos antecedentes de control del tabaco, es posible que la educación de los socios represente la tarea más extensa a realizar en el futuro previsible.

En los países que tengan más experiencia de control del tabaco, es posible que el tema principal de la educación de los socios sea recalcar en la mayor medida posible la cuestión del tabaco en todo el trabajo de las AMN. En particular, el grupo del tabaco deberá verificar que los socios, y en particular los médicos que acaban de recibir su título, adquieran información acerca del trabajo y que se fomente el trabajo realizado por los médicos con los pacientes destinado a que éstos dejen de fumar.

### ¿Qué tipo de programa de educación?

Es posible que se inicien diversos programas formales en función de una amplia gama de circunstancias locales. Además, es posible que sean útiles los consejos siguientes:

- El grupo del tabaco deberá estar preparado para aprovechar toda oportunidad que se presente de aumento del conocimiento de todos los aspectos del tabaco por parte de los socios, como formaciones específicas o encuentros.
- Debe hacerse uso pleno y regular de las publicaciones propias de las AMN, como por ejemplo la publicación de artículos sobre el tabaco

- Cuando sea posible, el tabaco debe incluirse en el orden del día de todas las asambleas de las AMN.

### La publicidad fomenta la ayuda

Numerosos socios de las AMN, y sobre todo los que destacan en el tratamiento de las enfermedades provocadas por el tabaco, acogerán con agrado la publicidad acerca del tabaco que aparece en las publicaciones de las AMN y en otros medios de información, puesto que tenderán a animarles a ofrecer sus energías al trabajo contra el tabaco realizado por las AMN.

### “¿Por qué tanto alboroto?”

Al principio, es posible que algunos socios o colaboradores de las AMN estimen que no merezca ser asumido un compromiso importante de acción respecto al tabaco. Es posible que crean que ello abriría las puertas a otras y numerosas exigencias planteadas por quienes están interesados en otras cuestiones. Debe recordárseles la escala y las características singulares del problema del tabaco. Los dirigentes del grupo del tabaco no tardarán en hallar diversas formas de asegurar que los socios comprendan por qué el tabaco se ha convertido en una cuestión tan candente para las AMN y sepan que pueden obtener información acerca del mismo constantemente y adquirir aptitudes para desempeñar su papel.

## Prohibición de fumar en los locales de las AMN

La prohibición de fumar en los locales propios de las AMN y en todas las asambleas celebradas bajo sus auspicios constituye una iniciativa práctica y simbólica que ha sido tomada por numerosas AMN en Europa.

El grupo del tabaco debe preparar y divulgar pautas para verificar que no se permita fumar:

- En ninguno de los locales de las AMN
- En ninguna de las asambleas de las AMN, cualquiera que sea el lugar de su celebración
- En ninguna asamblea celebrada por otras entidades en los locales de las AMN
- En las asambleas patrocinadas conjuntamente por las AMN y otros organismos.

### Prohibición de fumar por el personal

La implantación de una política de no fumar destinada al personal de las AMN debe abordarse de la misma forma que la recomendada para cualquier lugar de trabajo. Los procedimientos básicos se reseñan a continuación, y el apéndice 1 contiene una guía más extensa.

Debe hacerse referencia asimismo a la sección que se ocupa de fumar en lugares públicos en el capítulo 11, que recalca las consideraciones especiales relativas a las restricciones sobre el fumar en lugares de trabajo.

### Medidas básicas conducentes a una política de no fumar

Es posible que el enfoque a adoptarse deba variar entre los distintos países en función de la legislación que rige el empleo, pero en términos generales el enfoque será similar.

- La asociación médica debe designar a un coordinador poseedor de las aptitudes y la autoridad necesarias para dirigir el proceso de negociación e implantación de la política.
- Debe constituirse un grupo de trabajo que represente a todos los grupos afectados, incluyendo algunos fumadores
- Debe establecerse un plazo de consulta y educación
- La fuerza dinamizadora del propuesto cambio debe consistir en la “seguridad en el trabajo” al igual que otras cuestiones importantes en esta categoría, como por ejemplo la remoción de los materiales de construcción que contengan amianto
- El objetivo global mínimo debe consistir en garantizar a los no fumadores el derecho a no respirar humo de tabaco mientras estén trabajando, teniendo en cuenta al mismo tiempo las necesidades de quienes no pueden o no desean dejar de fumar.

### Prohibición de fumar en las AMN y las asambleas

Entre las asociaciones médicas que han prohibido fumar en sus locales se incluyen las de Georgia, Países Bajos, Eslovaquia, Suiza y el Reino Unido. Entre aquéllas que prohíben fumar en las asambleas se incluyen las AMN de Alemania y Malta.

## Aprovechamiento de la prensa médica

Para cualquier AMN que ya haya establecido buenos vínculos de trabajo con la prensa médica de su país, el uso de dichos vínculos para transmitir un mensaje de abstinencia a un público más extenso constituirá una extensión natural de una práctica habitual.

Las crónicas de noticias y los artículos sobre el tabaco generados por las AMN brindarán numerosas ventajas a los redactores y periodistas de las publicaciones médicas, así como a otros escritores médicos, a saber:

- Están avalados por médicos
- Siempre pueden hacerse pertinentes, puesto que siempre existen “aperturas” u oportunidades para “insertar” historias sobre el tabaco, sobre todo si se lleva a cabo una planificación esmerada
- Su tema básico es grave, a saber la prevención de algunas de las principales enfermedades padecidas por la sociedad moderna.
- La disposición de expertos bien preparados, o sea los médicos, para contestar preguntas y ser citados.
- La pertinencia para los menores (un gran incentivo para los periodistas): la protección de los menores es un poderoso motivo de control del tabaco.

Y en lo que respecta al sector del tabaco (que puede incluirse en casi todas las crónicas sobre tabaco), existe el

componente clásico del bien contra el mal representado por la salud contra la avaricia y la verdad contra la mentira.

### Estrecho seguimiento de la prensa respecto al tabaco

Cada una de las AMN formulará su propio método de enlace con la prensa médica. El contacto frecuente con los periodistas médicos en materia de tabaco permitirá mantener bien informado acerca del tabaco a un núcleo de periodistas competentes, siendo el tema del tabaco, conforme se ha indicado en otras partes de este texto, un tema más complejo de lo que muchos de ellos pudieran creer inicialmente.

Reviste especial importancia verificar que los periodistas reciban información acerca de las declaraciones engañosas hechas por el sector del tabaco acerca de hechos científicos, sus intentos de modificar el orden del día y otros ardides diversos a que recurren los portavoces del sector del tabaco.

### ¿Vínculos más estrechos con la prensa?

Las AMN que buscan estrechar sus vínculos con la prensa médica podrían constatar que la adopción de una campaña importante y continua relativa al tabaco constituye una oportunidad ideal de desarrollo de tales vínculos.

Es posible que la prensa médica esté más acostumbrada a tratar con las AMN respecto a otras materias relacionadas con la remuneración de los médicos, la asignación de los escasos recursos de atención médica u otros temas más tradicionales. La campaña del tabaco puede ser presentada de diversas formas que susciten mayor interés entre los periodistas, consistentes en mayores contactos con los dirigentes de las AMN.

Todo buen periodista acogerá con agrado una fuente de información actualizada y digna de confianza, así como los comentarios sobre las crónicas relacionadas con el tabaco, y valorará en medida especial toda asistencia dada para analizar y dar respuestas a las declaraciones hechas por el sector del tabaco. Por ello, tenderá a dirigirse con mayor frecuencia a las AMN y emprender una cobertura más exhaustiva del tema del tabaco. Incluso se le podría animar, a través de esta nueva relación de trabajo, a abordar más temas ajenos al tabaco de interés para la AMN, para beneficio mutuo.

### ¡No olvidar las publicaciones propias de las AMN!

Además de las publicaciones de edición independiente, las publicaciones propias de las asociaciones médicas constituirán un medio obvio de comunicación con los socios acerca del fumar. Las asociaciones médicas que incluyen artículos periódicos relativos al fumar en sus propias publicaciones incluyen las de Israel, Países Bajos y Eslovaquia.

## Proporcionar información a los médicos acerca de la abstinencia

Es importante que los médicos estén bien informados respecto a las últimas pruebas de las técnicas de abstinencia y su eficacia.

Cualquiera que sea la etapa que hayan alcanzado en su educación personal respecto al fumar, todos los médicos se beneficiarán de saber qué pueden hacer para:

- Ayudar a aquéllos que desean dejar de fumar
- Fomentar la abstinencia de todos los fumadores.

### Las prácticas actuales

Las prácticas actuales de los médicos clínicos de la mayoría de los países son muy variadas. Hay médicos que:

- Controlan periódicamente el hábito de fumar de los pacientes
- Aprovechan todas las oportunidades para ayudarles a dejar de fumar y fomentar la abstinencia.

Con frecuencia estos médicos nunca han recibido una formación formal en materia de abstinencia. En el otro extremo del espectro, hay médicos que:

- Nunca hablan del hábito de fumar con los pacientes
- A veces fuman ellos mismos
- Su propio hábito les inhibe para intentar ayudar a sus pacientes.

#### Advertencia: ¡no demasiado técnico!

Existe un delicado equilibrio entre el aumento de los conocimientos de los médicos respecto a la abstinencia y la impresión de que el tema es innecesariamente técnico. Los médicos no deben sentir que no pueden ayudar a sus pacientes sin recibir una formación especializada.

### La capacitación es deseable, pero no esencial

La información sobre la abstinencia del tabaco y las aptitudes correspondientes pueden impartirse a los médicos de numerosas formas y el grupo de tabaco de las AMN (que puede constituir una subcomisión especial de abstinencia del tabaco) deberá estudiar lo siguiente:

- Las publicaciones médicas, verificando que aborden periódicamente los métodos de abstinencia del tabaco
- Los cursos de formación, que podrían ser particularmente útiles para la formación de un equipo núcleo de expertos,

#### Módulos breves de formación

Un módulo de formación básico relativo a la abstinencia del tabaco podría consistir en dos sesiones de 45 minutos de duración:

- Una revisión de las técnicas y los dispositivos para dejar de fumar y su eficacia demostrada
- Como los médicos deben controlar y dar asesoramiento a sus pacientes que fuman a fin de ayudarles a abstenerse del tabaco.

Podría constituirse un pequeño consejo de médicos instructores integrado por quienes poseen más conocimientos y experiencia de la abstinencia del tabaco, cualquiera de los cuales podría impartir estos módulos. Puede reunirse una serie de ilustraciones (diapositivas de 35 milímetros, cintas de vídeo) para ser usadas en las sesiones.

Estos módulos pueden ofrecerse para su inclusión en seminarios sobre numerosas temas a los que asistan los especialistas del caso. A modo de ejemplo, podrían impartirse en asambleas y seminarios sobre enfermedades cardíacas y del pecho y cáncer, como parte de cursos de educación continua para especialistas en estos aspectos y para médicos de familia.

incluyendo la subcomisión de abstinencia del tabaco de las AMN.

- La creación de diversos módulos breves de formación para ser usados en una amplia gama de seminarios cuyos instructores principales sean oradores principales.

### Apoyo a los médicos en las actividades de abstinencia

Aquí se plantean dos cuestiones:

- Ayudar a los médicos que fuman a dejar de fumar
- Animar a todos los médicos a ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

Este segundo tema ya ha sido abordado en el capítulo 6, por lo cual esta sección se ocupa exclusivamente del fomento de la abstinencia por parte de los médicos mismos.

### Ayudar a los médicos que fuman a dejar de fumar

En primer lugar, debe recalcar el hecho de que entre los fumadores en general y entre los médicos que fuman en particular, se corre el riesgo de no alcanzar la máxima eficacia si se adopta una actitud errónea

#### ¿Cuál es la actitud errónea en este contexto?

Debido a que muchos fumadores adoptan una postura defensiva respecto a su hábito, es posible que tiendan a estimar que toda mención de abstinencia refleja una actitud crítica, dominadora o condescendiente o una falta de comprensión de su problema y es posible también que tiendan a reaccionar ante ella de numerosas otras formas negativas, por lo cual rechazan el mensaje que se busca transmitir. A fin de evitar dar la impresión de adoptar esta actitud, es importante que el mensaje sea lo más objetivo posible en todo momento. No debe proferirse ningún juicio y dejarse claro que la abstinencia del tabaco constituye una

#### Negación de los fumadores

Cuanto más oyen los fumadores acerca de los peligros de fumar, tanto más una parte de su mente reconocerá que deben dejar de fumar. En el caso de los médicos, que conocen mejor las cuestiones de salud, esta parte de la mente podría tener una voz particularmente potente. El sentido común exige una contestación a la pregunta obvia: *¿Porqué, si saben todo esto, siguen fumando?*

Si los fumadores no reconocen su dependencia del tabaco, la única explicación verosímil para el mundo externo del seguir fumando es que el problema no es tan grave como afirma la gente.

Ello no se resiste a un examen serio, por lo cual los fumadores podrían intentar modificar el orden del día del debate. Una de las respuestas consiste en contraatacar con la afirmación de que se está violando su libertad y de que son víctimas. Es posible que se resistan agresivamente a toda mención de su propio hábito de fumar. En efecto, están negando su problema, que incluye no solamente el problema de ser un fumador, sino el de ser un médico que fuma y que por lo tanto da un mal ejemplo a los demás.

Los fumadores dependientes que no reconocen su dependencia podrían temer admitir que no controlan plenamente sus vidas, lo cual es amenazador y no se corresponde con la imagen que tienen de sí mismos, sobre todo en el caso de los médicos, que son responsables de la salud e incluso de la vida de otras personas.

prioridad urgente. Es importante asimismo comprender el proceso de negación que puede provocar esta reacción a fin de reducir al mínimo las posibilidades de suscitarla.

El reconocimiento del poder de la adicción, o por lo menos de la magnitud del problema que representa el tabaco, podría ser suficiente para que un fumador cambie de opinión respecto a su propio hábito, por lo cual podrá debatir la cuestión de fumar con mayor objetividad respecto a cómo afecta al fumador y al resto del mundo.

Estos fumadores, que no están contentos con su hábito de fumar, son conocidos como fumadores “renuentes”. Conforme se reseña en el capítulo 6, es posible que el paso a este estado constituya una etapa necesaria del proceso de abstinencia.

### Ideas para la acción

Los diversos pasos prácticos que tomará el grupo de tabaco de las AMN para dar apoyo a los médicos en su tarea de abstinencia dependerá de lo que sea más idóneo a su criterio, pero podría incluir el planteamiento directo de la cuestión en una serie de asambleas o sesiones de terapia celebradas en distintos lugares y destinadas a ofrecer una ayuda solidaria y experta a los fumadores que les asista a dejar de fumar.

### La prensa médica

- Los informes sobre los resultados de una encuesta relativa a los hábitos de fumar de los médicos pueden conducir naturalmente a la información sobre los métodos aplicados para que los médicos dejen de fumar y los beneficios resultantes.
- Al abordarse periódicamente otros temas de tabaco, se puede plantear nuevamente la cuestión del hábito de fumar de los médicos, reforzando los mensajes destinados a que dejen de fumar.
- Las publicaciones médicas o las oficinas regionales de las AMN pueden organizar concursos a fin de identificar las ideas más efectivas para animar a los médicos a dejar de fumar.

### Llamamiento en Polonia

La Asociación Médica de Polonia informa que ha hecho un llamamiento a todos sus socios para que dejen de fumar, y la agenda médica repite este llamado todos los años. El llamamiento concluyó con esta declaración conmovedora:

“Creemos que nuestro país libre y vuelto a nacer puede eliminar paulatinamente el azote social que representa la adicción a la nicotina, y los médicos polacos serán los primeros de Europa en dar un ejemplo de razón, fuerza de voluntad y patriotismo.”

“*¡Floreat res medica!*”

(“¡Vivan las cuestiones médicas!”)

## Modificación de la cartera de inversiones de las AMN

Numerosas AMN son titulares de inversiones o las administran, ya sea directamente o bien como aspecto de los planes de pensiones destinados a sus socios y su personal. Suelen hallarse acciones de empresas de tabaco en las carteras de inversiones generales, y si este hecho se da a conocer (lo cual podría ocurrir sin aviso), puede crear situaciones incómodas.

Las AMN deben revisar sus inversiones, vender las acciones de empresas de tabaco y animar a otras entidades sanitarias a hacer lo propio. Es evidente que no corresponde que una entidad preocupada por la salud se beneficie del tabaco, y el anuncio de que se está deshaciendo de sus acciones de tabaco puede contribuir al proceso de marginación del tabaco en la sociedad.

Si los reglamentos que rigen las inversiones establecen que la política de inversión debe desarrollarse exclusivamente en función de las rentas eventuales (como podría ser el caso de los fondos de pensiones), es posible que las AMN deseen modificar las reglas. De otra forma, podría resolver crear otros fondos libres de tabaco.



Dos de las mayores compañías de seguros de Suecia vendieron todas sus acciones en la compañía de tabaco Swedish Match, después de que varias organizaciones antitabaco centraran su atención en los problemas éticos de dicha propiedad. Aquí, un miembro de Doctors Against Tobacco distribuye un informe anual “alternativo” a los accionistas de Swedish Match en Estocolmo, Suecia, en marzo de 1997. De *Tobacco control—Swedish style*, con el gentil permiso del Instituto Nacional de Salud Pública, Estocolmo, Suecia. Crédito de foto: Anders Kallersand.

### Referencia

Fowler G. In Bolliger CT, Fagerström K, eds. The tobacco epidemic. *Prog Respir Res* 1997;28:169.

# 10 El control del tabaco: acciones para las asociaciones médicas

Este capítulo describe cómo los médicos, trabajando a través de sus asociaciones médicas nacionales, pueden llevar la campaña contra el tabaco fuera de la profesión médica. Estudia cómo obran entre sí los médicos y otros sectores de la sociedad; en otras palabras, la colaboración entre sectores.

## En este capítulo

- Formular un programa de acción contra el tabaco
- Trabajar en colaboración con otras entidades sanitarias
- Usar los medios de noticias
- La colaboración con los políticos
- Las campañas por la prohibición de fumar en las instalaciones sanitarias
- Influir en la educación médica
- Constituir un organismo de control del tabaco
- Preparar un informe nacional básico sobre el tabaco
- Llevar a cabo encuestas y evaluaciones periódicas.

## Formular un programa de acción contra el tabaco

Conforme se mencionó en el capítulo anterior, el requisito más importante consiste en que las AMN constituyan un grupo especial de tabaco que contribuya a formular y poner en práctica su programa. Este capítulo supone que ya se ha constituido un grupo tal.

### Las NMA y la política nacional

Al planificar las actividades de las AMN, deben tenerse en cuenta los aspectos principales de la política nacional de control del tabaco a fin de determinar cómo los médicos pueden participar más eficazmente en esta estrategia. Debe hacerse referencia, por lo tanto, al capítulo siguiente, que se ocupa de la política de control del tabaco.

### ¿Existe una política nacional?

Las prioridades iniciales de la AMN serán influidas por el hecho de si existe o no una política nacional de control del tabaco.

Si existe una política nacional de tabaco, ya sea la adoptada por el gobierno o bien la acordada por las principales entidades médicas y sanitarias, todo el trabajo de las AMN se corresponderá con uno o más aspectos de la política. Este trabajo, conforme se reseña en las secciones siguientes, será coordinado estrechamente con otras entidades sanitarias, sobre todo los componentes de una coalición contra el tabaco.

Si no existe una política nacional de tabaco, una de las primeras tareas importantes para las AMN en su trabajo a nivel nacional es elaborar una política y divulgarla

extensamente, consiguiendo que el mayor número posible de otras entidades se unan a la AMN para exigir que la política sea adoptada por el gobierno.

### Preparación para la lucha

Es importante que los dirigentes de la asociación médica tengan conciencia plena desde el principio de que están iniciando una guerra larga y sangrienta que conllevará difíciles batallas contra quienes tienen intereses creados en el sector del tabaco. Pero al igual que en todas las guerras, existen diversas responsabilidades y oportunidades que fomentan las mejores cualidades de la gente que aboga por una causa justa, uniéndola para alcanzar una meta común.

### Las primeras prioridades

Existirán diversos aspectos de una política nacional de control del tabaco que las AMN pueden comenzar a abordar por su cuenta, como por ejemplo la provisión constante de información al público y (en función de los recursos) parte del trabajo de educación del público.

Las otras prioridades de las AMN serán:

- La elaboración de una política modelo si la misma no existiera
- Obtener el máximo apoyo de todas las entidades y de los particulares que puedan influir en los políticos
- Planificar y coordinar una campaña de presión para lograr su instrumentación
- Efectuar el seguimiento de cada etapa de este proceso y coordinar una estrategia de cumplimiento del plan
- Organizar, o por lo menos intentar conseguir que sea elaborado, un informe básico cuando sea limitada la información actualizada y digna de confianza sobre la situación del país respecto al tabaco.

### Un tema extenso y complejo ...

Es importante que los dirigentes de las AMN tengan conciencia de la complejidad del control del tabaco, por lo cual es aconsejable designar a diversos componentes especializados como integrantes del grupo de tabaco.

Es igualmente importante que las AMN estimen cuánto tiempo podría tardarse en progresar de forma susceptible de medición en materia del control nacional del tabaco. Esta actividad no debe ser desarrollada por aquéllos que se descorazonan ante la falta de resultados inmediatos ....

La publicación de un informe básico puede constituir un vehículo importante de lanzamiento de una campaña destinada a la formulación de una política eficaz de control del tabaco. Este tema es abordado en las páginas 40-1.

### Intereses creados

Las campañas nacionales de control del tabaco no solamente crean oposición entre las AMN y el gobierno, sino también entre aquéllas y diversas fuerzas comerciales poderosas. Las empresas internacionales de tabaco encabezarán la lucha contra toda medida eficaz, pero serán apoyadas, por lo menos al principio, por otras partes que tengan interés en que se mantengan las restricciones mínimas sobre el tabaco. Estas partes incluyen las sociedades dedicadas a la publicidad, los anuncios en periódicos y revistas, la difusión (si todavía se permite la publicidad del tabaco por radio o televisión), el sector minorista de tabaco, los sectores mayorista y de distribución y los trabajadores de las empresas de tabaco.

Además, las entidades deportivas y artísticas que han sucumbido a la tentación del patrocinio por las empresas de tabaco y que son lo suficientemente adictas como para ser apologistas de su causa se incluyen entre los aliados más poderosos del tabaco.

## La colaboración con otras entidades sanitarias, incluyendo los organismos profesionales

El proceso de creación de una posición común con otras entidades respecto a una política modelo de control del tabaco podría crear beneficios mucho más extensos que los provenientes de la creación de un fuerte grupo de presión contra el tabaco. Los contactos establecidos, la confianza merecida, la división en colaboración de las tareas y el reparto de recursos pueden dar lugar a una mejor colaboración entre sectores respecto a una amplia gama de cuestiones de salud.

### Coalición contra el tabaco

La mejor forma de colaborar con otros profesionales es a través de la estructura de una coalición, que es toda agrupación informal de entidades que busca alcanzar las metas comunes de una política modelo de control del tabaco. Mediante las asambleas regulares, el reparto de información y las actividades conjuntas, puede aportarse un máximo de energía y recursos a la campaña.

Si no existe ninguna coalición, es evidente que las AMN son las entidades más indicadas para formarlas, pudiendo dirigirse a:

- Otras entidades médicas, sobre todo las que representan a los médicos que han adquirido experiencia clínica o de investigación sobre las enfermedades provocadas por el tabaco
- Odontólogos
- Organismos de enfermería y paramédicos
- Farmacéuticos
- Entidades de cáncer y enfermedades cardíacas y pulmonares
- Fomento de la salud y grupos de educación.

En algún momento, las AMN deberán contemplar la ampliación de la coalición para incorporar representantes de otros organismos no dedicados principalmente a la salud

pero que dan apoyo a la acción eficaz contra el tabaco, y que podrían incluir los siguientes:

- Organismos de educación
- Grupos de bienestar infantil
- Organizaciones de mujeres
- Grupos de consumidores
- Organismos deportivos y culturales
- Jefes y grupos religiosos
- Sindicatos.

En función de la respuesta de estas organizaciones, es posible que las AMN deseen invitarlas a designar a sus representantes para asistir a una asamblea que constituya una comisión de coordinación para conseguir la colaboración más eficaz posible en materia de control del tabaco.

### La posición de los sindicatos frente al tabaco

Aunque al principio los sindicatos de trabajadores del tabaco logran aplazar una exhibición extensa de apoyo a las políticas sanitarias contra el tabaco, es probable que su posición se vaya modificando con el transcurso del tiempo.

Si sus socios han sido educados en medida suficiente, podrán apreciar que sus intereses no son idénticos a los de sus patrones y que sus patrones no velan por los intereses de los trabajadores tabaco, puesto que se pierden muchos más empleados por la mecanización cada vez más extendida que por una reducción de las ventas de tabaco.

## La colaboración con los medios de información

Debe hacerse referencia a la sección del capítulo anterior relativa a la prensa médica (página 34). La mayoría de los mismos principios son aplicables al trabajar con la prensa general respecto a las cuestiones nacionales de control del tabaco.

### La elaboración de una relación de portavoces e impartirles formación

El acceso fácil por los periodistas no médicos a los médicos y a otros que puedan hacer observaciones y dar explicaciones expertas respecto a las cuestiones del tabaco revestirá una especial importancia. Las AMN deben elaborar una relación de socios que hayan ofrecido ser contactados a efectos y sean expertos en control del tabaco.

Las AMN también deben contemplar impartir pequeños cursos de formación en medios de información destinados a dichos socios, sobre todo para ayudarles a responder a los argumentos del sector del tabaco. La formación en medios de información se aborda en el capítulo 8.

### Coordinación

El personal y los socios de las AMN que tengan contactos con periodistas deben asegurarse de que su trabajo no sea llevado a cabo en el aislamiento a fin de evitar la duplicación de esfuerzos y las situaciones difíciles surgidas de argumentos divergentes. Las AMN más importantes tendrán un directivo de prensa o una unidad de asuntos públicos para coordinar el trabajo de prensa y medios.

### Periodistas: contacto fácil

Los médicos y otras personas no expertas en el trabajo de prensa podrían sorprenderse al saber que es bastante fácil contactar con la mayoría de los periodistas, incluso los más conocidos y respetados, y normalmente son mucho más accesibles que la gente que goza de una reputación similar en el ámbito de la medicina o en otras profesiones.

## La colaboración con los políticos

Los principios básicos del trabajo con los políticos nacionales son muy similares a los de los médicos individuales que trabajan con sus políticos locales, detallados en el capítulo 7. En dicha sección (página 25) se dan consejos respecto a cómo hacer sentir a los políticos que les convendría aceptar invitaciones a reuniones y otros eventos centrados en diversas cuestiones de control del tabaco.

Las diferencias principales entre la colaboración con los políticos a nivel nacional y a nivel local serán las siguientes:

- El alcance de la iniciativa de presión
- La necesidad de monitorear y modificar los distintos enfoques y políticas de todos los principales partidos políticos.

### Monitoreo

Esto debe incluir un registro de las formas en que los políticos individuales tienden a hablar y votar respecto a las cuestiones de salud. Revestirá una importancia particular notar cuáles dan prioridad a los intereses sanitarios antes que a los comerciales y cuáles parecen fomentar los intereses antisanitarios, sobre todo el tabaco.

### Presión

Es posible que las AMN más importantes ya estén desarrollando diversas actividades de presión parlamentaria y tengan personal que ha establecido buenos vínculos de trabajo con los políticos del caso respecto a las diversas cuestiones de salud. Si dichos conocimientos expertos no estuvieran disponibles, es posible que se puedan contratar los servicios de diversos consultores, aunque probablemente constituya un uso más provechoso de largo plazo de los recursos de las AMN su desempeño por el personal propio.

Es posible que otra entidad que forma parte de la coalición del tabaco y que tenga conocimiento de esta materia (tal vez una entidad dedicada al control del tabaco: ver a continuación) tome la iniciativa en este trabajo.

Las actividades de presión continuas deben incluir las siguientes:

- Reuniones periódicas con políticos solidarios
- Presentaciones a los políticos designados para estudiar cuestiones de salud
- Estudio de la agenda parlamentaria a fin de anticipar toda oportunidad de planeamiento de cuestiones relacionadas con el tabaco
- Redacción y distribución de información entre políticos claves a fin de asistirlos a aprovechar al máximo de sus oportunidades para fomentar el control del tabaco.
- Reuniones con el ministerio de salud
- Reuniones celebradas durante las conferencias de los

partidos políticos que permitan el contacto con los expertos principales en salud del partido

- Provisión de información a periodistas políticos acerca de las crónicas actuales de noticias relacionadas con la existencia o la falta de acción política respecto al tabaco.

### Las presiones y la prohibición de publicidad de la Unión Europea

Las presiones ejercidas por las asociaciones médicas constituyeron una contribución importante a la presentación a los componentes del Parlamento Europeo de los diversos argumentos sanitarios favorables a la adopción de la directiva de la Unión Europea sobre (la prohibición de) la publicidad del tabaco, y se libró una batalla encarnizada pero victoriosa contra las grandes presiones ejercidas por el sector del tabaco. Las asociaciones médicas de numerosos países europeos ejercen presiones periódicamente sobre sus gobiernos y sus políticos. Los países en que se observan dichas actividades incluyen Armenia, Noruega, Polonia y Eslovaquia y el Reino Unido.

## La campaña por la prohibición de fumar en las instalaciones sanitarias

Es probable que éste sea uno de los aportes principales hechos por las AMN a la política de control del tabaco a nivel global.

Es probable que las AMN ya tengan socios activos, como por ejemplo los médicos especializados en las enfermedades del vías respiratorias, los cardiólogos y los médicos de salud pública y otros, que han adoptado una actitud enérgica en su lugar de trabajo durante muchos años. De ser así, deben ser invitados a integrarse al grupo del tabaco o a dirigir un subgrupo en esta materia.

Existen numerosos motivos para desarrollar campañas destinadas a conseguir instalaciones sanitarias en que se prohíba fumar:

- Es de gran importancia que no se fume en las instalaciones sanitarias
- Son lugares respecto a los que los médicos suelen tener la influencia más grande
- Los médicos son responsables de poner orden en su propio ámbito, de proteger a los pacientes y al personal y de dar un ejemplo a los demás.

Este es un aspecto especializado que posee su propio material de investigación y una muy extensa experiencia en todo el mundo. En particular, las AMN de otros países podrán compartir su experiencia.

### Objetivos globales

Al igual que con la política que afecta al fumar en cualquier lugar público, la meta debe consistir en que el no fumar constituya la práctica habitual en las instalaciones sanitarias a fin de que los no fumadores nunca estén expuestos al humo, y que se permita la existencia de zonas para fumar sólo en algunas circunstancias. Los principios generales se reseñan en el capítulo siguiente en las páginas 50–52.

### Lituania: campaña de hospitales

En la Clínica Académica Kaunas, uno de los hospitales más grandes del país, un proyecto destinado a prohibir fumar en los hospitales tiene como objeto poner en práctica una política racional de control del tabaco, reducir el hábito de fumar entre médicos y pacientes, fomentar la abstinencia en ambos grupos e impedir que los estudiantes comiencen a fumar.

## Influir en el contenido de la educación médica y motivación de los estudiantes de medicina

Este es un campo evidente en que las AMN pueden aprovechar la autoridad y la influencia de sus socios para realizar cambios importantes.

- Se debe elaborar una lista de facultades de medicina, así como aprovechar de los contactos existentes y crear nuevos vínculos en las facultades.
- Una conferencia sobre la educación de estudiantes de medicina en materia de tabaco es una alternativa evidente que debe ser estudiada por el grupo de tabaco de las AMN. El capítulo 8 contiene mayores detalles de este tema tan importante.
- La constitución de un organismo de control del tabaco para el trabajo de información pública.

Debido a que las campañas de control del tabaco representan una actividad de largo plazo para la que las aptitudes especiales son ventajosas, merece la pena constituir una entidad especial que pueda realizar el trabajo de fomento reseñado en la sección relativa a la información pública en el capítulo siguiente (páginas 48–9).

La creación de un organismo especial de fomento del control del tabaco conlleva diversas ventajas evidentes:

- El personal y los voluntarios de una entidad tal no tardarán en adquirir conocimientos expertos y abundante información.
- Es probable que el personal de las AMN tenga otras obligaciones y menos tiempo para una dedicación intensiva.
- Los especialistas podrán mantenerse al corriente de los últimos acontecimientos más fácilmente, incluyendo las noticias internacionales, por medio de un proceso más intenso de seguimiento de la prensa y las noticias políticas y el contacto con colegas de otros países (a través del sistema electrónico de comunicaciones GLOBALink (véase el apéndice 3).
- Al dedicarse exclusivamente al control del tabaco y no competir con otros organismos sanitarios en la obtención de fondos, este organismo no tendrá la consideración de estar afectada por los conflictos de intereses que a veces pueden limitar la comunicación y la colaboración intersectorial entre rivales potenciales.

La financiación será un tema importante que deberá organizarse al principio. Las AMN y otros grupos dedicados al control del tabaco posiblemente deban dedicar tiempo a convencer a los organismos que proveen subvenciones, como las sociedades de lucha contra el cáncer, las enfermedades cardíacas y del pecho de que los fondos aplicados al control

del tabaco constituyen una parte muy importante del trabajo de prevención.

Por ello, es posible que se tarde varios años en lograr que sea alcanzado un consenso respecto a la necesidad de que exista un organismo de fomento del control del tabaco para dirigir la campaña de información pública.

Tal vez el mejor modelo de una entidad tal es el fundado por las AMN, pero que represente a nivel de la dirección una gama mucho más amplia de intereses. En efecto, la dirección debe ser un reflejo del grupo o coalición más amplio de control del tabaco que se ha citado anteriormente.

## Informe básico sobre el tabaco

Un informe nacional básico sobre el tabaco presenta una reseña detallada del problema del tabaco en el país, así como las prioridades a la hora de abordarlo. Si no existiera un documento tal, las AMN deben contemplar encargar su elaboración o ejercer presiones sobre el gobierno para que éste lo encargue.

Debido a que se basa en una medición científica del problema, un informe tal llamará la atención de otros grupos de salud, además de la de los políticos y la prensa.

Por ello, puede constituir una herramienta útil no solamente para que el control del tabaco sea un tema del orden del día debatido a los más altos niveles, sino también para estrechar los vínculos con otros grupos médicos y sanitarios, a los que podría persuadirse a unirse a una coalición y una campaña de acción eficaz.

Un informe básico debe describir lo siguiente:

- La historia del uso del tabaco
- Las probables modalidades de consumo actuales y futuras
- Las modalidades y previsiones de las enfermedades causadas por el tabaco
- Recomendaciones para la acción a fin de intentar impedir en la mayor medida posible la carga innecesaria que representa este sufrimiento humano y los gastos en atención sanitaria y de otra índole.

Cuando sea posible, el informe debe recibir el apoyo de todas las entidades médicas nacionales prestigiosas, y seguidamente debe ser presentada al ministro de salud y a otros dirigentes y políticos nacionales con una solicitud de promulgación de legislación destinada a instrumentar las medidas recomendadas de control del tabaco.

Un informe básico debe incluir los extremos siguientes:

- *Cifras de prevalencia del uso del tabaco*, sobre todo entre los diversos grupos influyentes tales como los miembros de diversas profesiones, incluyendo los médicos, así como las mujeres y los jóvenes. Las encuestas entre algunos de estos grupos pueden ser realizadas por estudiantes con la supervisión de un científico competente, como por ejemplo un médico de salud pública o un epidemiólogo, que pueden establecer diversas pautas.
- *Una encuesta relativa a las enfermedades vinculadas con el tabaco en el país*. Si no existieran estadísticas nacionales fiables, es posible que sólo pueda recurrirse a los registros de altas de los hospitales, así como a la experiencia adquirida por los médicos de mayor edad que hayan observado cambios en la prevalencia del cáncer de pulmón y de las arterias coronarias en sus pacientes.

- *Previsiones de la incidencia futura de las enfermedades causadas por el uso del tabaco*, teniendo en cuenta las tendencias del consumo. Quienes comienzan a fumar cigarrillos durante la adolescencia corren como consecuencia de ello un riesgo de muerte prematura en la edad madura (antes de los 65 años) en una proporción de uno a cuatro. Debido a que la mayoría de los hombres, incluyendo los profesionales clave, siguen fumando en algunos países europeos, ello puede ocasionar el deceso de numerosos componentes valiosos de la sociedad.
- *Un estudio de las experiencias de otros países*. Pueden usarse numerosas fuentes y puede solicitarse información a las entidades internacionales y nacionales.
- *Una descripción de las actividades del sector del tabaco*, sobre todo las empresas de tabaco transnacionales, las marcas que comercializan dichas empresas y las modalidades de su promoción. Esto debe incluir diversos ejemplos de promoción del tabaco, sobre todo la publicidad que al parecer está dirigida a los niños y los adolescentes, así como los ejemplos conocidos de las actividades desarrolladas por el sector del tabaco y destinadas a influir en los políticos.
- *Una breve evaluación económica del tabaco*. Posteriormente, pueden realizarse más tarde estudios más completos de las consecuencias económicas del cultivo del tabaco, que con frecuencia pueden ser muy distintas de las percibidas habitualmente.

Los grupos de tabaco de las AMN deberán estudiar detenidamente las modalidades de uso del informe básico, sobre todo en el momento de sus publicaciones. Es posible, a modo de ejemplo, que desee patrocinar una reunión en que participen dirigentes nacionales, y convendría que la misma fuera copatrocinada por el ministerio de salud. Debe asignarse mucho tiempo a la provisión por anticipado de información a los periodistas y debe elaborarse con los políticos solidarios un plan de acción que asegure que el informe destaque en todo momento en el debate público y político.

## Encuestas y evaluación periódicas

Un aspecto fundamental de la política de control del tabaco consiste en la realización de encuestas a intervalos regulares para controlar el progreso y medir el conocimiento y las actitudes del público respecto al tabaco, a fin de que cada concepto de la política de control del tabaco sea evaluado y ajustado si fuera necesario.

Si el gobierno acomete con seriedad el control del tabaco, esta función formará parte de las medidas que tome, y el trabajo será encargado por el ministerio de salud o por otro organismo idóneo que actúe en nombre del ministerio.

No obstante, si la adopción del control del tabaco por parte del gobierno es menos que exhaustivo, es posible que corresponda a otras entidades intentar verificar el cumplimiento de este requisito. En una situación tal, es posible que las AMN decidas tomar la iniciativa. Podrían encargar o realizar dicho trabajo por sus cuentas o presionar a otros para que lo realicen.

Suponiendo que las AMN por lo menos puedan constatar que es el catalizador de las encuestas y el trabajo de evaluación, estos temas se estudian más detenidamente:

- Las encuestas continuas sobre *la prevalencia, la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el uso del tabaco* son necesarias para medir periódicamente el alcance del problema del tabaco, ilustrar la necesidad de tomar medidas preventivas y evaluar constantemente la eficacia de todas las medidas de control del tabaco. El uso de los criterios y pautas de la OMS para las encuestas de prevalencia es útil, puesto que en ese caso los datos pueden ser evaluados a nivel internacional.
- Las encuestas relativas a las *actitudes del público* ante el tabaco revisten particular importancia, a efectos de que las medidas preventivas y la educación sanitaria se desarrollen en función de las creencias de la población en general. Estas encuestas demuestran al gobierno el nivel de apoyo público a las medidas de control, que con frecuencia suele ser mucho mayor que el previsto por el gobierno.
- Las encuestas sobre el *impacto económico del tabaco* también son importantes, para indicar que el tabaco no se limita a beneficiar a la economía en forma de tributos o ingresos por exportaciones, sino que su uso también da lugar a diversas pérdidas y gastos, que incluyen gastos en atención médica y de salud, pérdidas de productividad y gastos en bienestar social causados por la muerte prematura y la invalidez, incendios, recogida de desechos y uso de terrenos que podrían ser aprovechados para producir alimentos y otros cultivos comerciales. En la mayoría de los países que cultivan el tabaco, gran parte del cultivo suele destinarse al consumo interno, lo cual suscita preguntas acerca de su aporte económico frente al de los cultivos alternativos, además de acerca de los gastos crecientes incurridos por el servicio de salud en las enfermedades que provoca su consumo.
- La evaluación del *éxito* de cada medida contra el tabaco también es importante, a fin de centrarse en el futuro en las medidas más eficaces. Ello incluye el análisis del efecto en el sector del tabaco de cualquier política propuesta o efectiva contra el tabaco. La eficacia relativa suele ser indicada por el nivel de resistencia o los intentos de socavación de cada medida por las empresas de tabaco.

En el contexto de este último punto, deben tenerse en cuenta dos reglas importantes del control del tabaco, que se mencionan en otras secciones de este libro:

- Si cada aspecto de la política contraria al tabaco puesta en práctica por un gobierno no es resistido enérgicamente por el sector del tabaco, deben estudiarse detenidamente los motivos correspondientes, puesto que ello podría significar que la política podría ser ineficaz o no pertinente.
- Si el sector del tabaco acoge con agrado o fomenta las medidas o intenta llamar la atención a las mismas, como por ejemplo la “modificación de productos” o la educación sanitaria en las escuelas, el gobierno debe contemplar la posibilidad de que por lo menos en su forma propuesta, dicha medidas podrían ser ineficaces para reducir el consumo del tabaco.

# 11 Política de control del tabaco

Este capítulo describe los componentes clave de una política nacional de control del tabaco. Debe referirse asimismo al *Tercer plan de acción para una Europa sin tabaco 1997–2001* de la Organización Mundial de la Salud.<sup>1</sup>

## En este capítulo

Hace años que los expertos coinciden en que un eficaz control del tabaco requiere una exhaustiva política de control del tabaco apoyada por una legislación nacional dura, bien controlada e impuesta con rigurosidad. La legislación – no autorregulación – es esencial que cubra los siguientes puntos:

- Prohibir toda promoción del tabaco
- Aumentar precios mediante impuestos
- Programas de educación e información pública
- Advertencias de salud duras y destacadas
- Que en los lugares públicos sea la norma no fumar
- Prohibir la venta de tabaco a los niños
- Reducir la toxicidad del humo del tabaco
- Ofrecer apoyo para dejar de fumar
- Abandonar progresivamente el cultivo de tabaco y retirar todos los subsidios
- Considerar recursos legales
- Observación y evaluación regular

## La necesidad de legislación exhaustiva

Expertos y organizaciones notables de todo el mundo llevan más de un cuarto de siglo examinando los problemas del consumo del tabaco, y han hecho sus recomendaciones para prevenir la enfermedad, minusvalía y muerte prematura que causa.

Hace muchos años que existe un acuerdo general sobre como afrontar el problema del tabaco. Los expertos recomiendan una política exhaustiva: debe cubrir todo lo que deba regularse y debe tener el apoyo de una legislación dura, bien controlada e impuesta con rigurosidad.

### Advertencia: obtener resultados lleva tiempo

No está de más insistir en que el control del tabaco lleva tiempo, requiere observación y evaluación continuas, y que es posible que necesite mejoras y cambios según corresponda. Es importante que los políticos y los defensores de la salud lo acepten para no tener expectativas poco realistas y que se comprometan a un programa de labor continuada.

En el resumen de arriba se exponen las medidas principales que estas organizaciones han recomendado sistemáticamente y el concepto más reciente que propone considerar una reparación legal contra la industria tabacalera.

## Los expertos están de acuerdo con la política

Entre las autoridades que han tratado el problema del tabaco, en su mayor parte durante muchos años, y que han recomendado legislación similar a la resumida en este libro se encuentran:

- La Organización Mundial de la Salud
- La Unión Internacional contra el Cáncer
- La Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos
- El Consejo Europeo de Ministros de Sanidad
- Asociaciones Médicas Europeas para la acción sobre fumar y sobre la salud.
- Foro Europeo de las Asociaciones médicas.
- Asociaciones médicas del mundo.

Existen otras innumerables autoridades que han elaborado informes a nivel internacional, nacional y regional y que han contribuido al conjunto de datos sobre los efectos dañinos en la salud causados por el tabaco, y que han apoyado las recomendaciones básicas para afrontarlo.

Además, deberían realizarse dos tipos básicos de investigación relacionados con la política general de control del tabaco, especialmente en países que aún no han tomado muchas medidas:

- Debería elaborarse un “informe de línea de base”
- Deberían realizarse estudios regularmente para observar el progreso y evaluar los conocimientos del público sobre el tabaco, así como su actitud al respecto, con el fin de que pueda analizarse cada elemento de la política de control del tabaco y pueda modificarse si es necesario.

La misión de las AMN para promover estos tipos de investigación se trata en el capítulo anterior.

Debería tenerse en cuenta otra cuestión: a diferencia de la mayoría de las epidemias de enfermedades infecciosas o problemas de salud pública causados por guerras o desastres naturales, las enfermedades provocadas por el tabaco tienen una faceta adicional decisiva: una de las industrias mayores y más poderosas del mundo se opone directamente a casi todas las medidas que aparecen en la lista de arriba.

### Una política eficaz significa menos ventas

Una vez se comprende que un cigarrillo seguro es algo que no existe, se revela un simple hecho:

El éxito de la política de control del tabaco significa el fracaso de las ventas de las compañías de tabaco.

Debe reconocerse esta verdad esencial al principio de todo programa de control del tabaco. Ello significa que la aplicación de una política efectiva afrontará una tenaz resistencia por parte de compañías cuyos documentos internos – revelados en procesos judiciales de los Estados

Unidos – demuestran que no se detienen casi ante nada para conseguir sus objetivos. A la inversa, una falta de resistencia por parte de la industria tabacalera ante nuevas medidas antitabaco sugiere que estas no van a surtir efecto.

### “Mesa de gabinete, no mesa de operaciones”

*“La solución a muchos de los problemas médicos actuales no se encontrará en los departamentos de investigación de nuestros hospitales, sino en el Parlamento. Para el posible paciente, puede que la respuesta no se encuentre en la incisión de la mesa de operaciones, sino en la prevención por decisión en la mesa del gabinete.”*—Sir George Young, Ministro de Sanidad británico que entendía la política del tabaco.

Decidir abordar la enfermedad que causa el tabaco significa enfrentarse directamente a los intereses de la industria tabacalera. Algunos miembros de las AMN pueden sentirse en un principio incómodos con ello; y es posible que digan que su trabajo es demasiado “político”.

Aunque no esté necesariamente relacionado con ningún partido político, el control del tabaco es claramente muy político. Si usted se encuentra en la prevención de la enfermedad provocada por el tabaco, usted está en política. Pero no puede haber muchas más vocaciones en sanidad pública que sean tan gratificantes como es tratar la mayor causa de enfermedad evitable. No es sólo muchos de los miembros de las AMN que una vez expuestos a los detalles del problema desearán unirse a la lucha, sino también numerosos individuos y organizaciones. Esta es una lucha contra la injusticia, y como en todos los conflictos puede poner de manifiesto las mejores cualidades de aquellos que sienten la inclinación de unirse a ella.

Las AMN tienen un papel de gran importancia en garantizar que los políticos tomen medidas efectivas.

## Legislación, no autorregulación

Antes de considerar en detalle cada punto de una política modela de control del tabaco, es importante examinar por qué es tan importante para implementar la política una legislación exhaustiva en vez de autorregulación y otras medidas débiles o parciales.

La legislación será eficaz sólo si es:

- Exhaustiva
- Atentamente controlada
- Estrictamente aplicada.

Cada año hay más pruebas de que la política de control del tabaco no puede alcanzar máxima eficacia sin legislación. Ante la creciente oposición de las campañas de salud, las compañías de tabaco transnacionales se están volviendo más agresivas y están adquiriendo experiencia para evitar reglamentaciones débiles. Ello es especialmente verdad en los países de Europa que carecen de legislación exhaustiva.

### ¿Qué es la autorregulación?

La autorregulación de la política de control del tabaco trata de lo siguiente:

- El gobierno y las compañías de tabaco acuerdan una serie de normas que normalmente cubren la forma en que se

### “Aconsejamos la autorregulación”— La industria tabacalera

Las compañías de tabaco siempre tratan de persuadir a los gobiernos de que hacer cumplir la política del tabaco mediante la autorregulación, o “acuerdo voluntario”, es mejor que la legislación. Ello se debe a que saben que este sistema surte mucho menos efecto en sus ventas. Alegan que la experiencia en innumerables países que implementan la política del tabaco por medio de la autorregulación demuestra que el sistema “tiene mucho éxito” y que “funciona bien”. Incluso pueden citar declaraciones para manifestarlo hechas por ministros de sanidad débiles e ineficaces de estos países que, desgraciadamente, pueden sonar convincentes a otros gobiernos. La autorregulación funciona bien para las ventas de tabaco, pero no para la salud.

anuncian los cigarrillos y qué advertencias de salud deben llevar

- Luego las compañías aceptan operar dentro de estas normas
- El gobierno promete no introducir controles o legislación más estrictos y promete garantizar que cualquier medida de este tipo presentada (por ejemplo, por políticos individuales) sea rechazada.

La verdad es que la autorregulación es realmente “muy efectiva” y “funciona bien” para las compañías de tabaco. Sin embargo, deja mucho que desear en cuanto a mejorar la salud. Un sistema de autorregulación o de “acuerdos voluntarios” sobre la publicidad del tabaco no hace más que conducir a evitar la normativa y rechazar las intenciones del gobierno con métodos cada vez más frecuentes y sofisticados.

### Los defectos de la autorregulación

Los principales puntos flacos de la autorregulación de la política del tabaco:

- No es exhaustiva, sino selectiva por naturaleza: muchos tipos de promoción de tabaco importantes tienden a quedar excluidos de las regulaciones
- Tienden a participar varios ministerios del gobierno diferentes que a menudo tiran en direcciones opuestas
- La naturaleza voluntaria del sistema significa que siempre y cuando no exista una amenaza real de la legislación, las compañías de tabaco tienen poco que perder al incumplir el acuerdo y nada que perder si se niegan a aceptar medidas más estrictas
- Las numerosas reuniones que tienen que celebrar los ministros y representantes oficiales con los representantes del tabaco, publicidad, editoriales e industrias minoristas, significa que las negociaciones para nuevas regulaciones pueden tardar años; ello ofrece tiempo de sobras a las compañías de tabaco para planear cómo van a burlar las restricciones que se están negociando
- Al formar parte del acuerdo de autorregulación, el Ministerio de Sanidad queda, de hecho, neutralizado
- Un gobierno que intenta controlar el tabaco mediante un sistema de autorregulación se ve obligado a defender este método, o de lo contrario sería admitir que se ha cometido un error o que es débil. Ello retrasa la reforma y es un mal ejemplo para otros países.

### El delantero se convierte en árbitro

Aunque el ministerio de sanidad es la fuente obvia de inicio y ejecución de las mejoras en el control del tabaco, un sistema de autorregulación que implica al gobierno fuerza al ministerio a una posición de observador o como mucho de mediador en la contienda entre la salud a un lado y la industria tabacalera en el otro. Es como forzar al mejor jugador de un equipo de fútbol a que abandone el equipo y haga de árbitro.

### Divide y vencerás (los ministerios)

En un clásico programa de autorregulación, los ministerios del gobierno están de hecho en contra el uno del otro. Por ejemplo, el ministerio responsable del deporte quisiera que la industria privada ofreciera el máximo de patrocinio posible para el deporte; pero el patrocinio de los deportes por parte de las tabacaleras tiene exactamente el efecto contrario a lo que está intentando conseguir el ministerio de sanidad que; entre otras cosas, estará intentando que no se vincule el tabaco con las calidades de salud y emoción asociadas con el deporte. Este vínculo explica precisamente por qué las compañías de tabaco patrocinan el deporte.

## Política de control del tabaco

Antes de examinar minuciosamente cada componente de una política modelo de control del tabaco (enumerados al principio de este capítulo), es pertinente hacer varias observaciones generales:

- Está aumentando la experiencia en Europa y más allá en legislación exhaustiva de control de tabaco
- La legislación en sí puede ser relativamente sencilla. De hecho, cuanto más complejos son los términos, más probable es que las compañías de tabaco y sus abogados encuentren una forma de burlarla
- Los expertos internacionales han redactado actas modelo de control del tabaco que pueden obtenerse de la OMS; es posible que necesiten modificaciones para ajustarse a los requisitos del sistema legal de cada país
- La comunidad para el control del tabaco ayudará a las AMN y a los gobiernos a nivel nacional e internacional con sus campañas para establecer una legislación, o asistirá para redactarla o implementarla
- Es casi seguro que la industria tabacalera pondrá la legislación en manos de sus abogados para oponerse a ella. Dispone de recursos prácticamente ilimitados para hacerlo y nada que perder. Es mejor que toda la legislación de apoyo lo tenga en cuenta desde el principio. No hay mejor indicación de que su ley será eficaz.

## Prohibir la promoción del tabaco

De todos los elementos de una exhaustiva política de control del tabaco, la que impugna con más ahínco la industria tabacalera es la prohibición de la promoción de tabaco en todas sus formas.

Ello destruye el mito que intenta crear la industria: que la promoción del tabaco no surte efecto alguno a la hora de atraer nuevos clientes o aumentar las ventas, y que se limita a

hacer cambiar de marca al consumidor. Si ello fuera cierto (y los documentos internos de la industria dejan bien claro que no lo es) las compañías no invertirían tantos fondos en promoción, sino que reducirían el precio para obtener ventaja con respecto a su competencia.

### Tipos de publicidad del tabaco

El tabaco se promociona seguramente de más maneras distintas que cualquier otro producto, entre ellas:

- Prensa directa y publicidad mediante carteles
- Anuncios en radio y televisión
- Patrocinio de los deportes y las artes
- Anuncios de “ampliación de marca” para otros productos (ver a continuación)
- Espacios publicitarios en cines
- Distribución de muestras gratuitas
- Programas de cupones de regalo
- Anuncios en los puntos de venta
- Actividades de relaciones públicas
- Una gran cantidad de otros programas publicitarios directos e indirectos

### Publicidad directa e indirecta

- Publicidad directa significa toda forma de promocionar directamente una marca de cigarrillos u otros artículos de tabaco
- Publicidad indirecta cubre todas las otras formas de promoción con el fin de anunciar una marca de tabaco, pero que pretende ser algo distinto; patrocinio y ampliación de marca son las formas más comunes.

¡Todo es publicidad del tabaco! Para las compañías de tabaco, el patrocinio es simplemente una forma de publicidad, tal y como dejan claro miles de documentos internos de la industria tabacalera publicados mediante litigios en Norteamérica. En las propias palabras de un ejecutivo de la industria tabacalera: *“El patrocinio es una forma de publicidad que nos permite presentar encanto y entusiasmo.”*

El patrocinio es el método más usado para evitar las prohibiciones de publicidad. Además de las obvias ventajas que le confiere la publicidad, este compra:

- El silencio y apoyo de las personas y organizaciones que deberían ser los aliados naturales de la salud, como las estrellas del deporte y los organismos directivos de su deporte
- Apoyo del público general o, mejor dicho, la protesta del público si un deporte que depende del dinero del tabaco se ve amenazado en perderlo debido a la legislación del control del tabaco.

### La solución está en los fondos para la promoción de la salud

Australia ha sido el primer país que ha aplicado una solución al segundo problema: un impuesto adicional genera un gran fondo que no sólo paga por los gastos estatales en investigación médica y promoción de la salud, sino que además ofrece una alternativa al patrocinio de los organismos de deportes y artes que antes recibían patrocinio del tabaco.

### Ampliación de marca

Las compañías de tabaco intentan burlar las restricciones de publicidad, incluso las prohibiciones (cuando la legislación es débil o imprecisa), mediante la “ampliación de marca”: técnica que consiste en promocionar las marcas de cigarrillos

anunciando otros productos con colores, logos y caracteres idénticos a los usados en anuncios de cigarrillos. Las botas Camel y la ropa Marlboro son ejemplos comunes de este método.

Dicho truco destaca la necesidad de disponer de una legislación exhaustiva que no permita excepciones a la prohibición, y de la necesidad de controlar y hacer respetar la ley rigurosamente. La legislación dura funciona, tal y como lo demuestran numerosas condenas legales.

La ampliación de marca es probablemente la forma de publicidad indirecta de tabaco de más rápido crecimiento en Europa, especialmente en los países de la UE, sin duda por que las compañías de tabaco creen que los acuerdos de derecho mercantil y comercio internacional mantendrán abierta esta vía de publicidad incluso bajo una prohibición. En el momento de escribir estas líneas, este era uno de los principales motivos de preocupación de los ministerios de sanidad en países de la UE al redactar legislación nacional para implementar la directiva de publicidad de la UE.

Bajo ningún concepto debe permitirse que la publicidad indirecta del tabaco burle la prohibición de publicidad

### **Bélgica: el tribunal rechaza la súplica de la industria**

Se impusieron cuantiosas multas en contra de las compañías de tabaco por incumplir las regulaciones de publicidad de Bélgica al promocionar marcas de cigarrillos mediante otros productos indirectamente asociados con fumar. El tribunal se negó a aceptar la súplica de las compañías alegando que las regulaciones eran poco claras en cuanto a publicidad indirecta, o que las compañías no eran conscientes de las consecuencias de la publicidad indirecta. Las multas reflejaron el número y la duración de las violaciones y el hecho de que la mayoría de ellas estaban destinadas a los jóvenes. ¡La legislación funciona!

Las mismas compañías estaban practicando idénticas actividades promocionales en otros países vecinos en los que la regulación no consiguió detenerlas, a pesar de que a todas luces violaban las intenciones del gobierno.

### **Aspectos especiales de la publicidad del tabaco**

Al observar con más detalle este aspecto de la política de control del tabaco, vale la pena examinar ciertas características especiales de la promoción del tabaco:

- La imagen lo es todo: los anuncios de tabaco están casi exentos de información útil para el consumidor
- Se usa casi exclusivamente para relacionar los cigarrillos con imágenes y asociaciones positivas
- Las compañías de tabaco nunca mencionan voluntariamente los riesgos considerables y únicos que se corren al consumir sus productos
- La mayoría de las marcas y anuncios están destinados a un grupo específico: mujeres jóvenes, por ejemplo, o hombres jóvenes en grupos socioeconómicos inferiores.

### **Argumentos en contra de la publicidad del tabaco**

- La promoción del tabaco ayuda a reclutar a los jóvenes para que fumen
- Mantiene la aceptación social del consumo del tabaco
- La educación para la salud no puede hacer llegar su mensaje con efectividad – especialmente a los jóvenes –

### **¿Duro o femenino?**

Todos los cigarrillos son intrínsecamente lo mismo: canutillos de papel rellenos de tabaco picado y seco. El hecho de que se perciba que una marca de cigarrillos está asociada con características como masculinidad, dureza, deportividad y éxito, o feminidad, con clase, de moda, esbeltez y “guay”, se debe totalmente a la publicidad.

cuando se les bombardea con imágenes que asocian cigarrillos con el éxito, encanto, independencia, deportes y otras imágenes positivas deseables

- Razones éticas: ninguna sociedad decente debería tolerar la asociación deliberada de imágenes positivas con un producto que es adictivo y siempre peligroso, y que mata a la mitad de sus usuarios a largo plazo, especialmente cuando los niños son su objetivo
- Los ingresos de la publicidad del tabaco evitan que las publicaciones informen adecuadamente sobre los peligros del tabaco.

La protección de los niños es el argumento más convincente que puede presentarse a los gobiernos para que prohíban la promoción del tabaco:

*“Soy médico y creo en la ciencia y en las pruebas documentales. Permítanme que declare hoy y aquí que el tabaco mata. El tabaco no debería anunciarse, subvencionarse ni pintarse de color de rosa.”*—  
Dra Gro Harlem Brundtland, Director General, Organización Mundial de la Salud, Asamblea de la Salud Mundial, Ginebra, Suiza, 13 de mayo de 1998.

- Existen pruebas por todo el mundo que demuestran que los anuncios de tabaco influyen a los niños
- La mayoría de los fumadores empiezan su hábito en la infancia
- Los países que prohíben la publicidad del tabaco tienden a mostrar una importante caída en los índices de niños fumadores.

### **“Si es un producto legal ...”**

El argumento favorito de la industria tabacalera contra la prohibición es que si los productos se venden legalmente también debería ser legal anunciarlos.

Este argumento falla por varias razones:

- Es un accidente histórico que los cigarrillos – y sus anuncios – sean legales, puesto que llevaban muchos años vendiéndose cuando se descubrió su única acción dañina
- Existen excepciones comunes al argumento; en muchos países, por ejemplo, no pueden anunciarse al público general ciertos fármacos y otros productos químicos tóxicos.

### **¡Se dispone de apoyo!**

Afortunadamente, existe ahora en todas las áreas de la política de control del tabaco una abundancia de experiencia y apoyo para asistir a los países que emprendan una prohibición de publicidad. Hay disponible información sobre leyes modelo y sobre métodos frecuentemente utilizados para intentar burlar la legislación, incluyendo detalles de los típicos argumentos presentados por las compañías de tabaco e información sobre los “expertos” que envían para que luchen por su caso. Para el primer ejemplo, deberían dirigirse a las organizaciones que aparecen en el apéndice 3.

## Aumentar precios mediante impuestos

Uno de los elementos esenciales de una política modelo de control del tabaco es el aumento regular del precio de los productos de tabaco mediante un aumento tributario:

- El precio es probablemente el factor más importante a la hora de influenciar el consumo de tabaco a corto plazo
- Se ha demostrado que el precio juega un papel importante a la hora de determinar cuántos jóvenes empiezan a fumar.<sup>2</sup>

Por consiguiente, una política modelo de control del tabaco debería incluir un aumento regular (preferiblemente anual) de los impuestos del tabaco para garantizar que el precio real del tabaco (ajustado para la inflación) suba cada año.

### ¡Sorprenda al Ministro de Hacienda!

Los aumentos de impuestos en el tabaco se encuentran entre las ganancias políticas más fáciles de conseguir – es muy poco corriente que presionen al Ministro de Hacienda para que aumente los impuestos.

Existen numerosos ejemplos de Ministros de Hacienda que al anunciar una subida de los impuestos del tabaco explican que han actuado a solicitud de los expertos médicos (a propósito, esta es publicidad adicional sobre los peligros del tabaco). Puede ayudar al público aceptar su decisión.

### Argumentos a favor de un aumento de los impuestos

- Reduce el consumo de un producto únicamente peligroso
- Aumenta los ingresos del gobierno
- Es fácil de implementar: los gobiernos ya gravan con impuestos el tabaco, por lo que no hay necesidad de crear otro sistema nuevo u otro sistema más complejo.

La experiencia de muchos países demuestra que el aumento de precios es una herramienta extremadamente eficaz para reducir el consumo de tabaco. El efecto preciso varía, pero el promedio es una “elasticidad” de  $-0.5$  aproximadamente, es decir, que un aumento de precio del



“Impuestos.” Los aumentos de impuestos del tabaco deberían ser regulares. De Madhusudhana, con el gentil permiso del *Economic Times*, India.

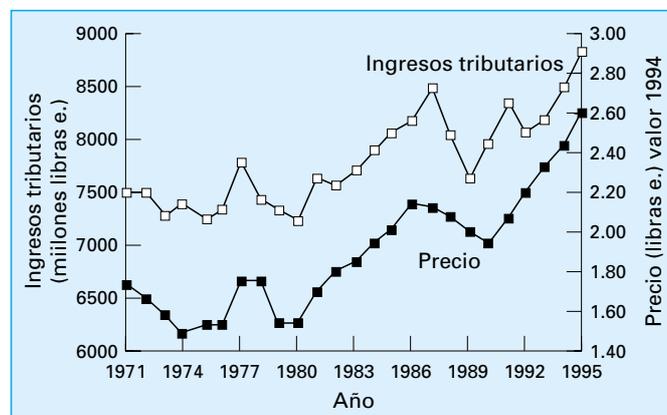
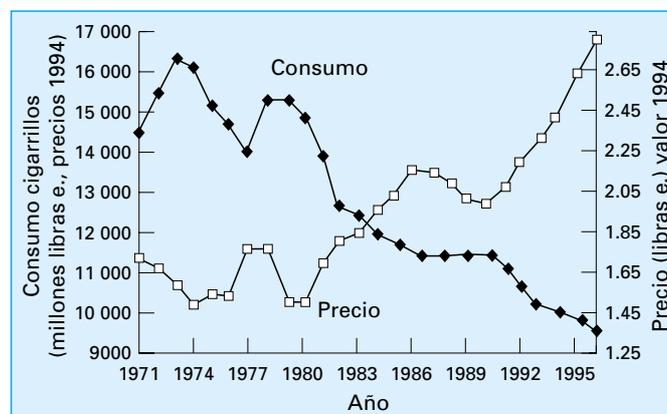
10% resulta en un descenso de las ventas del 5%.

Al mismo tiempo, aumentan los ingresos públicos. Un impuesto que reduce las ventas y al mismo tiempo aumenta los ingresos. De hecho, si el gobierno no aumenta con regularidad los impuestos del tabaco, la inflación reducirá el valor de sus ingresos públicos, es decir, ganará menos en valores reales.

Una política fiscal eficaz incluirá:

Debería tenerse en cuenta asimismo que algunos de los ingresos de una imposición del tabaco más elevada pueden utilizarse para financiar otras partes de la campaña gubernamental del control general del tabaco.

- Aumentos significativos de los impuestos del tabaco. El precio del tabaco debería aumentar constantemente en valores reales, teniendo en cuenta los efectos inflacionarios así como todo aumento del sueldo medio
- Los aumentos de impuestos deberían ser regulares. Una solución es realizar incrementos automáticos que se mantengan por lo menos al nivel de los aumentos del índice de precios al consumo.
- En algunos países se ha retirado el tabaco del índice de precios al consumo, para contrarrestar el temor de los políticos de que los aumentos de impuestos afecten la tasa de inflación a través del índice del coste de la vida
- La estructura de los impuestos del tabaco deberían reforzar los objetivos de la política de la salud. Ello significa tener un alto elemento “específico” (la suma fija por paquete)



La relación entre el precio de los cigarrillos y el consumo (parte superior) (1971–1996) e (inferior) ingresos tributarios (1971–1996) en el Reino Unido. Todas las variables han sido ajustadas para tener en cuenta la inflación. Inspirado en Townsend,<sup>3</sup> con el gentil permiso de los editores.

para evitar que la industria pueda comercializar cigarrillos muy baratos

- La estructura debería minimizar lagunas, por ejemplo, gravar con un impuesto el tabaco para liar igual que los cigarrillos fabricados, con el fin de evitar incentivos a cambiar en vez de reducir el consumo o dejar de fumar
- Controles anticontrabando efectivos.

### Argumentos utilizados en contra del aumento de impuestos

“El aumento de impuestos aumenta el contrabando.”—Grandes diferenciales de impuestos entre países cercanos tienden a aumentar el contrabando, pero no actuar por este motivo es como no comprar un ordenador mejor para un hospital por miedo de que lo roben. La respuesta está en hacer todo lo posible para reducir al mínimo el contrabando. La solución más eficaz es que todos los países de una región armonicen los niveles de impuestos de tabaco. Además, debería considerarse una necesidad aumentar los niveles de personal en los departamentos de aduanas, aunque ello costará una pequeña fracción de los ingresos adicionales obtenidos con el aumento de impuestos.

#### No tan inocente...

Cada vez hay más pruebas de que las compañías de tabaco son conscientes de que parte de su producción termina en el mercado negro, y que algunas coluden deliberadamente con la actividad criminal con el fin de aumentar las ventas totales de sus marcas. Los gobiernos de la Unión Europea están tan convencidos de ello que en mayo de 1998 la UE anunció que los estados miembros pedirían ayuda a Estados Unidos para intentar erradicar el contrabando de cigarrillos americanos a Europa. La UE citó alegaciones de que los fabricantes vendían como rutina cigarrillos americanos a los comerciantes y traficantes, quienes los revendían a través de ciertos canales para evitar impuestos.

“Hará que disminuyan las recaudaciones impositivas.”—De hecho, el impuesto del tabaco es muy “inelástico” en términos económicos, lo cual significa que aunque los aumentos de impuestos causen una reducción de consumo, ésta no es tan alta como para reducir los ingresos públicos generales.

La menor cantidad de tabaco vendida después del aumento, con una tasa impositiva más elevada, ganará más impuestos en total que la cantidad mayor que se vendía antes con la tasa impositiva inferior.

Incluso en países con altas tasas impositivas como el Reino Unido, los representantes oficiales confirman que el “punto de ingresos decrecientes”, es decir, cuando bajarían las recaudaciones impositivas después de un aumento de impuestos, aún queda lejos.

“El aumento de los impuestos es socialmente retrógrado,”—puesto que afectan más a los miembros más pobres de la sociedad. De hecho, la carga tributaria adicional después de un aumento recae especialmente en los fumadores con más recursos económicos, que pueden seguir fumando como antes, que en los fumadores más pobres, que tienden a reducir su consumo o dejan de fumar.<sup>2</sup>

La solución no es proporcionar tabaco barato para los pobres—que no es precisamente un subsidio—sino usar parte de los ingresos provenientes de impuestos más elevados para compensar a los pobres con apoyo para dejar de fumar. Todo lo que se consigue al no subir los impuestos del tabaco por miedo a afectar el bienestar de los pobres es facilitar la tarea de la industria a condenar otra generación a la adicción al tabaco.

“El aumento de los impuestos afectará el empleo en las fábricas tabacaleras o de los cultivadores.”—Los bajos impuestos del tabaco son una forma ineficaz de apoyo industrial: es mucho más rentable aumentar los impuestos del tabaco y ofrecer el apoyo necesario para los que se ganan la vida con el tabaco. A largo plazo, se crearán muchos más puestos de trabajo en otras áreas a medida que la gente gasta el dinero del tabaco en otros artículos y servicios: la tabacalera es la industria que genera menos mano de obra.

“Los impuestos hacen que los gobiernos dependan de las recaudaciones impositivas y por lo tanto son reacios a adoptar medidas sanitarias.”—Ni mucho menos. Los gobiernos con los impuestos del tabaco más elevados tienden a ser los que disponen de leyes antitabaco más severas. Además, la reducción en el consumo que puede ocasionar un aumento impositivo puede facilitar la introducción de otras políticas como, por ejemplo, fumar en el lugar de trabajo.

## Educación e información pública

### Definiciones

La *educación pública* indica programas de educación regidos por la investigación que ya han sido comprobados y que están dirigidos a grupos escogidos específicos, como niños en edad escolar de varias edades, jóvenes adultos o mujeres que fuman.

La *tarea de la información pública* consiste en crear y propagar una circulación continua de información precisa sobre el control del tabaco y responder rápidamente ante cualquier oportunidad para informar al público general o a grupos escogidos específicos (como políticos), mediante los medios de difusión.

Los programas de educación pública e información pública coinciden a menudo; y ambos son componentes esenciales de un exhaustivo programa de control del tabaco. No compiten entre ellos, sino que se complementan y se refuerzan mutuamente. A continuación examinaremos más minuciosamente cada uno de ellos.

### Educación pública

Esta es una área especialista, y en la mayoría de los países la llevarán a cabo directamente oficiales del Ministerio de Sanidad o estará a cargo de organizaciones gubernamentales de promoción de la salud. En algunos países existen organizaciones médicas de beneficencia de sólida reputación que también realizan sus propios programas de educación pública.

Entre los principales objetivos de los programas de educación pública sobre el tabaco se encuentran:

- Cambiar el comportamiento de los consumidores tabaco
- Mantener el comportamiento de los no consumidores
- Establecer el punto de vista realista de que el tabaco es muy peligroso para la salud

- Garantizar que se proteja el derecho de los que no fuman a respirar sin humo
- Cambiar el medio cultural de la sociedad en el que el consumo del tabaco pueda considerarse una actividad normal.

Pasos en un programa de educación pública:

- Reunir datos de línea de base de las prácticas y actitudes actuales ante el tabaco
- Definir el grupo escogido
- Analizar los problemas que se tienen que tratar
- Diseñar materiales y estrategias para cada grupo escogido
- Capacitar a los que ejecuten el programa
- Realizar pruebas previas en grupos reducidos y efectuar los ajustes necesarios para corregir cualquier error
- Poner en marcha el programa principal con el grupo escogido, por ejemplo, médicos que distribuyan un folleto especial a las pacientes embarazadas que fumen
- Realizar una evaluación metódica.

Se obtendrá máxima eficacia con cualquier programa de educación sobre el tabaco si se aplica un plan de refuerzo una vez se haya completado el programa.

### Desperdiciar recursos preciosos

Todos los educadores especializados en salud saben de malas experiencias de programas de educación en salud sobre el tabaco bien intencionados (y sobre otros temas), que se han continuado incluso cuando se había demostrado que servían de poco o que eran inútiles; de forma parecida conocen casos en los que se ha gastado sumas enormes en proyectos, como folletos, que no se han probado de antemano.

La razón de esta locura puede ser política: los políticos sufren a menudo de planear a corto plazo, deseosos de demostrarles a los votantes que han tomado medidas, asignado recursos para solucionar un problema, etc. y pueden interferir el orgullo y los prejuicios entre quienes idearon el programa, que lo sienten como algo tan personal que son incapaces de admitir que es ineficaz.

Las participaciones directas de personal adecuado de las AMN, como científicos de investigación con experiencia, podría ayudar a evitar dichos errores.

¡Sea realista! es importante aceptar de un principio que no se puede esperar que los programas de educación pública alcancen objetivos poco realistas. En el mundo comercial (y los ejecutivos de publicidad con experiencia son una gran ventaja para cualquier grupo que ejerza educación pública en los medios de divulgación), las compañías lanzan campañas que resultan en oscilaciones de mercado de sólo unos puntos de porcentaje, a menudo con gastos mucho mayores y más persistentes de los que normalmente disponen las campañas sanitarias.

¿Como puede competir Sanidad cuando las tabacaleras invierten tanto? Una respuesta a esta pregunta es la asignación de oportunidades publicitarias regulares en los medios públicos como la radio y los canales de televisión estatales. De modo parecido, el gobierno puede elaborar contratos de licencia para medios de difusión privados, un mínimo de espacios para el servicio público, y que algunos de estos se usen para llevar anuncios antitabaco.

## Información pública

Entre los principales objetivos de los programas de información pública sobre el tabaco se encuentran:

- Aumentar la conciencia pública acerca de las consecuencias del tabaco en la salud
- Fomentar que los adultos dejen de fumar o consumir tabaco
- Influnciar e informar a los jóvenes
- Crear un ambiente en el que el consumo del tabaco se considere como un comportamiento poco saludable
- Establecer los derechos de los que no fuman a respirar aire sin humo.

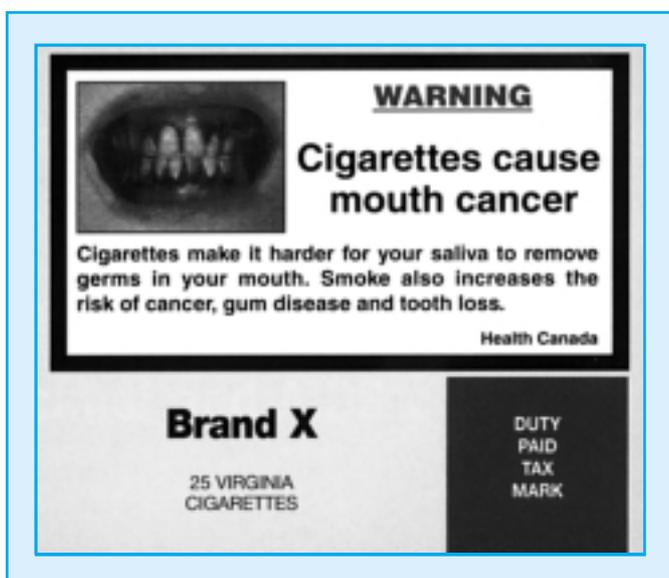
Las características de un programa de información pública:

- Es oportunista, en el mejor sentido de la palabra —explota cualquier oportunidad para usar los medios de difusión para transmitir información a un gran número de personas, incluyendo los grupos escogidos específicos
- Quienes lo realizan entienden bien como operan la prensa y las organizaciones de difusión
- Mantienen una buena relación con los periodistas para que sean fácilmente accesibles y para que ofrezcan información y comentarios
- Existen expertos adecuados para ofrecer entrevistas y asistir a los periodistas cuando sea necesario.

Las AMN pueden realizar dicha tarea rutinariamente y esta puede formar parte del trabajo del personal de prensa y asuntos públicos, con el apoyo de colegas médicos. No obstante, en otras situaciones quizá sea mejor que se encargue de la información pública sobre el tabaco un tipo de organismo especialista de control del tabaco descrito en el capítulo anterior.

Entre las actividades típicas de información pública figuran:

- Publicar objetivos de política específicos y movilizar a público receptivo que los apoyen, por ejemplo, en un aumento de impuestos del tabaco
- Analizar y responder ante la propaganda y las actividades de la industria tabacalera
- Discutir, recalcar y reforzar la importancia de las actividades antitabaco.



Una de las asombrosas nuevas advertencias de salud propugnada por grupos de la salud de Canadá, circulada para debatirse en 1999. Se están considerando los mismos diseños en Noruega.

- Los periodistas pueden tener un interés especial en:
- Los argumentos médicos y científicos contra el tabaco
  - Cambios en tendencias de consumo de tabaco
  - Consumo de tabaco entre grupos ejemplares como médicos, maestros o atletas
  - Formas de dejar de consumir tabaco
  - Acción (o inacción) del gobierno contra el tabaco
  - Qué hacen las escuelas con relación al tabaco
  - Los derechos de quienes no fuman
  - Los problemas especiales de la mujer y el tabaco
  - Días o semanas especiales en los que no se fuma, como el Día Mundial Sin Tabaco de la OMS.

Buenos ejemplos que cubren varias de las áreas de arriba son el lanzamiento de la campaña de las AMN contra el tabaco, y puntos clave durante la campaña, como cuando se publica un informe especial.

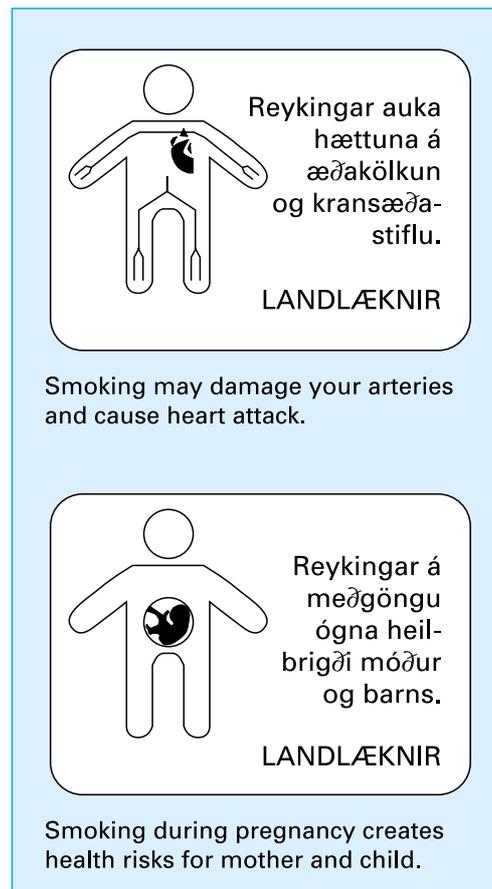
## Advertencias de salud

Un elemento esencial en una política modelo de control del tabaco es la exposición obligatoria de advertencias de salud en los paquetes de cigarrillos y otros artículos de tabaco de venta al público, así como en toda la publicidad mientras esta sea permitida.

Un sistema eficaz de advertencias sobre la salud reconoce la amenaza única que el tabaco presenta a sus consumidores. Esta es una parte decisiva en el concepto del consentimiento informado, que puede encontrarse en casi todos los países; vale la pena recordar que normalmente será un punto a favor para toda campaña de control del tabaco el mantener una estrecha colaboración con una organización de consumidores, especialmente con expertos en derecho de consumo.

Las advertencias de salud ofrecen además un rentable programa de educación en salud. No es suficiente disponer de un sistema de advertencias: la palabra clave es *eficaz*.

- Para que sean eficaces, las advertencias deberían:
- Contener mensajes claros y sin ambigüedad que indiquen los peligros del consumo de tabaco en términos simples y crudos
  - Advertir no sólo sobre el riesgo, sino también sobre *la magnitud relativa* del riesgo; hay indicios de que los fumadores son generalmente conscientes de los riesgos, pero que a menudo entienden poco de enfermedades individuales, y muchos de ellos subestiman la escala de los riesgos implicados, especialmente en relación con la percepción de otros riesgos
  - Ilustrar con gráficos o símbolos cuando una proporción significativa de la población sea analfabeta o no entienda el idioma utilizado en las advertencias de salud
  - Excluir atribuciones como “El Ministerio de Sanidad advierte”, puesto que la investigación demuestra que le quitan eficacia al mensaje
  - Aplicar a todos los productos de tabaco y a todas las formas de embalaje, incluidas las exhibidas en el punto de venta
  - Destacarse exhibiéndolas en la parte superior frontal y dorso del paquete y cubrir un mínimo del 25% de cada área



Ejemplos de etiquetas de advertencia en paquetes de cigarrillos de Islandia. El texto reza: “Fumar puede dañar las arterias y causar un ataque al corazón. Fumar durante el embarazo crea riesgos para la madre y el hijo.” De *Physicians on tobacco*, publicado por la Asociación Médica Sueca.

- Revelar todos los componentes y aditivos dañinos, y exponer sus efectos conocidos en la salud
- Contener una exposición clara de los índices de nicotina y alquitrán, con notas que indiquen sus graves limitaciones (siempre que sea posible, las mediciones deberían ser verificadas por un laboratorio independiente)
- Excluir nombres y marcas engañosos: las regulaciones deberían prohibir términos como “light” o “ultra light”
- Exigir que los fabricantes hagan rotar una serie de advertencias, digamos 10, en cualquier período, con el fin de que en un plazo de varias semanas el fumador las vea todas.

### El paquete como anuncio de salud

Un sistema de advertencia eficaz garantizará que el paquete de tabaco sea más efectivo en su promoción de mensajes de salud que en promover una deseable imagen del consumo de tabaco. Debe exhibir el mensaje de salud con tanta prominencia como el fabricante quisiera que su diseño promoviera el producto.

La legislación para el control del tabaco debe especificar el efecto preciso deseado, puesto que la industria tabacalera utiliza siempre cualquier laguna que pueda encontrar para reducir el impacto de las advertencias.

### Promoción de salud gratis en el paquete

Forzar a los fabricantes que coloquen mensajes de salud más largos dentro del paquete es una oportunidad de promoción de salud innovadora destinada directamente al consumidor de tabaco. Dichos encartes no sólo permiten advertencias más extensas, sino que además permiten usar gráficos para hacer entender los peligros del consumo del tabaco con más claridad. Este enfoque es muy recomendable.

## Fumar en lugares públicos

El objetivo básico de una política de control del tabaco en esta área es proteger a los que no fuman del humo del tabaco de otras personas cuando se encuentran en lugares públicos o en el transporte público.

Ello significa hacer que la norma sea el no fumar, con zonas de fumadores proporcionadas especialmente cuando sea apropiado: lo contrario a la situación en la que se encuentran la mayoría de los países europeos actualmente.

Asimismo, las políticas para no fumadores tienen la ventaja de reducir el consumo total, al demostrarse que los fumadores no compensan totalmente los cigarrillos que no han fumado mientras se encontraban en una zona de no fumadores.<sup>4</sup> Además, este aspecto de la política ayuda a reducir el nivel de aceptación social que tiene fumar, lo cual explica que las compañías de tabaco se opongan a ello tan activamente.

### Argumentos a favor de las restricciones

- Proteger a los que no fuman del riesgo de graves enfermedades
- Establecer el no fumar como la norma, con especial relevancia para los niños.

### Un punto de vista de un ejecutivo del tabaco

Después de la conferencia mundial sobre el tabaco y la salud de Estocolmo en 1979, un observador de la industria tabacalera hizo este comentario sobre un discurso de quien en aquel entonces era director general de la OMS: “Una confirmación de nuestro propio análisis es que la cuestión de la aceptación social será el campo de batalla principal en el que a largo plazo ganaremos o perderemos nuestro caso”.

### Argumentos en contra de las restricciones

“Es una discriminación contra las personas que eligen practicar un hábito inocente.”—Existen varias falsedades en este argumento favorito de la industria tabacalera, pero aquí el hecho más relevante es lo bien establecidas que están actualmente las pruebas que demuestran los peligros que comporta fumar pasivamente a largo plazo.

“Se le prohibirá a la gente asistir a los lugares públicos.”—Esto es obviamente ridículo, puesto que los fumadores podrán seguir utilizando todos los servicios: el único cambio es que no podrán fumar mientras los utilicen, de la misma forma que las personas que tienen otros hábitos no reclaman la libertad para poner en peligro a los otros.

“Los científicos están divididos ante la investigación que demuestra que fumar pasivamente es dañino.”—La industria tabacalera ha creado material de investigación deliberadamente

### El caso de la escupidera que desaparece

La analogía de escupir es útil cuando se considera el proceso de cambio que debe tener lugar con el acto de fumar. En el siglo XIX, escupir era bastante común en muchos países (sin duda debido en parte a la contaminación ambiental de muchas ciudades). Dicho hábito estaba adecuadamente suministrado con escupideras (el equivalente a ceniceros en esta analogía). A medida que la opinión médica evolucionó sobre la transmisibilidad de enfermedades mediante escupir, y a medida que cambiaron el nivel de vida y las costumbres sociales, se convirtió en algo socialmente inaceptable, y es más, se prohibió su práctica en los lugares públicos. Se colocaron letreros de “Prohibido escupir”, y con el tiempo este hábito decreció tanto que ya no se necesitaron más los letreros ni las escupideras. No escupir había quedado establecido como la norma. La gente que quiere escupir todavía es libre de hacerlo, pero no en la mayoría de los lugares públicos o en el transporte público

fraudulento sobre esta cuestión. No existe dicha división entre las autoridades científicas genuinamente independientes.

“Ventilación es la solución.”—Incluso el mejor material de ventilación no llega a eliminar todas las toxinas que están en el humo. Además dicho material cuesta mucho dinero y está muy a menudo inadecuado, a causa de la estructura de la mayoría de las salas.

### Porqué el lugar de trabajo es un caso especial

El lugar de trabajo plantea responsabilidades y consideraciones especiales a la hora de formular una prohibición o restricciones de fumar. Las responsabilidades derivan del hecho de que, a diferencia de la mayoría de los lugares públicos, la gente tiende a pasar allí no la esporádica media hora, sino hasta ocho horas o más cada día y, a diferencia de, por ejemplo, un bar o restaurante, en que la gente es libre de irse o no entrar si hay humo, normalmente los empleados no pueden elegir en el trabajo. Se cubren las cuestiones principales sobre fumar en el lugar de trabajo y cómo implementar una buena política de fumar en el trabajo en el capítulo 9 y el apéndice 1.

### Las AMN en vanguardia

Las asociaciones médicas pueden jugar un papel destacado en las campañas para restricciones de fumar en lugares públicos, y existen múltiples historias de un éxito. El esfuerzo coordinado de muchas AMN del Foro Europeo de Asociaciones Médicas fue especialmente efectivo en conseguir que unas líneas aéreas prohibiesen fumar en sus vuelos, entre ellas, en Europa, se encuentran las AMN de Dinamarca, Malta, Países Bajos, Noruega y Eslovenia.

## Prohibir la venta a los niños

En muchos países, esta es una de las áreas más antiguas de política pública del tabaco. El objetivo es intentar evitar el acceso de los niños al tabaco:

- Porque son especialmente propensos a sufrir sus efectos dañinos
- Para intentar evitar que se conviertan en consumidores regulares de tabaco.

Con frecuencia existen defectos en la teoría y la práctica de las prohibiciones de la venta de tabaco a los niños:

- A menudo la imposición de su cumplimiento es deficiente, puesto que la policía y otras autoridades no lo consideran una prioridad
- Los niños mismos, especialmente los más rebeldes, pueden considerar la prohibición como un emocionante desafío (una imagen de “fruto prohibido”), y pueden equiparar fumar con un símbolo de su calidad de adulto.

Una prohibición debería:

- Hacer que el delito de vender los artículos sea responsabilidad exclusiva de quien los vende, no del niño
- Que se vea apoyada por elevadas multas y posiblemente un sistema de permisos
- Que incluya el control y el apoyo de la comunidad y los cuerpos docentes.

Puede encontrarse más información en varias fuentes, incluidos los varios proyectos europeos existentes sobre niños y tabaco.

## Reducir la toxicidad del humo del tabaco

Una política modela de control del tabaco debería incluir el poder de regular los niveles de componentes dañinos del humo del tabaco, como son el alquitrán, el monóxido de carbono y la nicotina. El objetivo general es convertir el acto de fumar en algo menos peligroso para quienes no pueden o no quieren dejarlo.

### Aspectos importantes de la toxicidad del tabaco

- Lo nocivo de fumar está relacionado con la concentración de los productos químicos presentes en el humo. Reducir la exposición a las toxinas puede disminuir el riesgo de varias enfermedades causadas por fumar
- Las mediciones que tienden a realizar los gobiernos y las compañías de tabaco son engañosas, puesto que están basadas en métodos de laboratorio que no reflejan necesariamente hasta qué punto los fumadores están expuestos a las toxinas
- Los fumadores tienden a fumar cigarrillos bajos en alquitrán más a menudo y con más intensidad y obstruyen los orificios ventiladores, a menudo involuntariamente. Estudios han demostrado que, cuando se fuman en estas condiciones, la producción de alquitrán puede ser 10 veces más elevada que los niveles oficiales.<sup>5</sup>

La política debería:

- Ser administrada y observada bajo estricto control gubernamental: no debe permitirse nunca que la industria tabacalera determine la forma en que se implementa la política de emisión ni que participe activamente en su ejecución excepto para cumplir con los criterios de imposición legal fijados por el gobierno.

Aunque continúe el debate sobre los beneficios para la salud de esta área de política de control del tabaco, se recomienda que si los niveles de emisión exceden las recomendaciones de la UE, el gobierno debería:

- Ordenar la progresiva reducción de los niveles de emisión de todas las marcas
- Fijar límites máximos, excluyendo de la venta los productos con emisiones superiores.

La política de reducción de toxinas debería ponerse en práctica con firmeza y debería controlarse mediante legislación como parte de una estrategia más exhaustiva para reducir las enfermedades causadas por fumar.

La OMS y la UICC han sugerido el objetivo de una gama de cigarrillos en el mercado que oscile entre 5 y 15 mg de alquitrán. La UICC recomienda erradicar progresivamente del mercado las marcas con elevados niveles de alquitrán, empezando con todas las marcas que superen los 25 mg; luego 20 mg; luego 15 mg. La Comisión Europea pidió a los 12 estados miembros que fijasen un límite superior de 15 mg de alquitrán por cigarrillo, que se redujo a 12 mg en 1995.

A la luz de las pruebas documentales sobre los peligros relativos de las toxinas individuales, algunos expertos abogan por un cigarrillo bajo en alquitrán y monóxido de carbono pero medio en nicotina como el producto menos peligroso para quienes siguen fumando. Sin embargo, en octubre de 1998, las Asociaciones Médicas norteamericana, australiana y británica hicieron un llamamiento conjunto para que el gobierno de su país hiciera los cigarrillos menos adictivos forzando a los fabricantes a reducir los niveles de nicotina a cero o a niveles insignificantes en los próximos 10 años.

### Advertencia: el fraude de la investigación

La industria tabacalera ha abusado de este aspecto de la política de control del tabaco para intentar justificar la continuación de la publicidad del tabaco, sosteniendo que al reducir el promedio de la producción de alquitrán, tendrán que introducirse nuevas marcas y que deberán anunciarlas para que el público sea consciente de ello. Esto es falso: pueden efectuarse modificaciones considerables en las marcas existentes simplemente alterando sus cosechas.

## Apoyo para dejar de fumar

Como todos los otros puntos de una exhaustiva política de control del tabaco, el apoyo para dejar de fumar es una parte importante de todo el paquete, y es interdependiente con las otras medidas.

Algunos gobiernos no muestran al principio mucho interés en ofrecer apoyo para que se deje de fumar en el marco de una política de control del tabaco, puesto que pueden creer (equivocadamente) que ello implica un coste neto, mientras que la mayoría de los otros elementos de la política no implican ningún coste significativo. De hecho, si el gobierno sigue la política tributaria adecuada (ver arriba), es fácil asignar parte de los ingresos adicionales obtenidos para ofrecer los recursos necesarios. En resumen, no hay ninguna razón por la que ofrecer apoyo para que se deje de fumar tenga que resultar en un coste neto.

De igual importancia es que se vea que el gobierno apoya el concepto de dejar de fumar. Si las condiciones que favorecen el cese de este hábito incluyen la caída en la aceptación social del acto de fumar, y que el fumador se

sienta apoyado en sus esfuerzos para dejarlo, se deduce que hacer de ello una parte destacada de la política nacional sobre el control del tabaco es un importante punto de partida.

Por consiguiente, la política nacional de control del tabaco debería incluir apoyo para dejar de fumar, y podría otorgar poderes y asignar deberes al Ministerio de Sanidad: entre ellos pueden incluirse la determinación de objetivos y niveles para las autoridades de cuidado sanitario con relación al cese de fumar, así como exponer la política general para fomentar el cese y ofrecer asistencia adecuada para los fumadores que quieren dejar de fumar.

Se hace alusión a las directrices del British Smoking Cessation para profesionales de la salud.<sup>6</sup> Se trata minuciosamente el cese de fumar en el capítulo 6.

## Agricultura

Esta es una área especialista para la que debería obtenerse más información de agencias de desarrollo nacionales e internacionales y de personal de los servicios de salud de países en los que ya se han tratado problemas parecidos.

En resumen, vale la pena tener en cuenta que la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas ha tratado esta cuestión, y que es bien receptivo ante la necesidad de fomentar un cambio del cultivo del tabaco a otras cosechas inofensivas. Asimismo, el Banco Mundial ha reconocido esta necesidad, y las políticas de ayuda individuales de muchos países reflejan también una tendencia a no promocionar ningún aspecto de la producción

o elaboración de tabaco y a fomentar y asistir a los países a facilitar el abandono de cualquier aspecto relacionado con él.

## Litigio

Este tema, que cada vez cobra más importancia, se trata en el próximo capítulo. Se incluye aquí, como debería hacerse en toda política de control del tabaco general, en reconocimiento del hecho de que lo que en cierto momento se consideró como un área que podría aportar beneficios para la salud pública de varios países, se ha constatado ahora que es una vía de vital importancia y que todo país debe examinar.

En el siguiente capítulo se trata más detalladamente desde la perspectiva del papel del médico en un litigio.

## Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. *Third action plan for a tobacco-free Europe 1997-2001*. Copenhague, Dinamarca: Oficina Regional para Europa de la OMS, 1997.
- 2 Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ* 1997;**16**:359-73.
- 3 Townsend J. The role of tobacco taxation in control del tabaco. In Abedian I *et al*, eds. *The economics of control del tabaco*. Cape Town, South Africa: University of Cape Town, 1998:89.
- 4 Borland R, *et al*. Effects of a workplace smoking ban on the consumption of cigarrillos. *Am J Public Health* 1990;**80**:178-80.
- 5 National Cancer Institute. *The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of US cigarrillos: report of the NCI Expert Committee*. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health, 1996. (NIH Publication No 96-4028.)
- 6 Raw M, *et al*. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;**53**:suppl 5.

# 12 Los médicos y el litigio del tabaco

## En este capítulo

- Una estrategia relativamente nueva del control del tabaco es el uso de litigios contra la industria tabacalera
- En muchos países, el tabaco es el único producto que elude las leyes de protección al consumo
- El litigio se ha desarrollado principalmente en los Estados Unidos, pero lo siguen casos en Europa y otros lugares
- Los médicos tienen el papel de testigos, y las AMN están fomentando el litigio
- Se han hecho públicas cantidades importantes de documentos internos de la industria
- Se han probado otras formas de litigio y pueden surgir aún más en el futuro
- Existen grupos legales dedicados al control del tabaco cuyos experiencia y asesoramiento están disponibles para quienes estén considerando actuar.

## Litigio: una nueva estrategia

Aunque ya llevan décadas recomendándose y practicándose la mayoría de los aspectos del control del tabaco, hay un aspecto relativamente nuevo que está cobrando importancia: el uso del litigio.

Hasta hace comparativamente poco, el único uso importante de pleitos con relación al control del tabaco era el de las compañías de tabaco, en su mayor parte para desafiar los intentos de los gobiernos para controlar sus actividades propagandísticas e implementar otros aspectos de la política de control del tabaco. Pero a finales de 1990, se han registrado impresionantes resultados después de años de labor por parte de abogados y grupos de salud ante todo en los Estados Unidos, pero últimamente también en otras naciones, en su intento de utilizar el derecho civil en contra de las compañías de tabaco.

Sin lugar a dudas este aspecto del control del tabaco su ámbito y su importancia, y a las AMN se les pedirá cada vez más que lo apoyen de varias maneras.

## El tabaco es único en la ley

Uno de los más impresionantes éxitos de la industria tabacalera durante el transcurso de muchas décadas ha sido el de conseguir evadir los controles legales que se aplican rutinariamente en la mayoría de los países en una amplia gama de otros productos al consumo potencialmente peligrosos, a pesar de que el tabaco los supera en gran manera como causa de mala salud y muerte prematura.

Alimentos, alcohol, venenos, productos químicos peligrosos y fármacos son los productos que se ven más

comúnmente regulados por la ley. Típicamente, su fabricación, embalaje, publicidad y promoción, y distribución pueden estar bajo el control de leyes específicas o por regulaciones autorizadas por leyes generales. En estos casos, el gobierno o parlamento puede cambiar de cuando en cuando las regulaciones sin tener que aprobar nueva legislación. Dichos procedimientos son parte de las responsabilidades normales de un gobierno que protege el bienestar de sus ciudadanos. Las leyes que les atribuyen estos poderes a los ministerios del gobierno se llaman *leyes habilitantes*.

Sin embargo, en la mayoría de los países el tabaco evita la regulación a pesar de los múltiples peligros que conlleva por que en los ojos de la ley no reúne las condiciones de los otros productos arriba nombrados. De hecho, la industria tabacalera ha tenido ventajas por ambas partes: ninguna responsabilidad ni regulaciones de verdad.

Existen indicios que apuntan a que en algunos países se han tomado pasos para clasificar el tabaco como, por ejemplo, un fármaco, de tal manera que caería automáticamente en la disposición legislativa que le confiere al gobierno el poder de regularlo. No obstante la industria tabacalera casi siempre ha conseguido rechazar tales medidas.

Una excepción notable, que aún debe pasar la última prueba de litigio, es la reciente decisión de la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos de regular la nicotina como un fármaco y los productos de tabaco como dispositivos para entregar un fármaco. Ello podría a su debido tiempo tener implicaciones importantes para otros países.

## El desarrollo de los litigios

Han habido dos tipos de acción principales:

- La acción tomada por personal de atención de salud con el fin de recuperar los gastos de tratar a los fumadores
- Aquellos iniciados por parte de individuos o de parte de ellos, que se han visto dañados por fumar, a menudo como pleitos de “acción de clase”, cuando una clase entera de personas—en este caso fumadores que sufren de una enfermedad provocada por fumar, o quienes siguen siendo adictos a fumar—se consideran litigantes, potenciales y se toma acción judicial de su parte, como “clase” o grupo.

### Querellas del personal de asistencia de salud

El primer tipo de casos empezó a mediados de los 90 en los Estados Unidos, cuando las autoridades estatales demandaron a las compañías para reclamar el coste de tratar a fumadores dañados a causa de su hábito. Según el fiscal general del estado que ha iniciado los pleitos, los programas de salud de State Medicaid han cargado con gastos

muchísimo más elevados de los que deberían si las compañías de tabaco hubieran admitido las propiedades letales de sus productos, hubieran dejado de promocionarlos y hubieran tomado la responsabilidad por la adicción y la mala salud que sufrían sus clientes.

En el momento de escribir estas líneas, se han resuelto una serie de casos mediante arreglos extrajudiciales con las compañías, que de hecho admitieron responsabilidad y aceptaron pagar sumas que ascendieron a muchos miles de millones de dólares.

Entre las variaciones de este tipo de caso se incluyen:

- Acción judicial de programas de asistencia de salud de sindicatos
- Querellas de personal contratado de asistencia de salud pública, como Blue Cross y Blue Shield en los Estados Unidos.

### Querellas de individuos

El segundo tipo de caso implica a los fumadores mismos o a su familia (en casos en los que el fumador ha muerto) que demandan por daños y perjuicios. Si bien existen ejemplos de dichos casos que comenzaron en los años 80, muchos todavía continúan y es probable que sigan durante muchos años.

Animados por el progreso obtenido en los Estados Unidos, los abogados y el personal de sanidad de Europa y otros lugares han estado siguiendo una ruta parecida; en 1998, se estaban celebrando juicios en varios países europeos, entre ellos, Francia, Israel y el Reino Unido.

### La respuesta de la industria tabacalera y el desarrollo del litigio

Al principio, las compañías de tabaco contestaron la afirmación de que se hubiera probado que el tabaco era dañino, y dijeron que incluso si lo fuera se había advertido a los fumadores (con todo el cinismo, usaron la advertencia de salud obligatoria para absolverse de su responsabilidad). Además, alegaron que los fumadores deberían haber dejado de fumar si creían que era dañino hacerlo.

Durante muchos años, con esta defensa se les dejó repetidamente evitar responsabilidad, las compañías hasta alardearon de ser inmunes a la acción judicial y de que nunca habían pagado un centavo por daños y perjuicios. No obstante, en los Estados Unidos, los abogados de los demandantes dieron sus servicios gratuitamente a razón de ganarían una proporción importante de los daños cuantiosos si finalmente ganaban el caso.

Con este apoyo legal, se prosiguió con los casos, incluso a pesar de recibir repetidamente decisiones a favor de la industria, y empezaron a ocurrir dos cosas:

- Empezaron a revelarse documentos internos de las compañías de tabaco, por orden judicial, proceso conocido como “descubrimiento”. Muchos de estos documentos ilustraron la amplia variedad de acciones deshonestas y actividades engañosas deliberadas en las que habían participado las compañías
- Antiguos empleados de las compañías de tabaco empezaron a declarar contra sus anteriores empleadores.

Es adecuado tener en cuenta que los empleados actuales y anteriores habían tendido a guardar silencio por miedo a represalias, un miedo muy real a la luz de las acciones judiciales, investigaciones de detectives privados y campañas difamatorias orquestadas por las compañías contra algunos “chivatos” anteriores.

Sin embargo, al aumentar las pruebas en contra de las compañías e intensificarse la ira pública ante su comportamiento, más empleados se animaron a testificar, lo cual a su vez generó más pruebas perjudiciales contra las compañías.

A su vez, el endurecimiento de la opinión pública contra las compañías llevó a aumentar el compromiso político a tomar medidas al respecto, en vez de la anterior renuencia a dañar lo que había sido una de las industrias más poderosas de Norteamérica y una de las más sistemáticamente generosas en sus contribuciones económicas a los políticos.

Esta tendencia fue sin duda uno de los factores del fiscal general del estado—políticos designados—a la hora de decidirse a demandar a la industria, generando su vez más tormentas de documentos internos de la industria, algunos de ellos muy perjudiciales para el caso de las compañías.

En 1997, ante una lista de litigios que aumentaba vertiginosamente y la revelación de pruebas que parecían aún más incriminatorias en su contra, las grandes compañías americanas de cigarrillos negociaron un contrato de arreglo según el cual, por una suma importante (más de 300 000 millones de dólares estadounidenses en lugar de daños y perjuicios por costes de asistencia sanitaria estatal, más programas educativos futuros), estarían eximidos de la mayoría de los pleitos futuros.

La industria quería estabilidad y un fin a lo que parecía una responsabilidad legal sin límites, y quería también evitar que surgieran aún más pruebas incriminatorias, que podrían terminar por afectar sus ventas en el extranjero.

Defensores de la salud señalaron que podría pasarse fácilmente a los fumadores una factura de incluso cientos de miles de millones de dólares aumentando el precio – en Estados Unidos, los cigarrillos han sido siempre mucho más baratos que en muchos otros países industrializados.

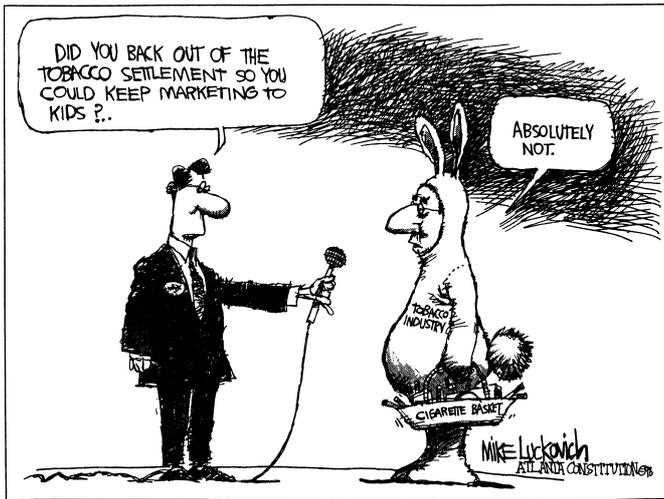
Empezó unos intensísimos cabildeo y ejercicio de relaciones públicas, con la industria claramente desesperada para que los políticos aceptaran el anteproyecto del arreglo y lo promulgaran como ley. No obstante, aún sufrieron más daños al seguirse revelando documentos en litigios estatales, y miembros del Congreso de los Estados Unidos empezaron a elaborar versiones enmendadas del arreglo que establecían daños y perjuicios más elevados y menos protección futura para la industria.

En abril de 1998, las compañías decidieron retirar el arreglo, y después de fracasar en un serio intento para implementar una serie de medidas sustitutorias en el Congreso, la industria y el fiscal general del estado iniciaron nuevas negociaciones. Esta vez parece haber sido más una motivación económica que un serio deseo de mejorar la salud pública y llegar a un acuerdo principal.

## El papel de los médicos en litigación

Los médicos tienen un papel destacado en la litigación. Han tenido un papel destacada en ambos tipos principales de juicio:

- Testificando como testigos expertos, en su papel como doctores de la salud pública y epidemiólogos, sobre la prueba de que fumar causa enfermedades
- Compareciendo en casos de lesión corporal, como médicos



De Mike Luckovich of the Atlanta (Georgia, USA) Constitution. Reimpresión con el permiso de Creators Syndicate.

que han examinado al fumador afectado, dando su opinión sobre fumar como causa de la mala salud de su paciente.

Sin duda se llamará para testificar a muchos más médicos en este tipo de juicios. Las tácticas de las compañías de tabaco puede que cambien en los países en los que sufran una derrota legal o política, pero en el resto del mundo pueden seguir presentando, con su presupuesto para costos judiciales prácticamente ilimitado, la defensa más agresiva posible.

Según las reglas de combate de las compañías, se exploran todas las vías, por remota que sea la posibilidad de rechazar la acción o por desagradable que parezca. Ello puede incluir intentos de desacreditar a los demandantes y a sus testigos.

Las AMN pueden tener un papel destacado en plantear la cuestión del litigio y en tomar medidas para intentar fomentarla. Pueden, por ejemplo:

- Ofrecer reuniones de los especialistas legales principales que sean relevantes
- Fomentar que los médicos establezcan vínculos profesionales con grupos de abogados que luchen para obtener acción judicial
- Informar a los analistas y periodistas financieros con el fin de conseguir publicidad para el concepto de litigación, reforzando secundariamente la percepción de que el tabaco es un producto único en los peligros que presenta.

En la región europea, existen varias asociaciones médicas que ya han mostrado interés en facilitar litigación contra la industria tabacalera, entre ellas, la Asociación Médica Británica y la Asociación Médica de Israel.

## Revelación de los documentos de la industria

Hasta ahora, el mayor beneficio de la litigación para la salud pública fue con mucho la revelación de varios millones de documentos internos de la industria tabacalera. Estos son de un valor incalculable no sólo para futuros litigios, sino

también para refutar la información engañosa de la industria tabacalera en muchas de las situaciones rutinarias en las que se encuentran cotidianamente en cada país.

Los documentos son pruebas, entre otras cosas, de:

- Engaño sistemático sobre cuestiones de salud por parte de la industria
- Manipulación de la nicotina para crear la adicción de los fumadores
- Promoción dirigida deliberadamente a los niños
- Creación y propagación organizada de pruebas científicas falsas, especialmente sobre el peligro de fumar pasivamente
- Pagos a políticos y a otras personas y organizaciones de influencia para evitar la implementación de medidas efectivas de control del tabaco.

Ya se han pasado por el tamiz y catalogado muchos documentos, y puede obtenerse información sobre cómo acceder a ellos (a menudo por medio de Internet) de varias agencias de salud internacionales.

Parece ser que la OMS está considerando acelerar este proceso como parte de su Iniciativa Sin Tabaco, para ayudar a controlar las campañas del tabaco por todo el mundo.

## Otras formas de litigio

Deberían tenerse en cuenta dos otros aspectos de litigio mencionados anteriormente:

- Casos presentados por individuos, normalmente contra sus empleadores, alegando que fueron expuestos al humo del tabaco durante muchos años, y que sufrieron de mala salud debido a ello
- La amenaza potencial de quienes en un futuro podrían demandar a su médico, alegando que no se les aconsejó adecuadamente que dejaran de fumar.

En el primer tipo de caso, se puede pedir a los médicos que evalúen el grado de probabilidad de que la enfermedad del paciente haya sido causada por fumar pasivamente; y en el segundo, es posible que los médicos tengan que demostrar que hicieron todo lo razonablemente posible para animar y asistir a sus pacientes para que lo dejaran.

## Grupos legales de control del tabaco

Actualmente existe un considerable acervo de experiencia en aspectos legales del control del tabaco. En gran parte, esta se encuentra en los Estados Unidos, donde existe un grupo de abogados para el litigio del tabaco bien establecido, con sus propias revista y reuniones. En el resto del mundo, los defensores del control del tabaco y abogados interesados en el tema se mantienen en contacto regularmente. El periódico internacional *Tobacco Control* (BMJ Publishing Group. Véase el apéndice 3) cubre las novedades legales importantes.

Al igual que con otros aspectos de interés internacional, las AMN pueden ahora dirigirse con bastante facilidad a otros que tienen la experiencia y la motivación para ayudar con las investigaciones sobre litigación.

# Apéndice 1 Presentación de una política de no fumar para el personal de asociaciones médicas nacionales

Como se ha mencionado en el capítulo 9, debería enfocarse la introducción de una política de no fumar para el personal que trabaja para las AMN, de la misma forma en la que se recomienda para todo lugar de trabajo. Abajo se esbozan los procedimientos básicos, y debería hacerse referencia a las páginas 50–1 (fumar en lugares públicos) en el capítulo 11, en que se destacan las consideraciones especiales que afectan las restricciones de fumar en el lugar de trabajo.

## **Pasos básicos hacia una política de no fumar**

El enfoque que se adopte puede variar ligeramente entre países, conforme a la legislación laboral, pero el enfoque general debería ser parecido.

- La asociación médica debería nombrar a un coordinador que debería tener la competencia y la autoridad para manejar el proceso de negociar y implementar la política
- Debería establecerse un grupo de trabajo que represente a todos los grupos implicados incluidos algunos fumadores
- Debería existir un período de consultación y educación
- El motor del cambio propuesto debería ser el de la cuestión de “higiene y seguridad en el trabajo”, igual que otras cuestiones importantes en esta categoría, como por ejemplo la eliminación de materiales de construcción de amianto
- El mínimo objetivo general debería ser garantizar a los no fumadores el derecho de respirar aire sin humo de tabaco en el trabajo, a la vez que se tienen en cuenta las necesidades de quienes no pueden o no quieren dejar de fumar.

A continuación se ofrecen notas y comentarios sobre la estrategia general arriba esbozada.

La negociación no implica que si la mayoría del personal se opone a erradicar el fumar en la oficina puedan obstruirla, pero sí existe un proceso para expresar opiniones y realizar las disposiciones necesarias para que puedan sobrellevar las nuevas reglas.

Ello puede significar buscar zonas para fumar o procedimientos para determinar cómo y cuándo pueden fumar durante descansos rutinarios durante la jornada de trabajo.

Las AMN intentarán ser comprensivas al tratar con quienes dependen de fumar; y es probable que la legislación laboral exija un enfoque razonable con respecto a lo que es, de hecho, un cambio en las condiciones de empleo del personal.

## **Informar al personal**

Deberían usarse plenamente todos los métodos de comunicación con el personal para explicar la decisión de implementar la nueva política. Será más aceptable introducir el concepto para discutirlo antes de finalizar el programa de cambio.

El grupo debería explicarle al personal que:

- Las pruebas científicas demuestran que la exposición prolongada al humo del tabaco de otras personas es un grave peligro para la salud
- Las AMN han decidido que debe eliminar el riesgo del personal.

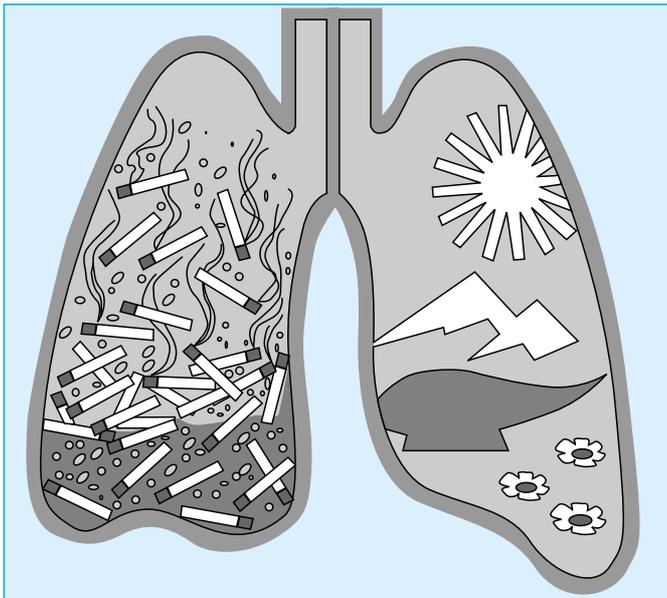
## **Fumar y la legislación laboral**

Las AMN deberían consultar a otras agencias de salud que puedan haber investigado la forma en que la legislación laboral pueda afectar las políticas de no fumar.

Si no se dispone de ninguna documentación que describa la opinión experta de los especialistas en legislación laboral, las AMN quizá quieran considerar obtener datos al respecto y publicar los resultados con el fin de ayudar a los otros empleados para que implementen políticas similares.

Aunque los requisitos de la legislación laboral dicten parte del proceso consultivo, deben tenerse en cuenta otros requisitos legales, y todos ellos formarán el respaldo legal ante la decisión de prohibir fumar en las instalaciones. De ellos, el más importante será el que se encuentra en varias formas en la mayoría de países: el deber general del empleador de proporcionar un ambiente de trabajo seguro para sus empleados. En algunos países se especifica con detalle, incluyéndose una definición del nivel de la calidad del aire en el interior del edificio, pero en otros las definiciones pueden ser menos precisas.

Las pruebas de los peligros que conlleva la exposición prolongada al humo de tabaco en el ambiente son actualmente tan considerables que deben tenerse en cuenta, como mínimo como peligro de exposición involuntaria de la cual debería protegerse a la gente.



Acentuar lo positivo: las prohibiciones en el lugar de trabajo libera del humo del tabaco y protege la salud de la gente.

Se debería informar al personal también sobre otras razones importantes para el cambio:

- Los médicos son un modelo de conducta en la comunidad, y las AMN también
- Los beneficios implicados para los fumadores y las AMN en que el personal deje de fumar o fume menos (ambos son probables después del cambio): costes de limpieza y mantenimiento inferiores; ausencia por enfermedad; primas de seguro contra incendios más bajas (y seguro de enfermedad, cuando sea aplicable).

Debería sondearse la opinión del personal, pero sin dar la impresión de que vaya a imponerse una postura mayoritaria: claramente, ello es tan inapropiado como sería, digamos, permitir que la opinión de la mayoría determinase nuevos estándares de higiene de los alimentos o nuevas precauciones contra incendios.

### La salud debe ser lo primero

En otras áreas relacionadas con higiene y seguridad, se establecen estándares nacionales que a última instancia los hace cumplir la ley e idealmente debería implementarse la protección del humo del tabaco de la misma manera. Este concepto debería ser la base de la propia política de las AMN.

### Puesta en práctica

El grupo de trabajo debería formular detalles sobre:

- Cómo y cuándo debería ponerse en práctica la política
- Colocar letreros de “No fumar”
- Disponer asesoramiento y posiblemente orientación psicopedagógica para fumadores que deseen dejar de fumar
- Si es apropiado y el espacio lo permite, asignar ciertas zonas de fumadores para quienes no pueden o no quieren dejar de fumar asegurándose de que no afecten a los no fumadores.

Luego deberían elaborarse y publicarse una política y solicitarse comentarios. Una vez se han hecho enmiendas a la

luz de dichas consultas, siempre y cuando sean consistentes con el objetivo general declarado:

- Debería anunciarse una fecha para su puesta en práctica
- Deberían ponerse letreros
- Debería avisarse al personal y a los visitantes de que el edificio es una zona en que no se puede fumar, con zonas designadas para fumar si se considera apropiado (hay muchos que consideran inapropiado que las AMN permitan fumar en ningún momento, excepto quizás en el período de introducción)
- Debería controlarse la política y hacerse que esta se cumpla con todo rigor.

En la práctica, adoptar el no fumar como la norma en el lugar de trabajo es una cuestión relativamente sencilla, siempre y cuando se vaya con cuidado de operar metódicamente y se tenga en cuenta la magnitud percibida de los cambios que tendrán que hacer los fumadores. Si ciertos miembros del personal estaban acostumbrados a fumar en el trabajo siempre que les apetecía, es importante (y puede ser exigido por la ley) que se introduzcan las leyes sólo después de dar aviso, consulta y explicaciones adecuados.

### Consejos para el éxito

Deben recordarse varios consejos durante el proceso de prohibir fumar en un edificio, con el fin de facilitar su puesta en práctica y resistir toda oposición.

Recalcar que la nueva política:

- No es una acción en contra de los fumadores sino una en contra de fumar (especialmente, fumar pasivamente) por sus efectos nocivos
- No se trata de si alguien fuma, sino de dónde y cuándo lo hace.

### ¿Malos puntos de vista sobre una mejor salud?

Puede ser necesario corregir la forma negativa en la que algunos fumadores y otros comentaristas (incluidos los que tienen intereses en el tabaco), puedan presentar la política de no fumar. Es típico que ignoren las razones de salud aducidas para implementar la política, a pesar de que en otras situaciones los mismos comentaristas puedan llamar la atención sobre los riesgos de otros contaminantes como las partículas de amianto. Para contrarrestarlo, debe elaborarse un resumen sereno que reitere las motivaciones de salud pública de la política.

Otro comentario negativo común es el de que los fumadores no podrán utilizar las instalaciones en las que se ha prohibido fumar recientemente. Por ejemplo, un titular de periódico podría anunciar: “Prohíben la entrada de los fumadores a las oficinas de la asociación médica”. Es totalmente ridículo: los fumadores son igual de bienvenidos a las oficinas como los no fumadores. Los fumadores pueden seguir utilizando el edificio, pero no podrán fumar mientras se encuentren en él, de la misma forma en que los maestros que beben alcohol no lo hacen mientras están en la clase.

Existen muchos lugares en los que los fumadores no pueden fumar y aceptan totalmente la restricción, como por ejemplo, la iglesia, las tiendas de alimentos, y las fábricas. El grupo del tabaco de las AMN debería pensar en estas comparaciones por adelantado para hacer un comentario correctivo en la prensa si es necesario.

Evitar todas las asociaciones negativas. Si bien debe dejarse claro que fumar está prohibido, lo cual es un concepto negativo para los fumadores, debe usarse también un lenguaje positivo:

- Las AMN están actuando para mejorar la salud y el bienestar de todo su personal y todos los otros usuarios de sus instalaciones

- Está creando un ambiente sin humo, ofreciendo la posibilidad de evitar el humo del tabaco protegiendo la salud de las personas y ponerse como ejemplo: estos son conceptos muy positivos.

# Apéndice 2 El código de práctica en la investigación financiada por el tabaco

Tal y como se observó en el capítulo 7, una de las mayores organizaciones de beneficencia de Europa, la Cancer Research Campaign (CRC – campaña de Investigación contra el cáncer) del Reino Unido, ha establecido un código de práctica sobre la investigación financiada por el tabaco. Se ha divulgado mucho el código por agencias gubernamentales y voluntarias que financian investigación científica, y se ha visto refrendada por muchas de ellas, siendo de lo más significativo que una de ellas sea el Comité de directores de escuela y de universidad. Abajo se reproduce, junto con el texto del Código, la nota de la CRC para quienes disfrutaban de una subvención o quieren solicitar una, que explica el Código y cómo afecta las solicitudes de beca.

## Condiciones suplementarias de adjudicación de 1999

La CRC está en trámites para actualizar sus Términos y Condiciones para el apoyo con subvenciones. Los solicitantes y los titulares de subvenciones a los que se les pide que inscriban su nombre en las Condiciones de la Campaña al hacer una solicitud o aceptar una subvención, deberían leer las Condiciones de Adjudicación actuales (con fecha de diciembre de 1995) y tener en cuenta la nueva política de la CRC sobre el financiamiento de instituciones que reciben fondos de la industria tabacalera abajo detallados. Dicha política será aplicable a todas las nuevas subvenciones concedidas después del 1 de abril de 1999, si bien no a las subvenciones existentes. Dentro de poco se completarán los Términos y Condiciones revisados, con la política sobre la financiación por parte de la industria tabacalera y otras cuestiones, y se divulgarán a todos los titulares de subvenciones, a quienes se les pedirá que firmen un nuevo formulario de compromiso.

## La industria tabacalera y su financiación de universidades e instituciones

En su lucha para alcanzar sus objetivos, la CRC desea fomentar las mejores prácticas en la investigación científica y médica. Por lo tanto, consciente del inmenso peligro que representa el tabaco a la salud y a la vida, desea hacer todo lo posible para evitar cualquier vínculo directo o indirecto con la industria tabacalera, y desea oponerse a la promoción y al uso del tabaco en todas sus formas. Por consiguiente, con el aval del Comité de directores de escuela y de universidad, la CRC ha elaborado el siguiente protocolo.

A partir del 1 de abril de 1999, La CRC no ofrecerá más apoyo para investigación, como por ejemplo nuevas adjudicaciones de subvención, a ninguna institución en que los que reciben o recibirían apoyo de los fondos de la CRC estén trabajando en tanta proximidad con otros que reciben apoyo financiero de la industria tabacalera que haya alguna posibilidad de que se compartan las instalaciones, el equipo o los recursos. La financiación en una facultad, colegio universitario o institución diferente no queda cubierta por este protocolo.

La financiación de la industria tabacalera incluye los fondos de una compañía o grupo de compañías comprometidos en la fabricación de artículos de tabaco; y fondos en el nombre de una marca de tabaco se utilice o no esta marca solamente para artículos de tabaco; fondos de un organismo establecido por la industria tabacalera o por una o más compañías que participan en la fabricación de artículos de tabaco.

Los siguientes casos no constituyen fondos de la industria tabacalera para el propósito de este protocolo:

- Fondos de compañías filiales y asociadas a menos que lleven el ofensivo nombre o que tengan la intención/sea probable que la compañía matriz o asociada con este nombre publique la financiación
- Donativo anónimo
- Legados de inversiones de la industria tabacalera (a menos que se asocien a ellos el nombre de una compañía de tabaco o una marca de cigarrillos)
- Financiación de una sociedad fiduciaria o fundación que ya no tenga ninguna conexión con la industria tabacalera aunque lleve un nombre que (por razones históricas) tiene asociaciones con la industria tabacalera
- Donativos ofrecidos a la universidad para su uso general y con completas facultades discrecionales de utilización.

La financiación que se incluye en este protocolo cubre el dinero ofrecido o usado para todo o cualquier coste de la investigación, incluidos el personal, bienes consumibles, equipo, edificios, viajes, reuniones y conferencias, gastos de funcionamiento de laboratorios y oficinas, pero no reuniones o conferencias que no estén relacionadas con un proyecto de investigación particular.

# Apéndice 3 Información útil sobre recursos y contactos

## Dinamarca

**WHO Regional Office for Europe  
Action Plan for a Tobacco-free Europe**  
World Health Organization  
Regional Office for Europe  
8, Scherfigsvej  
2100 Copenhagen  
*Diríjase a:* Dr Peter Anderson, Asesor regional  
Tel: +45 3 917 1435  
Fax: +45 3 917 1854  
Correo electrónico: pan@who.dk  
Página Web: www.who.dk  
Estados Unidos

## Estados Unidos

**Advocacy Institute**  
1707 L Street, NW, Suite 400  
Washington  
DC 20036  
*Diríjase a:* Theresa Gardella  
Tobacco Control Project  
Tel: +1 202 659 8475  
Fax: +1 202 659 8484  
Correo electrónico: tgardella@advocacy.org  
Página Web: www.scarcnet.org

## American Medical Association (AMA)

515 North State Street  
Chicago  
Illinois 60610  
*Diríjase a:* Dr Tom Houston, Director  
Department of Preventive Medicine  
Tel: +1 312 464 5957  
Fax: +1 312 464 4111  
Correo electrónico: houston@globalink.org  
Página Web: www.ama-assn.org

## Office on Smoking and Health

National Center for Chronic Disease Prevention and Health  
Promotion  
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)  
Mail Stop K-50  
4770 Buford Highway NW  
Atlanta  
Georgia 30341-3724  
*Diríjase a:* Samira Asma  
Tel: +1 770 488 5719  
Fax: +1 770 488 5939  
Correo electrónico: sea5@cdc.gov  
Página Web: www.cdc.gov/nccdphp/osh/tobacco.htm

## World Bank

Centers for Disease Control and Prevention  
Health, Nutrition and Population  
Room S-9065  
1818 H Street, NW  
Washington, DC 20433  
*Diríjase a:* Joy de Beyer, Enlace del CDC  
Tel: +1 202 458 7616  
Fax: +1 202 522 3489  
Correo electrónico: jdebeyer@worldbank.org  
Página Web: www.worldbank.org

## Francia

**International Non-Governmental Coalition Against  
Tobacco (INGCAT)**  
68 Boulevard Saint-Michel  
75006 Paris  
*Diríjase a:* Dr Karen Slama (kslama@worldnet.fr)  
Tel: +33 1 44 32 03 60  
Fax: +33 1 43 39 90 87  
Correo electrónico: info@ingcat.org  
Página Web: www.ingcat.org

## Reino Unido

**ASH (Action on Smoking and Health)**  
102–108 Clifton Street  
London EC2A 4HW  
*Diríjase a:* Clive Bates, Director  
Tel: +44 20 7739 5902  
Fax: +44 20 7613 0531  
Correo electrónico: action.smoking.health@dial.pipex.com  
Página Web: www.ash.org.uk

## Cochrane Tobacco Addiction Group

ICRF General Practice Research Group  
Division of Public Health and Primary Care  
Institute of Health Sciences  
Old Road, Headington  
Oxford OX3 7LF  
*Diríjase a:* Lindsay Stead, Coordinator  
Tel: +44 1865 226997  
Fax: +44 1865 227137  
Correo electrónico: lindsay.stead@dphpc.ox.ac.uk

*Este grupo es un componente de Cochrane Collaboration, el cual prepara, mantiene y fomenta el acceso a los análisis sistemáticos de los efectos de la asistencia sanitaria. Resúmenes de las revistas del Tobacco Addiction Group pueden encontrarse:*

*<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/cochrane/revabstr/g160index.htm>*

**Health Development Agency (HDA)**

National Smoking Education Programme  
Trevelyan House  
30 Great Peter Street  
London SW1P 2HW  
*Diríjase a:* Dr Ann McNeill  
Tel: +44 20 7413 1900  
Fax: +44 20 7413 2632  
Correo electrónico: ann.mcneill@hea.org.uk  
Página Web: www.hea.org.uk

**International Agency on Tobacco and Health (IATH)**

24 Highbury Crescent  
London N5 1RX  
*Diríjase a:* David Simpson  
Tel: +44 20 7359 7568  
Fax: +44 20 7704 8086  
Correo electrónico: admin@iath.org

*IATH es una organización no gubernamental que ofrece información y consejos, e incluso una revista de información mensual y detallada, a sus colegas que trabajan en países con menos recursos.*

**Tobacco Control: An International Journal**

BMJ Publishing Group  
Journals Marketing Department  
PO Box 299  
London WC1H 9TD  
*Diríjase a:* Natalie Somekh, Marketing Executive  
Tel: +44 20 7383 6862  
Fax: +44 20 7383 6661  
Correo electrónico: nsomekh@bmjgroup.com  
Página Web: www.tobaccocontrol.com

**Tobacco Control Resource Centre**

c/o British Medical Association  
BMA House  
Tavistock Square  
London WC1H 9JP  
*Diríjase a:* Lucien Rivière, Information Officer  
Tel: +44 20 7383 6754  
Fax: +44 20 7554 6754  
Correo electrónico: lriviere@bma.org.uk  
Página Web: www.tobacco-control.org

**Suecia**

**European International Network of Women Against Tobacco (INWAT)**

National Institute of Public Health  
Tobacco Control Programme  
S-103 52 Stockholm  
*Diríjase a:* Margaretha Haglund  
Tel: +46-8-5661 3535  
Fax: +46-8-5661 3505  
Email: margaretha.haglund@fhinst.se

*INWAT es un red dedicada a apoyar y unir a mujeres en sus actividades para prevenir que las mujeres consuman tabaco. Los tres objetivos principales de INWAT son: contrarrestar la comercialización y la promoción del tabaco dirigidos a las mujeres; crear programas que ayuden a niñas y mujeres a resistirse a empezar a fumar o que asistan a dejar este hábito; y fomentar el liderazgo de las mujeres en el movimiento para el control del tabaco.*

**Suiza**

**GLOBALink**

International Union Against Cancer  
3 rue du Conseil-General  
1205 Geneva  
*Diríjase a:* Ruben Israel  
Tel: +41 22 809 1850  
Fax: +41 22 809 1810  
Correo electrónico: israel@uicc.org  
Página Web: www.globalink.org

**International Union Against Cancer (UICC)**

3 rue du Conseil-General  
1205 Geneva  
*Diríjase a:* Isabel Mortara  
Tel: +41 22 809 18 11  
Fax: +41 22 809 18 10  
Correo electrónico: info@uicc.org  
Página Web: www.uicc.org

**Tobacco Free Initiative (TFI)**

World Health Organization  
1211 Geneva 27  
*Diríjase a:* Derek Yach, Director de proyecto  
Tel: +41 22 791 2108  
Fax: +41 22 791 4832  
Correo electrónico: yachd@who.ch  
Página Web: www.who.int/toh



# Índice

“C” delante de un número de página indica texto en una casilla

- aborto, espontáneo 7
- Acta del Tabaco (Suiza) 16
- Action on Smoking and Health (ASH) 16
- acuerdos voluntarios sobre la publicidad del tabaco 43
- acupuntura para ayudar en la lucha contra fumar 21
- adolescentes
- adolescentes y el hábito de fumar 11–12
  - cuando se empieza a fumar C12
  - médicos que ayudan a fumadores a dejar su hábito 23, 24
- advertencias de salud 49–50
- agricultura, apoyo a los cultivadores de tabaco 52
- agrupación socioeconómica fumar y la 13
  - más baja, aumento de impuestos y la 47
- alcohol, riesgos del tabaco y el 6
- Alemania
  - maestros que fuman 11
  - médicos que fuman C11, C31
  - muerres a causa de fumar C4
- alquitrán
  - índice, cáncer de pulmón e índice de 6
  - niveles, política de 50
- amputación de extremidades, inferiores, al haber fumado 5
- andar, dolor al 5
- anticonceptivos orales, fumar y los 5
- antidepresivos: apoyo para dejar de fumar 21
- ansiolíticos: apoyo para dejar de fumar 21
- apoyo del gobierno para dejar de fumar 48–9
- apoyo y orientación asistido por un/a enfermero/a C19, 21
- apoyo y orientación en un grupo para fumadores 19–20
- apoyo y orientación individual para fumadores 20–21, 26
- argumento de la industria del tabaco sobre la libertad de elección 11
- arteriosclerosis 5
- Asociación Médica de Georgia C21
- Asociación Médica de Israel, litigio y 55
- Asociación Médica Nacionales,
  - acción en el control del tabaco 37
  - aumentar la conciencia de los médicos sobre dejar de fumar 31–2
- cartera de inversiones 36
- edificios, prohibido fumar en los 33
- educación médica y las 40
- formación 28, 30, 33
- grupos de tabaco y 32
- informar a los médicos sobre dejar de fumar 34–5
- informar al público C48, 47
- papel en litigio 55
- política de no fumar entre el personal 33, 56–7
- prioridades 37
- propósito del manual para 1
- publicaciones C34
- tratar la cuestión de los niños fumadores 11
  - grupos socioeconómicos más bajos 13–4
  - minorías étnicas 14
  - las mujeres que fuman 10
  - zonas públicas donde se prohíbe fumar 50
- Asociación Médica de Polonia C36
- aspectos políticos del control del tabaco C43
- atención de salud
  - costes del tabaco 7
  - instalaciones donde está prohibido fumar 39
- Austria, muerres a causa de fumar C4
- autorregulación de las compañías de tabaco 43
- ayuda a la comunidad local 24–5
- Banco Mundial, cultivo del tabaco y el 52
- Bélgica
  - maestros que fuman C11
  - médicos que fuman C11, C31
  - muerres a causa de fumar 4
  - multa a las compañías de tabaco C45
- British Medical Association, litigio y la 55
- Brundtland, Dra Gro Harlem 1, C4, 45
- Bulgaria, muerres a causa de fumar C4
- bupropion: apoyo para dejar de fumar 21
- cabildeo, antitabaco 38
  - in Estados Unidos 55
  - políticos 25, 39
- calidad del semen 7
- cambio de estilo de vida, el reto del 13
- campana de la Clínica Académica Kaunas de Lithuania C40
- campana del hospital de Lithuania C40
- Campana de Investigación contra el Cáncer C27
  - apoyo de subvenciones 59
- campanas contra fumar C32
  - hacer público 34
- campanas de tabaco
  - abuso de la ciencia C27
  - argumentos para fumar 11
  - autorregulación 43
  - empleo y aumento de impuestos 47
  - financiación de la investigación 27, C60
  - ganancias 42
  - investigación sobre el fraude C51
  - repuesta ante el litigio 54
  - revelación de documentos de 55
- Canadá, muerres a causa de fumar C4
- cáncer 6
- cáncer de cuello del útero 6
- cáncer de esófago 6
- cáncer de faringe 6, 7
- cáncer de laringe 6,7
- cáncer de pulmón 6
  - en médicos que fuman 15
  - en mujeres 6, 10
  - estudios sobre la historia del tabaco 15
- cáncer oral 6, 7
- cartas a los políticos 25
- casos de lesión personal 54
- Centro de Recursos de Control del Tabaco 2
- cigarrillos
  - liados a mano 4
  - relación entre el precio y el consumo C46
  - tipos 4
- cigarrillos finos C9
- coalición del tabaco 38
- Código de Practica sobre la financiación del tabaco a la investigación C27, 59
- conocimiento público, sobre seguimiento del tabaco 41
- continuar con la educación médica sobre el tabaco 29–30
- continuar el desarrollo profesional sobre el tabaco 29–30
- cantrabando de tabaco 47
- Control del tabaco 1 55
- costes
  - de la terapia de sustitución de nicotina 20-1
  - del tabaco a la economía 7
- debates de televisión, simulados C30
- detector de monóxido de carbono C18
- Dinamarca
  - maestros que fuman C11
  - médicos que fuman C11, C 32
  - muerres a causa de fumar C4
  - tipo de tabaco que se fuma 4
- directrices de AMN 33
- Doll, Sir Richard iii, 15
- economistas de la salud, ayudar a los grupos socioeconómicos más bajos 14
- educación
  - estudiantes de medicina 40
  - grupos de tabaco 33
  - niños, en contra de fumar 11
  - pública 47
    - sobre el tabaco 30
- educación pública, información y 47
- empleados, litigio en contra de los 55
- enfermedad al corazón por isquemia 6
- enfermedad del oído medio, padres que fuman y la 7

- enfermedad del pulmón 6
- enfermedad pulmonar obstructiva crónica 6
- enfermedad vascular periféricas 5, 7
- enfermedades cardiovasculares 4–5
- enfermedades circulatorias 4–5
- enfermedades de la arteria coronaria 7
- enfermedades respiratorias 6
- enfermedades respiratorias crónicas 6
- escupideras C50
- España
  - maestros que fuman C11
  - médicos que fuman C11, C31
  - muerteras a causa de fumar C4
- Estados Unidos
  - causa de muerte C5
  - Cirujano General 16
  - contrabando desde C47
  - muerteras a causa de fumar C4
- estudios, regulares 41
- estudios sobre la morbosidad 41
- Europa
  - EAC (enfermedad de la arteria coronaria) en fumadores varones C5
  - muerteras a causa de fumar 3–4
- exceso de peso, deja de fumar y el 6
- éxito de la campañas, hacer un seguimineto del 41
- extensión de marca 44
- Eslovaquia, muerteras a causa de fumar C4
- financiación de universidades por parte de la compañías de tabaco C55
- financiación institucional por parte de la compañías de tabaco C59
- Finlandia, muerteras a causa de fumar C4
- fondos para la promoción de la salud 44
- formación 28
  - funcionarios de educación pública 47
  - medio de comunicación 38
  - ver también* educación
- formación de los profesionales de la salud 26
- Foro Europeo de Asociaciones Médicas 2, C50
- Francia
  - maestros y médicos que fuman C11
  - muerteras a causa de fumar C4
- fumadores
  - actitudes ante el hábito 18
  - litigio por parte de los 54
  - negación C35
  - ver también bajo* médicos
- fumadores ancianos, índice de mortalidad 3
- fumadores discrepantes 36
- fumadores de mediana edad, reducción en la esperanza de vida 3
- fumar (*sólo general*)
  - dejarlo 17–22
    - AMN informa a los médicos sobre cómo 35–6
    - apoyo gubernamental 51–2
    - beneficios 6
    - formación 28–9
    - métodos alternativos 21
  - edad en la que se empieza, cáncer le pulmón y la 6
  - en lugares públicos 26
  - índice en estudios de médicos 31
  - propagar los resultados 31–2
  - pauta epidémica y de propagación C10
  - ver también* humo de tabaco ambiental; tabaco
  - y la ley laboral C56
- fumar cigarrros 4
  - cáncer y 6
- fumar en pipa 4
  - agrupaciones socioeconómicas 13
  - cáncer y 6
- fumar pasivo *ver* humo de tabaco ambiental
- Gitanos 14
- GLOBALink 2
- gobierno local, consejo de los médicos al 26
- Grecia
  - EAC em fumadores varones C5
  - maestros que fuman 11
  - médicos que fuman C11, C31
  - muerteras a causa de fumar C4
- Grupo de Adicción al Tabaco Cochrane 20
- grupos profesionales, fumar y los 13
- hipertensión 7
- hombres, muerteras a causa del tabaco 3
- humo de tabaco ambiental (fumar pasivamente) 7
  - los niños y el 11–2
  - lugares públicos 50
- Hungría, muerteras a causa de fumar C4
- impacto económico del tabaco, estudios sobre el 39
- impotencia 7
- impuestos del tabaco 7, 8, 46–7
  - argumento de la disminución de ingresos 47
  - argumentos a favor 46
  - argumentos en contra 46
  - política, efectiva 46
- información al público 47–8
- información sobre la salud en el paquete de tabaco C49
- informe de base sobre el tabaco 40
- Iniciativa Sin Tabaco 1
- inmigrantes 14
- interes creados C38
- interes de minorías en el grupo del tabaco 32
- Internet, información sobre el tabaco en 1
- investigación
  - Código de Práctica 59
  - financiación 44, C59
  - médicos y 27
  - fraude de las compañías de tabaco C51
- INWAT 11
- Irlanda
  - maestros que fuman 11
  - médicos que fuman C11, C31
  - muerteras a causa de fumar C4
- Japón, muertera a causa de fumar C4
- juego de imitación C30
- leucoplakia 7
- ley de empleo, fumar y C56
- limitaciones de tiempo en la consulta del médico 19
- líneas aéreas, prohibido fumar C50
- litigio 50, 53–5
- lobelina para ayudar a dejar de fumar 21
- lugar de trabajo, zona de no fumadores C50, 56–8
- lugar público fumar en un 26, 50
- Luxemburgo
  - maestros y médicos que fuman 11
  - médicos que fuman C11, C31
  - muerteras a causa de fumar C4
- madres que fuman
  - efectos en los niños 11
- maestros como fumadores C11
- mascar tabaco, agrupación socioeconómica 13
- médicos
  - actitudes ante el tabaco de 31
  - causes de muerte entre 5
  - como fumadores 11
  - estudios 15
  - examen 31–2
  - índice de mortalidad 3, 4
  - que ayudan a dejarlo 35
  - información sobre la publicación C33
  - papeles, asesor 26
  - en la lucha contra el tabaco 15–6
  - en litigio 53–5
- formación 28
  - que aumentan la conciencia sobre el tabaco 31–6
  - que ponen al día los conocimientos sobre el tabaco 29–30
  - que ayudan a los fumadores a dejar su hábito, adolescentes 23–4
  - acción a nivel local 23–7
  - asesoramiento 18–21
  - papel 17
  - y el litigio 53–5
- médicos contra el tabaco C17
- médicos de salud ambiental 26
- médicos de salud ocupacional 26
- medios de comunicación
  - formación 30
  - los médicos y los 24–5
  - portavoces para los 38
  - publicidad antitabaco 48
  - relaciones de las AMN con los 34
- medios de difusión, los médicos y los 24–5
- menopausia, edad en la que se llega a la 7
- mercadi negro C47
- Ministerio de Sanidad, política del control del tabaco C43
- Ministro de Hacienda, carga fiscal en el tabaco y los 46
- minorías étnicas 14
- mortalidad
  - a causa del tabaco 3–4
  - causas C5
  - en médicos que fuman 3
  - estudios 41
  - por cáncer, a causa de fumar C5
- movimiento de las mujeres 11
- muerte *ver* mortalidad
- mujeres
  - causes de muerte en EU C5
  - en grupo de tabaco 32
  - fumadores 9–10
    - cáncer de pulmón 6, 10
    - enfermedades cardiovasculares 5
  - riesgos asociados con fumar 3, 4

- nicotina  
 como droga 53  
 falta de regulación C21  
 niveles en la sangre de los usuarios de tabaco sin humo 7  
 terapia de reemplazo 20
- niños  
 cuando se empieza a fumar 23  
 fumar y los 11–12  
 prohibir la venta a los 50–1  
 la publicidad y los 45  
 niveles de colesterol, aumento de, dejar de fumar y 6  
 niveles de nicotina en la sangre 7
- Noruega  
 muertes a causa de fumar C4  
 tipos de cigarrillo que se fuman 4
- Nueva Zelanda, muertes a causa de fumar C4
- opinión experta de los médicos 24–5  
 organismos de las artes como aliados del tabaco C38  
 organismos de deportes como aliados del tabaco C38
- Organización Mundial de la Salud  
 materiales para el curso de formación 28  
 nuevo programa sobre tabaco 1  
 política sobre niveles de alquitrán 51
- Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO, siglas inglesas)  
 cultivo del tabaco y la 52  
 decisiones tomadas sobre la nicotina 53
- organizaciones de la salud en la coalición del tabaco 38
- padres que fuman 7  
 padres y madres que fuman 7
- Países Bajos  
 maestros que fuman C11  
 médicos que fuman C11, C31  
 muertes a causa de fumar C4
- tipos de tabaco que se fuman 4  
 papeles asesores para los médicos 26  
 parto prematuro 7  
 patrocinio de deportes C44
- periodistas  
 dirigirse a los C39  
*ver también* medios de comunicación
- personal  
 política de no fumar 56–8  
 personal de atención de salud, litigio entablado por el 53–4
- política de no fumar  
 consejos para el éxito 57–8  
 implementar la 57  
 para el personal de la AMN 33, 56  
 pasos básicos para la 56
- política nacional sobre el control del tabaco 37, 51
- políticos  
 persuadir en contra del tabaco a los 25  
 recursos y los C48  
 trabajar con los 39
- Polonia, muertes a causa de fumar C4
- Portugal  
 maestros que fuman C11  
 médicos que fuman C11, C31
- muertes a causa de fumar C4
- postura de la unión sindical sobre el tabaco C38
- prensa médica  
 AMN relaciones con la 34  
 estudio sobre el hábito de fumar entre los médicos 35
- prensa, médicos y la 24–5  
*ver también* medios de comunicación;  
 prensa médica,
- presión sanguínea, alta, dejar de fumar y 6
- programas de educación en salud para los niños 11–12  
 recursos C48
- programas de salud Medicaid, litigio y los 53
- publicaciones  
 AMN C56  
 médicas, campañas en 34
- publicidad  
 acuerdos voluntarios 43  
 advertencias de salud en 49  
 agrupaciones socioeconómicas 13  
 antitabaco 48  
 argumentos en contra 45  
 aspectos especiales 45  
 destinada a las mujeres 9, 10  
 destinada a los niños 11  
 directiva EU 1  
 lugares públicos 26  
 prohibición EU C39, 45  
 directa e indirecta 44
- publicidad que fomenta más ayuda C33
- recién nacido de poco peso 7
- recursos para programas de educación pública C48
- reducción de esperanza de vida en los fumadores 3
- regulación, tabaco y 53
- Reino Unido  
 maestros que fuman C11  
 médicos que fuman C11, C31  
 muertes a causa de fumar C4  
 relación entre el precio y los impuestos/  
 consumo de cigarrillos C46
- reproducción, problemas de 7
- República Checa, muertes a causa de fumar en la C4
- reuniones con políticos 25
- revistas, para las mujeres, publicidad de tabaco en 9, 10
- riesgos de ataque de corazón, dejar de fumar y el 5
- riesgos de derrame cerebral, dejar de fumar y el 5
- riesgos del tabaco 3–8
- Royal College of Physicians de Londres 16
- Rumanía, muertes a causa de fumar C4
- Seguimientos  
 políticos 39  
 progreso en los conocimientos del público 41
- síndrome de muerte infantil repentina (SIDS, siglas inglesas), madres fumadores y le 7
- sistema de recompensas a niños para que dejen de fumar 24
- Smoke-free Europe de la OMS 1
- Suecia  
 Acta del Tabaco C16  
 médicos que fuman C31  
 muertes a causa de fumar C4  
 tipo de tabaco que se fuma 4
- Suiza, muertes a causa de fumar C4
- tabaco  
 como producto de entrega de drogas 53  
 control, acción para las AMN 37–41  
 a nivel local 23–7  
 grupos legales 55  
 política 42–52  
 nacional 52  
 costes a la economía 7  
 cultivo 52  
 estudios sobre el impacto económico 41  
 estudios sobre el predominio de uso 41  
 grupo, funcionarios C33  
 formar un 30–1  
 miembros especialistas C37  
 hoja, curada 4  
 imagen 11, 23, C45  
 industria *ver* compañías de tabaco  
 información de Internet 1  
 informe de línea de base 40–1  
 paquete, promoción de salud en el C49  
 programa de acción 37  
 publicidad del *ver* publicidad  
 tipos consumidos 4  
 toxicidad del humo, reducir la 51  
*ver principalmente temas específicos, p.ej.*  
 publicidad, riesgos
- tabaco oral 4
- testigo experto, médico como 54
- toxicidad fetal 7
- toxinas en el humo del tabaco, reducir las 51
- toxinas químicas en el tabaco 4
- trabajadores manuales, fumar y los 13
- trabajadores de la salud ayudan en la lucha contra fumar 18, 21
- trombosis coronaria, médicos que fuman y la 15
- úlceras pépticas 7
- Unión Europea (UE)  
 directiva de la publicidad del tabaco 1  
 médicos que fuman C11, C31  
 prohibición de publicidad C39  
 tabaco oral y la 3
- Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) 2  
 política de los niveles de alquitrán 51
- URSS (antigua), muertes a causa de fumar C4
- ventas a niños 50
- viajeros 14
- Yugoslavia (antigua)  
 EAC en fumadores varones C5  
 muertes a causa de fumar C4
- zonas donde no se puede fumar  
 AMN 33  
 atención de salud 39  
 en el lugar de trabajo C50  
 en lugares públicos 50