

Nery Suárez Lugo. Licenciada en Psicología (1971), Dr. en Ciencias Económicas (1987), Universidad de La Habana. Profesora Consultante y Vicepresidenta de la Cátedra Honorífica de Dirección en Sistemas y Servicios de Salud Abelardo Ramírez Márquez de la Escuela Nacional de Salud Pública del MINSAP. Profesora de las maestrías y doctorado en universidades de Cuba y América Latina. Vicepresidenta del Tribunal Permanente en Ciencias de la Salud de la República de Cuba.

Es miembro representante por Cuba en International Woman Against Tobacco y Secretaria General de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud.

Posee gran experiencia en investigaciones psicosociales y económicas, en particular en la esfera de la salud pública. Entre sus publicaciones se encuentran los libros *Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica*, *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria* y *El consumo y la salud*.

*El Tabaquismo: paradojas, controversias, mitos y realidades* se enfoca hacia las herramientas para actuar, ofreciendo al lector la información que apoye el análisis y la valoración de las experiencias, mediante el aprendizaje de aciertos y errores que contribuyan a enfrentar esta adicción.

La autora, con gran experiencia en el tema, acepta el reto, como ella misma afirma, de reunir en un texto la extensa bibliografía compilada durante años, con el objetivo de hacer partícipes a los estudiosos o interesados en la materia, para que puedan encontrar un compendio que fundamente estudios e investigaciones; que coadyuve a proponer políticas, estrategias y acciones para prevenir y controlar el tabaquismo.

Entre sus propósitos está transmitir lo que sabe y compulsar a que otros se sumen a relatar sus experiencias, para que los que transitan por el mismo camino se puedan apropiarse de estas y así optimizar los recursos de que se dispone y promover salud.



EL TABAQUISMO Paradojas, controversias mitos y realidades Nery Suárez Lugo

# EL TABAQUISMO

Paradojas, controversias  
mitos y realidades

2da. Edición

Nery Suárez Lugo

# EL TABA QUISMO

Paradojas, controversias  
mitos y realidades

**Nery Suárez Lugo**



Editora Política

*Edición:* Rosa Alfonso  
*Diseño de cubierta e interior:* Green  
*Emplane digital:* Yohanka Morejón Rivero

© Nery Suárez Lugo, 2015  
© Sobre la presente edición:  
Editora Política, 2015

Primera edición: Editorial CATORSE, Cali, Colombia, 2013

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra sin la autorización de la Escuela Nacional de Salud Pública.

ISBN 978-959-01-0992-8

Editora Política  
E-mail: [editora@epol.cc.cu](mailto:editora@epol.cc.cu)  
Internet: [www.pcc.cu](http://www.pcc.cu)  
[www.edit.politica.cu](http://www.edit.politica.cu)  
Belascoaín No. 864, La Habana, Cuba

## PRÓLOGO

*La epidemia del tabaquismo constituye un problema de salud universal, dado que su carga social ambiental y económica, traspasa las fronteras entre países, por ello es esencial la colaboración integral y la coordinación a nivel global, regional y nacional con el fin de promover esfuerzos para el control del tabaquismo.*

*Se requiere, entonces, de un enfoque desde la salud pública que promueva políticas coherentes e integradas, que tributen al bienestar y fomenten la cooperación internacional y la acción local.*

*El tabaquismo: paradojas, controversias, mitos y realidades, es una obra que se enfoca hacia las herramientas para actuar, más que a la descripción de la epidemia, para ofrecer al lector los argumentos para el análisis y la valoración de las experiencias, mediante el aprendizaje de aciertos y errores que contribuyan a enfrentar esta adicción como reto que la salud pública tiene desde hace más de un siglo y que aún no ha resuelto.*

*La Escuela Nacional de Salud Pública, como institución de referencia nacional e internacional para la formación del capital humano en el campo de la salud pública, promueve la edición de este libro, cuyo tema es investigado de manera sostenida por la autora con vasta experiencia en este campo. Todo ello se suma al esfuerzo de propiciar que los profesionales interesados y ocupados en el tema, dispongan de información científicamente sustentada, que les permita actuar en función de la reducción del tabaquismo, lo que significa mejorar la salud de la población.*

DR. CS. PASTOR CASTELL-FLOMIT SERRATE  
Director Escuela Nacional de Salud Pública



## ÍNDICE

- A modo de presentación / 11
- La historia tantas veces contada / 13
  - La planta / 13
  - Su origen / 14
  - Su expansión / 16
  - Su comercialización / 19
  - El cultivo del tabaco / 20
  - La falacia de los beneficios / 21
  - El tabaco en Cuba / 23
- El arribo de la ciencia / 25
  - Los componentes / 25
  - Las primeras advertencias / 26
  - Dependencia y adicción / 31
  - Las causas de la adicción / 32
  - Tratamiento de la adicción / 34
  - Tabaco-adicción-enfermedad / 39
  - La ciencia y el tabaquismo en Cuba / 40
- El porqué de la epidemia / 43
  - La triada epidemiológica / 43
  - Publicidad y patrocinio / 45
  - El cine, la televisión, la moda y el arte / 50
  - Las tabacaleras y el engaño de la responsabilidad social corporativa / 54
  - El porqué en Cuba / 58
- La epidemia / 61
  - Prevalencia / 61
  - Iniciación / 63
  - Tabaquismo en la mujer / 66
  - Profesionales sanitarios / 70
  - Factores de riesgo y protectores de la epidemia / 79
  - La epidemia en Cuba / 83

- El consumo de tabaco / 91
  - Las tendencias del consumo / 92
  - Relación del precio y el consumo de cigarrillos / 93
  - Estudios de consumo en Cuba / 95
    - Consumo per cápita de cigarrillos / 96
    - Mercado de cigarrillos / 99
    - Precio promedio del cigarrillo / 102
    - Relación precio-consumo y elasticidad de la demanda de cigarrillos / 105
    - Aspectos económicos y sociales asociados al consumo / 107
- Economía y tabaquismo / 115
  - Costos del tabaquismo / 116
  - Costos a la salud de los agricultores / 119
  - Costos ambientales del cultivo de tabaco / 120
  - Tabaco y pobreza / 120
  - Los costos de atención a la salud asociados al tabaquismo en Cuba / 122
- La legislación / 131
  - La legislación a nivel mundial / 132
  - La respuesta a la legislación / 136
  - La legislación en Cuba / 138
    - Regulaciones y prohibiciones de venta y de fumar en lugares públicos cerrados / 140
    - Regulaciones y prohibiciones de fumar en instituciones de salud / 147
  - Las advertencias sanitarias y su efectividad / 148
- La comunicación / 155
  - Comunicación en el Convenio Marco para el Control del Tabaco / 155
  - Reposicionar el tabaquismo en la sociedad / 157
  - Tabaquismo y campañas de comunicación social / 158
  - Comunicación estratégica / 160
    - Compartiendo herramientas / 162
    - El proceso / 163
  - Aprender de errores y aciertos / 165
  - La comunicación en la prevención y control del tabaquismo en Cuba / 166
- El control del tabaquismo / 169
  - Elementos clave / 170
  - Éxito y fracaso / 176
  - Enfoque de género / 177
  - El control del tabaquismo en Cuba / 180
- Diseño, monitoreo y evaluación de las intervenciones / 187
  - Investigación vs. evaluación / 187

Métodos de recopilación de datos /	189
Indicadores para la evaluación de los programas de control del tabaquismo /	193
La investigación para el diseño de programas y proyectos de prevención y control del tabaquismo /	195
Monitoreo y evaluación del tabaquismo en Cuba /	196
El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) /	199
Qué es el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) /	200
Implementación del CMCT /	203
Partes y Observadores del CMCT /	206
El género y los jóvenes en el CMCT /	206
Demanda, oferta y consumo en el CMCT /	207
Cuba y el CMCT /	208
Terminando con las paradojas, las controversias y los mitos /	215





## A MODO DE PRESENTACIÓN

Escribir acerca del tabaquismo es fácil y complejo a la vez. Resulta fácil, por la inmensa cantidad de información disponible, tanto en textos y revistas científicas especializadas impresas, como localizables por Internet. Esa misma razón torna difícil la tarea, porque puede resultar repetitivo el retomar información ya disponible.

Sin embargo, he aceptado el reto de unir en un documento, toda la información que durante años he ido recopilando, analizando, procesando y valorando, con el propósito de que los interesados en el tema puedan encontrar en el texto un compendio, resultado de mi pesquisa y puedan utilizarla para fundamentar estudios e investigaciones o proponer políticas, estrategias y acciones para prevenir y controlar el tabaquismo.

Comienzo por esa historia, tantas veces contada de los orígenes, porque creo que para actuar, eliminar o propiciar un comportamiento relacionado con el consumo, no se puede obviar cómo y por qué surge, se instala y mantiene en la vida cotidiana. Es ahí, en el análisis de las causas, la única forma de poder encontrar los argumentos que permitan lograr que las consecuencias prevalezcan o dejen de estar.

Considero imprescindible analizar cómo la ciencia halla cada día respuestas que se convierten en interrogantes para los que desde la perspectiva social y psicológica tienen que lograr que los comportamientos de las personas y los grupos, sean coherentes con su bienestar. Tal es el caso del tabaquismo.

Y ahí se encuentran los retos que la industria impone a los que trabajan desde la salud pública, pues no siempre lo que la ciencia encuentra está en concordancia con lo que se produce. Es entonces que la industria, generalmente transnacional, se convierte en amenaza y opositor de nuestros programas de salud.

Así, en medio de esos escollos, se encuentran los salubristas de todos los tiempos, tratando de que la distancia entre lo que es y no es beneficioso para la salud se acorte cada día, para que se alargue la esperanza de vida de los habitantes del planeta.

Y en ese intento de acortar la brecha y de hacer coincidir los hábitos y conductas de consumo con la salud, he entrado en un mundo que tiene que ver con la prevención y no con la curación, por lo que asumo el desafío de analizar en el mercado, lo económico, lo social y lo legal, al ser precisamente esas ciencias las que aportan las herramientas necesarias para la prevención de la salud en los tiempos actuales.

La epidemia tabáquica, es tal vez el más claro ejemplo, ya que desde hace más de un siglo y con múltiples esfuerzos, mediante vías tradicionales no ha sido resuelto, siendo uno de los más importantes problemas de la salud pública a nivel mundial.

Justamente aquí ha estado mi interés de llevar el tabaquismo a través de su origen y sus causas, a las demostradas consecuencias, para luego terminar con la herramienta que tenemos hoy a nuestra disposición, el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, resultado de la integralidad de muchas disciplinas científicas que han permitido comprender que los problemas globales solo se pueden solucionar, por medio de una perspectiva internacional, con acciones de integración social a nivel local.

He colocado en el texto todo aquello que creí oportuno y conveniente, sin considerar si tiene muchos años de referencia o está casi olvidado en la literatura científica, así como lo más reciente que consideré interesante. Todo acompañado de mi experiencia como investigadora y mi valoración a partir de lo que en estos años he aprendido, en Cuba y Latinoamérica.

Mi propósito es transmitir lo que sé y compulsar a que otros se sumen a relatar lo que saben, para que los que transitan por el mismo camino, se puedan apropiar de ello y así optimizar los recursos de que disponemos para promover salud; para que algún día podamos convivir en un mundo libre de tabaco.

NERY SUÁREZ LUGO  
La Habana, enero de 2015

## LA HISTORIA TANTAS VECES CONTADA

El tabaquismo, la adicción a fumar los productos manufacturados del tabaco, hay que estudiarlo desde su origen para poder comprender por qué durante tantos siglos ha transitado por distintos momentos, pero ha podido sobrevivir a todos los esfuerzos que desde la salud pública, apoyada en la ciencia, se han realizado a través de los tiempos.

Como todo en la vida, se entrelazan lo bueno y lo malo, lo beneficioso y lo perjudicial. Si logramos el equilibrio, avanzaremos hacia el bienestar de la sociedad. Pero hay que encontrar la forma, de que algo que viene de la naturaleza y que se multiplica por el trabajo humano, beneficie a la humanidad. Comencemos por encontrar en sus orígenes, las razones que han propiciado que aún prevalezcan los daños y no los beneficios.

### La planta

El tabaco es una planta, que aunque no es alimenticia, constituye uno de los principales productos agrícolas del mundo; cuando llega a su madurez, mide de uno a tres metros de altura y produce entre 10 y 20 hojas grandes (figura 1). Estas se secan, curan y utilizan para fabricar cigarrillos, puros, tabaco de pipa y de mascar. Al ser comparado con otros productos agrícolas que se emplean en la alimentación constituye un cultivo muy lucrativo.



**Figura 1. Planta de tabaco.**

Fuente: Wikimedia Commons. (2007).

El tabaco obtenido de la planta del mismo nombre, tiene como denominación científica *Nicotiana tabacum*, Carl von Linneo introdujo la denominación de nicotina en su clasificación de Botánica.

El género nicotiana abarca más de 50 especies clasificadas en cuatro grupos principales: *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana petunoides*, *Nicotiana rústica* y *Nicotiana polidiclia* (figura 2). La especie *Nicotiana tabacum*, se puede clasificar en cuatro variedades: *havanesis*, *brasiliensis*, *virgínica* y *purpúrea*, que responden al origen de las distintas variedades usadas en la comercialización.<sup>12</sup>

Tabaco salvaje (*Nicotiana rústica*)      Tabaco cultivado (*Nicotiana tabacum*)



**Figura 2. Tabaco salvaje y cultivado.**

Fuente: Wikimedia Commons (2007).

## Su origen

Los expertos coinciden en que el centro del origen del tabaco, se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador y los primeros cultivos datan de cinco mil y tres mil años A.C. Cuando la colonización de América, el consumo estaba extendido por todo el continente.

Inhalar y exhalar el humo era una de las muchas formas en que se consumía en América del Sur, pues además de fumarse, el tabaco se aspiraba por la nariz, se masticaba, se comía, se bebía, se untaba sobre el cuerpo, se usaba en gotas en los ojos y en enemas.

También se empleaba en ritos religiosos, soplando sobre el rostro de los guerreros antes de la lucha, se esparcía en campos antes de sembrar, se ofrecía a los dioses y también se derramaba sobre las mujeres antes de una relación sexual. Por ejemplo, se conoce que era usado con esos fines por los mayas.

<sup>1</sup> “Un Museo del tabaco”, Cuba 2008. [Internet]. [citado: 15 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.cnpc.cult.cu/cnpc/>

<sup>2</sup> “Desde la semilla al humo. El tabaco negro de Pinar del Río”. [Internet]. [citado: 15 de febrero de 2011]. Disponible en: [http://www.guerrillero.co.cu/sitiotabaco/en\\_ingles/produccion\\_de\\_posturas\\_ingl.htm](http://www.guerrillero.co.cu/sitiotabaco/en_ingles/produccion_de_posturas_ingl.htm)

Lo cierto es que hace unos 2000 años, los nativos americanos usaban el tabaco como medicina, como alucinógeno en las ceremonias religiosas y como ofrenda a los espíritus que adoraban (figura 3).

El tabaco ha sido sagrado en América, fue considerado como medicina milagrosa, elemento indispensable en ceremonias religiosas y militares, alucinógeno e incluso complemento dietético. Ejemplo de ello es que en Brasil existe un mito que plantea que es un atributo de Dios y su representante en la tierra; los indios del Caribe usaron tabaco como narcótico y en Birmania, se cautivaron con sus excelencias de tal manera, que se agujerearon el lóbulo de sus orejas para introducirse el puro.

Un elemento interesante a considerar es cómo en la actualidad, en comunidades indígenas de algunos países de la región, aún se encuentra incorporada en la cosmovisión de los jóvenes, el empleo ceremonial del tabaco.

De todas las ceremonias andinas, los rituales de ofrecimientos a la Pachamama son los más extendidos y los principales ocurren en el mes de agosto; ya que tienen que ver con el ciclo agrario, pero también pueden realizarse durante otras ocasiones propicias a lo largo del año. El objetivo es dar gracias por lo que la Madre Tierra ha proporcionado; por lo general, un líder espiritual o un miembro de la familia, con conocimiento adecuado y experiencia, es quien conduce la ceremonia. El acontecimiento tiene lugar de acuerdo con creencias y normas interiorizadas desde la infancia y compartidas colectivamente.

La ceremonia se realiza en un área de la vivienda al aire libre, con participación de miembros de la familia e invitados. Se cava un pozo en la tierra, en un área designada, donde cada participante coloca las ofrendas a la Pachamama, que consisten en productos agrícolas, chicha (bebida de maíz fermentado), tabaco y hojas de coca. Los elementos que se ofrecen han variado con el tiempo y los cambios en la producción local. En rituales contemporáneos, se ofrecen una variedad de bebidas alcohólicas como vino, cerveza y licores destilados, además de chicha como una alternativa.

Es probable que el reemplazo de las hojas de tabaco en el ritual por cigarrillos fabricados comercialmente, ocurriera entre 1920 y 1950 cuando el consumo de este producto se intensificó a escala global. Sin embargo, no hay ningún estudio sistemático de cómo y cuándo ocurrió esta transición, ni de cuál fue su impacto sobre el comportamiento de fumar.<sup>3</sup>



**Figura 3. Aborígenes americanos fumando.**

Fuente: Wikimedia Commons. (2007).

<sup>3</sup>J. B. Unger, C. Soto y G. L. Baezconde: "Perceptions of ceremonial and nonceremonial uses of tobacco by American-Indian adolescents in California", *Journal of Adolescent Health*, 2006; 38:443e9-443e16. [Internet]. [citado: 12 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.jahonline.org>

Según se muestra en un estudio realizado en la provincia de Jujuy, Argentina, en la zona de Los Andes, mediante entrevistas cualitativas con 202 jóvenes de ambos géneros entre 10 y 20 años de edad, que vivían en áreas rurales y urbanas, se obtuvo información sobre sus experiencias tangibles referidas a su participación en el ritual de la Pachamama o Madre Tierra. De esta manera, se pudo conocer los significados que los jóvenes atribuían a esta ceremonia, y relacionarlos con elementos de la cosmovisión andina.

Conceptos como la reciprocidad, la unidad de elementos materiales y espirituales y la complementación de fuerzas opuestas, fueron identificados en los relatos de los jóvenes, así como tres dominios de interés para entender los comportamientos actuales asociados al consumo de cigarrillos en el contexto ritual: a) mecanismos de producción de creencias y normas; b) bases conceptuales de creencias y normas; y c) formas de comportamiento resultantes de las creencias y normas.<sup>4,5</sup>

Aunque el rol del consumo de cigarrillos en jóvenes indígenas de América Latina no ha sido bien estudiado, la investigación de referencia permite sugerir, que las intervenciones de prevención de tabaquismo basadas en la solidaridad, reciprocidad, y modos no racionales de aprender, podrían mejorar la efectividad de las actuales estrategias para generar comportamientos saludables, entre los que se encuentra no emplear el tabaco.

### Su expansión

Como principales momentos en la expansión del tabaco pueden considerarse los siguientes:

- 1530: los europeos comienzan a cultivarlo en Santo Domingo.
- 1556 a 1559: es introducido en Francia, España, Portugal y Japón.
- 1612: John Rolfe planta la primera cosecha comercial en Virginia.
- 1619: personas de origen africano son llevadas a Virginia como trabajadores de tabaco contratados.
- 1710: Pedro el Grande de Rusia alienta a sus cortesanos a fumar tabaco para parecer más europeos.<sup>6</sup>

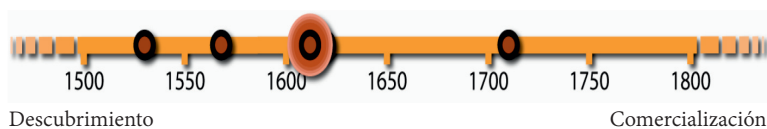


Figura 4. Línea del tiempo de la expansión del tabaco.

<sup>4</sup> E. Alderete, C. P. Kaplan, P. Erickson y E. Pérez-Stable: “Uso ceremonial del tabaco en Los Andes: implicaciones para la prevención del tabaquismo en jóvenes indígenas”, Univ. Nac. Jujuy. 2009; n.37: 13-23. [Internet]. [citado: 22 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>

<sup>5</sup> E. Alderete, C. P. Kaplan, G. M. A. Nah y E. L. Pérez-Stable: “Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina”, *Salud pública Méx.* 2008;50(4):300-307. [Internet]. [citado: 22 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.dx.doi.org>

<sup>6</sup> Tobacco Documents Online. [Internet]. [citado: 20 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.TobaccoDocuments.org>.

La línea del tiempo (figura 4), se inicia en 1492, cuando Cristóbal Colón y sus expedicionarios llegaron al continente americano, observaron a los indígenas del Caribe fumando hojas de tabaco enrolladas o valiéndose de una caña o tubo llamado tobago, de donde se deriva el nombre común de la planta.

Otras versiones, tomadas de cronistas españoles, apuntan que “tabaco” proviene de la castellanización del lugar donde la planta fue descubierta, ya sea Tobago, una isla antillana, o la localidad mexicana de Tabasco. Sin embargo, lo más verosímil es que proceda del árabe *tabbaq*, nombre que se aplicaba en Europa desde al menos el siglo xv a diversas plantas medicinales. La variedad maya conocida como Cikar (fumar), se extendió por todo el continente gracias al comercio. Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, compañeros de Cristóbal Colón, fueron los primeros occidentales en conocer su existencia.

Rodrigo de Jerez, sucumbió a los placeres del tabaco, atribuyéndosele ser el primer europeo que fumó, y al volver a su Ayamonte en España, quiso disfrutar el placer de fumar la nueva planta ante su familia y amigos; cuando ellos vieron que le salía humo por la boca, dijeron que estaba poseído por el diablo y con hábitos paganos, lo que derivó en que fue enviado a prisión por el Santo Oficio y encarcelado por la Inquisición acusado de brujería, ya que solo el diablo podía dar a un hombre el poder de echar humo por la boca. El tabaco tuvo en él su primera víctima, estuvo siete años en prisión, pero lamentablemente cuando fue liberado, la costumbre de fumar se había extendido.<sup>7</sup>

Los españoles fueron los primeros en Europa en disfrutar el placer de fumar tabaco por lo que sufrieron castigos y prohibiciones. La Iglesia, no le tenía buena aceptación y los sometieron a ultrajes inquisitoriales incapaces de reconocer más humo que el del incienso, abierto a las puertas de prohibiciones propiciadas por la superstición y otros, debido también a intereses convencionales y económicos.

La tripulación de Colón introdujo el cultivo y el consumo de tabaco en España. Cien años fueron necesarios para que el tabaco circulara en algunos puertos españoles como Sevilla, Cádiz, Moguer y Cartagena. El resto de Europa demoraría un tiempo más largo para conocer las excelencias atribuidas a la nueva planta.

Por orden de Felipe II, Hernández de Boncalo, cronista e historiador de las Indias, trajo las primeras semillas de tabaco que llegaron a Europa en 1559. Estas fueron plantadas en tierras situadas alrededor de Toledo, en una zona llamada los Cigarrales porque solían ser invadidas por plagas de cigarras. Allí se inició este cultivo y, por este motivo, algunos historiadores sostienen que el nombre de cigarrillo proviene de esta circunstancia.

La primera obra escrita, en la que se relata la forma nativa de aspirar el humo proveniente de rollos de hojas encendidas es *Apologética historia de las Indias* de Bartolomé de las

<sup>7</sup> Tabaco Documents Online. [Internet]. [citado: 15 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.es.wikipedia.org/wiki/Tabaco>



Casas (1527). Posteriormente, Gonzalo de Oviedo y Velásquez, en la *Historia General de las Indias*, describe la planta y sus usos como “ciertas hojas secas envueltas en otras hojas, pícatela pulmones ese humo con el que adormecen el cuerpo y así se embriagan” (1535).

Para finales del siglo XVI, el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales y África. Los turcos empezaron su cultivo en Tracia a mediados del siglo XVI, empleando la *N. rustica*, originaria de México.

Socialmente, el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia en Portugal, Jean Nicot de Villemain (1530-1600), quien lo difundió en Europa, lo recomendó en su forma de polvo (rapé) a la reina de Francia, Catalina de Médicis. Carl von Linneo, médico en ejercicio, pero con profundo interés por la botánica, desarrolló un sistema para clasificar las plantas en el que utilizaba un método binomial de nomenclatura científica, incluye la denominación de *Nicotiana tabacum* en honor a Nicot, ya que este, supuestamente, había curado a la reina de unas migrañas, por lo que se le denominó también hierba de la reina, *Catalinaria Nuduca* y del embajador.

En 1585 lo llevó a Inglaterra el navegante Sir Francis Drake; el explorador inglés Walter Raleigh inició en la corte isabelina la costumbre de fumar el tabaco en pipa. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, a Japón y a la costa occidental de África.

André Thevet, cosmógrafo, también tuvo que ver con la difusión de la planta y sus usos; en 1558 lo mencionaba en Brasil con el nombre local de *petún*. En 1600 el filósofo chino Fang Yizhi señala que fumar “quema los pulmones”.

El consumo de tabaco continuó extendiéndose, pero a la vez, se adoptaron diversas políticas para penalizar y restringir su consumo, entre ellas sobresale la excomunión dictada a los fumadores por los papas Vibano (Urbano) VII, Vibano VIII, Inocencio X e Inocencio XII. Físicamente más terribles resultaron las penas que iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación, ejercidos en Dinamarca, Rusia, China y Turquía. Ya en 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, lo declaró nocivo en su documento *Misocarpus*. En 1635 fue prohibido por los frailes dominicos.

En 1604, la opinión del Rey James sobre el tabaquismo se encuentra resumida en los siguientes párrafos: “Fumar es una costumbre repugnante para el ojo, odiosa para el olfato, dañina para el cerebro, peligrosa para los pulmones, y el negro y maloliente humo que emana se asemeja mucho al horrible humo estigio del foso que no tiene fondo”. Sobre el tabaquismo pasivo apuntó: “[...] la esposa tiene dos opciones: comenzar a fumar o bien aceptar vivir en un tormento maloliente perpetuo”.

En 1606, Felipe III decretó que el tabaco solo podía cultivarse en Cuba, Santo Domingo, Puerto Rico y Venezuela y ordenó pena de muerte para los que vendieran semillas a los extranjeros. Unos años después, en 1614, el mismo Felipe III, designó por decreto a Sevilla como la capital del mundo del tabaco, al ordenar que se estableciera la primera gran fábrica de tabaco y que todo el producto recolectado en los dominios del imperio fuera trasladado a la misma Sevilla para su control, manufactura y posterior exportación.

España fue el primer sitio en donde se gravó fiscalmente la importación de tabaco; en efecto, hacia 1611, cuando ya había plantaciones formales en Santo Domingo y Cuba, las cortes españolas decidieron en 1623 que la hacienda pública se hiciera cargo de la comercialización de las labores del tabaco, lo que dio origen al establecimiento de uno de los monopolios más antiguos de que se tiene memoria. Las rentas se destinaban en lo fundamental a financiar obras públicas y sociales, como la construcción de la Biblioteca Nacional de Madrid y la publicación del primer *Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española* en 1723. La cascada de países que gravaron el tabaco no se hizo esperar; así lo hicieron Portugal en 1664, Austria en 1670 y Francia en 1674.

De la misma manera que varios papas satanizaron y excomulgaron a los fumadores, el Papa Alejandro VII, con gran visión financiera, estableció el primer impuesto en el mundo sobre el uso del tabaco, en el año de 1660, antes de que se levantara la excomunión a los fumadores, acción que fue completada por Benedicto XII al establecer la primera fábrica pontificia de tabaco en 1779, encargando la elaboración de los cigarrillos a las monjas de varios conventos de Roma.

En 1710, Pedro el Grande de Rusia alienta a sus cortesanos a fumar tabaco para parecer más europeos. Durante la Segunda Guerra Mundial las mujeres contribuyeron al esfuerzo bélico-antibélico y se ganaron el derecho de fumar en público a la par que los hombres, afirmando su independencia, igualdad, emancipación y patriotismo.<sup>8</sup>

Así, entre promotores y detractores, se produce la expansión del tabaco y la adicción a fumar, situación que llega hasta el siglo XXI, marcada por la ignorancia y los intereses lucrativos que la acompañan desde su descubrimiento.

## Su comercialización

España monopolizó el comercio del tabaco, para lo cual estableció en 1634 el estanco de este producto para Castilla y León, régimen que en 1707 se amplió a todos los territorios de la corona, acompañado de la prohibición de cultivar la planta en la península para facilitar el control aduanero.

<sup>8</sup> H. Rubio y A. Rubio: "Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo", *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.*. 2006; 19 (4): 297-300. [Internet]. [citado: 7 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

La extensión del estanco a Cuba, donde tenía lugar gran parte de la producción, provocó numerosas revueltas y, en 1735, España cedió la explotación a la Compañía de La Habana.

La América colonial anglófona se convirtió en el primer productor mundial de tabaco; el cultivo se inició en el asentamiento de Jamestown, donde ya en 1615 la planta crecía en jardines, campos y hasta en las calles; en poco tiempo se convirtió en el producto agrícola básico y en el principal medio de cambio de la colonia. En 1776, el cultivo se extendió hacia Carolina del Norte y llegó por el oeste hasta Missouri. Hacia 1864, un agricultor de Ohio obtuvo por casualidad una cepa deficiente en clorofila que recibió el nombre de burley blanco y acabó por convertirse en el ingrediente principal de las mezclas de picadura americana, sobre todo a partir de la invención, en 1881, de la máquina de elaborar cigarrillos.

Los principales momentos de la industrialización moderna pueden resumirse en los siguientes:

- 1852: introducción de los fósforos.
- 1880: se patenta la máquina de Bonsack.
- 1912: caja de fósforos cerillas perfeccionada por Diamond Co.
- 1913: nacimiento del cigarrillo “moderno”; R. J. Reynolds presenta la marca Camel.
- 1854: Philip Morris comienza a fabricar cigarrillos en Londres.
- 1874: Washington Duke construye su primera fábrica.
- 1884: J. B. Duke firma un contrato con Bonsack.
- 1899: R. J. Reynolds se incorpora.
- 1910: Duke’s American Tobacco Co. controla el 92% del comercio mundial de tabaco.
- 1911: la Corte Suprema de los Estados Unidos disuelve la coalición Duke’s; surgen American Tobacco, R.J. Reynolds, Liggett and Myers, Lorillard, y British American Tobacco.
- 1930 a 1940: el consumo de cigarrillos en los Estados Unidos se duplicó.<sup>9</sup>

En el transcurso del tiempo, la producción y comercialización del tabaco se fue expandiendo y diversificando a la par que el estudio de su composición permitió adentrarse en el análisis de aquellos aspectos, que en la misma medida que resultaban agradables al hombre, constituirían una amenaza para la salud y se traducirían con posterioridad en un problema para la salud pública.

## El cultivo del tabaco

Los cigarrillos son un producto muy rentable para las compañías tabacaleras. La industria del cigarrillo utiliza las ganancias del cultivo del tabaco y las oportunidades laborales de la industria como argumentos en contra de su control.

<sup>9</sup>Tobacco Documents Online. [Internet]. [citado: 20 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.TobaccoDocuments.org>

Desde la última década de siglo xx, la producción de hojas de tabaco en los países desarrollados disminuyó en más de un tercio, mientras que en los países en vías de desarrollo aumentó en dos tercios. En la mayoría de los países, el valor de la hoja de tabaco es menor al uno por ciento del valor total de los productos agrícolas.

La hoja de tabaco es un cultivo comercial muy importante para muchos países en vías de desarrollo, que por lo general se considera una forma de aliviar la pobreza. Más de 125 países cultivan tabaco y existen aproximadamente 20 millones de agricultores de tabaco en todo el mundo. Muchos gobiernos dependen de la hoja de tabaco como una fuente importante de ingresos para el sistema impositivo local.

El cultivo mundial de tabaco representa alrededor de 20 mil millones de dólares estadounidenses, pero no alcanza el uno por ciento del valor total del sector agrícola a nivel mundial.

La producción mundial de cigarrillos engloba tres grupos de actividades: producción de la hoja de tabaco, distribución y consumo. El cultivo de tabaco incluye la siembra, el escardado, la cosecha, el secado y el prensado. Los negocios suplementarios incluyen: fabricantes de aromáticos y esencias, cajetillas de cigarrillos, adhesivos, agencias de transporte, agentes de aduana y maquinaria para el procesamiento del tabaco.

### **La falacia de los beneficios**

Con el transcurso de los años, el cultivo, manufactura y comercialización del tabaco, se ha convertido en uno de los más lucrativos para la industria tabacalera, de manera tal que le ha resultado posible encubrir sus efectos negativos con diversas mentiras, que van desde desacreditar los daños a la salud cada vez más comprobados, hasta los grandes beneficios económicos para los países, sustentados en ser importante fuente de empleo, fundamentalmente en los países productores de tabaco.

En su intento por dar al traste con los avances en cuanto al control del tabaquismo a nivel mundial, la industria del tabaco maximiza los beneficios en los países productores y las supuestas pérdidas masivas de puestos de trabajo, si los gobiernos toman medidas para proteger la salud pública. Según el Banco Mundial, estos argumentos se basan en maximizar el impacto del control del tabaco y omitir los negativos efectos sociales y sanitarios que se producen.<sup>10</sup>

Hay ejemplos que evidencian que los empleos que están desapareciendo como resultado de los cambios tecnológicos en la industria tabacalera, son mucho más elevados que los que se perderían por unas políticas eficaces de prevención del tabaquismo. En el año 1999, tras la adquisición de la tabaquera Rothman por British American Tobacco (BAT), cerraron las fábricas de

<sup>10</sup> Banco Mundial: “La epidemia de tabaco. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco”, OPS-Banco Mundial, Washington D.C., 2000.

España, Australia, Malasia, Nicaragua, Papua, Nueva Guinea, Singapur, Sudáfrica, Surinam, Suiza y el Reino Unido, como consecuencia de ello desaparecieron puestos de trabajo.

Una reestructuración de la empresa hispano-francesa Altadis supuso la pérdida de casi 900 empleos, buena parte de ellos en la factoría de Cádiz, ya castigada por la crisis industrial. La adquisición de Altadis por Imperial Tobacco trajo como consecuencia que en el año 2008 desaparecieran 830 puestos de trabajo con el cierre de las factorías de Alicante, Cádiz y Palazuelo.<sup>11</sup>

En el Reino Unido, mientras la producción de cigarrillos aumentaba un 3% entre 1990 y 1998, los empleos en el sector descendieron un 75%.

Los cálculos del Banco Mundial mantienen que la puesta en marcha de políticas integrales contra el tabaquismo tendría muy poca o ninguna repercusión en el empleo total de la mayoría de los países, puesto que el gasto en cigarrillos y artículos relacionados pasaría a otros productos y servicios.

Expertos de ese banco calcularon que en el Reino Unido el empleo aumentaría en un 0,5% si desapareciera el negocio del tabaco, mientras que en Estados Unidos el impacto sería neutro: ni aumentaría ni se reduciría, pues cuando los fumadores abandonan la adicción, el dinero que anteriormente dedicaban a comprar cigarrillos va a otros bienes y servicios, por lo que se genera demanda y creación de otros nuevos empleos y todo lo que ello implica para la economía de un país.

En general, por cada 10% de descenso en el consumo de tabaco por medio de cualquiera de las medidas enumeradas, se crearían hasta 15 000 empleos netos, según estudios realizados por el gobierno del Reino Unido.

La industria tabacalera, además de destruir empleos, desarrolla corruptas prácticas de cabildeo, contaminación ambiental a gran escala, delincuencia financiera, comercio ilícito, operaciones en paraísos fiscales y prácticas de marketing y publicidad dudosas, según señalan los procesos judiciales abiertos en todo el mundo.<sup>12</sup>

De cualquier modo, se debe hacer énfasis en que un descenso de la demanda mundial ocurrirá de manera lenta, durante varias generaciones, por lo que los gobiernos buscarán opciones para la eliminación paulatina de las plantaciones de tabaco, sustituyéndolas con cultivos alternativos que produzcan alimentos orgánicos de calidad y en cantidad suficiente, contribuyendo a la mejora de la alimentación de la población y a la vez generando empleos en el sector agrícola, fundamentalmente en aquellos países donde la producción tabacalera es importante.

<sup>11</sup> Diario *El País*, 19-06-08, "Imperial Tobacco eliminará 830 empleos en sus sedes de España". [Internet]. [citado: 12 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es>

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud: "La rentabilidad a costa de la gente", Washington D.C., noviembre de 2012.

Es obvio que lo anterior representa un dilema para los responsables de la toma de decisiones en cada país, puesto que se convierte en un conflicto político entre el comercio, la exportación de cigarrillos y la meta de reducir el consumo doméstico del tabaco para mejorar la salud, así como de participar en la acción antitabaco internacional, incluso la adscripción al Convenio Marco para el Control del Tabaquismo.

## El tabaco en Cuba

El tabaco, como el azúcar, son productos que han entrado en la vida diaria de los cubanos, forman parte del proceso de transculturación, no solo en la región latinoamericana, sino que trasciende a todo el mundo.<sup>13</sup>

El tabaco se encuentra insertado en la historia del pueblo cubano desde su misma formación étnica hasta su contextura social, su vida política y sus relaciones en el orden internacional. Estudios realizados en la década del 80 del pasado siglo, muestran que “el cubano se considera un pueblo de fumadores”.<sup>14</sup> Coincidente esta información con la reseñada por Fernando Ortiz, más de cuarenta años antes, cuando describía la representación del cubanismo del tabaco y cómo la clase obrera que trabaja en el cultivo e industria del tabaco, era el núcleo impulsor de los movimientos revolucionarios y la avanzada del proletariado cubano.<sup>15</sup>

El tabaco también ha sido un factor determinante en la evolución y estructura de la sociedad cubana, se ha insertado en el imaginario social del cubano y forma parte de sus tradiciones, música y folklore, transmitiéndose de generación en generación y tomando diferentes connotaciones que han ido transitando desde la imagen del tabaco asociado al campesino y los rituales religiosos, hasta la sensualidad de hombres y mujeres, la adultez e independencia de los jóvenes.

Durante muchos años, en Cuba, el 2% de las tierras cultivables del país se dedican al tabaco, el 3% de los trabajadores agrícolas se emplean en su cultivo y alrededor de 200 000 cubanos trabajan anualmente vinculados al tabaco, tanto en la agricultura como en la industria, en sus diferentes etapas.<sup>16</sup>

El tabaco ha constituido y constituye, un importante renglón de exportación y captación de divisas, ocupando entre el sexto y séptimo lugar en los rubros exportables y siempre presentó una franca tendencia al ascenso, aun con las acciones antitabaco a nivel mundial, debido a que la exportación se centra en el habano, producto elitista que tiene como consumidores a

<sup>13</sup> F. Ortiz: *Los factores humanos de la cubanidad. Estudios etnosociológicos*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1991. pp. 10-30.

<sup>14</sup> L. N. Suárez: “Tabaco o Salud: una decisión social”, revista *Horizonte Sanitario*, México, 2004: 3(2): 12-21.

<sup>15</sup> F. Ortiz: *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*, Madrid, Cátedra, 2002.

<sup>16</sup> F. R. Campos: “Los habanos mantienen su corona en un mundo antifumador”, *Prensa Latina*, La Habana, noviembre 12 de 2012. [Internet]. [citado: 14 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.prensa-latina.cu>

personas de elevados ingresos y además, porque las campañas se han centrado fundamentalmente en la nocividad del cigarrillo.

El cigarrillo ha sido siempre un producto de la mayor estabilidad en el mercado nacional, cuya comercialización ha desempeñado un importante papel para mantener el equilibrio de las finanzas internas con un lugar muy importante en la circulación mercantil.

Como país productor de tabaco donde este tiene un importante lugar en la economía, pero que a la vez la salud de la población es un objetivo prioritario, las políticas públicas siempre han sido un reflejo de esa realidad.

*La toma de decisión entre el tabaco y la salud, representa un dilema en cada país, ya que constituye un conflicto entre el comercio, la exportación de cigarrillos y la meta de reducir el consumo doméstico del tabaco para mejorar la salud de la población.*

*El descenso de la demanda mundial de tabaco, ocurrirá de un modo lento durante varias generaciones, por lo que los gobiernos deberán buscar alternativas para la eliminación paulatina de las plantaciones de tabaco, sustituyéndolas con cultivos que generen empleos, fundamentalmente en aquellos países donde la producción tabacalera es importante.*

## EL ARRIBO DE LA CIENCIA

El tabaquismo lleva consigo una carga de enfermedad y muerte que no es comparable a ninguna otra causa de las que se clasifican actualmente como evitables.

Son muchos los factores que en el transcurso de los años han favorecido la expansión del tabaquismo, entre ellos la difusión de mitos sobre los hipotéticos beneficios del tabaco, propiedades que indudablemente no tiene o no se han intentado explotar, pero que han ayudado a disfrazar o cuando menos a minimizar el alcance de sus efectos nocivos para la salud.<sup>1</sup> Es por eso que continúa siendo imprescindible ofrecer información para hacer tomar conciencia de los riesgos del tabaco y desmitificar los argumentos que han logrado hacer de su consumo algo socialmente aceptable.

En este capítulo se pretende poner de nuevo, en forma clara y precisa, la verdad comprobada por la ciencia y que ha superado toda controversia, aunque lamentablemente aún no resuelta en el ámbito social: fumar produce enfermedades y causa la muerte, es adictivo y el humo es nocivo para las personas que lo inhalan involuntariamente. Pudiera decirse que aquí se presentan los argumentos de lo que puede ser llamada una verdad desagradable para los fumadores, pero una mentira muy bien aprovechada por la industria tabacalera.

### Los componentes

En su composición, el tabaco incluye un alcaloide, la nicotina, que se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%). El resto, llamado brea o alquitrán, es una sustancia oscura, resinosa y maloliente, compuesta por varios agentes químicos altamente nocivos, muchos de los cuales se generan como resultado de la combustión, tales como el cianuro de hidrógeno, monóxido y dióxido de carbono, óxido de nitrógeno, y amoníaco, entre otros.

El humo de tabaco incluye más de 4000 compuestos químicos. Aproximadamente la mitad de estos se encuentran de forma natural en la hoja de tabaco, y la otra mitad se produce mediante reacciones químicas al quemar los productos manufacturados del mismo. Algunos se agregan durante el proceso de curado; y otros se adicionan en su fabricación para lograr un sabor característico o mejorar la calidad de su producto, lo que ha ido incorporando nuevos

<sup>1</sup> M. F., Hovell y S. C. Hughes: "The behavioral ecology of secondhand smoke exposure: A pathway to complete tobacco control", *Nicotine & Tobacco Research*. 2009;11:1254–1264 [Internet]. [citado: 14 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://ntr.oxfordjournals.org>



componentes en el transcurso del tiempo, en la medida que la industria lo ha requerido para mantener la diversificación de los productos.

En la sangre de los fumadores se pueden encontrar algunos compuestos, derivados de la composición química del cigarrillo, tales como: monóxido de carbono, benceno, nicotina, cianuro (tiocianato), tolueno, N-hexano, etilbenceno, xilenos y altas concentraciones de hidrocarburos aromáticos policíclicos HAP\* y aducciones de ADN.<sup>2</sup>

Jeffrey Wigand asevera que “La industria tabacalera quiere que las personas crean que el cigarrillo no es nada más que un producto natural cultivado en la tierra, desmenuzado, embutido en un trozo de papel y despachado. Y no es así: es un producto meticulosamente ingeniado. El objetivo que se esconde tras un cigarrillo es administrar nicotina, una droga adictiva”.<sup>3</sup>

### Las primeras advertencias

Las primeras informaciones públicas sobre la nocividad del tabaquismo datan del siglo xx.

1938: El Dr. Raymond Pearl informa que los fumadores viven menos que los no fumadores.

1939: Franz Hermann Muller de Alemania, detecta una fuerte relación dosis-respuesta entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón.

En el año 1950 se realizan tres estudios de casos y controles que resultan clave para demostrar la nocividad del tabaquismo. Son ellos:

- Morton Levin publica un estudio que relaciona el tabaquismo con el cáncer de pulmón en el *Journal American Medical Association* (JAMA).
- Ernst L. Wynder y Everts A. Graham publican un estudio en JAMA en el cual 96,5% de los pacientes entrevistados con cáncer de pulmón eran fumadores.
- Richard Doll y Bradford Hill publican un estudio en *The British Medical Journal* (BMJ) que revela que los fumadores empedernidos tienen 50 veces más posibilidades de tener cáncer de pulmón. En el año 1954, se realizó un seguimiento.<sup>4</sup>

El revolucionario estudio realizado por Wynder demostró que el tabaco con el que mancharon el lomo de ratones les producía tumores.<sup>5</sup>

La reacción de la industria tabacalera no se hizo esperar. Primero se produce el anuncio de la formación del Tobacco Industry Research Committee (Comité para la Investigación de la Industria del Tabaco) en el año 1954, que luego se llamó Council for Tobacco Research

\*Mezcla compleja y dañina para el organismo. La exposición a los hidrocarburos aromáticos policíclicos ocurre, generalmente, al respirar aire contaminado, entre los que se encuentra el humo del cigarro.

<sup>2</sup> A. Navaz, A. Peruga y P. Breyssse: “Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America”, 2002-2003, JAMA, 2004, 291(22): 2741-5.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud: “Tabaco: lo que todos debemos saber”, OPS, 2002.

<sup>4</sup> R. Peto, A. D. López, J. Boreham, M. Thun y C. Heath: “Mortality from smoking in developed countries”, 1950-2000, Oxford, Oxford University Press, 1993.

<sup>5</sup> National Cancer Institute USA. (2001); Organización Mundial de la Salud, International Agency for Research of Cancer. USA. Department of Health and Human Services, USA, 2004.

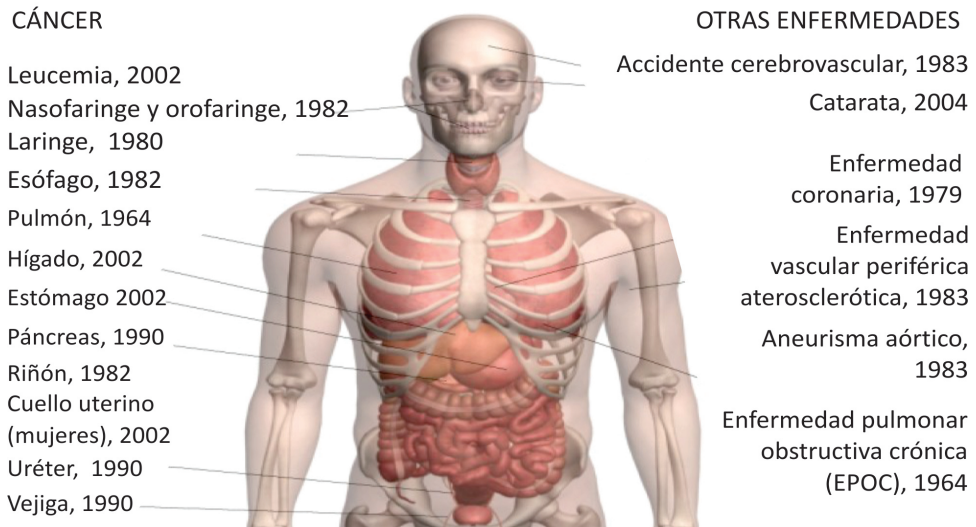
(Consejo para la Investigación del Tabaco) y lanzó una campaña de fraude y engaño diseñada para confundir al público estadounidense.

La reacción de la industria tabacalera siempre ha estado encaminada a descartar la ciencia, presentándola como antagonista, derivado del contrato a asesores que les permiten mantener la controversia que crea dudas en los consumidores, pero los estudios epidemiológicos brindan evidencia directa sobre los riesgos del tabaco para la salud.

En 1964, el Director de los Servicios Estatales de Salud Pública de Estados Unidos, Luther Terry, emite el primer informe sobre el tabaquismo y la salud, donde se presenta una relación “concreta” entre el uso de tabaco y el cáncer en los hombres, pero estableció una relación “probable” entre el uso de tabaco y el cáncer en las mujeres. El comité asesor concluyó en ese momento que fumar cigarrillos constituye:

- una causa de cáncer de pulmón y de laringe en los hombres;
- una posible causa de cáncer de pulmón en las mujeres;
- la causa más importante de bronquitis crónica;
- un riesgo para la salud de importancia tal, que exige garantizar una medida de recuperación adecuada.<sup>6</sup>

En la figura 1 se muestran los efectos del tabaquismo activo en el organismo humano, en el momento que quedó demostrado científicamente.



**Figura 1. Efectos del tabaquismo activo en el organismo humano.**  
 Fuente: Adaptación de CTLT del Informe del Director de los Servicios Estatales de Salud Pública de EE. UU. (2004.)

<sup>6</sup> C.E. Koop, OF Pomerleau: *The American Journal of Medicine: The effects of cigarette smoking: A global perspective*, *Am. J Med.*, 1992;93 ( 1ª): 1S-56S.

El riesgo varía de acuerdo con patrones de consumo del tabaquismo: edad en que inicia el hábito, inhalación, cantidad de cigarrillos consumidos, período sin fumar, tipos de cigarrillos que consume, y otros medios de exposición a sustancias nocivas también a la salud.<sup>7</sup>

Referente a las mujeres, se considera la presencia de un riesgo sobre añadido al unirse lo referente a los daños del aparato reproductor. Hay un mayor riesgo en las mujeres que fuman y tienen el virus del papiloma humano (VPH), ya que el tabaquismo se asoció con el riesgo de fomentar el desarrollo de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, con un riesgo relativo igual a 1,67 (IC de 95%, 1,12 a 2,48) en un estudio de mujeres infectadas con VPH. Se demostró además, que el riesgo aumenta en relación con la cantidad de cigarrillos consumidos.

El tabaquismo incrementa la posibilidad de que la menstruación sea dolorosa e irregular. Durante el embarazo aumenta el riesgo de embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto de feto muerto y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). El consumo de formas de tabaco que no emanan humo, durante el embarazo reduce el peso del feto al nacer y duplica el riesgo de parto de feto muerto.

En las mujeres, el consumo de cigarrillos aumenta drásticamente el riesgo de padecer accidentes cerebrovasculares y enfermedades cardíacas. Esta última es una de las principales causas de muerte para las mujeres en los países desarrollados y, cada vez más, en los países en desarrollo. Las mujeres que fuman y toman anticonceptivos orales tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas.<sup>8</sup>

El cáncer de pulmón es el más común provocado por el tabaquismo y en varios países desarrollados supera al cáncer de mama como la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. A la vez, aumenta el riesgo de padecer cáncer de boca, garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, vejiga, riñón, cuello uterino y útero en las mujeres.

Existen pruebas más recientes que relacionan el tabaquismo con el cáncer de mama. De acuerdo con un estudio realizado en el 2006 por el State of California Air Resources Board (Consejo de los Recursos del Aire del Estado de California), la exposición al humo de segunda mano, aumenta el riesgo de cáncer de mama en las no fumadoras en edades previas a la menopausia.

Las jovencitas que fuman cigarrillos tienen un desarrollo deficiente de los pulmones y en el caso de las mujeres experimentan una disminución temprana del funcionamiento pulmonar. Así mismo causa enfisema y bronquitis crónica, incrementa el riesgo de enfermedades agudas de las vías respiratorias bajas y empeora el asma.

Los estudios continuaron profundizando hasta llegar a conocer los efectos del tabaquismo pasivo, esto es, el provocado por el denominado “humo de segunda mano”.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud: “Tabaquismo: una amenaza constante para la salud”, 40 p. OPS, *Comunicación para la Salud*, No. 12, 1997.

<sup>8</sup> P. Ordúñez, R. Cooper, A. Espinosa y M. Iraola: “Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control”, *Rev Cubana Salud Pública*, 2005; 31(4):58-9.

El Humo Directo (HD) o Humo de Corriente Primaria, es el humo que sale de la boquilla del cigarrillo cuando se inhala; el Humo Lateral (HL) es aquel que sale del cigarrillo encendido entre bocanadas y el Humo de Segunda Mano (HSM) es la combinación del HL y el HD exhalado.

El HSM contiene los mismos gases y las mismas partículas que el HD, es una mezcla dinámica que cambia con el paso del tiempo y puede considerarse cualitativamente comparable al HD en términos de su posible toxicidad.

A continuación se relacionan algunos hallazgos de importancia

- El tabaquismo involuntario (exposición al humo de tabaco de segunda mano o “ambiental”) es carcinógeno para los humanos (Grupo 1). International Agency for Research on Cancer, IARC, 2004.
- En el transcurso del año 1984: “El tabaquismo involuntario es una causa de muerte para los no fumadores saludables. Una de sus consecuencias es el cáncer de pulmón.”
- Las consecuencias para la salud de la exposición involuntaria al humo de tabaco, sin lugar a duda, documenta que el humo de segunda mano es nocivo para la salud de las personas. Informe del Director de los Servicios Estatales de Salud Pública de Estados Unidos.

En el año 2006, la comunidad científica llegó a un acuerdo sobre este tema. Se demostró, además, la asociación del humo de segunda mano en los niños, al encontrar en los que estaban expuestos, mayor prevalencia de enfermedades respiratorias, la reducción de la función pulmonar, mayor frecuencia de bronquitis, neumonía, más tos y/o flema crónica, mayor frecuencia de derrames en el oído medio, ataques o síntomas de asma más graves, como factor de riesgo para nuevos ataques de asma y para Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).<sup>9,10</sup>

Referente al tabaquismo pasivo en la mujer, es importante señalar que en el año 2004, las conclusiones del Informe del Director de los Servicios Estatales de Salud Pública de los Estados Unidos plantea: “La evidencia es suficiente para concluir que existe una relación causal entre el tabaquismo y el cáncer de cuello uterino”. Mientras que para los adultos en general, queda demostrada la asociación como factor de riesgo para cáncer de pulmón y para enfermedades cardíacas.<sup>11</sup>

Las principales conclusiones del Informe del Cirujano General de los Estados Unidos del año 2006, fueron las siguientes:

1. El humo de segunda mano provoca muerte prematura y enfermedades en niños y adultos que no fuman.
2. Los niños expuestos al humo de segunda mano tienen más riesgo de padecer el SMSL, infecciones respiratorias agudas, problemas auditivos y asma más grave. El tabaquismo de los padres provoca síntomas respiratorios y retarda el desarrollo de los pulmones en los niños.

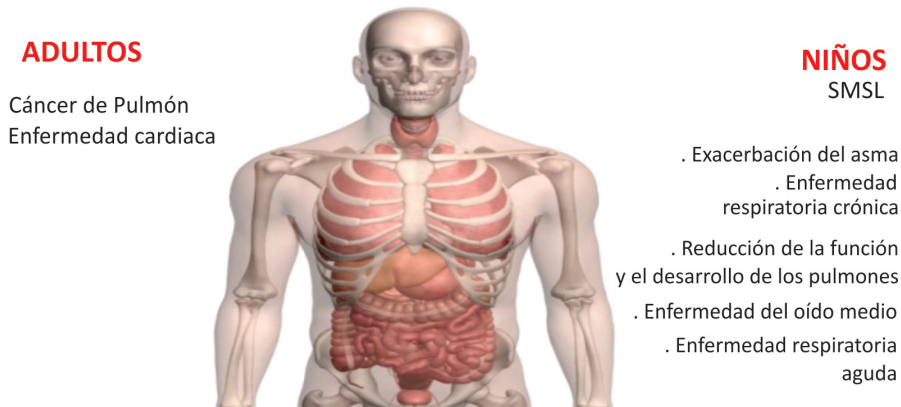
<sup>9</sup> M. Callén, A. González, A. Garmendia, J. Mintegui y J. Empanza: “Efecto del tabaquismo pasivo sobre la función pulmonar del niño asmático”, *An Esp Pediatr*, 1997;47:383-388.

<sup>10</sup> S. Santamaría y J. Hernández: “Lucha contra el tabaco. Patología del Aparato Respiratorio”. 1982:109-121.

<sup>11</sup> R. Beaglehole: “Does passive smoking cause Heart disease?”, *Br Med J*, 1990;301:1343-44.

3. La exposición de los adultos al humo de segunda mano tiene efectos adversos inmediatos en el sistema cardiovascular y causa enfermedades coronarias y cáncer de pulmón.
4. La evidencia científica indica que no hay nivel de exposición sin riesgos al humo de segunda mano.
5. A pesar del importante progreso del control del tabaco, varios millones de estadounidenses, tanto niños como adultos, aún se exponen al humo de segunda mano en sus hogares y lugares de trabajo.
6. La eliminación del tabaquismo en los espacios cerrados protege completamente a los no fumadores de la exposición al humo de segunda mano; separar a los fumadores de los no fumadores, purificar el aire y ventilar los edificios no basta para eliminarlo.

En la figura 2 se pueden apreciar los efectos nocivos para la salud y las enfermedades que causa la exposición al humo de segunda mano.



**Figura 2. Enfermedades y efectos nocivos para la salud provocados por el HSM.**

Fuente: Adaptación de CTLT del Informe del Cirujano General de EE. UU. (2006).

En el propio informe, de manera particular, se hace referencia a los efectos del humo de segunda mano en la salud de los niños, los que se señalan a continuación.

Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Entre los factores de riesgo para SMSL se encuentran:

- Tabaquismo activo de la madre: el riesgo aumenta cuando la madre fuma más durante el embarazo.
- Bebés prematuros y con bajo peso, ambas características se asocian con el tabaquismo de la madre.
- El HSM promueve la irritación directa de las vías respiratorias y causa infección respiratoria.
- La exposición a la nicotina puede alterar la respuesta de los bebés a la hipoxia.

- El tabaquismo de la madre durante el embarazo puede afectar el desarrollo y la capacidad de respuesta de los pulmones.
- El HSM aumenta la hiperreactividad de las vías respiratorias.
- La exposición al HSM puede aumentar el riesgo de atopia infantil.
- La exposición al HSM hace que los niños pequeños enfrenten un riesgo mayor a contraer infecciones de las vías respiratorias bajas.

El HSM puede contribuir al mal funcionamiento de la Trompa de Eustaquio, crucial para el desarrollo de la enfermedad del oído medio, por las siguientes razones:

- disminución de la depuración mucociliar;
- hiperplasia adenoidea;
- inflamación de las mucosas;
- mayor frecuencia de infecciones de las vías respiratorias altas.

Estos resultados han sido la corroboración de los estudios realizados en el año 1997 por Anderson y Cook.<sup>12</sup>

## Dependencia y adicción

Es importante señalar que aunque en la literatura se hace referencia con frecuencia a un hábito nocivo a la salud, los expertos en el tema coinciden en llamarle precisamente tabaquismo por ser considerado como una adicción. Es por eso que se hace necesario conceptualizar estos términos.

*Adicción:* término general que se aplica al comportamiento inadaptado de la búsqueda de droga. Equivale a lo que la American Psychiatric Association, (APA) y la Organización Mundial de la Salud denominan “dependencia”.

*Dependencia:* la APA hace referencia a la cantidad de “nicotina” que recibe la persona, mientras que la OMS hace referencia a la cantidad de “tabaco”.

*Abstinencia:* síntomas transitorios que surgen después de la privación cuando existe una dependencia física, es decir, neuroadaptación.

*Tolerancia:* reducción de respuestas ante la repetición de dosis.

Tanto la dependencia como la abstinencia y la tolerancia pueden ocurrir de forma independiente. Ni la abstinencia, ni la tolerancia, son necesarias o suficientes para generar dependencia. El uso del tabaco, considerado como adicción, se comporta de manera cíclica y se puede ver representado en la figura 3.

<sup>12</sup> H. R. Anderson y D. G. Cook: “Passive smoking and sudden infant death syndrome. Review of the epidemiological evidence”. Thorax 1997;52:1003-1009 doi:10.1136/thx.52.11.1003.



**Figura 3. El ciclo de la adicción.**

Fuente: Adaptación Institute for Global Tobacco Control, CTLT.

No queda duda de que el tabaquismo es una adicción, de ahí la importancia de denominarlo tal cual es y no encubrirlo bajo la denominación de hábito de fumar, aunque en ocasiones se le anteponga mal hábito para hacer ver su nocividad.

### Las causas de la adicción

El tabaquismo es la adicción a una droga, que produce una serie de afecciones ampliamente conocidas provocadas por su consumo y también, aun sin consumir, por el hecho de respirar en ambientes con humo producido por los fumadores. Este fenómeno de tolerancia se observa con respecto a los efectos iniciales adversos, que ocurren frecuentemente al fumar los primeros cigarrillos, pero también se acostumbran a las concentraciones sanguíneas de nicotina, que se alcanza al fumar; lo que conduce a la necesidad de un incremento progresivo del consumo, para poder obtener los mismos efectos.

Este incremento ocurre hasta alcanzar una meseta, cuyo nivel es muy variable para cada individuo. La supresión, sobre todo brusca del consumo, produce síntomas de “privación a droga” en la mayoría de los consumidores: intensos deseos de fumar, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, irritabilidad, trastornos del sueño y síntomas físicos, como cefaleas, mareos, sudoración.

Fumar cigarrillos se convierte en una adicción a causa de sus componentes. La mayoría de los cigarrillos contiene aproximadamente 10 mg de nicotina. Entre el 10% y el 40% de los cigarrillos contienen la dosis típica de 1 a 3 mg de esta sustancia, independientemente de que la publicidad la denomine como “suave” o “regular”.

Otro de sus componentes, el alquitrán, proviene de la combustión —denominada pirólisis del tabaco—; las partículas en el humo que ingresan en los pulmones miden un micrón. El

monóxido de carbono es producto de la pirólisis; su vida media varía según la tasa respiratoria, pero las pruebas de COHb demuestran que permanece en el aire de cuatro a siete horas aproximadamente.

Al igual que otras drogas que se consumen en exceso, la nicotina estimula las vías cerebrales de la recompensa e incrementa el nivel de dopamina en el núcleo accumbens del cerebro. Los efectos que provoca en este refuerzan el comportamiento, alteran el estado de ánimo y crean una necesidad que no existía antes de la exposición a la droga. Por eso es que se puede afirmar que las personas que intentan dejar de consumir tabaco luchan contra la biología.<sup>13</sup>

La nicotina en el cerebro provoca adicción. Los niveles de nicotina fluctúan ampliamente, cuando una persona despierta en la mañana los niveles son bajos y aumentan a lo largo del día. Al despertar se sienten los primeros síntomas de la abstinencia y en el caso de los fumadores dependientes, los deseos de fumar son más fuertes.

La industria tabacalera intenta engañar con la nueva generación de los denominados productos que reducen la exposición y son menos riesgosos, ya que producen modificaciones en el contenido de nicotina y alquitrán; pero lo que intentan es mantener el mercado, mediante cambios en la composición de los cigarrillos que ofrecen a los fumadores una alternativa y una razón para no dejar de fumar. Por ejemplo, optar por fumar cigarrillos con bajo contenido de alquitrán posiblemente aumente, no disminuye, los riesgos del tabaquismo.<sup>14</sup>

Otro ejemplo lo constituyen los denominados cigarrillos “suaves”, que son más ventilados, por lo que los fumadores aumentan el nivel de inhalaciones. El diseño del producto y los ingredientes (mentol), convergen para que el sabor del cigarrillo sea más fresco y suave. Sin embargo, esto no es más que una táctica de marketing mortífera y engañosa, porque dichos cigarrillos son tan tóxicos como los de “sabor total”. El mentol suma a la mezcla química una mayor adicción, pues el amoniaco aumenta la dosis, se produce una interacción del acetaldehído, unida al mentol que es “tranquilizante” y los efectos inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO).

La modulación del receptor de la nicotina produce efectos graduales por medio de las neurohormonas; los receptores de nicotina se regulan: la reversibilidad en los fumadores crónicos es incierta y se asocia una mayor cantidad de receptores con la tolerancia y la dependencia. Se ha comprobado científicamente que el alcance, la duración y la variabilidad de la reversibilidad, son inciertos.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> OPS: “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”, OPS, 2005. [Internet]. [citado: 15 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)

<sup>14</sup> A. J. Schmidt, J. M. Lee y G. An (1989), “Media and environmental effects on phenolics production from tobacco cell cultures”, *Biotechnol, Bioeng*, 33: 1437–1444.

<sup>15</sup> D. C. Perry, G. M. L. Dávila, C. A. Stockmejer y K. J. Keller: Increased Nicotinic Receptors in Brains from Smokers: Membrane Binding and Autoradiography Studies, *JPET*, June 1, 1999; 289(3) 1545-1552.



La abstinencia de nicotina se relaciona con el mal funcionamiento y desempeño del cerebro. Sin embargo, puede solucionarse con tratamiento de reemplazo de la nicotina (parche, chicle) y otras terapias.<sup>16</sup>

Los profesionales de la salud deben tratar el aspecto físico de la adicción, unido al proceso de rehabilitación y, por supuesto, esto no lo exime de su participación en la prevención del tabaquismo y la promoción de la salud.

## **Tratamiento de la adicción**

Los fumadores mantienen la adicción, porque el fumar satisface determinadas necesidades, proporcionándole algún tipo de placer, brindando elementos gratificantes. Para que las personas dejen de fumar deben tener al menos una razón, un motivo lo suficientemente fuerte que pueda oponerse, con éxito, a la satisfacción y vivencias positivas que se reciben al fumar. Es decir, que resulten de mayor peso e importancia; que la relación costo-beneficio se incline al beneficio.

Los fumadores pueden tener como motivos para dejar de fumar la preocupación por la salud, ya sea por la presencia de determinados síntomas asociados a enfermedades o padecimientos que conoce han tenido amigos o familiares y que los llevó a perder su calidad de vida o a la muerte.

Otra razón, asociada a personas jóvenes, es el que se convierta en incompatible con alguna actividad, como el deporte o en las relaciones de pareja o de grupo.

Hay también situaciones transitorias relacionadas con la salud, como el embarazo o con problemas económicos. En estas ocasiones, con frecuencia, ante la desaparición de la situación, cesa igualmente el propósito de dejar de fumar.

Fumar tiene que resultar un problema para que constituya una de las premisas más importantes en la elaboración del motivo o razón, para tomar una decisión en que se rompa con la ambivalencia entre el deseo de fumar y la necesidad de dejar de hacerlo.

Otro aspecto fundamental, es que el fumador gane conciencia de que fumar o no fumar, como cualquier otra decisión, depende del que hace la elección y por lo tanto implica siempre una responsabilidad para quien la toma. Por tanto, si queremos que los fumadores dejen de serlo, es necesario que se modifiquen las actuales creencias que favorecen su patrón como fumador y que lo llevan a disfrutar de un cigarrillo en situaciones y momentos múltiples, sin ningún

<sup>16</sup> M. Barrueco, M. Hernández y M. Torreccilla: *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*, 2da. ed., Ergon, Madrid, 2003.

tipo de regla; fumar al despertarse, después del café, después de comida, viendo la televisión, cuando se está leyendo o realizando determinada actividad, entre otras.

También el fumador debe soportar, en la mayoría de los casos, la presencia de los síntomas de abstinencia que sobrevienen después de algún tiempo sin fumar; sin la necesidad de tener que recurrir, para ello, nuevamente al cigarrillo. Resistir el síndrome de abstinencia muchas veces requiere del tratamiento de farmacoterapia y de la ayuda psicológica de especialistas, además del apoyo de amigos y familiares.

Dejar de fumar implica introducir cambios en los estilos de vida, por lo que es importante un plan que oriente y guíe los esfuerzos para lograrlo.

Factores cognitivos como ideas, pensamientos y valoraciones, pueden apoyar o dificultar el intento de abandono, por las expectativas que se crean y sus aportes a la aparición de atribuciones de logro o de fracaso; sentimientos de competencia o incompetencia y creación de determinados estados emocionales como ansiedad, irritabilidad, entre otros que se pueden reflejar de modo negativo en el comportamiento del fumador y bloquear los intentos de abandono.

El tabaquismo, visto como adicción, requiere, en muchas ocasiones, de tratamiento especializado para la cesación y rehabilitación. El consejo médico y un seguimiento por profesionales sanitarios, puede posibilitar que el fumador deje su adicción, al ofrecerle servicios de cesación de eficacia, con atención humanitaria al paciente, brindando el mejor tratamiento que permita optimizar la calidad de vida.

Los servicios de cesación tabáquica deben integrar la práctica clínica con la educación y la investigación para mejorar los tratamientos que ofrecen. Estos servicios generalmente funcionan con pacientes ambulatorios que pueden ser remitidos por un médico o enfermero y también aquellos que acuden por decisión propia.

Existen diferentes tipos de programas, aunque en general, todos tienen en su base conceptual el denominado ciclo para dejar de fumar (figura 4) y el Modelo Transteórico del Cambio<sup>17</sup> que considera las siguientes etapas o fases:

- Precontemplación: no estar listo para el cambio.
- Contemplación: pensar en el cambio.
- Preparación: comenzar a estar preparado para hacer cambios.
- Acción: realizar el cambio.
- Mantenimiento: mantener el cambio de conducta hasta integrarlo al estilo de vida.

<sup>17</sup> G. Cabrera, J. Tascón y D. Lucumí: "Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo", *Rev Fac Nac Salud Pública*, 2001;19(1): 91-101. [Internet]. [citado: 23 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org>



**Figura 4. Ciclo de cesación tabáquica.**

Fuente: Adaptación Institute for Global Tobacco Control, CTLT.

Estos programas se inician con la evaluación de la dependencia de la nicotina, empleando, por ejemplo, la prueba de Fagerstrom y la predisposición para dejar de fumar; una valoración de su salud y control del nivel de monóxido de carbono (CO).

La entrevista motivacional, adaptada a la dependencia nicotino-tabáquica, parece ser una herramienta semiestructurada que favorece la disminución de la urgencia por comenzar el programa. Disminuye la ansiedad, así como la percepción del conflicto frente al síndrome de abstinencia proyectado o experimentado. Aumenta la motivación positiva y disminuye la incertidumbre como elemento de máximo estrés frente a la decisión de paso al acto.<sup>18</sup>

La asistencia al fumador por los especialistas que ofrecen el servicio, es muy importante, ya que esta tiene momentos de ayuda individual y grupal y en ocasiones se complementa con la telefónica, cuando el paciente la requiere, además se entregan materiales impresos o en versión digital, siempre que se pueda disponer de estas tecnologías.

El plan de cesación debe ser elaborado por el fumador y quien le brinda la asistencia, con una fecha convenida de mutuo acuerdo. Debe considerarse el manejo de abstinencia física, tanto con terapia como con farmacoterapia, ya que puede resultar más difícil en unos que en otros, con base en el tiempo de la adicción y las características del consumo en cada fumador, esto es, tiempo fumando, cantidad de cigarrillos diarios e intentos de cesación, entre otros.

La evaluación de los resultados debe realizarse tomando como indicadores la tasa de cesación, intentos de cesación, reducción del tabaquismo, cambio de etapa. Estos resultados deben ser validados con análisis bioquímicos, con la medición de cotinina en saliva u orina.

<sup>18</sup> P. J. M. Fuentes, P. Calatayud y E. López: “La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotino-tabáquica”. *Trastornos Adictivos*, 2005;7(3):153-65.

Se tomarán en cuenta los resultados de los indicadores señalados en relación con la cantidad de personas reclutadas, el equipo y personal de que se dispone, recursos invertidos en su capacitación y los usados tanto en el servicio como en la promoción de este.

La cesación de toda adicción siempre constituye un tema complicado que debe ser analizado con un enfoque multifactorial, en el cual intervienen todos aquellos involucrados, entre los que se pueden citar, el enfermo, el terapeuta, la familia y la sociedad.

La terapéutica homeopática es también una alternativa a emplear, puesto que desde la perspectiva de la individualización del enfermo y el empleo de ciertos medicamentos con un tropismo sobre el aparato respiratorio, pueden constituir una valiosa ayuda para la cesación tabáquica.

La experiencia desarrollada desde la homeopatía para el manejo de la adicción a la nicotina, permite plantear, entre otras, las siguientes recomendaciones:

- Cuando la intoxicación nicotínica es muy crónica, debe trabajarse sobre el Síntoma de Ansiedad, utilizando, Nox Vomica, Sulphur e Ygnatia, entre otros.
- Para la fase de desintoxicación, se plantea la utilización del Bromium, Caladium, Plantago, Tabacum, Staphisagria, y Nicotinum, entre otros.
- Al prescribir el medicamento constitucional, siempre se debe tomar en consideración los síntomas mentales, generales y particulares del enfermo, pues es este medicamento el que consolida la cesación.

También es posible emplear el tratamiento con Microsistema Auricular y de Mano, que permite lograr la cesación en pacientes fumadores y reducir el consumo en aquellos que no lo logran, por tanto constituye una alternativa para disminuir la prevalencia de fumadores y el consumo de cigarrillos en la población.<sup>19,20</sup>

La hipnosis constituye otra alternativa de tratamiento para la adicción nicotínica, que cuando se utiliza en pacientes que quieren dejarla puede resultar efectiva, lo que a la vez corrobora el importante papel de la motivación para dejar de fumar como elemento de gran importancia para lograr la cesación.

El Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba tiene entre sus objetivos, ofrecer el tratamiento requerido a las personas interesadas en dejar de fumar, a través del Sistema Nacional de Salud y facilitar su rehabilitación. De ahí que uno de sus componentes sea el de “Tratamiento y rehabilitación” que incluye:

- Capacitar en cascada y adiestrar al personal de salud en el tratamiento de la adicción nicotínica;

<sup>19</sup> P. Aveyard y R. West: “Managing smoking cessation”, *BMJ*, 2007; 41(7):335-37.

<sup>20</sup> P. Hajek, R. West, J. Foulds, F. Nilsson, S. Burrows y A. Meadow: “Randomized Comparative Trial of Nicotine Polacrilex, a Transdermal Patch, Nasal Spray, and an Inhaler”. *Arch Intern Med.*, 1999;159 (17):2033-38.

- Continuar brindando tratamiento y rehabilitación en los diferentes niveles de salud;
- Incrementar los servicios de cesación tabáquica en todo el país;
- Producir medicamentos que faciliten la cesación del hábito tabáquico;
- Fomentar la constitución de clubes de exfumadores en todo el país.<sup>21</sup>

En los policlínicos de todas las áreas de salud del país, los fumadores pueden tener acceso al tratamiento; en dependencia de las particularidades del contexto; pueden acceder a los servicios de psicología, medicina natural y tradicional o ser remitidos a los servicios especializados donde se ofrece un tratamiento multicomponente.

El método para el tratamiento que emplea el Centro de Referencia Nacional para la Cesación Tabáquica, que radica en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras de la capital cubana, es una intervención que incluye una terapia grupal combinada, que clasifica y selecciona previamente a los pacientes y brinda 12 sesiones de tratamiento en diferentes fases que son:

Fase 1: Evaluación diagnóstica (sesión de clasificación).

Fase 2: Preparación para la abstinencia (sesiones de la 1 a la 3).

Fase 3: Abordaje del Síndrome de Abstinencia (sesiones de la 4 a la 6).

Fase 4: Trabajo educativo y prevención de la recaída (sesiones de la 7 a la 9).

Fase 5: Prevención de recaída, superación para el autocontrol individual y la separación del grupo (sesiones de la 10 a la 12).

Este programa sigue un Modelo Cognitivo Conductual<sup>22</sup> e integra técnicas de modificación de conducta, asertividad, técnicas cognitivas y de entrenamiento en habilidades sociales, así como para el manejo de ansiedad, el autocontrol y afrontamiento. Utiliza además, la terapia de reemplazo de nicotina para la dependencia fisiológica, cuando se suprime la droga.

Participan de manera interdisciplinaria licenciados en Psicología, Educación para la Salud y Cultura Física, Médico, Nutriólogo y Psicometrista.

Un ejemplo de experiencia local en deshabituación tabáquica, es la realizada en el policlínico Gustavo Aldereguía en el municipio de Las Tunas, en la provincia de igual nombre, donde se realizó una intervención utilizando el Modelo Transteórico de Cambio de Etapas, con el objetivo de evaluar la efectividad de una estrategia educativa en la deshabituación tabáquica de trabajadores fumadores del mencionado policlínico.

La muestra quedó constituida por dos grupos: uno experimental, al que se le aplicó la intervención y otro de control, seleccionados mediante un muestreo simple aleatorio. Los instrumentos de evaluación fueron los cuestionarios del conocimiento tabáquico y de las etapas

<sup>21</sup> Ministerio de Salud Pública. Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo. MINSAP, 2010.

<sup>22</sup> E. Becoña: "Tratamiento psicológico del tabaquismo", *Monografía Tabaco. Adicciones*, 2004. [Internet]. [citado: 23 de marzo de 2012]. Disponible en: seguridad.gob.sv

de cambio, los cuales se aplicaron a ambos grupos, antes y después de la intervención, con coincidencia en el tiempo.

Para la comparación de los resultados se utilizó la prueba de Wilcoxon la cual fue significativa, llegándose a la conclusión de que la estrategia educativa mediante la metodología por etapas resultó efectiva en el incremento del conocimiento del tabaquismo y en la modificación de las actitudes, así como la cesación del 53,33% y 33,33% en etapa de preparación para el abandono.<sup>23</sup>

La difusión de experiencias con su método, puede contribuir a que en centros de trabajo, de salud y especialmente educacionales, se realicen intervenciones que contribuyan a la reducción del tabaquismo en la población fumadora.

Son interesantes los resultados obtenidos en la experiencia señalada con anterioridad, que no empleó ningún tipo de fármaco, opción que resulta factible cuando estos se encuentran disponibles, aunque siempre deben valorarse las posibilidades de su efectividad.<sup>24</sup>

### **Tabaco-adicción-enfermedad**

El primer indicio sobre la vasta información que la industria tabacalera ha manejado en materia de la relación tabaco-adicción-enfermedad, surgió en los años ochenta del pasado siglo, durante el juicio que entablaron la fumadora estadounidense Rose Cipollone y su familia, en contra de las compañías Liggett Group, Lorrillard y Philip Morris (PM).

En 1988, como parte de la evidencia en contra de las tabacaleras, se reveló el reporte “Motivos e incentivos en el consumo del cigarro”, realizado en 1972 por el Centro de Investigación de Philip Morris en Richmond, Virginia, en el cual se consideraba al cigarrillo como un vehículo para suministrar una dosis de nicotina y no como un producto en sí. Si bien no se puede afirmar que el documento inclinara la balanza a favor de la familia Cipollone, sí descubrió la máscara de inocencia de la industria. Por primera vez en un juicio por enfermedad en contra de una tabacalera (Liggett Group, Inc.), el jurado emitió un veredicto a favor del demandante.<sup>25</sup>

Cómo los millones de páginas de documentos secretos de esta industria dejaron de serlo, es una historia un tanto matizada por el misterio. El primer nombre que se puede asociar al tema es el de Merrell Williams, contratado en 1988 por el bufete de abogados Wyatt,

<sup>23</sup> Y. M. E. Solís y N. Y. Limia: “Deshabitación tabáquica. Una propuesta interventiva”. [Internet]. [citado: 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.interpsiquis.com>

<sup>24</sup> I. J. del Pozo, H. A. Esteban, G. A. Izquierdo y P. L.: “Evaluación de la efectividad del programa de intervención en tabaquismo desde la atención primaria de salud de La Rioja”. Consejería General de la Rioja. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Rioja Salud. 2011. [Internet]. [citado: 6 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es>

<sup>25</sup> G. Borio: Tobacco BBS (212-982-4645). “Tobacco Timeline”. 2001. [Internet]. [citado: 15 de junio de 2011]. Disponible en: [http://www.tobacco.org/resources/history/tobacco\\_history.html](http://www.tobacco.org/resources/history/tobacco_history.html)

Tarrant & Combs, para trabajar en una serie de archivos confidenciales pertenecientes a su cliente Brown & Williams (B&W).

En 1992 Williams es despedido y un año después el bufete entabla un proceso legal en su contra, acusándolo de haber copiado y extraído información secreta perteneciente a la tabacalera.<sup>26</sup> El Dr. Jeffrey Wigand fue personalizado por el actor Russell Crowe en la película *El Informante* (The Insider, Touchstone Pictures, 1999), en la que se dramatizaron los eventos protagonizados por el Dr. Wigand, y aun cuando se añadieron elementos ficticios, le dio una gran difusión a la información contenida en los documentos de B&W.

Se ha demostrado, que cuanto más precoz es el inicio del tabaquismo y cuanto mayor es la cantidad de cigarrillos que se fuman por día en la adolescencia y luego en la edad adulta, más alto es el riesgo de desarrollar una enfermedad relacionada con el tabaco. Por lo tanto es importante comprender los factores que hacen que los jóvenes comiencen a fumar (factores individuales de vulnerabilidad, factores de riesgos ambientales) y los mecanismos de desarrollo de la dependencia, sobre todo física.

### La ciencia y el tabaquismo en Cuba

La información sobre la nocividad del tabaquismo en Cuba se comenzó a difundir con mayor sistematicidad a partir de la década del 70 del pasado siglo xx. También por esos años, se creó la Comisión Nacional de Lucha contra la Obesidad, el Sedentarismo y el Tabaquismo, en el Ministerio de Salud Pública, que tenía como objetivo fundamental propiciar estilos de vida saludables en la población cubana.

La elevada formación académica tanto de profesionales de la salud como de otros de diversas disciplinas, pudiera apuntar hacia una difusión mayor de la información y de las concepciones científicas, en un contexto social donde se prioriza la salud de la población y la casi totalidad de los cubanos sabe leer y escribir y tienen acceso a los medios de comunicación social.

Un cuantioso número de investigaciones científicas se realizan cada año para establecer la relación entre el consumo de tabaco y la salud de la población cubana, mientras que otras van dirigidas al estudio de los aspectos sociales y psicológicos.

El Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo siempre ha estado fundamentado con datos sólidos, provenientes de las investigaciones realizadas, desde su primera versión en el año 1986. Al mismo tiempo, se realizan eventos para dar a conocer los resultados de las investigaciones y las revistas científicas también publican artículos sobre el tema para difundir la información, al menos entre los profesionales de la salud.

<sup>26</sup> S. A. Glanz *et al.*: "The Cigarette Papers online Wall of History". San Francisco (CA): UCSF. [Internet]. [citado: 15 de junio de 2011]. Disponible en: <http://tobacowall.ucsf.edu/index.html>

Sin embargo, los aspectos culturales relacionados con el tabaquismo en Cuba, no han permitido dar paso al pensamiento científico y prospectivo, para que sea el que predomine al tomar decisiones relacionadas con las políticas públicas.

Es necesario que la comunidad científica aúne argumentos, fundamentalmente los relacionados con los aspectos económicos que convergen en torno al tema del tabaquismo. Es decir, la importancia de producir y exportar tabaco para la economía nacional, mientras que se obvía, o al menos se relega al analizar, lo que representan los gastos en atención a los fumadores, en el caso de un país donde los servicios de salud son gratuitos, con cobertura universal.

*El cigarrillo, es un producto creado meticulosamente que, mediante la publicidad, genera la necesidad de consumirlo, y luego crea adicción; aunque los estudios epidemiológicos brindan total evidencia sobre los riesgos del tabaco para la salud, con absoluto consenso científico, la industria tabacalera continúa generando dudas y creando nuevos productos, supuestamente menos dañinos para mantenerse en el mercado y lograr su rentabilidad a costa de la gente.*

*La difusión de experiencias, investigaciones con su metodología y lecciones aprendidas en la ejecución de estrategias y acciones de prevención y control del tabaquismo, pueden contribuir a que en centros de trabajo, especialmente de salud y educacionales se realicen intervenciones que contribuyan a la reducción de la adicción en la población fumadora y a prevenirlo en las nuevas generaciones.*





## EL PORQUÉ DE LA EPIDEMIA

Las epidemias no se producen de manera espontánea y el tabaquismo no es una excepción. Su difusión a nivel mundial permite considerarla incluso en la categoría de pandemia. Analizaremos por tanto los elementos que tienen que estar presentes para que ocurra y se difunda el tabaquismo, pues en ese análisis encontraremos los argumentos esenciales para su prevención y control.

Exactamente como ocurre con las demás epidemias, el tabaquismo se expande cuando los factores que lo originan son más fuertes que las medidas que se adoptan para reducirlo; ello se logra cuando ocurre lo contrario y en general, afecta preferentemente a los grupos más vulnerables dentro de cada contexto.

### La triada epidemiológica

Para que ocurra una epidemia, tiene que estar presente la denominada triada epidemiológica (figura 1), en la que se encuentran el vector, agente y ambiente favorecedores para poder llegar al huésped.

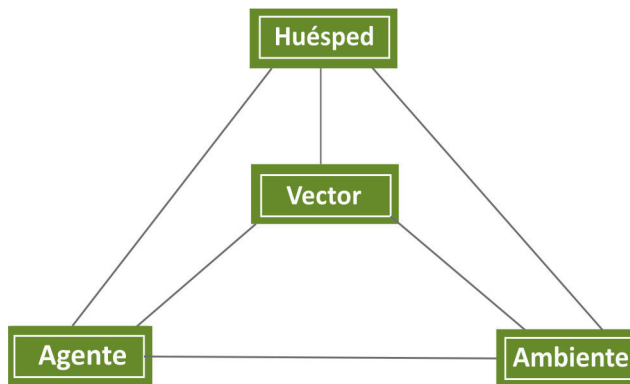


Figura 1. Triada epidemiológica.

Fuente: Adaptación Institute for Global Tobacco Control, CTLT.

Su recorrido se comporta de la siguiente forma: del vector tiene que llegar al agente y de ahí al individuo para producir la enfermedad, que puede ser curada o llevarlo a la muerte, según se observa en la figura 2.

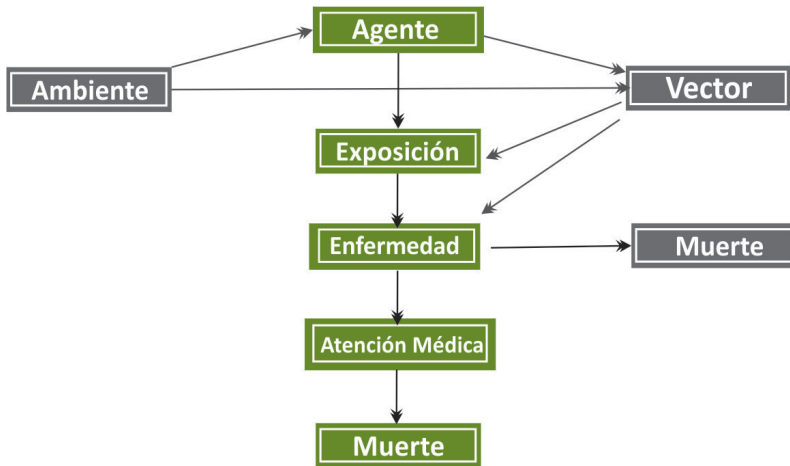


Figura 2. Difusión de la epidemia.

Fuente: Adaptación Institute for Global Tobacco Control, CTLT.

El análisis de la epidemia tabáquica no escapa a lo antes dicho. En la figura 3, se pueden sustituir sus componentes y valorar cómo el tabaquismo se difunde de igual manera.

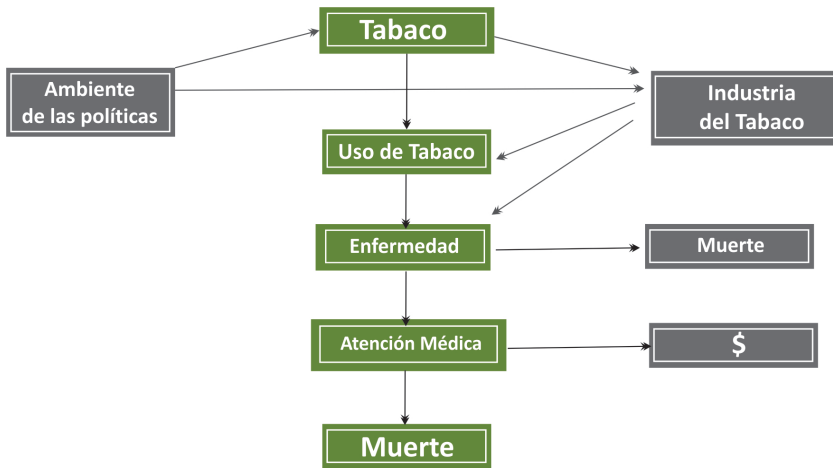


Figura 3. Difusión del tabaquismo.

Fuente: Adaptación Institute for Global Tobacco Control, CTLT.

El agente es el cigarrillo, pues es el dispositivo de suministro de nicotina que va a variar por su contenido, según el tipo, la ventilación del filtro, el largo y la velocidad de combustión.

De acuerdo con la situación de mercado, la industria del tabaco, mediante las distintas marcas que produce, va a modificar el sabor y supuestas formas de reducir los daños. Así se habla de cigarrillos *light* o suaves.

Es en este punto donde la publicidad y el patrocinio desempeñan un papel fundamental, ya que constituyen el ambiente que rodea al individuo y que según apunten las políticas públicas, podrá ser favorecedor o no a la difusión del tabaquismo.

A partir de este breve análisis resulta claro cómo el tabaquismo se ha podido difundir en cada país y ha trascendido las fronteras, para convertirse en un problema mundial con carácter de pandemia, debido a sus particularidades, pues el agente se encuentra en un medio favorecedor, donde las acciones para combatirlo no superan el alcance de la industria tabacalera, la que busca siempre las formas de contrarrestarlas, pues logra que el cigarrillo, como agente, tenga siempre un medio favorecedor para llegar al individuo.

## Publicidad y patrocinio

Las trasnacionales del tabaco minimizan los daños que el tabaquismo causa a la salud, mientras instituciones sanitarias y organismos internacionales divulgan información sobre su nocividad, tanto en medios masivos como en programas de salud. Aunque existe aún asimetría en la información, derivado del peso de la publicidad, es importante analizar hasta dónde ha llegado su penetración en la vida social y cómo sus efectos se han enraizado, que sin estar presente, logra su efecto.<sup>1</sup>

Por la importancia que tiene en la difusión de la epidemia, se analiza el papel que han desempeñado y desempeñan la publicidad y el patrocinio de los productos manufacturados del tabaco y muy en especial de los cigarrillos. Estos aspectos son los vehículos para propagar la pandemia global de tabaco.

La publicidad se conceptualiza como “... toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover, directa o indirectamente, un producto de tabaco o el uso de tabaco...”; ejemplo de ellos son los anuncios televisivos, carteles, vallas y muestras gratuitas, entre los más importantes.

El patrocinio es “... toda forma de contribución a cualquier evento, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto, de promover directa o indirectamente, un producto de tabaco o el uso de tabaco...”<sup>2</sup>

La industria tabacalera ha defendido la posición de que la publicidad de cigarrillos no se relaciona con las ventas totales de estos, lo cual no tiene fundamento científico, pues está demostrado que la publicidad aumenta el consumo de cualquier producto, por lo que en el caso del cigarrillo no tiene por qué ser de otra manera. La gran mayoría de los estudios científicos revisados por colegas, muestran que la publicidad del tabaco lleva a un aumento del consumo.

<sup>1</sup> L. N. Suárez: “Woman and Smoking: Becoming Part of the Solution”, MEDICC Review, *International Journal of Cuban Health & Medicine*, October 2011;13 (4):56.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”. Parte 1. Artículo 1, OMS, Ginebra, 2005.

Los fabricantes de este producto alegan que la publicidad no tiene por objeto ampliar el mercado, sino asegurar la competencia entre las marcas y posibilitar que los adultos puedan conocer y usar otros de menor riesgo. Si los anuncios no influyeran, las tabacaleras no gastarían millones de dólares o euros en publicidad directa. Muchos estudios muestran, que el aumento de la promoción del tabaco, está ligado a un incremento de su consumo en la población y al inicio del tabaquismo en grupos más vulnerables: niños, adolescentes y mujeres, como resultado de campañas específicamente dirigidas a ellos desde los años 70 del pasado siglo xx. También se ha mostrado, que la eliminación total o parcial de la promoción del tabaco, disminuye su uso de modo significativo, en especial entre los adolescentes.

Por eso, las empresas realizan grandes inversiones económicas cada año, en forma de publicidad, promoción o patrocinio. Saben que una vez iniciado el consumo, la naturaleza adictiva de la nicotina hará difícil dejarlo a muchos de quienes lo desean. Para mantener su negocio, la industria necesita reclutar cada día como mínimo un volumen equivalente de nuevos clientes, que compensen los que enferman o fallecen a causa de la adicción y los que cesan de fumar.

La industria tabacalera sostiene en su discurso público, que no emplea la publicidad y el patrocinio para promover el consumo entre los menores, sino que lo hacen para competir con las demás marcas en el mercado adulto. Sin embargo, es conocido que no importa mucho promover una determinada marca cuando el 85% de la distribución mundial está en manos de media docena de multinacionales. Solamente en los Estados Unidos, la industria tabacalera gasta más de \$35 millones de dólares diarios para promocionar sus productos.<sup>3</sup>

Entre los argumentos de las tabacaleras para fundamentar que pueden hacer publicidad, se encuentra el que señala que, si es legal vender tabaco, también debería ser legal publicitarlo, considerando que es una cuestión de libertad de expresión. Es obvio que no todos los productos de venta legal merecen ser promocionados. En muchos países no es legal la publicidad de fármacos de prescripción médica o de productos químicos peligrosos. Venta legal no equivale a publicidad legal. El bien jurídico de proteger a los menores debe prevalecer sobre el de la libertad de publicitar el tabaco.

Estudios realizados en países que establecieron la prohibición de la publicidad como parte de la política de control integral del tabaco, muestran que el consumo de cigarrillos per cápita disminuyó entre el 14% y el 37% después de la implementación de la prohibición.

Noruega lo hizo, por ley, en julio de 1975; el consumo bajó un 26%. Finlandia dio el paso en marzo de 1978 y computó un descenso del 37%. Nueva Zelanda se unió a este grupo en 1990 y obtuvo una reducción del 21%, mientras que en Francia la normativa, en vigor desde 1993, dio como resultado una reducción del 14%. El consumo diario entre los jóvenes de 14 a 18 años disminuyó de 21,5% en 2004, a 14,08% en 2007. A juicio del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo de ese país, en este destacable descenso tiene mucho que ver la

<sup>3</sup> G. Hastings y L. MacFadyen: "The limitations of fear messages", *Tobacco Control*, 2002;11:73-75.

prohibición de la publicidad directa y que muchos adultos han dejado de fumar, lo que tiene también un efecto indirecto en sus hijos.

Ese dato está estrechamente conectado a la disminución de la publicidad directa. China prohibió el uso de máquinas expendedoras en 2005, también vetó la publicidad en 2011, una necesidad perentoria si se tiene en cuenta que los países emergentes están en el punto de mira de la industria. Entre los países en desarrollo, China, India y Rusia son de los más afectados por el tabaquismo y, en consecuencia, por el aumento de la tuberculosis, ya que ambos están en relación directa, como demostró el estudio realizado por la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares.

Un estudio del año 2004 revela que después de la prohibición total de la publicidad del tabaco que se implementó en el Reino Unido, los fumadores que veían menos anuncios de cigarrillos, tenían 1,5 veces más probabilidades de intentar dejar de fumar. La exposición a la publicidad es indudable que promueve el tabaquismo entre los adolescentes.

Tanto la Organización Mundial de la Salud como el Banco Mundial, recomendaron que los países prohibieran toda forma de publicidad y promoción del tabaco. Se calcula que de adoptarse en todo el mundo, tales prohibiciones podrían reducir la demanda mundial de productos del tabaco en aproximadamente un 7%. Las empresas de publicidad y los medios de comunicación, por tanto pierden dinero y serán fuertes opositoras a estas medidas.

Las prohibiciones parciales de la publicidad del tabaco no dan resultado; deben ser totales para ser eficaces. La única alternativa con probabilidades reales de surtir el efecto requerido en la no estimulación del consumo es la prohibición total de la publicidad. Implementar la prohibición parcial de esta no tiene efecto alguno, ya sea si se establecen horarios o se prohíben algunas formas, pues ello implica que aumenten otras o se refuercen determinados horarios.

Un estudio realizado en el año 2000 (en 102 países) reveló que la prohibición parcial no era eficaz para reducir el consumo de tabaco. El consumo per cápita de cigarrillos en los países con prohibiciones totales disminuyó un 8% aproximadamente, mientras que en otros países, la reducción fue solo del 1%.<sup>4</sup>

El Convenio Marco para el Control del Tabaquismo (CMCT), exige que todas las partes implementen una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco dentro de los cinco años de la ratificación del tratado. Esta prohibición abarca la publicidad internacional que se origina en el territorio de una de las partes y les da a las mismas el derecho a prohibir que esta ingrese a su territorio. Las definiciones son amplias e incluyen igualmente la publicidad directa como la indirecta.

Al desarrollar dichas prohibiciones, es necesario evitar los vacíos legales que la industria pueda aprovechar, pues es de esperar que luche, directa o indirectamente, para que la implementación del componente de prohibición de la publicidad del tabaco del CMCT sea lo más

<sup>4</sup> C. Hutchinson *et al.*: "Tobacco Control: WARNING: advertising can seriously improve your health: How the integration of advertisers made advertising more powerful than word of mouth", Institute of Advertising Practitioners, Gold IPA Effectiveness Award, 2004.

débil posible. Por el contrario, los defensores de la salud pública debemos luchar para lograr la implementación más severa.

Para maximizar su efectividad, las prohibiciones de la publicidad del tabaco deben implementarse con otras medidas basadas en la evidencia, no a cambio de concesiones otorgadas a la industria tabacalera. Es importante considerar que una vez establecidas las prohibiciones a la publicidad, hay que crear los mecanismos de control; pues si no se cumplen carecen de valor y por el contrario favorecen que se multiplique la indisciplina que afecta a los no fumadores.

Debido a la velocidad de evolución, expansión e interdesarrollo de las tecnologías de comunicación globales, es necesario realizar un control continuo de los nuevos e innovadores métodos que utiliza la industria tabacalera para evadir las prohibiciones de la publicidad del tabaco, también es necesaria la cooperación internacional para enfrentar el problema.

El patrocinio ha utilizado el cine y la moda para hacer propaganda del tabaco. En este caso, ya no importa la marca, sino recordar y promover el hecho de fumar y su atractivo entre los jóvenes. También utilizan cualquier soporte popular para hacer propaganda, ya que aumenta el consumo de tabaco en los que son particularmente vulnerables, entre otras cosas, porque les agrada poseer artículos publicitarios y por ende, tienen muchas más probabilidades de convertirse en fumadores.

La seducción a la mujer es en la actualidad un elemento clave en la publicidad. Los documentos “secretos” de la industria del tabaco muestran sus planes de mercadotecnia y publicidad para promover sus productos a las mujeres a nivel mundial. Basados en ellos, se denota la importancia conferida a las féminas por razones tales como que son pocas las que dejan de fumar cuando se inician en el consumo, cada vez es mayor el número de ellas que se inician en la adicción y que entre los jóvenes es creciente la proporción de muchachas que fuman.<sup>5</sup>

La industria del tabaco investiga, utiliza y explota las cuestiones relacionadas con el género y sus cambios para promover y vender el tabaco. Conoce que los motivos por los cuales fuman las mujeres son diferentes a los motivos por los cuales fuman los varones. Para las mujeres tienen especial importancia la percepción de la imagen corporal y el control del peso, neutralizar sentimientos negativos como el estrés y la ansiedad, así como la autoestima.

En las mujeres también es diferente la iniciación y mantenimiento, siendo más difícil el abandono del tabaquismo. Tomando como base lo anterior, la industria desarrolla e implementa estrategias de comercialización para lograr la feminización del consumo de tabaco e incrementar, de esta manera, sus ventas y ganancias.

La mujer se convirtió desde hace algún tiempo, en la garantía para la rentabilidad de la industria del tabaco; la publicidad se encargó de reclutar más mujeres para su consumo, pues estas son el grupo diana fundamental al que dirige sus campañas publicitarias, en particular y sus estrategias de mercadotecnia en general, y se transforma al cigarrillo y al acto de fumar en un

<sup>5</sup> Campaign for Tobacco Free Kids - Action on Smoking and Health. “Confíe en nosotros. Somos la industria tabacalera”. [Internet]. [citado: 28 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/TrustUsSpanish.pdf>.

símbolo social que seduce a las mujeres, centrado fundamentalmente en los aspectos siguientes: relación de fumar con la libertad femenina, emancipación y empoderamiento; amplia variedad de imágenes que asocian los cigarrillos con estereotipos de ser mujer, como famosas cantantes y actrices que aparecen fumando su marca de cigarrillos, ya sea en el escenario o en la pantalla; asociación del acto de fumar con sensualidad, esbeltez, sofisticación y atractivo sexual; con autonomía, modernidad, ser “una mujer real” o “una mujer moderna” e, incluso, tener relaciones lésbicas, por citar las más importantes.<sup>6</sup>

La industria tabacalera está implementando en América Latina las mismas estrategias de mercadotecnia dirigidas a la mujer que ha estado utilizado durante años en los países desarrollados, adaptándolas al mercado regional.<sup>7</sup>

En todos los países del mundo, esta industria ha ido modificando las estrategias desde que comenzó a dirigirse a las mujeres hasta la actualidad, al desarrollar un amplio rango de mensajes y productos para llegar a los diferentes segmentos del mercado femenino.

La industria tabacalera sabe que hay desigualdades entre las mujeres jóvenes y apunta a cada grupo de ellas en función de su mayor vulnerabilidad, pero de manera general maneja algunas claves para atraer al tabaquismo a la mujer adolescente y joven, con menciones como las de que fumar es un símbolo de independencia, libertad, emancipación, ayuda a conseguir la ansiada delgadez y a relacionarse, a “ligar”, es decir, a tener mayor atractivo sexual, promete felicidad, alegría, buena forma física y poder, es equiparable a aventura, inconformismo y ayuda a hacer frente a los problemas y, por supuesto, a controlar el estrés.<sup>8</sup>

La moda ha sido, por tanto, una herramienta útil para incrementar el mercado de mujeres consumidoras de tabaco, de ahí que las compañías tabacaleras asocian los productos de este tipo a la imagen de supermodelos que, además, son muy delgadas, haciendo que en ese rol modélico se refuerce la idea de que fuman para permanecer así y, por lo tanto, las jóvenes quieran ser como ellas.<sup>9</sup>

La publicidad y promoción que realizan las compañías tabacaleras buscan fomentar el consumo de tabaco entre quienes se inician o desean cambiar de marca, incitar a quienes consumen tabaco a fumar más y reducir su motivación para abandonar su adicción.

Un ejemplo evidente de la información engañosa de la industria tabacalera en esa dirección, es el uso de términos como *light* o *slim*, que asocian los productos de tabaco con dos aspiraciones

<sup>6</sup> G. Regueira, L. N. Suárez y S. Jakimczuk: “Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina”, *Salud Pública de México*, 2010, Vol. 52 (2): 315-330.

<sup>7</sup> E. Bianco: “Mujeres, industria tabacalera y marketing”, *Revista Mujer Salud*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe - 1/2004.

<sup>8</sup> L. Joossens, A. Sascó, T. Salvador T y J. R. Villalbi: “Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea”, *Rev. Esp. Salud Pública*, 1999; 73 (1).

<sup>9</sup> L. N. Suárez: *El consumo y la salud*, Editorial CATORSE, Cali, Colombia, 2010.



femeninas clave: ser delgadas y ser atractivas. Las mujeres tradicionalmente han sido incluidas en el segmento *light*.

El empleo de la publicidad en actividades y revistas femeninas se unió a la presencia de marcas con nombre de mujer, dentro de una atractiva estrategia. La marca Virginia Slims fue diseñada especialmente para el mercado femenino. Los documentos de la industria tabacalera señalan que en América Latina el grupo diana de la marca es la mujer adulta joven que busca un símbolo femenino. En estos documentos también se indican las razones que justifican su lanzamiento en la región, destacándose la importancia de la imagen y la belleza en las mujeres latinoamericanas, y por el hecho de que parecen sentirse cómodas con la idea de feminidad y generalmente siguen la moda.

La industria del tabaco se vale de todas estas estrategias para seducir a la mujer, y el estudio cuidadoso de estas es la clave para poder ser eficaces en la reducción del tabaquismo en la población femenina.

### El cine, la televisión, la moda y el arte

Modelos que recrean a las estrellas de Hollywood con el cigarrillo entre los labios, anuncios de productos exclusivos asociados a los cigarrillos, son algunos ejemplos evidentes. Los fabricantes han pasado de introducir anuncios en las revistas de moda a promocionar sus propias marcas y a patrocinar distintos eventos. Y el problema es que estos supuestos no están incluidos en las restricciones sobre publicidad. Los premios de moda More (marca de cigarrillos de RJ Reynolds, fabricantes del Camel y Winston) y el galardón de diseño Lucky Strike son otros dos ejemplos. Lo que persiguen estos medios es que el tabaquismo en las mujeres jóvenes continúe simbolizando *glamour*, estilo, emancipación, atractivo sexual, entre otros.

Una forma encubierta de patrocinio, es la manipulación de la industria cinematográfica por las transnacionales del tabaco y los intereses ocultos que hay detrás de esas conexiones.

Estudios realizados muestran que un adolescente de un país desarrollado ve cada año alrededor de 150 películas, lo que supone una media de 800 escenas en las que de una forma u otra aparece el cigarrillo.

Los adolescentes contemplan a las estrellas más famosas de Hollywood como prototipo del atractivo sexual. Ejemplo de situaciones en las que aparecen famosas estrellas de cine en películas fumando son las siguientes: Sharon Stone en *Instinto Básico*, como la rebeldía adolescente; Leonardo Di Caprio en *Romeo y Julieta* en escena de amor; John Travolta en *Broken Arroz* como virilidad en la acción; o enfrentadas al estrés como Winona Ryder en *Inocencia interrumpida*.

Un cigarrillo en manos de una estrella de la pantalla se convierte en un instrumento poderoso para promocionar el tabaquismo. Se ha instaurado como un comodín para servir de apoyo inigualable para los actores cuando se sienten felices, tristes, exhiben problemas o no, están tranquilos o aburridos e incluso cuando no tienen nada que hacer.

Está muy bien documentado en la literatura que uno de los factores que más influye en el inicio de la conducta de fumar en los menores, es la exposición repetida a películas en las que sus actores favoritos aparecen fumando continuamente.

En un estudio realizado por pediatras de cuatro hospitales universitarios que incluye 4919 escolares de nueve a 15 años se encontró, que entre los que habían visualizado menos de 50 escenas de tabaco, fumaban el 5%, mientras en los que habían visto más de 150, fumaban el 31%. Otro estudio desarrollado con escolares americanos de 10 a 14 años reveló que el 52,2% de los menores se iniciaron como fumadores por la exposición frecuente a películas con abundantes escenas donde, de manera directa o indirecta, aparecen actores fumando. Estos dos estudios de cohortes han hecho un seguimiento durante años de miles de jóvenes, por lo que sus resultados son incuestionables.<sup>10</sup>

La Universidad de California realizó un estudio en el año 2007 en el que se demuestra que alguien aparece fumando en el 75% de las películas analizadas en ese período, porcentaje que aumenta hasta el 90% cuando se trata de filmes clasificados en Estados Unidos como R, en los que los menores de 17 años deben ir acompañados por un adulto. También se demuestra, que los niños expuestos a estas imágenes corren un riesgo de dos a tres veces superior de convertirse en potenciales fumadores en comparación con aquellos que no las ven con asiduidad.

Uno de los estudios publicados “Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking of children”, incluía 2 255 niños de 26 escuelas participantes, a los que se preguntó qué películas habían visto entre los títulos comerciales o vídeos más populares durante el último año. Los autores sugieren, que la exposición visual de escenas de fumadores podría ser responsable del inicio en el tabaquismo hasta en un tercio de los niños y recomiendan que se evite el tabaco en las películas dirigidas a esas edades.

El cine ha sido durante muchos años un fiel colaborador de la industria del tabaco, fomentando, mediante la presencia del cigarrillo en las películas, que niños y jóvenes se conviertan en adictos a la nicotina.<sup>11</sup> Se puede afirmar, sin duda alguna, que las películas y sus protagonistas ejercen más influencia en las personas y fundamentalmente en los adolescentes y jóvenes, que un anuncio fijo colocado en cualquier espacio o en una revista.<sup>12</sup>

Es conocido que en el cine se coloca la llamada publicidad estática, subliminal, cuando se ponen en las escenas productos que desean promocionar, ya sea marcas de bebidas, automóviles, televisores, entre otros, lo que es obvio que de alguna forma es remunerada por parte del

<sup>10</sup> E. L. Titus, M. A. Dalton y A. M. Adachi: “Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children”. *Br Med J*, 2001; 323:1394–97. [Internet]. [citado: 28 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.tobcontrol.web.pdf>

<sup>11</sup> R. Casitas, G. R. García y M. Barrueco: “El cine como vector de expansión de la epidemia tabáquica”, *Gac Sanit*, Barcelona, mayo-jun., 2009; v.23 n.3.

<sup>12</sup> C. Mosbaek, D. Austin, M. Stark y L. Lambert: “The association between advertising and calls to a tobacco quitline”, *Tobacco Control*, 2007; 16(Suppl\_1):24-29. [Internet]. [citado: 28 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.tobcontrol.web.pdf>

anunciante previo acuerdo contractual. Es una forma de publicidad pasiva y aparentemente invisible, una “manipulación subterránea”, cuya efectividad ha sido comprobada, ya que se percibe de forma visual o auditiva y al tener connotaciones placenteras, entra al subconsciente de los espectadores.<sup>13</sup> Lo anterior ha sido utilizado con las marcas de cigarrillos desde hace muchos años.

El cine, la televisión y el arte en general, son de hecho un reflejo de la realidad social, retratan los tiempos que se viven o los que se vivieron, pero algo muy distinto es promocionar, de forma directa o indirecta, una conducta que por ser socialmente aprendida, pero dañina a la salud, requiere que los esfuerzos se realicen en función de desestimularla y no que en las primeras décadas del siglo XXI, se siga fumando en las producciones cinematográficas, como se hacía en la primera mitad del siglo anterior, cuando no existían evidencias científicas de los devastadores efectos del tabaco en la salud y cuando, además, es conocido que la prevalencia y el consumo de cigarrillos y tabacos ha descendido precisamente en esos países donde se desarrollan las tramas.

Desde hace años se han creado grupos de trabajo que están presionando a la industria del cine y fomentando el debate social con anuncios en los principales medios de comunicación, para conseguir que Hollywood acepte su responsabilidad y cambie de actitud. *Smoke Free Movies*, una iniciativa liderada por la Universidad de California, está consiguiendo importantes avances para limitar la presencia de los cigarrillos en las películas americanas.<sup>14</sup>

Algunas medidas de eficacia probada son la certificación, en los títulos de crédito, de no haber recibido pago alguno por mostrar tabaco en la película; la proyección de anuncios publicitarios antitabaco antes de las películas en que salgan cigarrillos, no permitir la identificación de marcas y no subvencionar películas que estimulen el consumo de tabaco.

Es importante hacer esfuerzos para que la industria cinematográfica, las televisoras, los artistas en general, tomen conciencia de la responsabilidad social que tienen sobre la salud pública y asuman el papel de informar a la población de manera adecuada o al menos, de no contribuir a la desinformación.

Hay países como la India que ya han legislado en este sentido. No se censura la película, pero se añade un mensaje sanitario dirigido a los adolescentes y jóvenes sobre la nocividad del cigarrillo. También las autoridades sanitarias del estado de Nueva York lanzaron en febrero del año 2008 una campaña destinada a imponer restricciones al acceso de menores a películas donde los actores fumen. La campaña incluyó avisos de página entera de grandes

<sup>13</sup> M. A. Dalton, J. D. Sargent, M. L. Beach *et al.*: “Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study”. *Lancet*, 2003;362 :281– 285. [Internet]. [citado: 25 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.smokefreemovies.ucsf.edu/problem/bigtobacco.html>

<sup>14</sup> S. A. Glanz: “Smoking in teenagers and watching films showing smoking. Hollywood needs to stop promoting smoking world-wide”, *BMJ*, 2001; 323:1378-9. [Internet]. [citado: 12 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.smokefreemovies.ucsf.edu/problem/bigtobacco.html>.



**Figura 4. Modelo presentado en “Arte Moda”, La Habana, 2007.**

Fuente: Terra en la web. 10 de abril de 2007.

diarios como el *Wall Street Journal* o el *New York Times*, firmados por el Comisionado de Salud del estado de Nueva York, Richard Daines y dirigidos a la industria del cine. Lo que no se logre con la persuasión, no queda otra opción que reglamentarlo.

Algunos diseñadores de moda han asociado su marca y sus productos con la acción de fumar. Tal es el caso de los anuncios de los bolsos Gucci que aparecieron en distintas publicaciones de moda europeas en el otoño del año 2004 y que mostraban cenizas de cigarrillo distribuidas disimuladamente entre caros bolsos.

Algo sorprendente resultó el hecho de que en “Arte y Moda”, un evento que desde hace algunos años se realiza en Cuba, una veintena de diseñadores de vestuario y artistas plásticos cubanos, se unieron en el proyecto en el año 2007, concibiendo un vestuario con gestualidad, música

incorporada, y todos los elementos que deben caracterizar el diseño de ropa (figura 4). En esa edición crearon vestidos inspirados en el universo del tabaco; las bellas etiquetas de las cajas de los puros de los siglos XIX y XX de viejas marcas como H. Upmann, Partagás y Romeo y Julieta, o las modernas Cohíba y San Cristóbal de La Habana, formaban parte del vestuario.<sup>15</sup>

Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca el peligroso protagonismo que el tabaco ha alcanzado en el mundo de la ropa y las tendencias, pues un producto que está diseñado para enfermar a las personas, nunca puede ser objeto de belleza; un cigarrillo no puede ser un accesorio de moda y tampoco debe ser empleado para el diseño del vestuario.<sup>16</sup>

El tema de la moda, traspasa el hecho de que sean empleados modelos para promocionar el cigarrillo y trascienden a los ejemplos anteriormente citados que, sin duda, son una forma de entrar en un ámbito que no está estrictamente regulado como publicidad.

La OMS solicitó al mundo del cine y de la moda su contribución con los aspectos siguientes:

- Que se certifique que no se obtiene financiación alguna proveniente de la industria del tabaco.
- Dejar de identificar las marcas de tabaco.
- Aplicar un sistema de clasificación de las películas.
- Dejar de mostrar el uso del tabaco como divertido, seductor o atractivo.

<sup>15</sup> EFE. Moda Mujer. Crean vestidos inspirados en tabaco. La Habana, 12 de abril de 2007. [Internet]. [citado: 22 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.prensa-latina.cu>

<sup>16</sup> *Ibidem*.

- No permitir a la industria del tabaco que patrocine desfiles de moda, concursos y entrega de premios.
- No utilice los nombres de marca de productos del tabaco en objetos o servicios que no tienen nada que ver con la moda, como por ejemplo los perfumes, cafés y bares, agencias de viaje, carreras de motos y de coches, etcétera.
- Ponga fin a la venta de ropa, calzado o accesorios de moda que lleven marcas de productos de tabaco.

## Las tabacaleras y el engaño de la responsabilidad social corporativa

La industria tabacalera ha utilizado una gran variedad de tácticas directas e indirectas para promocionar sus intereses, modificándolas en la misma medida que la salud pública identifica cómo pretenden ejercer influencias, de todas las formas posibles imaginables, en los consumidores y también en los encargados de establecer políticas, y los académicos.

Las tácticas directas son reconocidas y generalmente aceptadas como una práctica comercial establecida, pero las tácticas indirectas en general, son poco éticas e incluso ilegales, aunque en ocasiones se burla de manera tan magistral la legalidad, que lograr desarrollar las disposiciones que permitan su control, resulta imposible.

Actualmente es una realidad la denominada Responsabilidad Social Corporativa (RSC), como esfuerzo para que los valores corporativos coincidan más con las expectativas y los valores de la sociedad. Es una forma de que las compañías elaboren un código de conducta y se responsabilicen por sus acciones ante la sociedad, desarrollando una agenda formal que contribuya al desarrollo social y económico, mediante el establecimiento de códigos voluntarios de conducta para abordar los problemas ambientales, laborales y de mercado, entre otros y a la vez realizar reportes de desempeño para informarle el progreso al público.

Por lo general, las compañías se califican, según sus programas RSC y desarrollan esfuerzos para considerarla como parte de la clasificación del valor de una compañía en el mercado o en un mercado de valores.

Como es de suponer existen muchos problemas con la participación de las compañías tabacaleras en este tipo de programas, lo que resulta también complejo, pues aunque hay un cambio en el entorno social derivado de esa mayor demanda de responsabilidad social, por otra parte, recibe grandes beneficios, pues se aumenta la credibilidad del público para ser consideradas como aliadas importantes de la sociedad, les aumenta la legitimidad como compañía responsable, son por tanto más competitivas, obtienen posible protección contra acciones judiciales, evitan las disposiciones o minimizan el impacto de las medidas de regulación.

La naturaleza adictiva de los productos del tabaco, el impacto comprobado en la salud y la existencia de un marco legal amparado por el Convenio Marco para el Control del Tabaco, limitan de hecho, que la industria tabacalera pueda asumir cualquier proyecto de RSC, ya

que según criterios aceptados, impiden una verdadera y completa política de inclusión de los grupos de interés, en particular las organizaciones internacionales, ya que son estas las que abogan por su desaparición.

Por tal razón, no sería posible establecer un diálogo equilibrado, como debe existir en el ámbito de la responsabilidad social, con el conjunto de grupos de intereses y de influencia, léase las tabacaleras y los sectores de salud, con los grupos de la sociedad civil que abogan por el control del tabaquismo.

Con el objetivo de paliar esta situación e influir a su favor en los marcos legislativos y potencialmente reguladores, las multinacionales conducen sus relaciones corporativas mediante diferentes vías:

- La promoción, la defensa (*advocacy*), adoptando, según su punto de vista, la posición del defensor de la sociedad civil frente a los sistemas reguladores, tanto en lo nacional como en lo internacional.
- El lobby, (influencia, presión, cabildeo) en los círculos de decisión en ámbitos políticos y comerciales, creando grupos y financiando cabilderos para hacer frente a los intentos de regulaciones, tanto nacional como internacional.
- Asociaciones y firma de tratados, aprovechando para estar en el núcleo de las discusiones y tener acceso a informaciones que luego permiten influir en su favor los procesos legislativos, en temas tales como la implementación a niveles nacionales de las pautas del CMCT, el conjunto de leyes y regulaciones relativas al comercio y los programas de sustitución del cultivo de tabaco en la agricultura, entre los más importantes.
- Compromiso con los grupos de interés en los aspectos operacionales y de logística que mejoren la imagen y percepción en las negociaciones, por ejemplo, en lo relacionado con el cuidado del medio ambiente.
- Aparente filantropía corporativa, programas de voluntariado desplegando grandes medios y haciendo uso de opciones culturales, y otras relacionadas con actividades juveniles, por ejemplo.

Lo anterior tiene como objetivo fundamental garantizar su supervivencia, mejorar su reputación y mantenerse en el mercado, adaptando sus productos a las corrientes que predominen. En un primer momento, su estrategia se dirigió a la elaboración de productos que denominaron *light*, *ultra light*, *mild*, denominaciones que hoy están prohibidas en muchos países al ser mensajes que podían sugerir al consumidor que eran productos menos nocivos, cuando no es cierto y es por eso que la política actual considera que producir cigarrillos menos nocivos para la salud no elimina el riesgo, pero sí puede incitar al consumidor a no intentar dejar de fumar y, por tanto, no se encuentra entre los propósitos de los programas de prevención y control del tabaquismo apoyar iniciativa alguna al respecto.

La gama de productos desarrollados en las últimas décadas para la expansión del mercado, comprenden, entre otros los siguientes: cigarrillo electrónico, cigarrillos sin humo (que al

quemar, el tabaco deja escapar componentes nocivos por el humo, tanto para el fumador como para el fumador pasivo); cigarrillos antifuego, para controlar los incendios que son provocados por tirar una cerilla o una colilla mal apagada o caliente; cigarrillos más cortos y más anchos, que se fuman más rápidamente (Marlboro Intense); cigarrillos perfumados, para evitar los olores a tabaco quemado o el sabor amargo; snus (tabaco pasteurizado, en polvo que se consume por inhalación), cuya publicidad enfatiza en que no genera exposición al humo pasivo; así como otras especialidades de tabaco como los que hacen mención de *green, fair trade, organic*.<sup>17</sup>

Unido a ello, también se diversifican los accesorios del tabaco como los encendedores, los humidificadores, las pipas, los *widgets* y una variedad de objetos coleccionables, utilizados por las tabacaleras para promover la “moda del fumar”.

Como puede observarse, nada de lo antes dicho está en correspondencia con la RSC, y la concentración de las tabacaleras en no muchas transnacionales no responde únicamente al crecimiento económico, sino a la necesidad de garantizar su supervivencia en un mundo que ahora se les vuelve hostil y donde cada vez más, muestran su capacidad de adaptación mediante la innovación para burlar de formas sofisticadas, las regulaciones ya frecuentes a la publicidad, utilizando aparentemente los instrumentos y el lenguaje de la RSC, imitando la comunicación científica y de políticas de salud pública para “blanquear” su reputación e intentar influir sobre las posiciones y las decisiones tanto de los gobiernos como de los organismos internacionales.

El caso de Uruguay resulta significativo, ya que pone de manifiesto que el enfoque que una de las empresas del sector tiene del concepto de la RSC, evidencia la utilización que hacen de esta y permite constatar cómo la defensa de las marcas, de los productos, así como la preservación de los intereses comerciales, prevalecen sobre los intereses soberanos de aquellos gobiernos que priorizan la salud pública en su lucha contra la epidemia de tabaquismo.

Constituye un ejemplo elocuente del perenne intento de manipulación, la posición nada responsable de la industria tabacalera, al minimizar los efectos del tabaco sobre la salud humana; no reconocer la influencia de la publicidad para atraer nuevos consumidores y trasladar la responsabilidad del consumo al consumidor, considerando que es un adulto, único responsable de sus actos.

Así mismo, se ha sabido que sus proyectos de RSC incluyen toda una serie de estrategias y tácticas al promover, entre otros, programas para prevenir el tabaquismo en los jóvenes; campañas de información pública sobre el daño que produce el tabaco; educación para la salud en las escuelas; programas para dejar de fumar; creación de productos de tabaco que “causan

<sup>17</sup> R. I. Montserrat: “Multinacionales del tabaco ¿transparentes y responsables?”, *CIES*, no. 95 – Boletín del Centro de Investigación de Economía y Sociedad, febrero de 2012, Barcelona [Internet]. [citado: 4 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.grupcies.com>

menos daños”; apoyo a los programas ambientales y de salud pública; creación de páginas Web para lograr una mejor comunicación con el público; introducción de mensajes dentro de los paquetes de cigarrillos (encartes).<sup>18</sup> Ninguno de ellos tiene el propósito real de reducir el tabaquismo, sino precisamente de mantenerlo.

Otros van destinados a la supuesta reducción de los daños públicos relacionados con el uso del tabaco con el apoyo a los sistemas de ventilación y “adaptación” entre fumadores y no fumadores, los que tienen el propósito de minimizar los efectos de las prohibiciones y regulaciones de fumar en lugares públicos cerrados. La industria alega que la ventilación eliminará las partículas dañinas del humo de segunda mano (HSM), pero los equipos no reducen la contaminación del HSM y no promueven la salud pública. La industria promociona la instalación de equipos muy costosos que son difíciles de mantener y utilizar.

No conformes con ello, también, han dirigido esfuerzos con el apoyo corporativo, para programas sociales y culturales de música, moda, teatros, museos y otros relacionados con el arte; promoción de fiestas y eventos “exclusivos” y deportivos, entre otros.

Las investigaciones han demostrado que los programas patrocinados por la industria del tabaco no funcionan, son más nocivos que beneficiosos. Un análisis de los anuncios de televisión patrocinados por la industria tabacalera demostró que “... la exposición a los anuncios publicitarios para prevenir el tabaquismo dirigidos a los jóvenes y patrocinados por la industria tabacalera en general, no tuvo resultados beneficiosos para los jóvenes. La exposición a los anuncios publicitarios dirigidos a los padres y patrocinados por la industria tabacalera puede tener efectos nocivos en los jóvenes...”<sup>19</sup>

Las razones por las que no son efectivas, es que realmente no quieren serlo, pues no abordan la mayoría de los problemas sociales y de salud ni las soluciones basadas en la ciencia; hacen énfasis en los factores individuales y descuidan los factores ambientales y las políticas que pueden prevenir la adicción de los jóvenes a fumar.

Las investigaciones han demostrado que en algunos casos, estos programas aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes frente al tabaquismo.

En relación con los denominados productos de tabaco menos nocivos está comprobado que no existe evidencia científica de que esto sea cierto.

La Resolución 54.18 de la 54ª sesión de la Asamblea Mundial de la Salud, efectuada en mayo de 2001, señala lo alerta que se debe estar con la industria tabacalera y sus cambiantes estrategias para promover el consumo.

<sup>18</sup> E. Bianco: “Las estrategias para el control del tabaco y su racionalidad”, *Rev Urug Cardiol.* 2005; 20: 171-195. [Internet]. [citado: 22 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/control.pdf>

<sup>19</sup> A. Landman, D. K. Cortese y S. Glantz: “Tobacco industry sociological programs to influence public beliefs about smoking”, *Social Science & Medicine*, 2008. 67:463-72. [Internet]. [citado: 27 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.ajph.aphapublications.org>



El CMCT de la OMS: plantea “... estar alerta a todos los esfuerzos de la industria tabacalera para obstaculizar o socavar las iniciativas para el control del tabaco y la necesidad de estar informado sobre las actividades de la industria del tabaco...” y en el punto 5.3: “Al establecer e implementar sus políticas de salud pública con respecto al control del tabaco, las partes deberán actuar para proteger estas políticas de los intereses comerciales y personales de la industria tabacalera de acuerdo a la ley nacional”.<sup>20</sup>

A la vez, el 20.4(c) señala: “ cooperar con organizaciones internacionales competentes para desarrollar de manera progresiva y mantener un sistema mundial para recopilar y difundir información con regularidad sobre la producción de tabaco, la fabricación y las actividades de la industria tabacalera que afectan el convenio o las actividades nacionales de control del tabaco”.<sup>21</sup>

Las iniciativas de RSC no han demostrado ningún impacto positivo en la salud pública. Formar asociaciones con las compañías tabacaleras o apoyar sus iniciativas nunca es una buena idea. Muy por el contrario hay que prestar atención a las estrategias de la industria tabacalera y siempre poner en evidencia que la RSC de la industria del tabaco es una “contradicción inherente”.

Es necesario por tanto, estar vigilantes ante los ofrecimientos de la industria tabacalera de autorregularse, pues siempre resultan un engaño para enmascarar las externalidades que desde los sectores de salud y de la sociedad civil le van llegando, en la medida que la concientización y la responsabilidad social de ciudadanos y gobiernos, hace menos creíbles sus mensajes y las regulaciones van cercando los espacios de la accesibilidad al incuestionable vector de la epidemia tabáquica.

## El porqué en Cuba

El vector, el agente, y el ambiente favorecedor para poder llegar al huésped, en Cuba propician la difusión de la epidemia, aun en los momentos en que el control de la triada epidemiológica es una realidad en el país.

El cigarrillo, como agente, se ha encontrado en el mercado siempre y con precios accesibles, incluso durante varias décadas se distribuyó a una parte de la población entre los productos normados en el racionamiento. En medio de la escasez de otros productos, el cigarrillo constituía una opción a adquirir con precios módicos, en comparación con otras ofertas del mercado. Su accesibilidad ha estado presente, ya que se distribuye en todos los comercios de

<sup>20</sup> Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco, Ginebra, 2005.

<sup>21</sup> *Ibidem*.

la red minorista y desde el inicio del mercado de moneda libremente convertible, también se insertó con un producto de mayor calidad.

Resulta interesante, que cuando en el mundo se aboga por la eliminación del cigarrillo mentolado, este se introduce en el mercado cubano por primera vez con un producto nacional y con una estrategia publicitaria centrada en lo novedoso y exquisito del producto.

El ambiente favorecedor es un tema que se trata ampliamente en los diferentes capítulos, pues la condición de país productor, lo arraigado del hábito en la población, ha conllevado a que se transmita de generación en generación, aun ante la inexistencia de la publicidad directa durante muchos años.

Pero los medios de difusión han actuado de manera favorecedora en tanto la programación televisiva, en mayor medida que la radial y la prensa, ofrecen imágenes de fumadores en situaciones que refuerzan los estereotipos que alrededor del cigarrillo y el tabaco ha sedimentado la publicidad.

Muy difícil ha resultado la introducción de las prohibiciones de fumar en lugares públicos, pues fumar sin restricciones ha constituido una forma de divulgar, interna y exteriormente, que somos productores del mejor tabaco del mundo, lo que en el imaginario popular constituye un símbolo de la cubanía, que se une al ron, a la música y al baile.<sup>22</sup>

Todo lo anteriormente descrito, pone en evidencia, el porqué se mantienen elevadas cifras de prevalencia y consumo, pero de manera muy particular, por qué el tabaquismo continúa siendo aceptado socialmente entre los cubanos.

*Como toda epidemia, el tabaquismo se expande cuando los factores que la originan son más fuertes que las medidas que se adoptan para reducirla. En general, afecta preferentemente a los grupos más vulnerables. Ha trascendido las fronteras, para convertirse en un problema mundial con carácter de pandemia.*

*Ante la prohibición de la publicidad y patrocinio, la industria tabacalera acude a formas encubiertas, como nuevas tácticas para promover el cigarrillo en el cine, la televisión, la moda y el arte.*

*Es inminente la necesidad de que la industria cinematográfica, las televisoras, y los artistas de todas las manifestaciones, tomen conciencia de la responsabilidad social que tienen sobre la salud pública y asuman la responsabilidad de informar a la población de manera adecuada o al menos, de no contribuir a la desinformación.*

<sup>22</sup> L. N. Suárez: “Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba”, *Rev Cub de Salud Pública*, 2011; 37 (1). [Internet]. [citado:11 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www//scielo.cu>



## LA EPIDEMIA

En la triada epidemiológica se puede observar cómo el tabaquismo es factible de analizar igual que cualquier epidemia, considerando todos los elementos; solo que generalmente no se analiza como tal. Sin embargo, es obvio que su magnitud, mayor o menor, se encuentra en dependencia de la presencia o no de los factores que la originan y su reducción está condicionada a las acciones que se realicen para su prevención y control.

La situación social, económica y cultural varía significativamente de un país a otro, tal como el consumo de tabaco en la población en general y en particular de mujeres y jóvenes. Identificar las causas nos permitirá evitar en mayor medida las consecuencias, pues la comprensión de estos puntos es fundamental para prevenir y/o reducir el consumo de tabaco.

A continuación presentamos la magnitud de la epidemia: la prevalencia e incidencia, las causas de inicio, las mujeres como importante grupo vulnerable, así como el papel de los profesionales de la salud en el control del tabaquismo.

### Prevalencia

Mundialmente, el tabaco provoca una mortalidad mucho mayor que la que se atribuye al uso de alcohol y drogas ilegales, las personas fuman en gran medida por ser una adicción socialmente adquirida; el consumo de tabaco es, desde hace muchos años, la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo, por diversos tipos de cáncer como: pulmonar, de vías urinarias, de la cavidad oral y nasal, de la faringe, del esófago, de la laringe, del páncreas, del estómago, del hígado, del cérvix y de la médula ósea, entre otros; además de enfermedades del sistema cardiovascular y respiratorio.<sup>1</sup>

Según la OMS, existe en el mundo más de mil millones de fumadores activos, uno de cada cuatro adultos fuma, este grupo está formado por todas aquellas personas que consumen tabaco de manera frecuente y voluntaria, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años; en este mismo rango de edad con respecto al género, el 48% de

<sup>1</sup> Oficina Sanitaria Panamericana. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”, OPS, 2005. [Internet]. [citado: 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)

los hombres y el 12% de las mujeres, consumen una media de 14 cigarrillos por día, lo que supone un total de 5897 billones de cigarrillos consumidos al año.<sup>2,3</sup>

Del 48% de los hombres fumadores del mundo, el 35% se encuentra en los países desarrollados; el 50% en los países en desarrollo. Las tasas de consumo de tabaco en los hombres alcanzaron su nivel máximo y luego comenzaron a descender lentamente. El tabaco sigue matando a cuatro millones de hombres por año.

Del 12% de las mujeres fumadoras del mundo, el 22% se encuentra en los países desarrollados; el 9% en los países en desarrollo. Se predice que para el año 2025, el 20% de la población mundial femenina fumará.

El 80% de los fumadores vive repartido en 24 países y las dos terceras partes de estos se encuentran en 15 países de ingresos bajos y medianos.

En la última década del actual siglo XXI, a nivel mundial el tabaco es uno de los mayores problemas de salud pública, ocasionando alrededor de treinta millones de muertes, de los cuales la población de jóvenes es la más afectada, ya que 99 000 personas se inician diariamente en el tabaquismo entre los 14 y 18 años de edad; grupo etáreo en el que es más difícil abandonar el hábito.

Se estima que para el año 2030, habrá un incremento de 10 millones de personas fumadoras, siendo para ese momento la mayor causa de muerte en adolescentes actuales. La epidemia se está desplazando de los países desarrollados a países en desarrollo; y de los hombres a las mujeres en los países desarrollados.

En los Estados Unidos, 53 000 de los no fumadores mueren cada año de enfermedades cardíacas y 3000 mueren de diversos tipos de cáncer, causados por la exposición involuntaria al humo de cigarrillo, esto es por ser fumadores pasivos.<sup>4,5</sup>

Los datos actuales sobre la prevalencia del tabaquismo en los adultos son de calidad desigual. La prevalencia varía ampliamente entre países y subgrupos: entre hombres y mujeres, entre zonas rurales y urbanas.

En América Latina y el Caribe en el 2001, la prevalencia de fumadores fue alrededor del 40% en hombres y un 20% en mujeres, representando el 17% y el 27% de jóvenes, respectivamente entre 13 y 15 años, de los cuales tres de cada cuatro fumadores iniciaron el hábito a la edad de 14 y 17 años, y la mayoría de estos residen en la actualidad en zonas urbanas como fumadores

<sup>2</sup> M. Barrueco, M. Hernández y M. Torreccilla: *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*, 2da. ed. Ergon, Madrid, 2003.

<sup>3</sup> E. Bianco: "Las estrategias para el control del tabaco y su racionalidad", *Rev Urug Cardiol*, 2005; 20: 171-195. [Internet]. [citado: 22 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/control.pdf>

<sup>4</sup> World Health Organization. *Tobacco or Health: A global status report*. Geneva: WHO; 1997.

<sup>5</sup> J. Mackay y M. Eriksen: "The tobacco atlas", (pw). Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2002. [Internet]. [citado: 30 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf>

habituales. En el año 2011, se registra una prevalencia de 22% inferior a la cifra mundial de 24%; en América del Sur se reportan las prevalencias más altas, muy similares a las del 2001,<sup>6</sup> pues fuman el 44% de los hombres y el 30% de las mujeres, lo que demuestra que esta adicción es un grave problema de salud pública a nivel regional.

Para revertir la tendencia de la prevalencia mundial de fumadores en el año 2020, se requiere al menos una disminución del 5% en todos los países, para lograr esa reducción en la prevalencia mundial absoluta de tabaquismo. Esto es, que del 25% pase al 20%. Si en la actualidad algunos de los países cuentan con una prevalencia menor al 5%, lo que sucede en muy pocos, se pretende que permanezcan al menos en ese nivel.

Los países y las autoridades mundiales deben revisar y acordar los objetivos, considerando que la dinámica de las poblaciones podría limitar el potencial para reducir la prevalencia.

## Iniciación

La adolescencia constituye una etapa de la vida en la que suceden una serie de cambios no solo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual. Es un período en el que comienzan a experimentarse e incorporarse cambios interiores,<sup>7</sup> búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, desarrollo sexual; es una etapa de intercambio diferente a la anterior con el medio en que se encuentran.

Si bien no es sencillo determinar con precisión el tiempo o edad específica en la cual se desarrolla, ha podido establecerse que se extiende desde los 10 a los 20 años de edad. A su vez puede subdividirse en tres etapas: temprana, desde los 10 a los 13 años; media, desde los 14 a los 17 años y una etapa tardía a partir de los 18 años.

Esta subdivisión se ha establecido principalmente para facilitar la comprensión de la adolescencia, la cual se correspondería con la realización de actividades educacionales y sociales.<sup>8</sup>

Es cierto que la curiosidad y la independencia forman parte natural de la adolescencia, la experimentación con productos del tabaco no lo es. El inicio del tabaquismo en esa etapa es el resultado de la demanda creada por la industria tabacalera.

En la adolescencia, una de las típicas causas del fumar es que piensan que es imprescindible para ser aceptado por amigos, admirado por la pareja y para sentirse seguro de uno mismo. La preocupación por la imagen que proyectan ante los demás, o la creencia de que el cigarrillo

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo: advertencia sobre los peligros del tabaco. 2011. [Internet]. [citado: 30 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas>

<sup>7</sup> M. Ezzatti y A. D. Lopez: "Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000", *Lancet*, 2003; 362:847-52.

<sup>8</sup> L. N. Suárez: "Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba", *Rev. Cub. de Salud Pública*, 2011;37(1). [Internet]. [citado:11 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www/scielo.cu>

le ayuda a afirmarse sobre sus pies, es tan etérea como las bocanadas de humo que emanan al consumir los cigarrillos.<sup>9</sup>

Fumar puede ser muy placentero al principio, pero cuando se vuelve una adicción experimentan los efectos desagradables; tal vez sean mínimos comparados con los beneficios que le atribuyen al cigarrillo. Pero a largo plazo, esos efectos pueden convertirse en verdaderos enemigos para la salud y es precisamente cuando comienzan a ser conscientes del daño que supera los entonces considerados beneficios.

El cigarrillo es un medio de comunicación entre adolescentes, lo que hace aun más atractivo su uso, pero a la larga no solo desagrada su imagen, sino que trae problemas de salud, por eso el tabaquismo es muy complejo de curar en adictos. La nicotina es adictiva como toda droga, sin embargo, no es socialmente considerada como tal, pues ni los fumadores se ven como adictos ni quienes les rodean, los consideran de esa forma.

La adolescencia es considerada por los especialistas como la más problemática de todas las etapas de la vida, pero a su vez es la más confortable. Lamentablemente el adolescente en general, no lo considera así y solo se percatan de ello cuando ya se transita a la adultez.

El hecho, paradójico por cierto, de que el sabor del cigarrillo sea desagradable, crea la trampa. Al no disfrutar del sabor, como parecen hacer los demás, el fumador novel se convence de que no se volverá adicto y que siempre estará en condiciones de fumar o de no hacerlo, según considere.

Esto es cierto en los comienzos, de manera imperceptible y progresiva, el dominio cambia de manos en virtud del desarrollo de la adicción, por lo que el consumo se comienza a realizar independiente de la voluntad. Se pierde así, la capacidad de decidir si fumar o no en un momento dado, igual que sucede con cualquier droga.

La adolescencia es un período de la vida caracterizado por el descubrimiento constante. Una época en la que casi todo se hace por primera vez, en la que comienzan a establecerse relaciones afectivas con personas fuera del ámbito familiar, y el deseo de ser aceptado por los demás se vuelve muy intenso.

Se persigue la reducción de la distancia entre uno mismo y los demás; ser sociable y sentirse socializado: ser, en definitiva, “como los demás”. Por otra parte, la noción de riesgo para la salud, enfermedad y muerte, no se percibe en esta etapa evolutiva de la vida en su real y justa dimensión. Esto se debe a que ciertos rasgos de omnipotencia y prepotencia son típicamente normales para dicha edad.

Las inseguridades personales, propias de la adolescencia, funcionan sin oposición alguna, como desencadenantes de acciones que tienden a lograr la buscada sensación de ser parte del

<sup>9</sup> H. S. Chen, S. D. Horner y M. S. Percy: “Cross-cultural validation of the stages of the tobacco acquisition questionnaire and the decisional balance scale”, *Rev Nurs Health*. 2003; 26:233-43.

grupo, casi a cualquier precio, no escatimando en gastos ni recursos, por lo que incorporarse a la adicción no resulta difícil.

La existencia de un vacío en la educación familiar y formal, deja que otros dos elementos desempeñen un papel preponderante en la determinación de las conductas: el ejemplo, el seguir patrones imitativos de pares o personas de significación social y la publicidad que se encarga de crearlos y reforzarlos. Desde muy pequeños, se ven atacados por información publicitaria que asegura múltiples beneficios derivados de fumar, haciendo aparecer el cigarrillo como uno de los objetos más importantes de la vida. Especialmente en la sociedad actual en la que prevalece la “cultura de la imagen”. Tener uno o ambos padres, un hermano o un amigo fumadores, funciona como un importantísimo condicionante y aumenta mucho las posibilidades de que el adolescente fume.<sup>10</sup>

Fumar funciona como un rito de iniciación hacia la adultez, proporcionando algo de la ansiada seguridad: crea la ficción de pertenecer y asimila al fumador con la imagen del triunfador, como son presentados los personajes de la publicidad.<sup>11</sup>

La lucha de la industria tabacalera por mantener su posicionamiento en el mercado hace que convierta a los adolescentes y jóvenes en su objetivo y meta fundamental. La iniciación en el tabaquismo comienza en la adolescencia y juventud. Todos los estudios disponibles en los diferentes países, tanto en las naciones desarrolladas como en las naciones en desarrollo, indican que la mayoría de los consumidores crónicos de tabaco comienzan siendo jóvenes.

Casi una cuarta parte de esos fumadores probaron un cigarrillo por primera vez antes de los 10 años. El consumo de tabaco en los jóvenes es igual de un país a otro y de una cultura a otra.<sup>12</sup>

Mundialmente, entre los jóvenes, los hombres tienden a fumar más que las mujeres, aunque en aproximadamente la mitad de los países sondeados en la Encuesta Mundial del Tabaquismo en Jóvenes<sup>13</sup> (GYTS, en inglés), no hubo diferencia de género en el tabaquismo juvenil. El consumo de tabaco entre las jóvenes está en aumento en todo el mundo.

En las naciones que ya tienen altas tasas de consumo de tabaco, la iniciación en los jóvenes es inevitable, inalterable y una parte natural del tránsito de la niñez a la vida adulta. En las naciones y culturas donde tradicionalmente los niños no fuman ni usan otra forma de tabaco, no hay necesidad de preocuparse o centrarse en la problemática del tabaco en los jóvenes.

<sup>10</sup> C. Bonetto: Tabaquismo ¿pertenecer o no pertenecer? [Internet]. [citado: 30 de septiembre de 2011]. Disponible en URL: [http://www.cordobes.com/30/2005/abr\\_05/tabaquismo.htm](http://www.cordobes.com/30/2005/abr_05/tabaquismo.htm)

<sup>11</sup> M. T. Braverman y L. E. Aaro: Adolescent smoking and exposure to tobacco marketing under a tobacco advertising ban: findings from 2 Norwegian national samples. *Am J Public Health*, 2004; 94:1230-8.

<sup>12</sup> L. N. Suárez: América Latina: los jóvenes y el tabaquismo. *Promotion Education Journal of Health*, 1995; 2(1): 52-54.

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud. Encuesta mundial sobre el tabaco en jóvenes [Internet]. [citado: 30 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.edc.gov/spanish/tabaco.htm-32k>



En China, gran parte de la India y Vietnam, el 7% o menos de los jóvenes en edad escolar consumen alguna forma de tabaco, mientras que lo hacen en Chile, Rusia, la República Checa, Grecia, Zambia y la región de Cachemira en la India, más del 25% de los jóvenes en edad escolar.

En los Estados Unidos, Chile, Grecia, Uruguay y muchos otros países ya no hay diferencia en el uso de tabaco entre niños y niñas. Pero aún se mantiene diferencia de género en Indonesia, Nepal, Tailandia, China, gran parte de la India y otros países donde las niñas consumen menos tabaco que los niños.

En gran parte de la India, Nepal, Botswana, Tanzania, Zambia y Nigeria, debido a la cultura de consumir los productos derivados del tabaco, muchos más de los jóvenes que consumen tabaco utilizan otros productos de este diferentes al cigarrillo. Generalmente es una proporción de dos a uno o de tres a uno.

Pero en Uruguay, México, la República Checa, Rumania, Vietnam, Filipinas, Indonesia, Canadá y los Estados Unidos, son muchos más los jóvenes que fuman cigarrillos que cualquier otro producto de tabaco.

En Francia las medidas adoptadas para el control del tabaquismo permitieron en 2000 una reducción de la prevalencia de fumadores de un 14,4% a un 8,6% en 2005 en las edades de 12 a 15 años y del 43,9% al 34,2% en los de 16 a 19 años. Sin embargo, el 71% de las hembras de 16 años y el 66% de los varones han fumado por lo menos una vez en su vida, y el tabaquismo comenzó en promedio hacia los 13,5 años.

Desde hace muchos años se han tomado medidas de prevención primaria y de ayuda a los adolescentes para que abandonen el tabaco con relativa eficacia. Pero para lograr una reducción aun mayor del tabaquismo en este grupo quedan por hacer muchos progresos, tanto en lo que respecta al conocimiento de los mecanismos neurofisiológicos, como en los campos de la prevención y de la ayuda para dejar de fumar.<sup>14</sup>

## Tabaquismo en la mujer

En el mundo, casi mil millones de varones y cerca de doscientos cincuenta millones de mujeres fuman habitualmente.<sup>15</sup> Las tendencias mundiales indican que la prevalencia en el consumo de tabaco en varones se encuentra en un lento descenso, mientras que el consumo de tabaco en las mujeres seguirá aumentando, revirtiéndose lo que hasta ahora se consideraba una epidemia masculina.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> P. Dupont: Adolescentes y Tabaco EM/S1634-2151(07)50749-6 [Internet]. [citado: 20 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.EM-consulte.com>

<sup>15</sup> G. Guindon, E. Boisclair y D. Boisclair: Past, current and future trends in tobacco use. March 2003. 2nd ed. [Internet]. [citado: 20 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www1.worldbank.org/tobacco/publications.asp>.

<sup>16</sup> G. H. Brundtland (Prólogo). Samet JM Samet, Yoon SY (Eds.): "Mujeres y la epidemia del tabaco. Retos para el siglo XXI". Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.

Como ya se señaló, fuman 12% de las mujeres del mundo, en países desarrollados 22% y en desarrollo 9%. Mientras las tasas de consumo de tabaco en hombres alcanzaron su nivel máximo y comienzan a descender lentamente, se predice que para el 2025, el 20% de la población mundial femenina fumará derivado del aumento del consumo de tabaco entre las jóvenes.<sup>17</sup>

América Latina no es una excepción en el incremento del consumo entre las mujeres a nivel mundial. En Chile, Argentina, Brasil, Uruguay, Cuba y Venezuela se encuentran los mayores niveles de consumo de tabaco entre la población femenina. La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes muestra que las féminas superan a los varones.<sup>18</sup> También se documenta que hay una mayor vulnerabilidad en la adolescencia en situación de desventaja, a los factores que incrementan el riesgo de fumar entre las jóvenes y las que han sufrido violencia familiar se hacen fumadoras con mayor frecuencia que los varones.<sup>19</sup>

La población en situación de desventaja se beneficia también menos con las medidas de control. La fuerte cultura de fumar, ausencia de líderes con rol modélico, amplio y fácil acceso a los cigarrillos, pocas alternativas de ocio y escaso acceso a servicios de cesación, hacen difícil que las mujeres dejen de fumar.

Las dificultades en acceder a los servicios de salud por carencia y elevado costo, la pobreza, el hambre y la desnutrición, la coexistencia de enfermedades transmisibles con enfermedades no transmisibles, los escasos derechos laborales y sociales, así como la alta frecuencia de mujeres amas de casa y dependientes de la economía informal, agravan el costo de la epidemia tabáquica en lo personal, familiar y social en la región, por lo que constituye, sin lugar a duda, uno de los más importantes problemas de salud pública.<sup>20</sup>

Cerrar la brecha hombre-mujer no será posible de forma espontánea, sino derivado de cambios sociales, económicos y políticos a nivel mundial, más agudos en algunos países que han provocado modificaciones en la imagen y papel que asume la mujer en la sociedad, desde que adquirió derechos civiles fundamentales como la posibilidad de votar, hasta la incorporación al mercado laboral formal, presencia en nuevos espacios sociales, disponibilidad económica, acceso a educación y medios de comunicación, con mayor exposición a la publicidad femenina.

La mujer se convirtió en garantía para la rentabilidad de la industria tabacalera al disminuir las ventas en los hombres, derivado de la cesación tabáquica o sus consecuencias de enfermar y morir por esa causa. La publicidad se encargó de reclutar más mujeres para su consumo siendo su blanco fundamental. La investigación sobre la motivación para fumar de acuerdo

<sup>17</sup> J. Mackay, M. Eriksen, O. Shafey y H. Ross: *The tobacco atlas*. 3th ed. Atlanta, Georgia USA: American Cancer Society, World Lung Foundation; 2009.

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Encuesta mundial sobre el tabaco en jóvenes [Internet]. [citado: 30 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.edc.gov/spanish/tabaco.htm-32k>

<sup>19</sup> L. N. Suárez y R. Nahuat: "Comportamiento del tabaquismo en adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica No. 10. Cárdenas", Tabasco, 2005, revista *Horizonte Sanitario*, México, 2006; 5 (2): 26-43.

<sup>20</sup> L. N. Suárez: "Tabaco o salud: una decisión social", revista *Horizonte Sanitario*, México, 2004; 3(2):12-21.

con el género, constituye la base para generar agresivas campañas publicitarias para la feminización del consumo de tabaco.<sup>21</sup>

Pero toda la responsabilidad que se le atribuye a la publicidad pudiera quedar en duda si se analiza la situación del tabaquismo en la mujer cubana, quien se encuentra entre las mayores consumidoras en Latinoamérica, sus consecuencias se hacen notar en la situación de salud, pero sus causas no pueden atribuirse a la publicidad directa, ya que la misma se prohibió en Cuba en 1960.<sup>22</sup>

Queda entonces preguntarse ¿qué responsabilidad tienen la sociedad en general, las instituciones sanitarias y las féminas, en que la epidemia del tabaquismo en las mujeres sea una realidad ya instalada?

Parte de la responsabilidad se encuentra en los ya citados factores sociales y económicos que han modificado los roles de género en la sociedad contemporánea, entre los que es indiscutible que la publicidad logró colocar ser fumadora, al posicionar signos tales como: libertad femenina, autonomía, modernidad, emancipación y empoderamiento, así como control del peso e imagen corporal, autoestima, sensualidad, esbeltez, sofisticación y atractivo sexual. También relacionar fumar con neutralizar sentimientos negativos como estrés y ansiedad y a la diversión, recreación y esparcimiento.

Estos símbolos, que ha grabado de forma magistral esa publicidad engañosa, están impregnados en el medio social en que se desarrollan las mujeres cubanas, están presentes en los valores culturales que se transmiten de generación en generación y se refuerzan en los medios de comunicación social, cuando personajes femeninos de programas televisivos nacionales o foráneos, fuman para llamar la atención, reforzar su estatus social, atraer al sexo opuesto, aliviar la tensión o calmar los nervios.

A las particularidades de género se le suman que el “cubano se consideraba un pueblo de fumadores” sustentado en su condición de país productor, donde fumar ha estado asociado a la música, al folklore y a luchas sociopolíticas. Ser el tabaco un importante renglón de la economía cubana constituye un elemento de gran importancia para analizar el contexto en que se desarrolla la vida de su población, independientemente del género, aunque las mujeres constituyen parte mayoritaria de la fuerza de trabajo dedicada a la manufactura del tabaco.

Prueba de lo anterior es el hecho de que el consumo y prevalencia del tabaquismo en la población cubana es elevada y aunque ha tenido discretos decrecimientos de 1984 al 2010, se incrementó en las mujeres en el período de 1984 a 1995 para comenzar a descender hasta el 2010. Resulta interesante que el decrecimiento en los hombres fue muy superior (17,0%) a las

<sup>21</sup> A. Amos y M. Haglund: “From social taboo to «torch of freedom»: The marketing of cigarettes to women”, *Tobacco Control*, 2000; 9(1):3-8.

<sup>22</sup> G. Regueira, N. Suárez y S. Jakimczuk: “Estrategias para la prevención del tabaco con perspectiva de género en América Latina”, *Salud Pública Mex*, 2010; 52 (2):315-330.

mujeres (9,7%).<sup>23</sup> La brecha en las diferencias de género en Cuba también se han ido estrechando, las mujeres no han alcanzado las cifras de prevalencia del tabaquismo de los hombres, pero sí se han acercado notablemente a sus formas de enfermar y morir, fundamentalmente por cáncer.

Es necesario el apoyo entre todas las mujeres para resolver el problema del tabaquismo, que se conviertan en el baluarte fundamental para preservar el bienestar personal y el de la familia, emplear la condición de género en la sociedad para desmitificar el tabaquismo y resolver el dilema entre el tabaco y la salud.

Las organizaciones de salud de la mujer, representan un importante sector de la sociedad civil que se debe involucrar en el desarrollo de programas y políticas de control de tabaco, tanto por su experiencia, como por el importante papel que cumplen en la promoción de la salud de las mujeres y su empoderamiento político, lo que facilitaría la incorporación de una perspectiva de género. Esto se puede lograr a través de la concientización y movilización de las mujeres activistas y del movimiento de la salud.

Un ejemplo de trabajo con perspectiva de género aplicado al control del tabaco, desde la sociedad civil, está dado por la International Network of Women Against Tobacco (INWAT), Red Internacional de Mujeres frente al Tabaco.

INWAT es una red global de especialistas en control de tabaco dedicadas a promover la salud y equidad entre las mujeres y jóvenes de todo el mundo, por vía de la eliminación del uso del tabaco y de la exposición pasiva al humo de segunda mano. Fue creada en el año 1990 por mujeres líderes en el control del dañino producto, durante la 7th. Conferencia Mundial Tabaco o Salud en Perth, Australia.

Desde su inicio, la mujer latinoamericana tuvo representación. La red surge ante la preocupación de estas mujeres frente a la falta de intervenciones, investigación e intercambios de conocimiento y experiencias en el control del tabaco que fueran sensibles al género.

Mediante sus acciones alrededor del mundo INWAT ha situado en el centro de todos los esfuerzos de control del tabaco el empoderamiento y el liderazgo de las mujeres, que son esenciales para el éxito de los programas nacionales y del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS. En el año 2012 ya contaba con más de 1800 miembros en 100 países y actúa proporcionando contactos individuales e institucionales, principalmente de mujeres especializadas en control del tabaco, recogiendo y distribuyendo información a nivel mundial.

Además, comparte estrategias para contrarrestar la promoción y la publicidad del tabaco; apoya que los programas específicos de prevención, deshabitación y control del tabaco se

<sup>23</sup> L. N. Suárez: "Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba", *Rev Cub de Salud Pública*, 2011; 37 (1). [Internet]. [citado:11 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www//scielo.cu>

desarrollen con enfoque de género; asesora en la organización y planificación de conferencias sobre el tema; colabora en el desarrollo de publicaciones, y promueve el liderazgo de las mujeres en ese campo.

Los principales logros de INWAT han estado vinculados a dar impulso a la agenda de investigación e información sobre mujeres y tabaco; promover la inserción de la perspectiva de género en la agenda internacional sobre el tema; demostrar la utilidad de este tipo de análisis y estimular la incorporación del enfoque, tanto en publicaciones como en programas y políticas de control de tabaco.

### **Profesionales sanitarios**

El preámbulo del CMCT de la OMS, que adquirió fuerza jurídica obligatoria el 27 de febrero de 2005,<sup>24</sup> subraya el papel de las organizaciones profesionales del sector en los esfuerzos por incluir la lucha contra el tabaco en las prioridades de la salud pública y para contribuir activamente a la reducción del consumo de tabaco.

Se considera que la eficacia de estas medidas, y en especial, de las políticas preventivas, depende en gran parte del compromiso de los profesionales sanitarios, es decir, de sus actitudes y comportamientos hacia el tabaquismo desde el punto de vista personal y profesional.

La consideración social de los profesionales sanitarios como expertos de la salud, les convierte en principales agentes de desarrollo de programas de prevención asociados al consumo de tabaco. Por otro lado, los comportamientos, hábitos y actitudes del personal sanitario prescriben opinión, y por tanto, pueden actuar como vehículos de transmisión de estilos de vida saludables. Los médicos y otros profesionales de la salud constituyen importantes fuentes de influencia para lograr cambios positivos de los niveles de tabaquismo en la comunidad.<sup>25</sup>

La prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales de la salud en países desarrollados, es menor a la observada en la población general; por ejemplo, en los Estados Unidos la prevalencia entre médicos es seis veces menor. Por el contrario, en algunos países en desarrollo, en particular en aquellos que no han logrado regular el consumo de tabaco en edificios y lugares públicos, la prevalencia de tabaquismo en profesionales de la salud resulta igual o mayor que la de la población general.

La problemática de esta adicción en el personal que labora en el sector salud ha sido objeto de análisis por la OMS, ya que los médicos y otros profesionales de la salud son importantes fuentes de información e influencia para lograr cambios favorables en los niveles de la población.

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud. "Los servicios de salud: ventana abierta a un mundo sin tabaco", Ginebra: OMS; 1993; [Vol Inform:1-3].

<sup>25</sup> P. P. Varona, L. N. Fernández, G. M. Bonet, R. R. G. García, S. A. M. Ibarra, R. M. de la Chang: "Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud", *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 2000;16(3):221-6.

Los médicos que fuman llevan a cabo menos intervenciones sobre tabaco en sus pacientes, en comparación con los médicos no fumadores. Estudios realizados indican una elevada prevalencia de tabaquismo en enfermeras y promotores de la salud.<sup>26</sup>

Los profesionales de la salud, incluidos médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos y otros, son fuentes de información y consejos, pues gozan de la confianza de los pacientes, además de servir como modelo en todo lo que atañe a la salud. Están en contacto con un elevado porcentaje de la población y pueden contribuir a que las personas modifiquen sus hábitos. Aunque se conoce que la prevención y control del tabaquismo no solamente depende del sector salud, este desempeña un papel importantísimo en el logro de cambios a comportamientos positivos de la población fumadora activa o pasiva, tanto como líder de opinión, como en las actividades de promoción que deben realizar y que están contenidas en los diferentes programas de salud para lograr un mayor bienestar en su población. En relación con el tabaquismo no se ha logrado con la celeridad requerida, por lo que es necesario determinar algunos aspectos que están afectando de manera negativa en su accionar.

Los estudios muestran que incluso con breves consejos de los profesionales de salud, las tasas de abstinencia del tabaco pueden aumentar hasta en un 30%. Igualmente se ha demostrado que las intervenciones para fomentar el abandono del tabaquismo dirigidas por personal de enfermería, aumentan la probabilidad de éxito en la abstinencia del tabaco hasta en un 50%,<sup>27</sup> también es acreditada la conducta modélica de los profesionales y lo frágil que vuelven la lucha antitabáquica cuando son incapaces de asumir los riesgos del tabaquismo y del tabaquismo pasivo.

El comportamiento de los individuos va a depender, en primera instancia, de la percepción de riesgo que tenga cada sujeto, aunque se evidencia la influencia de factores educativos, económicos y éticos, entre otros. En este sentido, el personal de salud puede intentar influir en ese comportamiento para mejorar el estado de salud de la población, mediante difusión, persuasión, y medidas económicas de aumento del precio de los cigarrillos.

La prevalencia del consumo de tabaco entre los profesionales de la salud ya supone de por sí un obstáculo para que participen en la lucha antitabáquica, especialmente en lo que respecta a la encubierta percepción de riesgos para la salud que muestran en relación con la nocividad de fumar.

Si se define percepción de riesgos como “el reconocimiento de acontecimientos peligrosos, objetivos, externos, no realizados que aparecen como respuesta a estímulos de los órganos de

<sup>26</sup> A. C. Idurre: “Hábitos de salud de los profesionales de Enfermería”, *Rev. Rol de enfermería*, España, 1998;(237):18-15.

<sup>27</sup> A. Cabrera: “Profesionales de la enfermería ven el tabaquismo como el principal problema de salud”, *Rev. Rol de enfermería*, 2004; (327):18-15.

los sentidos”, entonces es posible afirmar, que los profesionales sanitarios constituyen el colectivo social con mayor capacidad para incidir positiva o negativamente sobre la prevalencia del consumo de tabaco en una comunidad, a partir del fortalecimiento de la percepción de riesgos, pues desempeñan un papel clave en la promoción de la salud que incluye el control del consumo de tabaco y la prevención de los factores de riesgo y favorecedores. Por esta razón, poseen una especial responsabilidad, como referencia en estos temas para otros grupos de la comunidad.

Al hablarse de factores favorecedores, se trata de todas aquellas circunstancias o elementos que facilitan, posibilitan, permiten y aceptan el hábito de fumar, estos bien pudieran ser factores intrínsecos o propios del individuo como ser social; o factores externos de tolerancia, permisibilidad y no cumplimiento de legislaciones que vetan tan dañino hábito.

La coexistencia y tolerancia de estos factores por parte de los profesionales de la salud, se pudiera igualmente clasificar como factor favorecedor de persistencia del hábito de fumar en el resto de la población, a causa de servir estos como modelo en todo lo que atañe a la salud y en eso se incluyen las conductas saludables. La prevalencia de tabaquismo en los trabajadores de la salud, en especial en médicos y enfermeras, puede ser predictora de prevalencia en la población.

Un estudio realizado en Uruguay en el año 2004, muestra el consumo de tabaco entre los médicos en un 27%; un tercio de los médicos fumadores reconoció que necesitaría ayuda para dejar de consumir tabaco; el 87% de ellos manifestaba no haber recibido una instrucción adecuada en el manejo del tabaquismo a nivel de la Facultad de Medicina.<sup>28</sup>

Hay más de once millones de enfermeros en el mundo, que tienen el poder para marcar una gran diferencia en la lucha contra la epidemia del tabaquismo. Estos gozan de confianza pública y esta puede serles muy útil para defender los derechos de sus pacientes, de su comunidad y la salud pública en general.

En los países donde la mayoría de los enfermeros no fuma, estos podrían convertirse en los principales socios para promover la agenda de control del tabaquismo. Si los enfermeros fuman, es menos probable que deseen servir de intermediarios con los pacientes o participar en el control del tabaquismo.

Las pocas habilidades y conocimientos de los enfermeros puede ser una limitante para su participación en la prevención y control del tabaquismo, puesto que la investigación ha demostrado que los contenidos relacionados con el control del tabaquismo en las escuelas de enfermería son mínimos y por tanto insuficientes.

Una encuesta realizada en escuelas de enfermería de cuatro países asiáticos —China, Japón, Corea y Filipinas— reveló que el 92% incluía contenidos sobre los riesgos del tabaquismo

<sup>28</sup> E. Bianco: “Tabaquismo: los médicos reconocemos nuestra responsabilidad social”, *Revista Noticias del SMU*, 2002, N° 116, mayo: 25-26.

para la salud; el 49% no proporcionaba contenidos sobre cómo dejar de fumar; el 11% incluía prácticas supervisadas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar; menos del 10% dijo cubrir en profundidad las intervenciones para dejar de fumar.

Pocas escuelas manifestaron contar con oportunidades de realizar prácticas clínicas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. La mayoría de las escuelas encuestadas dedicaba menos de una hora por año a la enseñanza de estrategias de control del tabaquismo.

Tradicionalmente, el control del tabaquismo no forma parte de la práctica de enfermería, por lo que ha sido pobre el liderazgo profesional. Si los enfermeros desean abogar por una mejor atención médica, es fundamental que aprendan cómo influir en el proceso de elaboración de políticas y que participen en el control del tabaco.

En el municipio Habana Vieja de la capital de Cuba, se realizó un estudio observacional, descriptivo. El universo estaba constituido por los 731 profesionales en activo, daban cobertura a la asistencia médica y formaban parte de la plantilla habitual del municipio 343 médicos, 60 estomatólogos, 318 enfermeros y 10 de otras profesiones.

Las variables estudiadas fueron las siguientes: edad, sexo, categoría profesional, tipo de centro, especialidad médica, clasificación del individuo con respecto al tabaquismo, identificación de causas de incidencia de este, percepción de riesgos del tabaquismo activo y pasivo, enfermedades asociadas, tabaco-droga-adicción, e identificación de causas favorecedoras de la adicción.

La revisión documental y bibliográfica fueron los métodos iniciales y como instrumentos de recogida de información: un cuestionario estructurado, elaborado y validado para realizar la entrevista y la observación, mediante una guía que aplicaron los investigadores. El análisis y discusión de los resultados obtenidos se realizó a partir de la valoración integral de los diferentes métodos y técnicas empleadas.

La información se recolectó entre enero y marzo del año 2007. El trabajo de campo fue realizado por uno de los investigadores. Los datos se procesaron con programas computarizados. Los resultados se expresaron en porcentajes. Se tuvieron siempre presentes los principios básicos de la ética en la investigación.

Los principales resultados obtenidos muestran que participaron los 731 profesionales previstos para la investigación, y la observación se realizó en todas las unidades de salud del municipio en que estos laboraban, lo que permitió dar cumplimiento a los objetivos propuestos. También mostraron que 46,9% de los encuestados eran médicos, 43,5% enfermeros, 8,2% estomatólogos, y 1,4% de otras profesiones que se encontraban brindando asistencia médica a la población del municipio, esto representó el total del universo y el 64,12% de los profesionales de la salud del municipio Habana Vieja. De ellos, el 75,9% correspondió al sexo femenino



La media de edad entre los médicos era de 39 años, en los enfermeros 41; en los estomatólogos 36 años y de otras profesiones, 38. Se apreció que el 77,7 % de los encuestados tenían entre 30 y 49 años de edad.<sup>29</sup>

De los médicos, el 84,5% eran especialistas en Medicina General Integral, los pediatras y obstetras representaban el 2,9% respectivamente, el 3,2% estaba representado por especialistas en Medicina Interna y el 6,4% eran de otras especialidades.

Se pudo apreciar que el 74,7% de los encuestados trabajaban en policlínicos, cifra similar a otros estudios revisados<sup>30</sup> que se corresponden con la atención primaria, donde se reúne la mayor cantidad de trabajadores y, a su vez, es el lugar en que más servicios asistenciales se brindan a la población.

Se encontró una alta prevalencia de fumadores, 36,4%; el 19,8% se declaró como exfumador, por lo que 56,2% de los profesionales de la salud estudiados refirieron fumar o haber fumado. Eran fumadores 38,4% enfermeros, 35,6% médicos y 33,3% estomatólogos, influencia negativa en el municipio por ser un patrón de conductas de salud a imitar. Así mismo, los datos obtenidos coinciden y en otros resultaron superiores a los encontrados en estudios nacionales anteriores.

En relación con la prevalencia de los estomatólogos, no se han encontrado estudios nacionales ni internacionales anteriores que permitan comparaciones, sin embargo, al igual que los médicos, también trazan pautas a seguir, son ejemplo de conductas y pueden aconsejar a sus pacientes sobre la relación del tabaquismo y la salud bucal.

Una limitante del estudio fue no haber incluido en el cuestionario preguntas relacionadas con las afectaciones del tabaquismo a la salud bucal, dado que en la muestra se encontraban estomatólogos y es una temática no encontrada en la literatura revisada, pero que debe ser explorada en estudios posteriores.

En la literatura internacional que se revisó,<sup>31</sup> se encontró información semejante en relación con la prevalencia del tabaquismo entre profesionales de la salud, y diferente con respecto a que ha sido mayor en los enfermeros que en los médicos.

De los fumadores, 46,6% pertenecían al sexo masculino y en el sexo femenino se concentró el 49,4% de los profesionales que nunca habían fumado. Muy semejante a esto es lo encontrado en estudios anteriores, como por ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se aprecia que el 48% de los fumadores pertenecen al sexo masculino. También se puede afirmar que

<sup>29</sup> P. R. Moreno y C. I. León: "Reflexiones sobre hábito de fumar y personal médico", *Rev Cubana Med Milit.* 2002;31(1):41-6.

<sup>30</sup> A. C. Idurre: "Hábitos de salud de los profesionales de Enfermería", *Rev Rol Enfermería*, 1998;(237):18-15.

<sup>31</sup> Organización Panamericana de la Salud. "Tabaquismo: un desastre para la salud pública", Washington: OPS;1997(9):4-6.

el abandono fue mayor en el sexo masculino, lo que se correspondió con esos y otros estudios realizados que se revisaron.<sup>32</sup>

Según el tiempo en su condición de fumador, el 76,7% practicaban el hábito desde hacía más de 10 años, coincidente con la literatura, en los que se muestra que un gran porcentaje de los fumadores comenzaron a fumar en edades tempranas de la vida o durante los estudios superiores.

Las principales motivaciones de iniciación en el tabaquismo fueron las siguientes: “resultarle interesante el hábito”, 16,2%; “influencia de los padres”, 15,4%; “influencia de los amigos”, 15% y “mantenerse activos en guardias o turnos altos”, 14,3%. En otros estudios consultados se encuentran causas de inicio similares.

La frecuencia de fumadores severos (más de 21 cigarrillos al día), representó el 59,4% y de moderados (entre 11 y 20 cigarrillos por día), el 30,1%, siendo mayor este resultado en los médicos fumadores que representaron el 43,6% que en el resto de los profesionales.

De los fumadores, 56% han intentado abandonar el tabaquismo y de ellos solamente 35,7% han logrado mantenerse sin fumar durante meses en más de cuatro intentos; sin embargo, únicamente 22% de ellos lograron disminuir el consumo en ese periodo. Situación similar se notifica en estudios que refieren los intentos de abandono del tabaquismo, donde se aprecia que el porcentaje de permanencia y efectividad es directamente proporcional al número de intentos.

Referente al tiempo que transcurre desde que el fumador se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo, se observó que el 51,9% no toleraron los primeros 30 minutos del día sin fumar, lo que permitió aseverar el carácter totalmente adictivo, que es, además, coincidente con resultados encontrados en trabajos revisados tanto en Cuba como en México.<sup>33</sup>

Relacionado con la presencia de enfermedades asociadas al tabaquismo entre los fumadores y exfumadores, se pudo constatar que 40,9% conoce que padece enfermedades en las cuales el tabaquismo es factor de riesgo. De los fumadores, 55,2% tienen o desconocen si las presentan y persisten en fumar, lo que debe ser de total conocimiento de los profesionales sanitarios por encontrarse dentro de su plan de estudios.

El 36,7% de las mujeres profesionales de la salud aun durante el embarazo continuaron consumiendo cigarrillos. De la literatura internacional, se recopiló información diferente en relación con la prevalencia de tabaquismo entre profesionales de la salud en esta condición, lo que hace pensar que en el contexto de Cuba tiene una connotación importante considerar la alta prevalencia del tabaquismo entre mujeres profesionales que conocen los daños comprobados a su salud y de sus hijos y, sin embargo, se mantienen fumando.

<sup>32</sup> M. J. Azagra y L. F. Aragón: “El tabaco y los profesionales de la salud: situación actual”. [Internet]. [citado: 24 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n1/revis1a.html>

<sup>33</sup> P. P. Varona, L. N. Fernández, G. M. Bonet, R. G. García, S. A. M. Ibarra y R. M. de la Chang: “Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud”, *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 2000;16(3):221-6.

Entre los profesionales sanitarios, 78,4% considera el tabaco como una sustancia adictiva, de ellos, 40,6% son fumadores. Se puede apreciar que 83,3% lo considera una droga, de los cuales el 54,1% son fumadores. Al comparar estos resultados con estudios anteriores se encontró que fueron bastante similares con respecto a la consideración y calificación del tabaco como una droga adictiva, en algunos se llega a clasificar como droga rápida, muy eficaz farmacológicamente y muy barata.

La totalidad de los encuestados planteó que no fumar representa más beneficios que daños, igual consideran que al dejar de fumar se reciben más beneficios que daños. Todos declararon haber conocido personas fumadoras fallecidas por padecer enfermedades cancerígenas. Sin embargo, contradictoriamente, 5,2% estimó que el tabaquismo no es casi nunca la causa de enfermedades como el cáncer y las cardiopatías; de ellos 52,6% son fumadores; en relación con esto no se encontró en toda la literatura revisada resultados similares, lo que hace más alarmante la presencia en el contexto cubano, pues como ya se dijo se incluye dentro de su formación profesional.

Corroborando lo antes señalado, 8,3% de los fumadores encuestados consideró que no es riesgoso fumar, de ellos 51,9% valoró poco riesgoso el fumar en lugares cerrados junto a otras personas y 68,8% valoraron como poco riesgoso o no riesgoso que otros fumen en los lugares en que ellos se encuentran. Resultados como este no han sido encontrados en revisiones nacionales o internacionales,<sup>34</sup> lo que reafirma aún más lo planteado.

De los encuestados, 87% concordaron en que el humo del cigarrillo es dañino para él y para los demás; de los fumadores 61,3% están conscientes de que fumar afecta o afectará su calidad de vida, sin embargo, independientemente de ello, 71,4% de los fumadores no le teme a las consecuencias de su conducta.

Existen en el municipio dos servicios de cesación tabáquica que están a disposición de la población y los médicos pueden orientar a sus pacientes fumadores que acudan en busca de tratamiento y rehabilitación. La totalidad de los encuestados conocen que existen programas para la cesación del tabaquismo; 61,7% de los profesionales dijo conocer tres métodos o sistemas para fumar menos o abandonar este hábito; sin embargo, 18,6% de los profesionales refiere que nunca o casi nunca aconseja a sus pacientes fumadores que abandonen el tabaquismo y; se pudo ver que un 28,7% coincidió en que la causa se debe a que son fumadores; 46,9% consideró que no aconsejan porque no saben cómo hacerlo.

Esto es cuestionable, tanto por los resultados de la encuesta como porque los profesionales de la salud tienen la suficiente preparación que les permite aconsejar y guiar sobre los daños del tabaquismo, máxime que una parte importante de ellos conocen sistemas útiles para disminuir o eliminar el consumo de cigarrillos. Sin embargo, es un resultado relacionado con el

<sup>34</sup> M. Lara y M. Balzaretto: "Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública", *Rev Salud Pública de México*, 1984;26(2):122-9.

encontrado en estudios revisados, donde los profesionales plantean sentirse impotentes para enfrentar el tabaquismo.

Las principales causas de que persista la adicción son: “me gusta”, 29,7%; “no puedo dejarlo”, 28,2% y “me entretiene”, 21,8%. En relación con este aspecto no se encontraron en la literatura revisada elementos útiles para establecer comparación, solo en un análisis, algo afin, realizado en 1998 en España, pero exclusivamente con respecto al personal de enfermería en el cual los indicadores de respuesta fueron otros.<sup>35</sup>

Se obtuvo también, por medio del cuestionario, que el 52,2% de los encuestados clasifican como fumadores pasivos, ya que sus parejas, sus amigos y compañeros de trabajo fuman. Resultados como este se encontraron en otros trabajos en que de igual forma los porcentajes de amigos y parejas fumadores son elevados.

Como se puede observar, los factores favorecedores pueden ser internos o externos, todos con posibilidades de ser variados; los internos requieren de una decisión personal, en ningún momento impuesta, consciente, asumida, en el caso de los profesionales sanitarios no solo por lo dañino que es a su salud, sino además, por el papel social de ser patrón imitativo.

Los factores externos demandan del empoderamiento y respeto a las legislaciones y regulaciones que protegen la salud de los no fumadores o fumadores pasivos, el estricto cumplimiento de no fumar en las instituciones de salud, ofrecer tratamiento a las personas interesadas en abandonar el hábito, esto es, apropiarse de esta lucha como una de las estrategias esenciales para elevar o hacer conciencia en la población y en grupos expuestos a riesgos en la nocividad del tabaquismo.

La prevalencia y consumo de tabaco de los profesionales sanitarios en Cuba, ha tenido discreto decrecimiento, pero aún son elevados y bastante superiores a los de otros países. El municipio Habana Vieja no difiere mucho de las estadísticas nacionales, por ello es sumamente importante lograr reducciones, tanto en el contexto de esta localidad como en todo el país.

Las instituciones de salud de ese municipio presentan un escenario favorecedor al tabaquismo, que no resulta coherente con la importancia que le confiere la salud pública a la participación comprometida de los profesionales sanitarios y no aprovecha las potencialidades de atender la salud, que ofrece la atención primaria en el contexto cubano, en la prevención y control del nocivo hábito de fumar.

El componente cognoscitivo es necesario, pero no suficiente para que el individuo desarrolle una adecuada percepción de riesgo, solo representa un eslabón en el proceso de cambio de conductas y en los profesionales sanitarios se presenta con mayor intensidad la percepción cuando despersonalizan los riesgos. Esta investigación permite alertar sobre la situación

<sup>35</sup> M. J. Azagra y L. F. Aragón: “Los médicos españoles admiten que se sienten impotentes frente al tabaquismo” [Internet]. [citado: 24 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n1/revis1a.html>

desfavorecedora que pueden tener los programas y que limita la participación de los profesionales sanitarios, por lo que resulta importante estudiarlo en cualquier contexto.

El problema del tabaquismo en los profesionales sanitarios debe ser abordado desde su formación académica, pues es en ese momento cuando existe una mayor posibilidad de abandono o de no iniciación, dado que lleva menos tiempo instaurada la adicción y hay una fuerte motivación para hacerse médico, estomatólogo, enfermero, que puede actuar como razón de abandonar el tabaquismo si se le planteara ese disyuntiva.

Un estudio de prevalencia realizado para cuantificar la proporción de fumadores entre estudiantes de tercer año de las carreras de medicina, estomatología y enfermería, en la Universidad de Ciencias Médicas Doctor Juan Guiteras Gener, de Matanzas, Cuba, muestra resultados que hacen pensar en la necesidad de intervenir al respecto.

Se aplicó una encuesta a 440 estudiantes, con una prevalencia de 22% de fumadores, predominio en el sexo masculino y los estudiantes de la carrera de enfermería. Al medir la exposición al humo ambiental, se encontró alta prevalencia de fumadores pasivos tanto dentro de las viviendas como fuera de ellas, incluidas las áreas de estudio, 71,8% y el 62,9%, respectivamente.

La edad de comienzo del hábito de fumar fue entre 16 y 19 años, y el grupo que probó por primera vez el cigarrillo entre 20 y 29 años, fue el que mantuvo más tiempo el hábito.

Entre los fumadores y no fumadores, estos últimos fueron más partidarios de prohibir fumar en restaurantes, discotecas, bares, clubes y espacios públicos.<sup>36</sup>

La alta prevalencia identificada de fumadores entre estudiantes de la salud, hace necesario reforzar la labor educativa en este grupo de futuros profesionales para que puedan cumplir realmente con su papel modélico y educativo.

La participación activa de los sanitarios en el control del tabaquismo en la población en general, está demostrada y viene dada por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, de apoyo y educadora. Pero la eficacia de estas políticas depende en gran parte del compromiso de los profesionales de la salud, es decir, de sus actitudes y comportamientos hacia el hábito de fumar desde un punto de vista personal y profesional.

Resulta importante y necesario hacer un llamado de alerta sobre la coherencia del accionar de los profesionales sanitarios en las instituciones de salud y en la vida diaria; ya que lo que se invierte en promover, prevenir y demostrar lo dañino que resulta el tabaquismo para la salud, tanto del fumador como del fumador pasivo, se puede perder con gran facilidad si no se tiene una actitud consecuente con lo que se promueve, si no se respetan las disposiciones legales.

<sup>36</sup> C. E. Oliva, R. J. M. Morales y L. S. I Domínguez: "Prevalencia del hábito de fumar en estudiantes de profesiones de la salud", Matanzas. 2008-2009. *Rev Méd Electrón.* 2010;32(6). [Internet]. [citado: 15 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista20medica/ano2010/vol6/tema03.htm>

## Factores de riesgo y protectores de la epidemia

Para explicar el comportamiento de la epidemia del tabaquismo es necesario considerar los factores determinantes, los que constituyen riesgos y los que pueden ser protectores.<sup>37</sup>

En general en la literatura se refieren como razones por las que fuman los adolescentes y jóvenes las siguientes: curiosidad, influencia de los pares, rebeldía, insatisfacción con el medio que lo rodea y la familia.

Entre los factores predisponentes más citados, se encuentran los siguientes: baja autoestima, falta de actividad deportiva, alta concurrencia a fiestas, intención del adolescente de fumar en el futuro, control ejercido por los padres sobre la conducta del adolescente y las normas que establecen, tener amigos fumadores y en especial el mejor amigo, el grado de cohesión de la familia, el clima escolar, la aprobación o desaprobación por parte de los amigos, la percepción correcta o incorrecta acerca de la prevalencia de tabaquismo entre los amigos, así como la falta de reglas explícitas que prohíban su consumo y la publicidad. Algunos autores también han considerado pertenecer a una familia uniparental, bajo rendimiento académico, mayor susceptibilidad a la influencia de los pares, bajo nivel socio económico familiar y el bajo nivel educacional de los padres.<sup>38,39</sup>

De los factores protectores se destacan: la participación en deportes, buena apreciación de sí mismos, compartir con amigos que no fumen, en especial su mejor amigo, tener padres que no consuman cigarrillos y poseer un buen conocimiento del daño que provoca el tabaquismo para la salud.<sup>40</sup>

Se consideran factores de riesgo aquellas circunstancias personales y sociales, que relacionadas con las drogas, aumentan la probabilidad de que un sujeto se inicie en el consumo.

Como factores de riesgo sociodemográficos para tabaquismo en los niños y adolescentes, encontramos: sexo, edad, nivel socioeconómico, padres, hermanos mayores y amigos fumadores, rendimiento escolar, trabajo remunerado y estatus migratorio.

La exposición a un factor significa que una persona antes de manifestar un problema estuvo en contacto con uno o más de ellos. Con frecuencia, el contacto con factores de riesgo para las enfermedades crónicas ocurre en un largo periodo de tiempo anterior a que se manifiesten, tal es el caso del tabaquismo.

<sup>37</sup> P. O. Ordúñez, R. S. Cooper, A. D. Espinosa y F. M. D. Iraola: "Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control", *Rev. Cubana Salud Pública* 2005;31(4):58-59. [Internet]. [citado: 24 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www//scielo.cu>

<sup>38</sup> C. Mc Nelly y C. Falci: "School connectedness and the transition into and out of social belonging and teacher support", *The Journal of School Health*, 2004; 74(7): 284-93.

<sup>39</sup> D. Eitle y T. Eitle: "School county characteristics as predictors of school rates of drug, alcohol and tobacco offenses", *Journal of Health and Social Behavior*, 2004;45(4):408-22.

<sup>40</sup> H. L. González y V. K. Berger: "Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores", *Cienc. enferm. Concepción*, 2001;8(2).

Hay muchas maneras diferentes de caracterizar la intensidad de la exposición con el contacto como un factor de riesgo: exposición una vez, dosis actual, dosis mayor, dosis acumulativa, años de exposición, etcétera.

La escala da una medida apropiada de exposición a un factor de riesgo, básicamente de forma general en todo lo que es conocido sobre efectos biológicos de exposición o sobre la fisiopatología del problema. A partir de ahí, varios estudios confirman la asociación y correlación positiva entre tabaquismo y alcoholismo. Experimentalmente se sugiere, que cuanto mayor dependencia a la nicotina, mayor es el consumo de alcohol, o que el alcohol ejerce un estímulo inespecífico en varias áreas comportamentales, aumentando el consumo de cigarrillos.

Los resultados de una investigación realizada en Ecuador, en el norte de la ciudad de Guayaquil, por medio de una entrevista familiar, sobre el consumo de tabaco y también de alcohol, muestran que de las 100 familias entrevistadas, el 51% del nivel de escolaridad es bajo; el 54% tiene salario inferior al básico, el 61% ingieren bebidas alcohólicas. Esto ocasiona un medio depresivo e inductivo al uso del tabaco y el alcohol para huir de esa cruel realidad que evidencia, una vez más, que estos posibles factores de riesgo, presentes en el ámbito familiar, probablemente inducen al consumo de bebidas licitas.

La familia, escuela y medio social, son tres elementos del sistema social que están en constante relación, cualquier incidencia en alguno de ellos tendrá repercusión en el conjunto del sistema. El primer y mejor agente de socialización lo constituye la familia, a partir de ella se desarrollan normas de conducta en su relación con los demás; costumbres, valores dominantes de la sociedad, modelos en general y la interpretación de estos en función de la clase social, la cultura y subcultura a los que pertenece; haciendo que el adolescente aprenda y asuma roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes en general y tradiciones de la sociedad, comunidad y grupo, a través de una evolución del aprendizaje creciente llamado proceso de socialización.

Una revisión sistemática de la prevalencia de factores de riesgo para tabaquismo en adolescentes en América del Sur, publicada en la *Revista Panamericana de la Salud*, mostró que el aumento de la prevalencia del tabaquismo entre adolescentes estaba directamente asociado a la edad. Mediante este metanálisis se demostró que el Odds Ratio (OR), para tabaquismo fue de 9,9 en los grupos de 14-16 años y de 28,7 en los de 17-19 años. Otro factor de riesgo para adolescentes, según este estudio, es la práctica del tabaquismo entre amigos y familiares, que demostró un OR de 2,4 en esta asociación, de 4,0 para adolescentes con dos amigos fumadores y de 17,5 para aquellos con tres o más amigos fumadores.

La asociación entre tabaquismo y nivel socioeconómico no mostró resultados consistentes, mientras que un nivel socioeconómico alto fue factor de riesgo para tabaquismo en algún estudio y ha resultado lo contrario en otros en Costa Rica.

La escolaridad fue señalada en otro estudio como factor de riesgo para tabaquismo, y mostró un OR de 1,7 entre hábito de fumar y bajo rendimiento escolar. El estudio realizado por

Malcolm registró un OR de 3,5 para tabaquismo en adolescentes con 0-4 años de escolaridad, comparado con los de nueve años o más; también demostró una prevalencia de 36,2% entre adolescentes que no frecuentaban la escuela y tabaquismo, mientras que en los que la frecuentaban fue de 7,7%.

La investigación realizada por Meneses y colaboradores demostró la presencia de la asociación entre el hábito de fumar y bajo grado de recreación familiar ( $r = -0,131$   $p < 0,0001$ ). Además, se encontró que la práctica de deportes y la religión fueron reportadas como factores protectores en los adolescentes.<sup>41</sup>

Según un estudio realizado en Cuba, la edad promedio en que comenzaron a fumar fue de 17 años.<sup>42</sup>

La encuesta realizada por un grupo investigador en Barranquilla, en el año 2005, dio como resultado que la curiosidad fue la principal razón por la que los fumadores empezaron a hacerlo, con una edad promedio de inicio por debajo de la mayoría de edad legal, y el mayor número de ellos no fuma más de cinco cigarrillos por día.

Se encontró asociación entre fumar y las variables sociodemográficas: sexo (ser hombre), bajo nivel de escolaridad y ser trabajador; también con las variables del entorno, como tener familiares fumadores y sentirse influenciado por los medios de comunicación. Así mismo, se encontró una asociación significativa entre fumar y otras conductas adictivas como consumo de alcohol y de café y con tener disfuncionalidad familiar.<sup>43</sup>

Se recomienda que las intervenciones para la prevención y control del tabaquismo tomen en cuenta los factores identificados antes señalados, que son susceptibles de modificación (o cambio), para disminuir el consumo de cigarrillos en la población, ya que se trata de un problema de salud, que genera consecuencias funestas para los individuos.

En tal sentido, los factores de riesgo son un conjunto de causas que se relacionan con la probabilidad del consumo de drogas, el cual forma un patrón comportamental de vulnerabilidad para el adolescente. Ellos explican las condiciones en las que se puede producir el inicio del consumo, pero no se puede considerar que estos sean la causa. Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender cada uno de forma aislada, sino que debe ser considerada en interacción recíproca y dinámica.

<sup>41</sup> M. C. Malcon, A. M. Meneses, M. F. S. Maia *et al.*: "Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura", *Rev Panam Salud Pública*, 2003; 13(4): 222-228.

<sup>42</sup> P. P. Varona, M. Rodríguez, K. Alfonso, M. Bonet, R. García, N. Fernández y otros: "Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos", *Rev Panam Salud Pública*, 2003; 14(2): 119-124.

<sup>43</sup> L. E. Navarro, R. M. Vargas, R. O. Martínez, B. R. Padill, D. L. Ruiz y B. G. Thorne: "Factores asociados al consumo de cigarrillos en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia)", *Salud Uninorte*, Barranquilla (Col.) 2005; 21: 3-14.



Los factores de riesgo se modifican con el transcurrir del tiempo, al igual que los patrones y comportamientos de consumo, estos se potencializan asociándose, fraccionándose o lográndose mantener; y son típicamente diferenciales de población a población, de individuo a individuo, de una época histórica a otra e incluso en el mismo individuo en etapas diferentes del ciclo de vida.

La acción promocional educativa es un proceso que se realiza a mediano y largo plazo. Las acciones de prevención minimizan el efecto de los factores de riesgo si se incluyen en estrategias y medidas específicas. Deben ser elaboradas con las comunidades, las instituciones públicas: educación, salud y justicia; así como las empresas y medios de comunicación.

La familia entonces, se constituye en otro factor de riesgo a través de la práctica de estilos y/o pautas educativas como déficit o excesos de disciplina, la excesiva implicación o el demasiado autoritarismo de uno de los padres, entre otros, pueden estar directamente conectados con el uso de sustancias por parte de los hijos.<sup>44</sup>

Un estudio de tipo analítico, cuali-cuantitativo realizado en Valparaíso, Chile, en el año 2000, permitió establecer el consumo de tabaco en adolescentes que cursaban primer y segundo año medio de los liceos municipalizados y su relación con factores de riesgo y protectores tanto individuales, familiares, como socioculturales.

En la primera etapa, se seleccionaron al azar seis liceos, conformando en cada uno de ellos grupos focales de 12-15 estudiantes, realizando dos sesiones donde el tema fue el consumo de tabaco. En la segunda etapa se encuestó a 392 estudiantes de dichos cursos acerca de sus conocimientos y actitudes frente a este hábito.

Un porcentaje significativo de adolescentes fumaba (casi el 50%) y la mayoría inició este hábito entre los 12 y 13 años. Los factores de riesgo más importantes fueron: baja autoestima, falta de actividad deportiva, alta concurrencia a fiestas, tener amigos que fumen y en especial su mejor amigo, como también padres y/o familiares fumadores que viven permanentemente con ellos. Entre los factores protectores se destacan: la participación en deportes, buena apreciación de sí mismos, compartir con amigos que no fumen, en especial su mejor amigo, tener padres que no consuman cigarrillos y poseer un buen conocimiento del daño que provoca el tabaquismo para la salud.<sup>45</sup>

Hay factores comunes para todos los contextos como son: la urbanización y con ellos aparejados los denominados estilos de vida urbanos que implican alimentación menos saludable,

<sup>44</sup> R. M. Ramírez y D. de Andrade: "La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes", Guayaquil, Ecuador, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.13 n.spe Ribeirão Preto, oct. 2005. [Internet]. [citado: 16 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700008>

<sup>45</sup> H. L. González y V. K. Berger: "Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores", *Cienc. enferm. Concepción*, 2002;8 (2).

mayor sedentarismo y estrés, encontrando en el cigarrillo un controlador del mismo fabricado por la publicidad.

También el mayor acceso a la educación, el aumento de la participación de la mujer en la población económicamente activa y en el mercado laboral implica que estas permanezcan menor tiempo en el hogar y los hijos estén más expuestos a los medios de comunicación y a Internet, lo que trae como resultado un incremento en la exposición a la publicidad, tanto en ellos como en la población en general.

Podemos observar que la presencia de la publicidad se muestra como el mayor factor de riesgo en la iniciación del tabaquismo, pues se encuentra en todos los trayectos de la vida social, incitando, de una forma u otra al consumo de los productos manufacturados del tabaco.

En los países productores, la publicidad se une a la imagen social de una aceptación que forma parte de la cultura y de las tradiciones de esos países, como el caso de Cuba y Brasil, pero que irradia a todos los contextos, como sucedió —en los momentos de su expansión— a los conquistadores del llamado nuevo mundo, pero actualmente se acentúa mucho más con la globalización y la aceleración de la difusión de información a través de las cada vez más avanzadas tecnologías de la información, donde Internet tiene un papel preponderante.

Es por eso que a nivel macro, se consideran como factores internacionales que originan la epidemia: la liberalización del comercio, la inversión extranjera directa y la comercialización y comunicación mundial.

## La epidemia en Cuba

**Mortalidad y morbilidad.** En el año 2012, las cinco primeras causas de muerte son: tumores malignos, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, influenza, neumonía y accidentes. Según la clasificación en tres grandes grupos de causas de muerte, las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas no trasmisibles son las más elevadas, 659,6 por 100 mil habitantes. Con excepción de los accidentes, todas las anteriores se encuentran relacionadas con la presencia del tabaquismo como factor de riesgo.

La tasa de mortalidad por enfermedades del corazón cede el primer lugar a la tasa de mortalidad por tumores malignos, ya que estas aumentan al igual que las de enfermedad cerebrovascular. Persiste sobremortalidad masculina en las primeras causas de muerte, a excepción de la mortalidad por diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares.

Los tumores malignos de pulmón se encuentran entre el mayor número de defunciones por cáncer y en los hombres, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón es el que

más muertes ocasiona; en las mujeres la tasa de mortalidad por tumor maligno más elevada corresponde al tumor de tráquea, bronquios y pulmón, seguido del de mama.<sup>46</sup>

La relación más importante de la mortalidad y de los años potenciales de vida perdidos se produce en las enfermedades del corazón y los tumores malignos, estos últimos aportan la mayor pérdida de años de vida de los cubanos.

En un estudio realizado para determinar los años de vida saludable perdidos por cáncer de pulmón en Cuba en años seleccionados, se encontró que la tasa de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) por mortalidad prematura se incrementó de 1990 a 2002 para ambos sexos, de 6,07 a 7,45 por 1 000 y de 2,52 a 4,21 por 1 000 en hombres y mujeres, respectivamente.

Se evidencia un incremento de la tasa de AVPP por morbilidad para ambos sexos en esos años de 0,42 a 0,52 por 1 000 y de 0,19 a 0,28 por 1 000 en hombres y mujeres, respectivamente. La tasa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) también mostró una evolución desfavorable en ambos sexos. El sexo masculino resultó más afectado tanto por mortalidad como por morbilidad.

El impacto del cáncer de pulmón en términos de Años de Vida Saludables Perdidos (AVSP) tuvo una evolución desfavorable en Cuba en los años seleccionados.<sup>47</sup>

En el año 2008, se realizó un estudio para estimar la mortalidad atribuible al tabaquismo en la población cubana, empleando un diseño descriptivo que utilizó datos de prevalencia de consumo de tabaco y de mortalidad en los años 1995 y 2007. Se conformaron tres grupos de causas de muerte: tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas. Fueron calculadas las fracciones etiológicas y la mortalidad atribuible por causa y sexo.

De las defunciones ocurridas en 1995 y 2007 se atribuyeron al tabaquismo el 15% y el 18% de muertes prevenibles, respectivamente. En Cuba, el tabaquismo causó en el año 2007, el 86% de las defunciones por cáncer de pulmón, 78% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 28% de la mortalidad por cardiopatía isquémica y el 26% de las defunciones por enfermedad cerebrovascular;<sup>48</sup> un estimado de 12 000 muertes fueron atribuibles al uso del tabaco en el año 1986, lo que representó el 16% del total de fallecidos. Estimaciones posteriores de la mortalidad de 1990 a 1995 muestran que estas cifras no han disminuido.<sup>49</sup>

<sup>46</sup> Ministerio de Salud Pública: *Anuario Estadístico de Salud*, 2012, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, abril de 2013.

<sup>47</sup> A. E. Domínguez, J. A. Seuc y Y. Galán: "Años de vida saludable perdidos por cáncer de pulmón en Cuba en años seleccionados", *Rev. Cub. Salud Pública*, 2011; 37(4):428-441, [Internet]. [citado: 24 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www//scielo.cu>

<sup>48</sup> P. P. Varona, T. D. Herrera, G. R. R. Guillermo, G. M. Bonet, P. T. Romero y F. S. J. Venero: "Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba", *Rev. Cubana Salud Pública*, 2009;35 (2), [Internet]. [citado: 24 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www//scielo.cu>

<sup>49</sup> Organización Mundial de la Salud: "Salud en las Américas", 1995, [Internet]. [citado: 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas>

En un estudio de neoplasia del pulmón se comprobó que el factor de riesgo más frecuente fue el tabaquismo con 85,3%.<sup>50</sup>

Un estudio epidemiológico transversal analítico a los 4149 fallecidos mayores de 35 años en 1997 en los 14 municipios de la provincia de Matanzas, con la aplicación de una encuesta sobre datos del fallecido y el uso del tabaco —realizado por Dueñas y colaboradores—, permitió obtener mediante el análisis estadístico del OR, entre las causas de muerte de personas fumadoras y no fumadoras de cada grupo, el cálculo del riesgo atribuible al tabaco. Se organizaron las causas de muerte en cuatro grupos, tres de ellos constituidos por causas de muerte relacionadas con el tabaco y el otro por causas no atribuibles a este, el cual constituyó el grupo de referencia o control.

Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia del tabaquismo entre fallecidos fue elevada, con 51,9%, y en los entrevistados fue de 36%. La prevalencia de cesación fue de 33% el primero y de 15% el segundo. Resultó con diferencia estadísticamente significativa el grupo integrado por todos los tipos de cáncer, con un riesgo relativo de 1,8 y uno atribuible de 45,5; los tipos de cáncer más elevados fueron el de laringe, pulmón, estómago y cavidad bucal, con los siguientes riesgos relativos: 23,2; 4,6; 2,4 y 2,6 respectivamente.

En el segundo grupo formado por las causas respiratorias, la enfermedad obstructiva crónica resultó significativa con un OR de 2,4 y un riesgo atribuible de 58,3, y en el tercer grupo, donde se encontraban las causas vasculares, fueron significativas el infarto del miocardio y las cardiopatías isquémicas, con OR de 1,5 y 1,2, y riesgo atribuible de 34,5% y 19,3 % con respecto a ambas afecciones.

El análisis realizado permitió concluir que hubo un predominio mayor de la prevalencia en el sexo masculino y en los fallecidos, sobre el femenino y los familiares, que resulta elevada hasta un mes antes de su muerte. En los tres grupos de causas de muerte creados, al compararlos con el grupo control, se demuestra el mayor riesgo de mortalidad entre los fallecidos fumadores sobre los no fumadores, y los más elevados fueron el cáncer de laringe, el de pulmón, el de labio, el de la cavidad bucal y el de estómago, así como el infarto agudo del miocardio y la enfermedad obstructiva crónica.<sup>51</sup>

En otro estudio realizado en Cuba, los fumadores presentaron tres veces más probabilidades de contraer lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) fue dos veces y media más frecuente en los fumadores.<sup>52,53</sup>

<sup>50</sup> N. Arias del Castillo, A. A. Leiva, D. F. Arias y L. Acosta: "Neoplasia del pulmón. Comportamiento epidemiológico", *Rev. Cubana Oncol.*, 2001;17(2):101-4.

<sup>51</sup> A. E. F. Fernando, R. J. M. Morales, H. A. Dueñas, F. F. Acebo, G. C. L. Bermúdez y R. I. Garrote: "Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo", *Rev. Cubana Hig. Epidemiol.*, 2006; 44 (1).

<sup>52</sup> R. Nicot, I. Delgado y G. Soto: "Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal", *Rev. Cubana Estomatol.*, 1995;32(4):2-7.

<sup>53</sup> J. L. Fernández, A. Delgado y R. García Portela: Estrés oxidativo. "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tabaquismo", *Rev. Cubana Med. Int.*, 2002;41(5), [Internet]. [citado: 16 de septiembre de 2011]. Disponible en URL: <http://bvs.sld.cu/revistas/>

**Prevalencia.** Aunque no siempre resulta posible establecer de manera exacta según la propuesta de Allan López, la fase en que se encuentra un determinado país en relación con la evolución de la epidemia tabáquica,<sup>54</sup> lo cierto es que el modelo resulta de utilidad para enmarcar el momento de acuerdo con el patrón de consumo de tabaco en la población y en función de ello establecer la estrategia adecuada para el logro de su erradicación.

Estudios indicativos realizados antes de 1970 reportan cifras superiores al 60% en la población total, por lo cual después de esta información ha sido considerada alta la prevalencia del tabaquismo en Cuba; aunque la primera encuesta nacional, realizada por el Ministerio de Comercio Interior, en 1978 refiere que el 68,9% de la población de 17 años y más fumaba. Posteriormente el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna realiza en el año 1980 una encuesta nacional en la que se obtuvo una prevalencia del 52,9%. Ello pone de manifiesto que hasta el inicio de la década del 80 el país se encontraba en la primera fase de la epidemia.

La elevada prevalencia y consumo per cápita anual de cigarrillos, que ubicaba a Cuba en los primeros lugares a nivel regional y mundial, hacen que se inicien acciones nacionales con carácter sistemático y enfoque intersectorial en la segunda mitad de la década mencionada del pasado siglo.

En el año 1984 se encuentra una prevalencia de 42,2% y el consumo per cápita anual de cigarrillos era de 2470; en 1988 la prevalencia desciende a 40,1% y el consumo per cápita anual de cigarrillos a 2106. Son fumadores 47,3% de los hombres y 25,5% de las mujeres, por lo que es posible considerar que el inicio del programa antitabaco se enmarca en la segunda fase de la epidemia.<sup>55</sup>

En el año 1995 fumaba el 36,8% de la población cubana, 48,1% de los hombres y 26,3% de las mujeres, por lo que a pesar de las acciones que se realizaban, la epidemia continuaba en la segunda fase y no se obtenían los resultados requeridos.<sup>56</sup>

A escala nacional, se estimó que en el año 2001 existían 2 047 714 fumadores de 17 años y más, lo que representó una prevalencia de 31,9%, con un decrecimiento en la prevalencia general tanto en hombres (41,4%) como en mujeres (23,0%).

La iniciación global en el grupo de edad de 20 a 24 años fue 22,2% y la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez de 25%. Sin embargo, se obtuvieron cifras superiores en estudiantes de 13 a 15 años de edad (29,9%).<sup>57</sup>

<sup>54</sup> A. D. López, N. E. Collishaw y T. Piha: "A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries", *Tobacco Control*, 1994; 3: 242-7.

<sup>55</sup> International Organization of Consumer Union: "Tobacco Control in the Third World Atlas", 1990, Editor Simon Chapman y Wong Wai Leng, International Organization of Consumer Union, Penang, Malasia: IOCU; 1990: 214-215.

<sup>56</sup> Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. MINSAP, "Encuesta nacional de factores de riesgo. Cuba, 1995", La Habana, 1995.

<sup>57</sup> C. L. Lancés y col.: "Primera encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes", Cuba, 2001, Informe investigación, La Habana: INHEM, ENSAP, MINSAP, 2001.

La edad de inicio en el tabaquismo no presentó cambios en su tendencia en el período 1984-1990. El 76,7% de los fumadores comenzó a fumar antes de los 19 años, siendo esta cifra superior en los hombres que en las mujeres. En 1995, los estudios evidenciaron que lo hacía el 75%, revelando un discreto aumento de la edad de inicio. No obstante, en el año 2001 la cifra de iniciación antes de los 19 años vuelve a ser 76,0% y en el 2010 la media global de inicio es los 17 años.

En el año 2001, referente al sexo, se encontró que cuatro de cada 10 hombres fumaba (41,4%), en relación con el 48,1% en 1995; en tanto dos de cada 10 mujeres, el 23,0%, en relación con el 26,2% en 1995. El grupo de edad con mayor prevalencia de fumadores en el año 2001 fue el de 40-49 años, seguido del de 30-39 años.

En la propia encuesta, se encontró la mayor frecuencia de fumadores en los niveles de primaria y secundaria básica, mientras que la menor frecuencia fue en los universitarios, situación que se mantuvo hasta el año 2010. La ocupación tuvo la mayor prevalencia de fumadores en obreros con 42,9%, seguida de la de trabajadores de servicio con 40,2% y la de trabajadores dedicados a la dirección con 37,6%. En las cifras de 2010, la mayor prevalencia se desplaza a los trabajadores de más altos ingresos, los que laboran en empresas mixtas y reciben salario tanto en pesos cubanos (CUP), como en pesos cubanos convertibles (CUC) y los que lo hacen por cuenta propia.<sup>58</sup>

El estado civil mostró un dato interesante en el año 2001, pues globalmente y en ambos sexos se observó mayor proporción de fumadores en personas divorciadas con un 38,1%.

El 46,6% de los fumadores encuestados estaban en la etapa de falta de motivación para el abandono del cigarrillo, aunque los intentos de dejar la adicción fueron de 1,6 como promedio.<sup>59</sup> Las mujeres se mostraron más dispuestas a abandonar el cigarrillo que los hombres. También en ese año y posteriormente en el año 2010, el deseo de dejar de fumar fue declarado por seis de cada 10 fumadores. Las mujeres excedieron a los hombres, en 7%. La tercera parte, 31,0% de los fumadores, no había realizado intentos de abandono al momento de ser encuestados.<sup>60,61</sup>

Tomando como base esas cifras, entre 78 países miembros de la Organización Mundial de la Salud, Cuba ocupa el lugar 28 en prevalencia global de tabaquismo.<sup>62</sup>

<sup>58</sup> Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología: “Encuesta Nacional de factores de riesgo”, Informe técnico, INHEM, MINSAP, 2012.

<sup>59</sup> P.P. Varona, M. Rodríguez, K. Alfonso, M. Bonet, R. García, N. Fernández y otros: “Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos”, *Rev. Panam Salud Pública*, 2003; 14(2): 119-124.

<sup>60</sup> Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. MINSAP, “Encuesta nacional de factores de riesgo”, Cuba, La Habana: INHEM, MINSAP; 1995.

<sup>61</sup> Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología, “Encuesta Nacional de factores de riesgo”, 2012. Informe técnico, INHEM, MINSAP, 2012

<sup>62</sup> J. Mackay, M. Eriksen y O. Shafey: *The Tobacco Atlas*, (2da. ed.), American Cancer Society, World Lung Foundation, UK: Myraid, 2006.

También en el año 2001, el consumo per cápita anual fue estimado en 1314 cigarrillos, representando de nuevo disminución en relación con años anteriores. Tal como describe la literatura, aproximadamente a los 25 años transcurridos desde el inicio de la epidemia se transita a la tercera fase.<sup>63</sup>

Hasta el año 2001, desde el inicio del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, se logró una tendencia a la disminución de prevalencia y consumo, discreta, pero sostenida.<sup>64</sup>

En los seis años transcurridos de 1995 al 2001, la prevalencia descendió al 4,9 % (36,8% vs. 31,9%) y el consumo per cápita anual de cigarrillos 5,81 % (1395 vs. 1314). Situación que no se presenta en el período de 2001 al 2009 porque el consumo se incrementó un 17,8%.

La prevalencia global en el año 2010 se reduce, por sexo y grupos de edad, siendo 23,7%, en los hombres 31% y en las mujeres 16%. Por primera vez se ofrecen cifras por color de la piel, observando que fuman más las personas negras (31%), que las blancas (22%) y mulatas (24%).<sup>65</sup> Los datos referidos incluyen de nuevo tanto la zona urbana como la rural, información que no resultaba disponible desde las cifras que sirvieron de línea de base para la conformación de las primeras estrategias cubanas de prevención y control. Aunque se observa un descenso del 8% en relación con las cifras nacionales del año 2001, representa decrecimientos inferiores al 1% anual.

En el año 1990 el maestro fue referido como patrón imitativo para fumar por el 83,2% de los encuestados, mientras que los padres por el 56,9%, las madres por el 34,7%, y los amigos solo por el 31,3%.<sup>66</sup>

En la encuesta nacional realizada en el año 1995, la prevalencia de fumadores en el personal de salud es de 25% en los médicos y 29% en las enfermeras, con decrecimiento en relación con estudios anteriores. Los maestros, sin embargo, evidencian aumento comparativo, ya que presentan una prevalencia del 30%.

Estudios realizados en hospitales han obtenido cifras superiores, pues se detectó entre médicos y enfermeros una prevalencia de 33% y 47% respectivamente. Un estudio realizado en la atención primaria encontró prevalencias de 38,4% enfermeros, 35,6% médicos y 33,3% estomatólogos.<sup>67</sup>

Aunque en encuestas nacionales los médicos, enfermeros y maestros fuman con frecuencias inferiores a las de la población general, estas son consideradas altas, si se tiene en cuenta su papel de educadores y modelos sociales.

<sup>63</sup> L. N. Suárez: "Consumo, precio y comercialización de los productos manufacturados del tabaco en Cuba", Año 2001 [Internet]. [citado: 18 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.globalink.org/tobacco/docs/la.docs/0103/ugcshtm>

<sup>64</sup> L. N. Suárez: "Tabaco o salud: una decisión social", revista *Horizonte Sanitario*, México, 2004; 3(2):12-21.

<sup>65</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, "Encuesta Nacional de factores de riesgo", 2012, Informe técnico, INHEM, MINSAP, 2012.

<sup>66</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, MINSAP, "Encuesta nacional de factores de riesgo", Cuba, 2000-2001, La Habana, 2002.

<sup>67</sup> L. N. Suárez, E. S. Negrín y H. M. Carabaloso: "El tabaquismo en los profesionales de la salud", Habana Vieja, 2007, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2008; 34 (4): 1-11.

Algunos estudios locales permiten encontrar peculiaridades en los territorios que corroboran la importancia de estudiar cada contexto para diseñar estrategias y planes de acción acorde con sus características.

En un estudio descriptivo, de corte transversal, a partir de una muestra equiprobabilística (por grupos de edad y sexo), que incluyó a 1634 personas de 15 años y más, correspondientes a la medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos en el año 2000, se encontró una prevalencia de 33% de fumadores regulares.

Se comprobó una mayor prevalencia de tabaquismo en los hombres, los que tenían entre 35-44 años, los no universitarios, los separados/divorciados, los que poseían menos equipos electrodomésticos básicos, los que consumían más alcohol, los que no desayunaban habitualmente y los que tenían un pulso radial en reposo de 75 min y los hombres que no practicaban ejercicios protectores. Se insistió en que la presencia de otros factores asociados en los fumadores puede incrementar aún más los riesgos del tabaquismo para la salud.<sup>68</sup>

En otro estudio realizado en la provincia de Cienfuegos, en el año 2010, segunda medición del proyecto CARMEN, la prevalencia de fumadores fue de 33,7%, ligeramente superior a la primera medición y superior también a la nacional encontrada en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del propio año.<sup>69</sup>

Un estudio realizado con una muestra representativa del municipio Playa de la entonces denominada provincia Ciudad de La Habana en el año 2007, reportó una prevalencia de 38,2% muy similar a la encontrada en el año 2001.<sup>70</sup>

La exposición al humo ambiental del tabaco en Cuba es alta, más de la mitad de las familias cubanas —55% de los niños, 51% de las embarazadas, 60% de los adolescentes— están expuestas a este agente contaminante, lo que ubica al país en el lugar 22 de los de mayor prevalencia de tabaquismo pasivo en el hogar, de los 98 que enviaron datos a la Organización Mundial de la Salud y el tercer lugar de los 26 países de América que informaron este dato, superado por Argentina (70%) y Uruguay (63%).<sup>71</sup>

Sin embargo, Uruguay se declaró, en el año 2006, primer país de las Américas totalmente libre de humo de tabaco (ambientes sanitarios, educativos y oficinas públicas 100% libres de humo

<sup>68</sup> R. A. Espinosa y B. A. Espinosa: “Factores de riesgo asociados en los fumadores. Resultados de la Medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos”, *Rev. Cubana Med.*, 2001; 40 (3).

<sup>69</sup> R. M. Benet, G. A. Morejón, B. A. D. Espinosa, R. O. O. Landrove, A. D. Peraza y G. P. P. Orduñez: “Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos”, Cuba, 2010, Resultados preliminares de CARMEN II, *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, MediSur.2010; 8 (2).

<sup>70</sup> L. N. Suárez y P. E. Campos: “Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo. Área de salud del Policlínico Dr. Jorge Ruiz Ramírez”, Ciudad de La Habana, 2007, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2010; 36 (2).

<sup>71</sup> J. Mackay, M. Eriksen y O. Shafey: *The Tobacco Atlas*, 2da. ed., American Cancer Society, World Lung Foundation, UK: Myraid, 2006.



de tabaco en todo el país), por lo que las medidas legales implementadas permitieron dar una respuesta adecuada para solucionar lo encontrado.

En el año 2010, el 41% de la población cubana se consideraba expuesta al humo de tabaco ajeno, ya sea en el hogar o en el trabajo.<sup>72</sup>

Igual tendencia que la descrita en relación con el comportamiento que siguen las fases de la epidemia de acuerdo con la prevalencia, se presenta la situación de mortalidad, en un período de 20 a 30 años más tarde, por lo que el análisis anterior hace pensar que no resultará posible reducirla en aquellas enfermedades que hoy constituyen las primeras causas de muerte y que se encuentran asociadas al consumo de tabaco.

El conocimiento de la epidemia y su evolución tienen que ser el punto de partida de los programas de prevención y control, pero lamentablemente, aunque a nivel mundial, regional y, por supuesto, local, existe un total conocimiento de su magnitud, la ejecución de estos no marcha acorde con lo que se quiere alcanzar en la salud de la población.

Esto hace, que como en el caso de Cuba, la epidemia se detenga generalmente en la fase tercera y que resulte difícil avanzar hacia la reducción del tabaquismo, no solo logrando que los fumadores cesen, sino que la incidencia sea cada vez menor para que no se produzca un reemplazo de los fumadores y con ello dar continuidad, de generación en generación, a este comportamiento tan nocivo a la salud.

*El tabaquismo es una adicción socialmente adquirida, constituye a nivel mundial uno de los mayores problemas de salud pública que afecta el 25% de la población. Actuar en la prevención sobre los factores predisponentes y protectores del tabaquismo en los adolescentes, es una estrategia clave, ya que la iniciación en el tabaquismo, en la mayoría de los fumadores, ocurre en esa etapa del ciclo de vida.*

*La epidemia tabáquica se detiene generalmente en la fase tercera y resulta aún más difícil avanzar hacia la reducción de fumadores, por lo que se requiere que basados en la magnitud del problema en cada contexto y sustentado en un enfoque científico, se aúnen esfuerzos para su prevención y control. El análisis de la situación de Cuba, lo demuestra.*

*Profesionales de la salud, maestros, artistas, deportistas y todos los líderes de opinión, tienen una importancia vital por su papel modélico, prescriben opinión y por tanto contribuyen o no a la imagen de aceptación social del tabaquismo.*

<sup>72</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, “Encuesta nacional de factores de riesgo”, 2012, Informe técnico, INHEM. MINSAP, 2012.

## EL CONSUMO DE TABACO

El consumo puede ser considerado como el conjunto de procesos socioculturales en el que los individuos y grupos realizan la apropiación y uso de los productos y servicios. El proceso de consumo forma parte del modo en que una sociedad organiza y procura la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Es también el proceso de adquisición, aplicación o utilización de los bienes y servicios, a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejorar su nivel de bienestar.

El desarrollo de la industria y el desmedido afán de lucro de las transnacionales, han invertido la relación del hombre con el mercado. En la actualidad, es el mercado el que define las necesidades del hombre y no son las necesidades las que orientan el consumo. Así se promueve un consumo irracional que tiene como consecuencia prácticas de producción y formas de consumir, que nada tienen que ver con las reales necesidades de la humanidad.

Las decisiones de consumo que asumen las personas tienen en su base la influencia de sus compromisos sociales, es decir, la clase social a que pertenecen, las normas sociales dentro de esa clase y las relaciones que tienen con otros. Se deriva de ello que el consumo es un medio para la comunicación social, y que sin él se deja de tener interacción social. De ahí que la imagen social de un producto, tiene una gran ascendencia en los consumidores, mucho más, si se trata de jóvenes, donde la aceptación del grupo a que pertenecen, o quieren pertenecer, tiene una gran importancia.<sup>1</sup>

El tema del consumo se torna cada vez más importante para la salud pública, por sus consecuencias en el estado de bienestar individual y social, dado por el hecho de que la forma en que las personas se comportan en el proceso de consumo tiene repercusión para el individuo, porque pueden provocarle satisfacción o frustración y como es lógico, ello afecta su salud física y mental. Pero mucho más cuando se refiere a consumos que resultan nocivos para el individuo como es el caso del tabaco, el alcohol y las drogas.<sup>2</sup>

El consumo de los productos manufacturados del tabaco y principalmente de los cigarrillos, está sujeto a todo lo que anteriormente citamos y que caracteriza el consumo en general, por lo que nos detendremos en el análisis de sus particularidades, dado el carácter adictivo de este, ser una droga lícita y por tanto encontrarse inmerso en la paradójica situación de no ser un producto necesario, sino que su necesidad se ha fabricado a la par que el producto.

<sup>1</sup> L. N. Suárez: *El consumo y la salud*, Editorial CATORSE, Cali, Colombia. 2010.

<sup>2</sup> L. N. Suárez: "La salud como resultado del consumo", *Rev. Cubana de Salud Pública*, 2010; 36(4);322-29.

## Las tendencias del consumo

El consumo de los productos manufacturados del tabaco desciende en muchos países desarrollados, mientras que se incrementa rápidamente en los países en desarrollo. El consumo per cápita de cigarrillos aumentó de manera constante a partir de la mitad de la década del 30 del pasado siglo xx, coincidiendo con la manufactura e industrialización del tabaco en forma de cigarrillos, las guerras y, por supuesto, la publicidad.

También el consumo de los productos del tabaco ha aumentado continuamente desde la década del 70 del referido siglo, en los países de ingresos bajos y medianos, con cambios en el consumo de hombres de ingresos altos a hombres y mujeres de ingresos bajos.<sup>3</sup>

Los cigarrillos representan el 85% de todos los productos de tabaco y son los más peligrosos para la salud.<sup>4</sup>

Un estudio realizado en Argentina permitió conocer la tendencia de los años 1996 a 2001, obtener un patrón de consumo para los cigarrillos negros y rubios y establecer relaciones entre precio y consumo, estimando el valor de la elasticidad de precio.<sup>5</sup>

En México se encontró que la prevalencia ajustada de los hogares que reportaron algún gasto en tabaco disminuyó de 22,4% a 9,9% entre 1992 y 1998. En los hogares se asignó alrededor del 4% de su ingreso a la adquisición de tabaco. Se observó un gradiente entre nivel de ingreso y gasto en cigarrillos. El quintil I, el más pobre, destinó una mayor proporción de su ingreso que los quintiles superiores. El promedio de cigarrillos consumidos diariamente pasó de 7,5 a 9,8 entre 1992 y 1998. Se estimó que más del 90% de los “hogares fumadores” consumió hasta una cajetilla diaria. La demanda estimada de cigarrillos sin filtro aumentó entre 1992 y 1998, pasando de 0,4% a 4,8%, registrándose así el mayor incremento en 1996. Finalmente, se encontró que, tanto los precios como el ingreso, fueron los determinantes más importantes del gasto en tabaco.<sup>6</sup>

Lo anterior permite considerar que una política de precios podría favorecer la reducción de la demanda y, por ende, mejorar las expectativas de salud de la población.<sup>7</sup>

<sup>3</sup> Banco Mundial (1999): “Curbing the Epidemic, Governments, and the Economics of Tobacco Control”, Washington, D.C. [Internet]. [citado: 25 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/tobacco>

<sup>4</sup> J. Mackay, M. Eriksen y O. Shafey: *The Tobacco Atlas*, 2da. ed., American Cancer Society, Atlanta, Georgia, EE. UU., 2006.

<sup>5</sup> R. M. González, G. Sanchez, M. Angueira y V. F. Bartolomé: “Análisis económico del consumo de tabaco en Argentina”, Informe final, diciembre 2002 [Internet]. [citado: 5 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.cricyt.edu.ar>

<sup>6</sup> V. S. Sesma, R. J. C. Campuzano, R. V. G. Carreón, F. Knaul, A. F. J. López y A. M. Hernández: “El comportamiento de la demanda de tabaco en México”, 1992-1998, *Salud Pública Mex.*, 2002;44 suppl 1:S82-S92.

<sup>7</sup> A. N. Reztis, A. B. Brown y W. E. Foster: “Dynamic Factor Demands for US Cigarette Manufacturing Under Rational Expectations”, *Applied Economics*, 33 (2001): 1301-1311.

## Relación del precio y el consumo de cigarrillos

Los estudios que se han realizado a nivel mundial ponen en evidencia que los cigarrillos constituyen un bien que es inelástico respecto al precio, pero elástico respecto al ingreso, ya sea real o relativo, derivado del alza de otros productos o servicios de primera necesidad, por lo que es necesario analizar en primer término, qué es la elasticidad de la demanda y cuándo se considera que la demanda de un producto en cuestión es o no elástica.

La elasticidad de la demanda es la medición de la capacidad de respuesta de la cantidad demandada de un bien a los cambios en el precio y equivale al porcentaje de cambio en la cantidad demandada dividido por el porcentaje de cambio en el precio.

Se habla de elasticidad cruzada de la demanda con respecto al precio, al establecer cuánto cambia la cantidad demandada de un producto cuando varía el precio de otra mercancía.

La elasticidad de los bienes se mide en términos de coeficientes de elasticidad. El coeficiente de elasticidad del precio a la demanda mide el cambio porcentual de la cantidad demandada, en este caso cigarrillos, que resulta de una modificación porcentual en su precio. Como el precio y la cantidad demandada de cada bien tienen una relación inversa, el citado coeficiente tiene, obviamente, un valor negativo.

Si la elasticidad es menor a  $-1,0$ , entonces la cantidad demandada disminuirá proporcionalmente más de lo que aumenta el precio; mientras que la demanda es inelástica cuando es mayor a  $-1,0$  y la cantidad demandada disminuye menos que el porcentaje de aumento en el precio.

El consumo de cigarrillos se reducirá con el aumento de precios, pero la disminución será proporcionalmente menor que el incremento.

La elasticidad del precio en relación con la demanda de cigarrillos varía en numerosos estudios. La mayoría tiende a ser inelástica con relación al precio. Un metaanálisis de los determinantes del consumo de tabaco realizado, permitió revisar sistemáticamente 48 estudios, y llegó a una media ponderada de la elasticidad del precio de demanda para cigarrillos de  $-0,431$ . La elasticidad del precio a corto plazo recomendada por el panel de expertos para el análisis de políticas es  $-0,432$ . La elasticidad a largo plazo es cerca de 1,5 multiplicada por la elasticidad del precio a corto plazo. Los jóvenes y los pobres tienden a ser más sensibles a los cambios en los precios de los cigarrillos. El ingreso, en general, está relacionado positivamente con la demanda de cigarrillos; la elasticidad del ingreso estimado es 0,36, pero decrece con el tiempo.

Mucho más de 100 estudios realizados en países de altos ingresos descubrieron, que un aumento del 10% en los precios, reduce el consumo general de los productos del tabaco entre 2,5% y 5%, por lo que se establece de forma unánime, que un 10% de aumento en el precio reduce el consumo en un 4%. El impacto a largo plazo es mayor porque los consumidores adictos reaccionan con el tiempo a los aumentos permanentes de impuestos y precios.

Se evidencia cada vez más, que en los países de bajos y medianos ingresos, el impacto del aumento de impuestos y precios, es el doble que en los países de altos ingresos, lo que resulta

coherente con las predicciones de la teoría económica acerca de que la sensibilidad al precio es mayor en los países de menores ingresos.

El consumo de cigarrillos y la prevalencia de fumadores tienen estrecha relación, pues el aumento de precios deriva en el abandono del hábito de fumar de consumidores actuales. La teoría económica sugiere que las personas de menores ingresos, por lo general, responden más a los cambios en los precios de los bienes o servicios que consume que los de mayores ingresos.

Los cálculos sugieren, que aproximadamente la mitad del impacto que tiene el precio en el consumo de tabaco, surge de los cambios en la prevalencia, por lo que un aumento del 10% en el precio debe reducir la prevalencia en 1% y 2,5% en países de altos ingresos; 2,5% y 5% en países de bajos y medianos ingresos.

Estudios realizados en los Estados Unidos, sugieren que al aumentar el precio un 10%, la cantidad de fumadores que intentan dejar de fumar aumenta en más del 10%, de este porcentaje, el 2% lo logrará a largo plazo.

En los jóvenes el aumento en el precio tiene una influencia mayor; se considera que el consumo de tabaco en los jóvenes depende del precio dos o tres veces más que en los adultos, pues los ingresos son menores en los jóvenes. Este hecho está basado principalmente en estudios realizados en los Estados Unidos, pero hay cada vez más evidencia de otros países.

Los cambios en la prevalencia entre los jóvenes se derivan principalmente de la reducción en la iniciación del consumo de tabaco. Los estudios indican, que los impuestos y precios más altos son más efectivos para evitar que los jóvenes pasen de la experimentación al uso habitual del tabaco, y finalmente, a la adicción.

Por otra parte, el coeficiente de elasticidad-ingreso a la demanda, mide el cambio porcentual en la cantidad consumida en una unidad de tiempo preseleccionada; en este caso usualmente un año, como resultado de un cambio porcentual en el ingreso del consumidor. En este contexto, dado que el consumo de cualquier bien y el ingreso tienen una relación directa, el coeficiente en cuestión suele tener un valor positivo.

Estudios realizados en el Reino Unido ratifican que el grupo socioeconómico más bajo es muy sensible al precio, mientras que el grupo más alto es prácticamente indiferente.

En los Estados Unidos, el tabaquismo en los hogares por debajo del nivel medio de ingresos, responde aproximadamente cuatro veces más al precio que el tabaquismo en los hogares por sobre el nivel medio de ingresos.

También se ha podido constatar una relación entre la instrucción de las personas y la sensibilidad al precio. Son cada vez más los estudios que demuestran que las personas menos instruidas, que consumen tabaco, son más sensibles al precio.<sup>8</sup> Este resultado puede estar sola-

<sup>8</sup> H. Waters: *Introducción a la economía del control del tabaco. Global Tobacco Control-Learning from the Experts.* Baltimore, School of Public Health Johns Hopkins Bloomberg, 2007 [Internet]. [citado: 15 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.GlobalTobaccoControl.org/es>

pado por la relación existente entre el nivel de instrucción, el acceso al mercado laboral y los ingresos.

El análisis de la relación entre precio del cigarrillo, ingresos personales y nivel socioeconómico, constituyen valiosos elementos para estimar la incidencia de las políticas públicas de control del tabaquismo y la evaluación de las variables macroeconómicas.

## Estudios de consumo en Cuba

Los estudios de consumo y precio de cigarrillos no son los que más abundan en la literatura, sin embargo, son un indicador de impacto de los programas de prevención y control que permiten dar seguimiento a corto plazo y que se realizan con pocos recursos. Por la inmediatez de la información que se obtiene, es posible hacer correcciones y ajustes a corto plazo.

Los resultados obtenidos con este tipo de estudio en Cuba desde el año 1980, permiten disponer de una serie cronológica que ofrece una amplia gama de posibilidades de análisis y a la vez establecer relaciones con la prevalencia, incidencia del tabaquismo, la mortalidad y morbilidad asociados al consumo de tabaco.

El consumo de cigarrillos y tabacos, su relación con la situación socioeconómica existente, las formas de comercialización y el precio, permiten a las autoridades sanitarias disponer de resultados científicamente argumentados para tomar decisiones que respalden su reducción.

Se presentan los resultados del consumo de cigarrillos en Cuba del año 1980 al 2013 y su relación con el precio y las características del mercado, así como la elasticidad de la demanda del cigarrillo con respecto al precio.

La metodología empleada es un estudio observacional descriptivo, que utiliza la alternativa de fuente de datos agregados de series temporales, que como fue señalado permite análisis anuales con muy bajo costo.

A continuación relacionamos las variables estudiadas, los criterios seguidos para definir cada una y su forma de medición:

- Consumo per cápita de cigarrillos: el indicador empleado para su medición es la cantidad de cigarrillos vendidos en el año, dividido entre la población de 15 años y más.
- Proporción de mercado: porcentaje de las ventas de cigarrillos que se realizan en cada tipo de mercado, su medición se efectúa al dividir el total de las ventas de ese producto en cada tipo de mercado, entre el total de las ventas multiplicado por 100.
- Precio promedio: promedio del precio de la cajetilla de 20 cigarrillos de todas las marcas vendidas, medido por el valor total de las ventas, dividido entre la cantidad de cajetillas de cigarrillos vendidos.
- Elasticidad de demanda: modificaciones que se producen en el consumo de cigarrillos derivado de cambios en el precio, su indicador se determina mediante la división del

porcentaje de cambio en el consumo de cigarrillos, entre el porcentaje de cambio en el precio de cigarrillos por 100.

- Acontecimientos económicos y sociales que tienen impacto en el consumo de la población: hechos sociales de envergadura que modifican el comportamiento de la población en el consumo de cigarrillos, obtenido mediante criterio de expertos.

Para lograr obtener datos se emplean técnicas de análisis de información secundaria, entrevista individual, observación no participante y criterio de expertos.

Se determinan los cigarrillos consumidos por adulto mayor de 15 años, calculado de las cifras de venta en pesos cubanos (CUP) y pesos cubanos convertibles (CUC), dado que en el contexto cubano circulan ambos tipos de moneda y se emplean para comprar en dependencia del tipo de mercado en que se adquiere el producto.

Toda la información de venta de los cigarrillos tiene como fecha de cierre el 31 de diciembre del año en análisis. Se tomó la población de 15 años y más que ofrece la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI).<sup>9</sup>

La metodología empleada para la obtención de datos, procesamiento y análisis de la información se ha mantenido de igual forma desde que se inició la realización de este tipo de estudio en la década del 80 del pasado siglo xx por los especialistas del Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna (ICIODI), por lo que existe coherencia en la construcción de la serie cronológica que se presenta. La factibilidad de su empleo y su descripción, permitirá a otros investigadores utilizarla en estudios similares.

A continuación se presenta el análisis y discusión de los resultados en el período estudiado.

#### CONSUMO PER CÁPITA DE CIGARRILLOS

Del año 1980 al año 1993 se presenta una tendencia decreciente, sustentada en el inicio de las acciones de prevención y control del tabaquismo de manera sistemática. Sin embargo, en el año 1994 se observa un incremento seguido de la disminución hasta los años 1998 y 1999 que vuelve a aumentar y luego se produce una disminución, hasta presentar una tendencia creciente en el año 2001, con una discreta disminución en el año 2005 que se mantiene hasta el año 2009 en que nuevamente decrece.

En el 2008 se registró el consumo per cápita de cigarrillos más alto desde 1992, con 1641 y el año 1997 el menor, con 1196.

En el año 2013, el consumo per cápita en la población cubana de 15 años y más, fue de 1405 cigarrillos (Tabla 1). Esta cifra equivale a que cada cubano en esas edades fumó 3,8 cigarrillos diarios.

En ese año, en relación con el 2012, el consumo per cápita aumenta en 64 cigarrillos, lo que representa el 4,8%. Es el primer incremento desde el año 2010, cuando en el cuarto trimestre

<sup>9</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información: *Anuarios Demográficos de Cuba*, año 2013.

se suspendió la venta normada a precios bajos en el mercado racionado. Hasta ese momento se produjeron oscilaciones que no permitían marcar una tendencia.

**Tabla 1 Consumo de cigarrillos (Población 15 años y más)**  
Cuba  
1980, 1985, 1990-2013

Año	Cigarrillos (unidades)
1980	2237
1985	2164
1990	1934
1991	1678
1992	1664
1993	1572
1994	1660
1995	1395
1996	1295
1997	1196
1998	1382
1999	1449
2000	1382
2001	1314
2002	1425
2003	1446
2004	1501
2005	1459
2005	1470
2007	1503
2008	1641
2009	1548
2010	1363
2011	1355
2012	1340
2013	1405

Si se compara con el año 2008 de mayor consumo en las últimas dos décadas, se observa un decrecimiento de 14,4%. Si la comparación se realiza con el año 1980, el decrecimiento es 54%, esto es, que se consume la mitad de los cigarrillos que en esa fecha (Tabla 2).



Tabla 2 Cambio en el consumo per cápita de cigarrillos (Población 15 años y más)  
Cuba  
1980-2013

Año	Consumo %
2013-2012	4,8
2012-2011	(1,11)*
2011-2010	(0,58)
2010-2009	(11,96)
2009-2008	(5,67)
2008-2007	9,18
2007-2006	2,24
2006-2005	0,75
2005-2004	(2,76)
2004-2003	8,93
2003-2002	1,40
2002-2001	8,44
2001-2000	(4,93)
2000-1990	(28,54)
2010-1990	(29,52)
2013-2000	(1,01)
2013-2008	(14,4)
2013-1980	(54,00)

\* Las cifras entre paréntesis significan disminución  
(N de la A).

En relación con el incremento en el consumo per cápita de cigarrillos, vale destacar que hasta el año 2012 se estuvo considerando el estimado de la población emitido por la ONEI cada año y en el 2013 se hace con la información del censo, la que refleja un decrecimiento de aproximadamente el 1% en la población total y en ese grupo de edades.

No obstante, estas cifras aún son muy elevadas y mantienen al país en el año 2012, como el mayor consumidor de América Latina y entre los mayores del mundo, ocupando el lugar 38. La información a que hacen referencia es de una fuente que no se señala, pero es inferior al obtenido en nuestros estudios (1261).<sup>10</sup>

Mediante encuesta, en el año 2010, la media de consumo diaria de los fumadores fue de 14 cigarrillos diarios, sin observarse diferencias por sexo.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> M. Ericsson, J. Mackay y H. Ross: *The Tobacco Atlas*, 4ta. ed., American Cancer Society & World Lung Foundation, Atlanta, Georgia, EE.UU., 2012.

<sup>11</sup> Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología: “Encuesta Nacional de factores de riesgo”, Informe técnico INHEM, MINSAP, 2012.

## MERCADO DE CIGARRILLOS

Los cigarrillos y tabacos han tenido en Cuba diferentes formas de comercializarse. Al inicio del racionamiento en el año 1962, se incorporaron a la denominada “libreta de control de ventas para productos alimenticios” para la población de 35 años y más, por lo que los menores de esa edad no se incluían en dicha forma de distribución, disminuyendo de manera gradual la cantidad de cigarrillos que se expendían por esa vía, al causar baja las personas comprendidas en el grupo por fallecimiento o migración. Estos cigarrillos se ofertaron siempre en los denominados pesos cubanos, actualmente llamados CUP, en la cantidad de dos cajetillas de cigarrillos suaves o rubios para las mujeres y cuatro cajetillas de cigarrillos fuertes o negros y un tabaco para los hombres.

De esta forma, los cigarrillos, productos nocivos a la salud, se garantizaban para la población como parte de la canasta familiar de productos normados considerados de primera necesidad y subvencionados. Paralelamente se realizaba la distribución a trabajadores de organismos e instituciones del Estado, denominada consumo social, que consiste en la entrega para distribución gratuita o a precios inferiores a los de la red comercial. Lo anteriormente señalado contribuía a la aceptación social del producto, resultando además contradictorio con el argumento científicamente demostrado de la nocividad para la salud.

En el año 1970 comenzaron a ofertarse los cigarrillos y tabacos además de forma normada en pesos cubanos, CUP, en forma liberada a mayor precio que los normados y posteriormente, en el año 1992 se incorporó la venta liberada en pesos cubanos convertibles (CUC) en la red que comercializa en ese tipo de moneda. Todo ello ha conllevado a que el precio del cigarrillo variara en cada uno de esos momentos.

En CUP se han ofertado los cigarrillos de producción nacional destinados al consumo interno y en CUC los consignados a la exportación en fronteras, así como otros de importación, que por su precio más elevado, mantiene menor demanda en la población.

Las ventas normadas, fueron reduciendo su proporción en el mercado; mientras que las liberadas aumentaron, derivado del decrecimiento natural de la primera. Las liberadas en CUC, fueron aumentando desde su introducción en el mercado y la posibilidad de la población de adquirir los cigarrillos en ese tipo de moneda, pero con fluctuaciones en dependencia de la calidad, real y percibida por los consumidores de los cigarrillos de producción nacional que se ofertan a menor precio, y de la situación socioeconómica del país.<sup>12</sup>

El mercado de cigarrillos en el año 2010 presentó un cambio muy importante, pues como parte de las medidas que se aplicaron de forma gradual para limitar los subsidios en los que incurre el Estado, el Consejo de Ministros determinó suprimir la venta de los cigarrillos de la

<sup>12</sup> L. N. Suárez: “El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2006;32:(2):1-17.

canasta familiar normada. Esta medida entró en vigor el 1ro. de septiembre de 2010, aunque la distribución para el denominado consumo social, se continuó realizando. Este tipo de distribución, ha ido disminuyendo a instancias de los encargados del Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo.

En el análisis del año 2010 resulta interesante que la venta de los cigarrillos liberados en CUP disminuyó 1,22%, por lo que cambió la tendencia sostenida de un aumento que se mantuvo alrededor del 4% en el último quinquenio, aunque en el 2009 fue solo 0,13%. Sin embargo, el análisis del valor de las ventas del año representa un incremento, lo que significa que los consumidores compraron con más dinero menos cantidad de cigarrillos debido a la supresión de los que se ofertaban a precios bajos en el mercado normado.<sup>13</sup>

En ese año, la venta de los cigarrillos liberados en CUC aumentó 8,38%, siguiendo su tendencia al incremento, pero sin sobrepasar los años anteriores. En valores también se produjo un crecimiento. Es de destacar que este se realizó sobre el ya acumulado, que se puede considerar sostenido desde que se inició este tipo de oferta.

El análisis del mercado cubano desde el año 2011, permite segmentarlo en dos grupos: uno que comercializa en CUP, donde prevalecen solo tres marcas de cigarrillos negros a un mismo precio la cajetilla de 20 unidades, una de ellas es líder; y la de cigarrillos rubios, ligeramente superior en precio y de muy poca demanda; mientras que la otra parte del mercado comercializa en CUC, a un precio mayor de forma comparativa, pero que goza de preferencia y popularidad, aunque el volumen de consumo lo liderea el segmento que comercializa en CUP.

El segmento que comercializa en CUC por tener los precios más altos, está obligado a ser más eficiente en su estrategia para el posicionamiento en el mercado interno, por lo que ha tratado de diversificar su oferta reduciendo el número de cigarrillos a 10 en sus cajetillas, con el propósito de que el consumidor pueda ver en el nuevo envase la cantidad de cigarrillos que necesita para el día. El resultado de la aceptación por los consumidores se demuestra en el amplio margen de venta que ha tenido a partir de su puesta en marcha.

Además, las estrategias de las empresas comercializadoras en CUC van encaminadas hacia los sectores más jóvenes de consumidores donde el tabaquismo se encuentra en iniciación con menores niveles de consumo, dando la oportunidad de adquirir cajetillas de solo 10 unidades de cigarrillos.

También a los jóvenes y mujeres, va destinado el cigarrillo mentolado lanzado al mercado en momentos en que se critica internacionalmente su presencia por el mayor carácter adictivo que posee, ya que el mentol suma a la mezcla química una superior adicción porque el amoníaco aumenta la dosis, se produce una interacción del acetaldehído, unida al mentol que es “tranquilizante” y los efectos inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO).<sup>14</sup>

<sup>13</sup> L. N. Suárez: “El precio del cigarrillo y la reducción del consumo en Cuba”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2012; 38(1):4-19.

<sup>14</sup> D. C. Perry, G. M. I. Dávila, C. A. Stockmejer y K. J. Keller: “Increased Nicotinic Receptors in Brains from Smokers: Membrane Binding and Autoradiography Studies”, *JPET*. June 1, 1999; 289(3) 1545-1552.

En el caso del mercado que comercializa en CUP no es necesario llevar a cabo esta estrategia, porque le es permitido vender sus productos por unidades físicas de cigarrillos, a diferencia del mercado que comercializa en CUC, que tiene la restricción de solo comercializar los cigarrillos en cajetillas.

En el año 2013, del total de las ventas de cigarrillos a la población, el **82,23%** se realizó en CUP, y **17,77%** en CUC (tabla 3.) Esto es, de cada 100 cigarrillos que se vendieron, 18 fueron adquiridos en CUC y 82 en CUP.

Como puede observarse, una proporción mucho mayor de las ventas se encuentra en el mercado de CUP, con precio inferior, aproximadamente el 50%, al de CUC.

**Tabla 3 Formas de comercialización según proporción de mercado**

**Cuba**

**2013**

Forma de comercialización/Año	Proporción de mercado %
CUP	82,23
CUC	17,77
Total	100,00

Un análisis comparativo de los años 2011, 2012 y 2013, pone de manifiesto el decrecimiento en el mercado en CUP y el incremento sostenido en el mercado en CUC (tabla 4).

**Tabla 4 Formas de comercialización según año y % de cambio**

**Cuba**

**2011- 2013**

Forma de comercialización/Año	2011/2010	2012/2011	2013/2012
CUP	18,87	(4,69)	(2,01)
CUC	14,61	14,30	2,03
Total	(0,57)	(1,11)	4,8

La marca Criollo, del mercado en CUP, se mantiene como líder, ya que su preferencia está representando el 58,72% de las ventas en ese tipo de moneda, con incremento del 6,47% en relación con el año 2012.

La forma en que ha ido modificándose este mercado se muestra en la tabla 5, donde se reflejan desde la presencia de la venta normada y su desaparición, así como los desplazamientos de un tipo de mercado al otro.

Tabla 5 Cambios en las ventas de cigarrillos en el mercado, según forma de comercialización (%)  
Cuba  
1998-2013

Forma de comercialización/Año	Normada	Liberada CUP	Liberada CUC	Total
1998	38,51	54,60	6,80	100
1999	35,40	55,92	8,68	100
2000	37,97	51,88	10,15	100
2001	36,16	52,99	10,85	100
2002	32,91	56,62	10,47	100
2003	31,27	57,74	10,99	100
2004	37,94	51,9	10,16	100
2005	29,27	60,94	9,79	100
2006	27,37	62,91	9,72	100
2007	25,73	64,14	10,13	100
2008	23,10	61,3	15,60	100
2009	23,69	65,04	11,27	100
2010	16,87	69,85	13,28	100
2011	--	84,73*	15,27	100
2012	--	80,22*	19,77	100
2013	--	82,23*	17,77	100

\*Tiene incluido el consumo social.

#### PRECIO PROMEDIO DEL CIGARRILLO

Las diferentes formas de comercialización de los productos manufacturados del tabaco conllevó a que debido a los distintos precios, resultara necesario estimar un precio promedio considerando la cantidad de cajetillas de cigarrillos vendidas en cada precio y tipo de moneda, haciendo la conversión de la moneda libremente convertible CUC a CUP.

El precio de la cajetilla de cigarrillos en la década del 60 del pasado siglo xx, era de 0,20 pesos. Desde ese momento presentó crecimientos determinados, fundamentalmente, por la proporción de venta de los cigarrillos normados a precios bajos, la introducción de la venta a precios altos de forma liberada en CUP y luego en el mercado en moneda libremente convertible en CUC, hasta la eliminación total de las ventas dentro de los productos normados en el año 2010.<sup>15</sup>

En el año 2013, el precio de la cajetilla de 20 cigarrillos en Cuba se mantuvo en el mercado a 7,00 CUP, para los cigarrillos negros (Titanes, Populares y Criollos) y 7,60 CUP para los rubios (Aromas y Flor de Aromas).

En los cigarrillos de producción nacional destinados a la venta en frontera, los precios oscilan de 0,60 a 1,20 CUC. Se ofertan otros cigarrillos de importación a precios más elevados, pero de acuerdo con la observación y entrevistas realizadas a los vendedores tienen muy poca demanda y no se incluyen en el estudio.

<sup>15</sup> L. N. Suárez: *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2007, pp. 225-243.

Conforme a los diferentes precios y tomando en consideración la proporción de mercado en que se realizan, se dispone de una serie temporal del precio promedio estimado, que permite analizar las variaciones del consumo per cápita y del precio para realizar pronósticos.

En el año 2013 el precio promedio estimado de la cajetilla de cigarrillos fue de **8,5 CUP** (tabla 6), lo que equivale a **0,35 CUC** y **0,44 \$USD** teniendo en cuenta la cifra de cambio oficial vigente en el momento del estudio. El pequeño incremento en CUP cuando se realiza la conversión a CUC y a USD no permite que se observe modificación alguna.

Es de destacar, que a diferencia de años anteriores, este estimado tuvo una mayor aproximación en lo referente a las ventas en CUP, debido a que se dispuso de la proporción de las mismas para cada marca.

**Tabla 6 Precio promedio de cajetilla de cigarrillos  
Cuba  
1980, 1985, 1990-2013**

<b>Año</b>	<b>Estimado precio promedio cajetilla 20 cigarrillos en CUP</b>
1980	0,99
1985	1,15
1990	1,19
1991	1,19
1992	2,40
1993	2,42
1994	4,60
1995	4,65
1996	4,80
1997	4,85
1998	5,20
1999	5,35
2000	5,60
2001	6,10
2002	6,68
2003	6,84
2004	7,15
2005	6,55
2006	6,81
2007	6,93
2008	7,35
2009	7,15
2010	7,72
2011	8,24
2012	8,35
2013	8,5

El precio promedio de la cajetilla de cigarrillos ha presentado cambios notables si se compara la década del 90 del pasado siglo xx con las cifras actuales. Estos han estado determinados por las modificaciones en las formas de comercialización más que por el aumento de precio de las cajetillas.

Al comparar el año 2011 con el 2010 se observa un incremento del precio promedio de la cajetilla de 6,73% debido a la suspensión de la distribución de cigarrillos mediante el consumo normado a precios bajos. En el año 2013 en relación con el 2012, el incremento es de 1,79%, dado por el desplazamiento de las ventas hacia el mercado de mayor precio (tabla 7).

**Tabla 7 Cambio en el precio promedio de la cajetilla de cigarrillos  
Cuba  
1980-2013**

<b>Año</b>	<b>Precio %</b>
<b>2013/2012</b>	<b>1,79</b>
2012/2011	1,33
2011/2010	6,73
2010/2009	7,97
2009/2008	2,73
2008/2007	6,06
2007/2006	1,76
2006/2005	3,96
2005/2004	(0,91)
2004/2003	4,53
2003/2002	2,40
2002/2001	8,09
2001/2000	8,9
2000/1999	4,47
1999/1990	22,24
1990/1985	1,03
2000/1990	440,5
2010/1990	648,7
<b>2013/2000</b>	<b>151,78</b>
<b>2013/1990</b>	<b>714,28</b>
<b>2013/1980</b>	<b>858,58</b>

El precio promedio de la cajetilla de 20 cigarrillos ha oscilado en los últimos años entre 0,30 y 0,44 dólares estadounidenses (USD), lo que a los efectos de los análisis y comparaciones internacionales lo sitúa muy por debajo de los precios actuales.

Visto de esta manera puede parecer que el precio es bajo, no es así, ya que un fumador de una cajetilla diaria gasta en su compra como mínimo 210 CUP, que equivale aproximadamente, a la mitad del salario medio de los cubanos.<sup>16</sup>

El incremento del precio relativo de la cajetilla de cigarrillos producido desde el año 2010, derivado de la eliminación de los cigarrillos a precios bajos, ya permitió el acomodo de las

<sup>16</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información: “Salario medio en cifras. Cuba 2010”, La Habana, ONEI, 2011. [Internet]. [citado: 19 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.onei.cu>

personas y las familias a esta nueva situación, lo que se refleja en los discretos decrecimientos producidos en los años 2011 y 2012 y el incremento del año 2013.

#### RELACIÓN PRECIO-CONSUMO Y ELASTICIDAD DE LA DEMANDA DE CIGARRILLOS

El análisis de la serie temporal muestra que incrementos muy notables en el precio promedio del cigarrillo no han tenido igual respuesta en el decrecimiento del consumo, lo que ha llevado al estudio de la elasticidad de la demanda de cigarrillos en relación con el precio y a realizar el análisis comparativo de ambas variables entre los años 1985 y 2010 por ser un momento interesante para el mismo.

En el año 2010 el consumo per cápita de cigarrillos descendió 11,95% con un aumento de precio de 7,97%. En el año 2011 fue el decrecimiento de 0,52% en el consumo con un incremento de 6,73% en el precio, y en el año 2012 el decrecimiento fue de 1,1% con un incremento del precio muy similar, 1,33% (tabla 8).

**Tabla 8 Cambio en el consumo per cápita de cigarrillos y precio promedio  
(Población 15 años y más)  
Cuba  
1985-2011**

Año	Consumo %	Precio %
2012/2011	(1,11)	1,33
2011/2010	(0,52)	6,73
2010/2009	(11,95)	7,97
2009/2008	5,67	2,73
2008/2007	9,18	6,06
2007/2006	2,24	1,76
2006/2005	0,75	3,96
2005/2004	(2,76)	(0,91)
2004/2003	8,93	4,53
2003/2002	1,40	2,40
2002/2001	8,44	8,09
2001/2000	(1,06)	8,9
2000/1999	(8,36)	4,47
1999/1990	(25,08)	22,24
1990/1985	(10,7)	1,03
2000/1990	(28,54)	440,5
2010/1990	(29,52)	648,7
2011/2000	(1,95)	147,0
2011/1990	(29,93)	692,4
2011/1985	(37,39)	716,52



El estudio realizado en el año 2010, mostró una fuerte relación entre las variables consumo de cigarrillos y el precio, con un coeficiente de correlación de  $-0,82549$ , aunque esta relación no se ha manifestado siempre debido a otras situaciones económicas y sociales que han estado asociadas con el precio relativo del cigarrillo.<sup>17</sup>

En las economías de mercado bien establecidas, un aumento en los precios del 10% da como resultado una disminución en el consumo del 2,5 % al 5 %. Aunque no es posible considerar que en el período estudiado la economía de mercado en el país clasificara como tal, sí se venían produciendo modificaciones que coadyuvaron a que el precio desempeñara el papel de mecanismo regulador del consumo. La figura 1 muestra el comportamiento de las variables cigarrillos per cápita consumidos y precio promedio estimado. Se ha multiplicado por 500 el precio de la cajetilla para poder mostrar ambas curvas en un mismo gráfico.

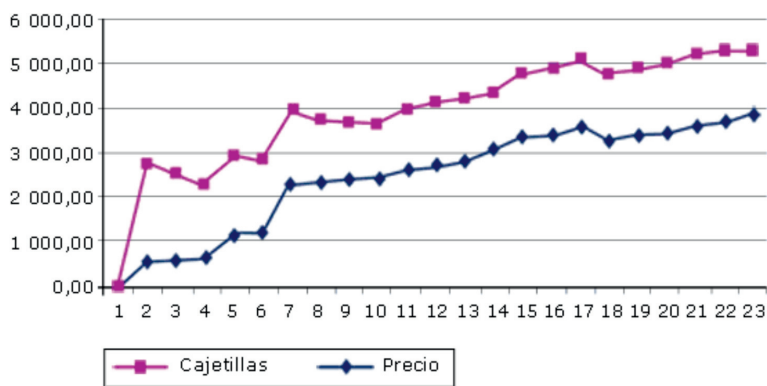


Figura 1. Relación cajetillas de cigarrillos per cápita y precio promedio del cigarrillos per cápita, Cuba 1985-2010.

Derivado de lo anterior, se comprobó en diferentes momentos que el precio de los cigarrillos en el mercado cubano no tenía elasticidad en relación con la demanda, pues no siempre se manifestó la disminución de su consumo a medida que aumentaba su precio. No ha resultado posible estudiar la elasticidad cruzada, aunque el análisis de los aspectos sociales y económicos ha contribuido al hallazgo de las posibles causas de las modificaciones producidas.

En el año 2010 el coeficiente de elasticidad mostró que la cantidad demandada de cigarrillos disminuía proporcionalmente más de lo que aumentaba el precio, esto es, se demostró elasticidad de la demanda. Un aumento del 10% en el precio del cigarrillo se estimó que produciría en el año 2011 un decrecimiento del 7% en su consumo. Las cifras de decrecimiento alcanza-

<sup>17</sup> L. N. Suárez: "El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba", *Revista Cubana de Salud Pública*, 2006;32(2):1-17.

das en ese año estuvieron en correspondencia con el incremento del precio, lo que se puede observar en la tabla 8 y corrobora el pronóstico realizado.

En Cuba, la relación entre el incremento del precio y la reducción en la prevalencia en el período 2001-2010 fue de un incremento en el precio promedio del cigarrillo de 26,55% para un decrecimiento de la prevalencia de 8,2% (31,9% vs. 23,7%). De lo anterior se pudo estimar que un incremento del 10% en el precio del cigarrillo producirá un decrecimiento de 3% en la prevalencia del tabaquismo en la población cubana de 15 años y más.

En el año 2012 el coeficiente de elasticidad de la demanda estimado fue  $-0,83$  superior a  $-1$  y por tanto la demanda es inelástica. De ello se derivó la recomendación de elevar el precio, si se quería obtener reducciones en el consumo, pues el incremento del año 2012 en relación con el 2011, ha sido derivado del mayor consumo en CUC y no de aumentos reales en el precio.

Situación similar es la encontrada en el año 2013, ya que el coeficiente de elasticidad de la demanda fue de  $1,04$ ; muy superior a  $-1$ , lo que pone de nuevo de manifiesto la importancia de los incrementos de precio si se quiere reducir el consumo y por tanto la prevalencia, pues el estimado de reducción de esta vuelve a ser mínimo ( $0,009$ ).

Para que se produzcan decrecimientos en el consumo de cigarrillos se requieren incrementos superiores en el precio real o relativo de estos, mas en dicho contexto, donde debido a las peculiaridades del mercado el cigarrillo, generalmente, ha sido un producto carente de elasticidad, es necesario realizar estudios más amplios, que incluyan la demanda cruzada, la situación económica del país, así como otros aspectos de orden social relacionados con el tabaquismo en la población cubana.

#### ASPECTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO

Mientras que el consumo de tabaco se encuentra estrechamente relacionado con la oferta del producto, el de cigarrillos presenta asociación a factores económicos y sociales. Si bien se pudo establecer una clara relación entre el precio, como elemento económico y el consumo en dos décadas y media, hay otros componentes de orden social y de la macroeconomía que se encuentran asociados. Analizaremos algunos aspectos de interés en el último decenio del siglo XXI.

En análisis realizados por la autora en el año 2004, se alertó de la importancia de tomar en consideración que el cigarrillo de la marca Criollo, de oferta en CUP y amplia demanda, al disminuir su precio, haría que el precio promedio para el año 2005 no aumentara, sino que disminuyera. Esta situación se comportó tal cual resultó pronosticada y en el año 2013 sigue siendo la marca líder.

En el año 2005 se aumentaron los salarios, lo que representó un incremento del ingreso medio de los trabajadores en 12,42% y por consiguiente, una mayor disponibilidad de dinero; pero este no se realizó en el período a todos los sectores y además se produjeron importantes cambios en el mercado, caracterizados por el aumento de oferta de productos y servicios en CUP y la entrega de efectos electrodomésticos a la población como parte de un programa de sustitución del gas manufacturado, a un precio elevado, pero menor al de la red comercial, por citar los más importantes.

Aunque esta relación debió presentarse en forma inversa, si se toma en consideración el comportamiento anterior, es de destacar que los precios tienen un valor relativo con relación a los ingresos, por lo que los cambios ocurridos que se produjeron tienen una relación directa con el precio del cigarrillo, aunque este como tal no aumentara, y es lo que implica a la denominada elasticidad cruzada, no estudiada en toda su magnitud.

Un estudio de mayor profundidad pudiera considerar el análisis de otras variables que deben estar asociadas a la demanda y que tienen que ser obtenidas mediante encuestas, tales como ingreso disponible y gastos de la población.

Es interesante considerar también, que en ese periodo, en el orden social se realizó un intenso trabajo para disminuir la corrupción y el delito, por lo que algunas fuentes de ingreso deben haberse reducido, así como la venta ilegal de los productos manufacturados del tabaco.

Sin embargo, los cambios que se encontraron en el año 2005 si bien tienen su resultado en el tiempo que ocurrieron, posteriormente las personas se adaptan a estos y disminuye o cesa su efecto. Es por ello, que a partir de ese momento comienza el incremento pronosticado del consumo que se inicia en el 2006, se hace mayor en el 2008 derivado de la inestabilidad en la oferta de otros productos, a pesar del incremento en los precios de algunos de primera necesidad, lo que se pone de manifiesto con los efectos de los huracanes en el país y que no se logra a pesar de los intentos de mantener precios estables en el mercado, fundamentalmente de los productos agrícolas. Lo señalado con anterioridad, también está sujeto a la crisis económica mundial.

El bajo precio del cigarrillo, en comparación con otros productos que se ofertan en el mercado nacional, si bien resultan de complacencia de los fumadores y contribuye a elevar la recaudación de circulante, está demostrado que también facilita el consumo y derivado de ello eleva la morbilidad y la mortalidad. Esta aseveración se sustenta en un estudio sobre la evolución de los precios de los productos del tabaco realizado en más de 80 países.<sup>18</sup>

La revisión bibliográfica realizada en el período en que se ejecutó esta investigación, no encuentra que sean muchos los estudios e investigaciones en la esfera de los aspectos econó-

<sup>18</sup> L. Joossens: "From public health to international law: possible protocols for inclusion in the Framework Convention on Tobacco Control", *Bolletín of the World Health Organization*, Geneva, 2000.

micos y sociales que propician el consumo de cigarrillos, fundamentalmente en los niños y adolescentes, donde abaratar el precio del producto con envases que ofertan menos cantidad a más bajo precio, no es más que disminuir, en cierta forma el precio del producto, derribando la barrera económica y facilitando el acceso.

El desplazamiento de las ventas del mercado normado a precios bajos al liberado de mayor precio, y la existencia de un “techo” en cuanto a la disponibilidad en dinero, permite estimar la reducción del consumo y del tabaquismo, en dependencia de las regulaciones económicas que con relación al precio puedan tomarse.

Se insistió durante 25 años en que la presencia de los cigarrillos en el mercado normado de precios bajos, incluido como parte de los productos racionados a precios subsidiados, constituía además de una forma de abaratar el precio del producto, una manifestación de la aceptación del consumo de cigarrillos a nivel social, restando, además, credibilidad a la información sobre la nocividad del producto, pues de ser dañino no tiene por qué garantizarse su consumo en un país que vela, prioriza y ofrece con equidad la atención a la salud de toda su población.

A ello se suman los cigarrillos como parte de la entrega que hacen los organismos e instituciones del Estado que, aunque en proporciones muy pequeñas (1%), es una situación aún no resuelta, y es concebida como forma de estimulación a los trabajadores, de algunos sectores, entre los cuales, con una significativa presencia, aunque destinados a instituciones psiquiátricas, fundamentalmente, se encuentra el Ministerio de Salud Pública.

Demanda implica necesidad y solvencia, quiere decir esto que sigue siendo elevada la cifra de fumadores y que la cantidad de cigarrillos que consumen está en dependencia de sus posibilidades de adquirirlo. Todos aquellos elementos que abaratan el precio, real o relativo, resultan favorecedores al aumento de la demanda.

Ello pone de manifiesto, una vez más, la importancia del binomio educación-legislación, incluyendo en este último todo aquello que se relaciona con las políticas de precios y comercialización. Ambas producen la sinergia que se requiere para lograr la reducción del tabaquismo.

Es necesario llamar la atención sobre la importancia que tiene la coherencia de las acciones que se realizan, pues los recursos que se invierten en educar se pierden cuando el ambiente que rodea al individuo, en todos los momentos de su vida, es un elemento propiciador y no desestimulador del consumo de los productos del tabaco.

Hay que delimitar los elementos culturales y de identidad nacional con lo que la ciencia ha demostrado que resulta dañino para la salud y aprender a divulgar una imagen, que sin apartarse de las raíces y el nacionalismo, sea a la vez expresión del avance de la ciencia y la técnica y de la priorización de la salud.

El año 2012 se caracterizó por un incremento de trabajadores por cuenta propia, lo que trajo por consecuencia accesibilidad a una oferta más diversificada de productos y cercana al consumidor, unida a un incremento ligero de los precios de los productos que se ofertan en la red comercial en moneda convertible.

Ambos aspectos debieron influir en la adquisición de cigarrillos a precios altos por los fumadores, que ya en ese año no dispusieron de los que se ofertaban a precios más bajos.

No obstante lo anterior, el decrecimiento del consumo de cigarrillos en los años 2011 y 2012 fue muy inferior comparado con el año 2010 que tuvo como antecedente reducciones en el año 2009.

La explicación que encuentran los expertos consultados apunta a considerar los aspectos que a continuación se relacionan.

El primero, que la mayor cantidad de fumadores en Cuba se concentra en los grupos de población que no recibían el cigarrillo a precio bajo y que algunos lo adquirían de manera gratuita de familiares y amigos, pero otros mediante revendedores a un precio algo inferior al que se ofertaba, por lo que el incremento del precio no puede tomar como referente la comparación entre el precio oficial anterior y actual.

El segundo argumento se refiere al acomodo de las finanzas por las personas y familias, lo que produce de manera paulatina en el tiempo el reordenamiento de sus prioridades y que si bien los trabajadores por cuenta propia representan para una parte de la población una alternativa de mayores gastos por mayor oferta de bienes y servicios, ellos constituyen en sí un segmento de la población que elevó sus ingresos y dispone de mayor poder adquisitivo.

El tercer argumento se refiere a que el cigarrillo, es un producto considerado de primera necesidad para los fumadores y mantiene un precio menor en comparación con otros productos que se ofertan en el mercado nacional.

Todos los estudios de que se dispone señalan que el aumento del precio es uno de los métodos más eficaces para frenar el consumo de productos del tabaco y reducir así la tasa mundial de mortalidad que causan. La realidad de Cuba no es distinta, el análisis realizado muestra que en dos décadas y media, la relación entre precio y consumo se establece de forma marcada, ya sea de forma absoluta o relativa.

La demostrada inelasticidad de la demanda de cigarrillos a nivel internacional, apunta a que los cambios en el comportamiento del consumo se deben de manera integral a factores económicos y sociales, que de manera indirecta repercuten en la economía personal y familiar y por tanto reducen o aumentan el consumo.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Unión Internacional Contra el Cáncer: "Effects of Price and Access Laws on Teenage Smoking Initiation: A National Longitudinal Analysis, UICC" [Internet]. [citado: 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.uic.edu/orgs/impacteen>

Esto es una prueba de que en Cuba no existe una política de precios tendente a desestimular el consumo coherente con la estrategia de prevención y control del tabaquismo.

Los resultados del año 2013 evidencian la predisposición en el mercado al inicio de una tendencia creciente en el consumo, debido a que solo se produce un incremento imperceptible del precio promedio de los cigarrillos, dado por el aumento de las ventas en el sector del mercado que comercializa en CUC, derivado, entre otros del incremento de los salarios e ingresos personales, al menos en un sector de la población.

Con anterioridad, se hizo mención de la encuesta realizada en el año 2010, donde la prevalencia de fumadores, según ocupación, se desplaza a los trabajadores de más altos ingresos, los que laboran en empresas mixtas y reciben salario tanto en CUC como en CUP y los que lo hacen por cuenta propia.<sup>20</sup> Lo anterior se ha señalado como explicación al incremento sostenido de las ventas en el mercado en CUC, donde las cajetillas de cigarrillos tienen un precio muy superior.

El crecimiento de la demanda de cigarrillos comercializados en CUC, sobre todo en el sector poblacional que tiene más ingresos, indica que para estas personas dichos cigarrillos constituyen bienes necesarios, por lo que están dispuestos a incrementar su consumo cuando aumentan sus ingresos disponibles.

Los diferentes estudios realizados nos ofrecen información para segmentar el mercado de cigarrillos en los siguientes grupos:

- Una gran mayoría que consume cigarrillos comercializados en CUP, derivado de que el precio es aproximadamente la mitad del más bajo de los comercializados en CUC (0,60 CUC = 14,40 CUP vs. 7,00 CUP).
- Una minoría que consume cigarrillos comercializados en CUC, debido a que poseen mayores ingresos, es un cigarrillo de mejor calidad y presencia del paquete, con un valor simbólico de prestigio asociado a un mayor poder adquisitivo del consumidor y accesibilidad a ese tipo de mercado.

Por ello es posible pronosticar que el incremento en CUP del precio de cigarrillos, para tener impacto en el consumo, debe ir acompañado del aumento del precio en CUC, para mantener la paridad del poder adquisitivo constante, dado el tipo de cambio estable de CUC por CUP a 25 por uno según el Banco Central de Cuba.

<sup>20</sup> Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología: “Encuesta Nacional de factores de riesgo, 2012”, Informe técnico, INHEM, MINSAP, 2012.

El incremento del precio de cigarrillos de mayor consumo y menor precio, comercializados en CUP debe conllevar a lo siguiente:

- Para el segmento consumidor en CUP, un incremento del precio no conllevaría a un efecto de sustitución con relación a otra marca de cigarrillos por ser la mas barata y además, porque todas las de mayor demanda en esa moneda tienen el mismo precio, por lo que necesariamente sus consumidores deberán escoger entre consumir al nivel del nuevo precio reduciendo su consumo o abandonar el hábito. Las dos opciones son favorables a los intereses de la salud pública.
- Para el segmento consumidor en CUC, un incremento del precio puede implicar un efecto de sustitución de los que prefieren mantener el mismo nivel de consumo hacia el mercado en CUP, que aunque aumente su precio, seguirá siendo inferior al del CUC o mantener el mismo nivel de consumo, aunque esto implique disminuir su disponibilidad real de recursos. En ese mismo segmento, los que perciben mayores ingresos tratarán de mantener su nivel de consumo en CUP, pese a que esto implique pagar más por ello. En ambos casos no debe descartarse la posibilidad de que disminuya el consumo o dejen de fumar, resultado poco probable a corto plazo, ya que es más fácil que, al menos, en el primer momento que el consumidor trate de alguna manera de mantener un nivel de consumo dado que le permita satisfacer su adicción, aunque en menor grado.

Para que resulte favorable en este grupo, a los efectos de su impacto en la salud, debe ser acompañada de otras estrategias que unan lo educativo con opciones de deshabituación tabáquica, que resulten atractivas para el fumador.

El no poner en práctica medidas encaminadas a lograr una reducción de la demanda favoreció que la discreta disminución del consumo que se produjo en años anteriores, se tornara en incremento en el 2013, lo que no se corresponde con los objetivos que la salud pública cubana se plantea alcanzar en el año 2015.<sup>21</sup>

De ello se desprende que para controlar el tabaquismo es necesario reducir tanto la oferta del producto como la demanda de este. Es por eso que en el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo (CMCT) estipulan disposiciones que propicien tanto una como otra.<sup>22</sup>

*El consumo, como conjunto de procesos socioculturales en el que los individuos y grupos realizan la apropiación y uso de los productos y servicios, tiene el propósito de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejorar su nivel de bienestar.*

<sup>21</sup> Ministerio de Salud Pública: *Proyecciones de la salud pública en Cuba para el año 2015*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2006.

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud: “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, Ginebra, 2003.

*El desarrollo de la industria y el desmedido afán de lucro de las trasnacionales, han invertido la relación del hombre con el mercado. En la actualidad es el mercado el que define las necesidades del hombre y no las necesidades las que orientan el consumo. El consumo de los productos del tabaco es un ejemplo de ello.*

*El consumo de los productos manufacturados del tabaco declina en muchos países desarrollados, mientras que se incrementa rápidamente en los países en desarrollo.*

*Los estudios de consumo y precio de cigarrillos no son los que más abundan en la literatura, sin embargo, constituyen un indicador de impacto de los programas de prevención y control que permiten dar seguimiento en corto plazo y con pocos recursos; obtener información con mediatez, para hacer correcciones y ajustes.*





## ECONOMÍA Y TABAQUISMO

La economía y la salud pública son dos disciplinas que tienen influencia sobre las políticas públicas, pero con visiones distintas acerca de una misma cuestión que, generalmente, trascienden a temas relacionados con la ética.

Desde una perspectiva económica, fumar se considera parte de un “estilo de vida”, como puede ser preferir el consumo de un tipo de alimento o la práctica de deportes de riesgo. Para que fumar sea un problema social debe dañar a otros individuos o entrañar peligros desconocidos para el que lo pone en práctica. Como el consumidor conoce y paga conscientemente el costo de su elección de fumar, no puede ser catalogado como “fallo de mercado” y por consiguiente, no hay necesidad de intervención pública.

La posición es bien diferente desde la perspectiva de la salud pública. El tabaquismo es factor de riesgo de las principales causas de mortalidad y morbilidad, produce daños a la salud del individuo fumador y también al fumador pasivo, pero puede existir o no conciencia de la nocividad del tabaquismo derivado del supuesto de una disponibilidad de información desigual, dado el peso generalmente superior de la publicidad, muchas veces engañosa, en relación con las campañas educativas.

Es, por consiguiente, responsabilidad de la salud pública la intervención para la prevención y control del tabaquismo, aunque en ocasiones no cuente con todas las características de un “fallo de mercado” desde la perspectiva económica.<sup>1</sup>

La polémica sobre la relación entre los costos y los beneficios del tabaquismo es un punto que aparece con frecuencia en las agendas de discusión de economistas de la salud. Este es un tema con una connotación ética, ya que consumir productos del tabaco tiene beneficios aparentes, básicamente para el que los consume, pues de no ser así podría suponerse que no fumarían. Por otra parte, el tabaco “moviliza dinero”. Productores de tabaco afirman que el consumo del tabaco contribuye a la economía mediante la creación de empleos y la recaudación de impuestos. Sin embargo, esta argumentación es anulada a partir de los costos que el tabaquismo supone para la economía familiar, la salud pública, el medio ambiente y las economías nacionales.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> C. G. López y S. M. Marc: “A vueltas con el aseguramiento sanitario privado”, Barcelona, *Gac Sanit*, 2005;19(1). [Internet]. [citado: 26 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

<sup>2</sup> Infomed. Fuente: Manila, mayo 31 de 2004. DPA [Internet]. [citado: 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=9654>

La economía y el tabaquismo de un país guardan una estrecha relación. Tal es así, que hoy día constituye el principal obstáculo para la implementación de programas locales y más aún, para la aplicación en toda su magnitud del CMCT primero de esta naturaleza a nivel mundial auspiciado por la OMS.

Si bien el control del tabaquismo tiene algunos efectos económicos negativos a corto plazo, sus ventajas serán un beneficio más grande a largo plazo para la economía. Para muchos países productores de tabaco y fabricantes de cigarrillos, como China, India, Indonesia, Brasil y Cuba, entre otros, el control es valorado más como un problema económico que de salud pública.

Sin embargo, existen razones también económicas que obligan a los gobiernos a controlar tanto la oferta como el consumo de tabaco, pues hay costos externos de atención médica relacionados con los efectos negativos del tabaquismo y el humo de segunda mano para la salud, así como pérdidas económicas, para fumadores y no fumadores, y la sociedad en general, que pueden ser consideradas como externalidades negativas.

Es importante estudiar los costos del tabaquismo para evaluar el impacto económico que tiene en la sociedad (macroeconomía), los individuos (economía doméstica), el presupuesto del Estado (fondos públicos) y donde procede, los negocios y empleadores en la economía privada.

Para que el control del tabaquismo tenga éxito, los encargados de establecer políticas públicas deben conocer el papel de la producción y oferta de tabaco en la economía de cada país y saber cómo proporcionar opciones políticas para hacer una transición hacia la producción y comercialización del tabaco a otros productos. Ello permite crear también fuentes alternativas de empleo, porque lo cierto es que es más importante sustituir los cultivos y los empleos, porque la vida humana no puede ser reemplazada de esa forma.

El tabaco puede desempeñar un papel importante en la economía, pero los países tienen que liberarse de la dependencia económica del tabaco, pues los resultados de los programas de prevención y control local y el CMCT, irán surtiendo sus efectos en mayor o menor medida, pero es inevitable su repercusión en la disminución del consumo de tabaco.

Cada país es diferente y los investigadores deben presentar evidencias específicas a los encargados de establecer políticas para demostrarles que los impactos negativos menores a corto plazo del control del tabaco sobre la economía, serán contrarrestados por los beneficios económicos a largo plazo, además de los beneficios que representa mejorar la salud de la población.

## **Costos del tabaquismo**

Al evaluar costos y beneficios asociados al tabaquismo, el investigador se encuentra con barreras que le impiden establecer objetivamente una decisión. Por ejemplo, ¿cómo valorar la satisfacción del fumador con el tabaquismo, las molestias que causa el humo o los efectos

sobre la salud del fumador y de los expuestos al humo? ¿Cuál es la diferencia entre los costos que asume el sistema de salud en fumadores y no fumadores?

Como ya se ha señalado, desde el punto de vista de un salubrista, la justificación de una posición en contra del consumo del tabaco se sustenta en sus efectos sobre la salud y el bienestar de la sociedad.

Según mi consideración al respecto,<sup>3</sup> lo relativo al tema de la economía del tabaco en Cuba se encuentra en amplio debate, pues mientras resulta real el papel que desempeña este producto dentro de la economía nacional, por otra parte, sugiero que es necesario profundizar en el conocimiento de los gastos que el tabaquismo ocasiona a la salud.

Los costos del tabaquismo están sujetos a varias clasificaciones. Comprender estas es importante para analizar y evaluar críticamente lo relacionado con los daños y beneficios del tabaco a nivel mundial y de los países.

Un número importante de los estudios, se centran en los costos de atención médica del tabaquismo, porque son de sumo interés para los encargados de establecer políticas y porque son más fáciles de cuantificar. Sin embargo, los costos de atención médica representan solo una fracción de los costos totales. No todos los costos relacionados con las enfermedades asociadas al tabaquismo pueden atribuirse a este. Existe un factor de retardo entre el inicio del tabaquismo y los costos que se les imponen a los fumadores, a su familia y a la sociedad.

La mayoría de los estudios tienen limitaciones y subestiman el verdadero costo del tabaquismo. Los cálculos conservadores de los costos en los países donde se realizaron estudios, oscilan entre 0,1% y 1,1% del Producto Interno Bruto (PIB) o entre 6% y 15% de los costos totales de la atención médica. Estos costos aumentarán en el futuro debido a la tendencia creciente a incurrir en gastos en concepto de atención médica en los diferentes países, por los ingentes esfuerzos que se realizan en función de lograr la cobertura universal.

*Los costos directos* son aquellos relacionados con la reducción de los recursos existentes; mientras que los indirectos o de productividad son los que tienen que ver con la reducción en los recursos potenciales por mortalidad o morbilidad prematura, que incluyen pérdida de salarios por ausencias en el trabajo y menor calidad de vida. Estos, a su vez, pueden ser internos o externos.

*Los costos internos* (privados) son los originados por el fumador bien informado y los externos, (externalidades) son las pérdidas de salud y productividad en la comunidad ocasionadas por el humo de segunda mano.

*Costos directos de la atención médica* son la atención en el hospital, ya sea interna o ambulatoria, visitas del médico de atención primaria y la atención en el hogar. Los medicamentos constituyen costos directos de la atención médica, pero otros no están relacionados con ella, como, por ejemplo, el traslado a las instituciones de salud, el tiempo que dedican familiares al cuidado de los

<sup>3</sup> L. N. Suárez: "El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba", *Rev Cubana Salud Pública*, 2006; 32(2). [Internet]. [citado: 21 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>

enfermos, los gastos de alimentos relacionados con atención médica, costos por discapacidad, enfermedad y por invalidez.<sup>4</sup>

*Costos indirectos*, son las pérdidas de productividad por muerte prematura, enfermedad, tiempo dedicado a fumar en horarios laborables, o estado de salud disminuido de los fumadores. En los Estados Unidos, entre 1995 y 1999 los costos económicos relacionados con la salud y vinculados con el consumo de tabaco, eran de más de 157 mil millones de dólares por año.

Un ejemplo lo constituye el hecho de que si las tendencias actuales persisten, aproximadamente 650 millones de personas vivas actualmente morirán por causa del tabaco. La mitad de estas personas morirá durante edades productivas, perdiendo de 20 a 25 años de vida.<sup>5</sup>

*Costos externos*, son los que imponen los fumadores a los demás sin compensación alguna, tales como los relacionados con el humo de segunda mano, que constituyen la razón fundamental para la aplicación de legislaciones para proteger a los no fumadores.

*Costos internos*, son los que pagan los fumadores y sus familias como resultado del tabaquismo. Ejemplo de ello es la compra de cigarrillos para los fumadores que desearían dejar de fumar, pero no pueden hacerlo.

*Costos tangibles*, constituyen la disminución de los recursos existentes que tienen un precio de mercado. Por ejemplo, el costo del tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaquismo o acceso reducido a la atención médica para otras personas debido a la restricción de recursos.

*Los costos intangibles* no reducen los recursos existentes y son difíciles de calcular, pues están relacionados con el dolor y sufrimiento que el tabaquismo puede ocasionar tanto al fumador como a familiares y amigos de estos.

Se consideran *costos evitables*, aquellos que pueden evadirse si se implementaran y mantuvieran las políticas públicas favorecedoras de la salud. *Costos inevitables*, son los que se originan actualmente y están relacionados con consumo en exceso en el pasado y costos incurridos por la proporción de la población que continúa fumando.

También existen dos enfoques para analizar lo referente a los costos del tabaquismo, el de la incidencia y el de la prevalencia.

*En el enfoque en la incidencia* se consideran los costos netos de atención médica del tabaquismo, tales como costos adicionales en la vida de un fumador, comparados con los costos de la misma persona como supuesto no fumador, conocido como argumento del “beneficio por muerte”.

<sup>4</sup> L. N. Reynales, R. A. Rodríguez, J. A. Jiménez, S. A. Juárez, A. Castro y M. Hernández: “Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Salud Pública de México*, (2006). 48 ( supl. I): 48 -64.

<sup>5</sup> Banco Mundial (1999): “Centers for Disease Control” (2002); OMS. Informe Mundial de Salud, Banco Mundial, CDC, 2003.

*En el enfoque en la prevalencia se consideran los costos brutos de atención médica del tabaquismo, tales como gastos reales de atención médica adicional en un período dado a causa del tabaquismo (fracción atribuible a este).*

El argumento del “beneficio por muerte”, sustentado por el enfoque en la incidencia, considera los costos de toda una vida de tabaquismo: los fumadores viven menos que los no fumadores como promedio; en la vida de los fumadores, los costos de atención médica no son mayores que los costos de los no fumadores, pero los gastos son más rápidos, los aportes de los fumadores a los sistemas de jubilación y otros sistemas son los mismos que los de los no fumadores. No es así si los fumadores mueren en edad productiva. Por lo tanto, los no fumadores y los gobiernos se benefician de la muerte prematura del fumador. Pero el valor del dinero y los costos de tratamientos futuros deben tenerse en cuenta.

El enfoque en la prevalencia calcula los costos totales o los costos específicos de una enfermedad. Reduce los costos totales en tres pasos: elimina a los no fumadores, las enfermedades de los fumadores no provocadas por el tabaquismo y resta los costos promedio de la atención médica para la población. Es a partir de este enfoque que se muestran los costos anuales (brutos) de atención médica que representan de 0,1% a 1,1% del PBI o de 6% a 15% de los costos totales de atención médica, que fueron referidos con anterioridad.<sup>6</sup>

### **Costos a la salud de los agricultores**

El cultivo del tabaco implica riesgos para la salud de los agricultores que incluyen cáncer de vejiga, alergia o irritación de la piel (como eczema de contacto) y exposición a los pesticidas (por ejemplo, organofosfato), que afectan el sistema nervioso central y periférico. Los pesticidas causan daños en las vías respiratorias, los nervios, la piel y los riñones.

Además, derivado del trabajo en sí, se producen lesiones, tales como cortes con cuchillos o hachas al talar los árboles o limpiar los campos. También los trabajadores agrícolas, durante la cosecha del tabaco, padecen de dolores de cabeza y vómitos debido a la exposición a los pesticidas y a la ingestión de productos químicos, así como de dolores de espalda o picaduras de insectos, incluso en algunos territorios hasta de víboras. También son frecuentes huesos rotos por caerse de los cobertizos donde se guarda el tabaco.

La denominada enfermedad del tabaco es típica entre sus agricultores, pues se intoxican por la nicotina que absorbe la piel durante el cultivo y la cosecha, específicamente la enfermedad del tabaco verde produce vómitos o náuseas y mareos o dolores de cabeza durante o después de la exposición. La nicotina que se acumula durante la cosecha equivale a fumar al

<sup>6</sup> Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud: “Costos y consecuencias del control del tabaco”, en *La Epidemia de Tabaquismo*, Publicación científica, No. 577, OPS, Washington D.C., 1999.

menos 180 cigarrillos.<sup>7</sup> Sin embargo, estos son temas poco tratados y estudiados, al menos por la industria productora del tabaco.

### **Costos ambientales del cultivo de tabaco**

Los costos ambientales derivados del cultivo de tabaco pueden resumirse en la deforestación, contaminación química de las fuentes hídricas, la erosión y el agotamiento de los nutrientes del suelo, por citar los más importantes.

Estudios realizados por Esson, K. y Leeder, S. en el año 2004, muestran que 450 gramos de tabaco, requieren 9 kg de madera. De manera que se talan aproximadamente 243.000 hectáreas de árboles por año en todo el mundo.

Es también muy alta la afectación a la salud debido a los pesticidas, ya que en un período de cosecha de tres meses se recomiendan hasta 16 aplicaciones.

No obstante, la importancia que se le concede a la preservación del planeta y al cuidado del medio ambiente, toda esta afectación se sigue produciendo y los debates se centran generalmente en darle mayor importancia al peso que tiene el cultivo del tabaco en la economía.

Una elección clave, para no afectar la economía, es ir a la diversificación de cultivos y no a un solo cultivo. Es necesario implementar cultivos alternativos para reducir la dependencia del tabaco de los países productores y de esta forma generar empleos para esos mismos trabajadores.<sup>8</sup>

En otro orden, al reemplazar el tabaco por cultivos de alimentos saludables se podría alimentar a 20 millones de personas, reduciendo la desnutrición mundial que también constituye un importante problema; generalmente no se habla de esta opción cuando se analiza el problema del hambre.

Sin embargo, el cultivo del tabaco sigue siendo preferencial y no se acude a la búsqueda de cultivos alternativos; la falta de información y de interés al respecto y la carencia de tecnologías para su implementación, llevan a los gobiernos a impulsar y favorecer el cultivo del tabaco.

### **Tabaco y pobreza**

El tabaco es un bien que no mejora la calidad de vida de las personas, cuando se invierte dinero en comprar cualquier producto manufacturado realmente lo que ocurre en las personas y en

<sup>7</sup> T. Cavalcante, A. de Carvalho, R. Mesquita y E. Cavalcanti: “El argumento de responsabilidad social de la industria tabacalera en Brasil”, *Salud pública Méx* 2006;48 suppl1:S173-S182. [Internet]. [citado: 22 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.scielosp.org>

<sup>8</sup> Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud: “La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco”, OPS/OMS, Publicación Científica No. 577, Washington, DC., 2000.

las familias es un empobrecimiento. Se produce por tanto, un círculo vicioso entre la pobreza y el tabaquismo que puede afectar a las personas más necesitadas en cualquier sociedad.

A nivel mundial, el 84% de los fumadores vive en países en desarrollo y con economías en transición. En estos países, las personas pobres son las que más fuman y las que soportan la mayor carga económica y de enfermedades causadas por el consumo de tabaco.<sup>9</sup>

El dinero que se gasta en tabaco es dinero que no está disponible para las necesidades básicas, como alimentos, vivienda, educación y atención médica. Los pobres no se pueden dar el lujo de derrochar sus escasos ingresos familiares en tabaco. La adicción a la nicotina los hace gastar dinero en tabaco, lo que limita significativamente sus recursos disponibles para las necesidades básicas.

Las personas pobres tienden a fumar más que el resto de la población y soportan la mayor parte de la carga económica y de las enfermedades causadas por el consumo de tabaco. De los 1,3 mil millones de fumadores que se calcula hay en el mundo, el 84% vive en países con economías en transición y en desarrollo. La prevalencia del tabaquismo entre los hombres tiende a ser mayor en los países de ingresos bajos y medianos. En el 2003, era casi del 50% en países con ingresos bajos y medianos, y alrededor del 35% en países con ingresos altos.<sup>10</sup>

Un estudio de 1997 acerca de la prevalencia del tabaquismo entre hombres en Chennai, India, encontró que la tasa más alta, 64%, se daba en la población analfabeta. Esta tasa disminuía de acuerdo con la cantidad de años de escolarización. En los hombres, con más de 12 años de educación, la tasa bajaba al 21%.

En un estudio de 1998 en el Reino Unido, el 12% de los hombres y el 10% de las mujeres en el grupo socioeconómico más alto, consumían tabaco en comparación con el 40% de los hombres y el 35% de las mujeres en el grupo socioeconómico más bajo.<sup>11</sup>

En los pobres, muchas veces la falta de educación les impide analizar correctamente la escasa información que se presenta en los medios de comunicación; tienen menor acceso a los tratamientos de cesación, pues aunque estos sean gratuitos, muchas veces la distancia de los centros de salud es grande y el costo del transporte es una limitante.

El tabaco contribuye a la pobreza a nivel individual, familiar y nacional. Todo lo antes dicho habla acerca del impacto negativo del tabaco en las personas de bajos recursos económicos, sin embargo, es necesario analizar otros aspectos que tienen que ver con posibles beneficios a corto plazo que los pobres consideran encontrar en el consumo de tabaco y que constituyen

<sup>9</sup> World Health Organization: "Tobacco and poverty: a vicious circle", Ginebra, Suiza, WHO, 2004. [Internet]. [citado: 25 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/>

<sup>10</sup> C. R. C. Chávez, A. F. J. López, P. J. Regalado y M. M. Espinosa: "Consumo de tabaco, una enfermedad social", *Rev Inst Nal Enf Resp Méx* 2004, 17(3):204-214.

<sup>11</sup> R. Doll, R. Peto, K. Wheatley y otros: "Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male. British doctors", *BMJ* 1994;309: 901-910.



la razón fundamental por la que continúan fumando, al poner en la balanza lo que consideran son para ellos los costos y beneficios de fumar.

### Los costos de atención a la salud asociados al tabaquismo en Cuba

Los costos que genera el tabaquismo son de interés para el control de los recursos sanitarios. En Cuba se realizó en el año 2001 un estudio por Varona y colaboradores, se abordó el aspecto económico y se estimaron los costos de atención a la salud para fumadores y no fumadores desde una perspectiva social.<sup>12</sup> No disponer de información sobre este tema después de esa fecha planteó a investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) realizar un estudio en la capital del país.<sup>13</sup>

Se realizó una investigación del tipo descripción de costos, según la clasificación de Drummond.<sup>14,15</sup> Los pacientes incluidos se clasificaron en:

- fumadores regulares (diarios de más de cinco años con esta condición); de ambos sexos y de más de 20 años de edad;
- no fumadores (declarados que nunca fumaron) de ambos sexos, de 20 y más años de edad.

La clasificación empleada fue el resultado del ajuste de dos de las categorías que establece la OMS para la clasificación de las personas en relación con el tabaquismo, ya que son las que resultan convenientes a los efectos del presente estudio.<sup>16</sup>

Su universo estuvo constituido por los pacientes que demandaron servicios en dos municipios de la capital cubana, La Habana, entonces llamada Ciudad de la Habana: Playa y Habana del Este, durante el mes de septiembre de 2008. El tamaño de muestra necesario para el estudio se determinó a través de la fórmula de cálculo para estudios descriptivos en poblaciones finitas. Para ello se empleó una prevalencia esperada del tabaquismo de 32% (dada por estudios realizados en Cuba), y un error absoluto del 10% de la prevalencia y un efecto de diseño de 1,2. El método de muestreo empleado fue por conglomerados bietápicos. En la segunda

<sup>12</sup> P. P. Varona, G. M. Bonet, M. Álvarez y otros: "Costos de atención a la salud de fumadores y no fumadores, desde una perspectiva social. Ciudad de La Habana y Santiago de Cuba, 1999-2000". La Habana. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 2001. Informe de investigación del Programa Ramal de Afecciones Crónicas no Trasmisibles del MINSAP.

<sup>13</sup> G. A. M. Gálvez, L. N. Suárez y otros: "Costos de la atención a la salud asociados al tabaquismo en la ciudad de La Habana, 2008", en *Investigaciones en servicios de salud en el sistema sanitario cubano. 2001-2010*. Parte I, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2011.

<sup>14</sup> A. M. Gálvez: "Guía metodológica para la evaluación económica en salud", Cuba, 2003, *Rev. Cubana Salud Pública*, 2004, 30 (1): 37-54.

<sup>15</sup> M. Drummond y otros: *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*, Editorial Diaz de Santos, Madrid, 2001, pp. 10-13.

<sup>16</sup> L. N. Suárez y P. E. Campos: "Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo. Área de salud del Policlínico Dr. Jorge Ruiz Ramírez", La Habana, 2007, *Rev. Cubana Salud Pública*, 2010, 36(2). [Internet]. [citado: 21 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>

etapa se seleccionaron por muestreo sistemático en fase 200 historias clínicas de cada uno de los municipios seleccionados.

La revisión de las historias clínicas (HC) permitió verificar que las unidades de análisis cumplieran con los criterios de inclusión en los que se basa este estudio y obtener información útil para el logro de los objetivos.

El diseño de la base de datos permitió identificar la información de cada paciente que abarcó las siguientes variables:

- Sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, nivel escolar.
- Historia de fumador: edad de inicio, años que lleva fumando, consumo diario (cigarrillo-tabaco).
- Salud y atenciones recibidas:
  - cantidad de veces que recibió servicios de atención en salud;
  - motivos por los que recibió servicios de atención a la salud;
  - unidad donde recibió la atención a la salud: Consultorio del Médico y la Enfermera de la familia, Policlínico, Hospital, Clínica Estomatológica;
  - atención recibida en el Policlínico: urgencia o consulta externa;
  - atención recibida en hospital: urgencia o consulta externa;
  - atención recibida en clínicas estomatológicas;
  - número de ingresos hospitalarios;
  - estadía hospitalaria.
- Gasto de bolsillo:
  - gastos por transporte en las visitas al médico u otras formas de atención de salud;
  - gastos extra de alimentación como consecuencia de afectaciones de la salud y en las visitas al médico u otras formas de atención de salud;
  - gastos por concepto de medicamentos;
  - forma de adquisición de los medicamentos;
  - atenciones al personal médico;
  - acciones religiosas;
  - gastos de acompañantes en las visitas al médico.

Se excluyeron las embarazadas, debido a que esa etapa representa un proceso transitorio.

Con cuestionarios no estructurados, se entrevistaron responsables de las áreas de contabilidad, almacén, estadística y dirección de los policlínicos, hospitales, clínicas estomatológicas y consultorios de médicos de familia, con la finalidad de recoger la información para el cálculo de los costos, caracterizar las instituciones en las que se realiza el estudio y profundizar en los hallazgos de la investigación.

Se estimaron los costos institucionales a partir del método contable directo.<sup>17</sup> Se clasificaron estos en directos e indirectos institucionales. Se tuvo en cuenta el tiempo de trabajo de profesionales sanitarios, incluyendo el 9,09% de descanso retribuido acumulado y el 12% de contribución a la seguridad social. Se valoró la depreciación de equipos, según lo establecido en las normas vigentes del MINSAP. Se prorratearon los gastos de materiales, medicamentos, transporte institucional, electricidad, teléfono, y otros.

Los costos unitarios fueron calculados a partir del monto de costos institucionales y el número de consultas. En el caso de estomatología, solo se analizó la atención básica; en el cuerpo de guardia se tuvo en cuenta el número de casos atendidos y en el ingreso hospitalario el indicador día/paciente.

Los costos institucionales fueron expresados en pesos cubanos, CUP. Se utilizó la tasa oficial de cambio vigente en Cuba para las entidades estatales, que es un peso cubano igual a un dólar estadounidense.<sup>18</sup>

Se realizó un estimado de las pérdidas monetarias de pacientes y sus acompañantes, por horas de trabajo perdidas como consecuencia de asistir a instituciones de salud y por ausencias laborales debidas a enfermedad durante el periodo de estudio. Se tomó para su cálculo el salario promedio mensual, en Cuba, para el año 2008 (415.00 pesos).<sup>19</sup>

Los costos obtenidos en este estudio fueron validados por expertos del departamento de sistemas y métodos y del grupo de estadística y análisis del área de economía del MINSAP.

La “Encuesta de gasto de bolsillo por concepto de salud”, se aplicó a 100 pacientes de cada municipio, distribuidos por igual en las categorías fumador y no fumador. Se obtuvo el consentimiento de los encuestados. La validación de la encuesta se realizó por cinco expertos de la ENSAP, en aplicaciones previas en las áreas de estudio. En caso de declarar gastos de bolsillo en CUP, se aplicó la tasa vigente de casas de cambio (CADECA), 24 pesos cubanos igual a un peso cubano convertible, CUC.<sup>20</sup>

La técnica de consenso, (grupo nominal) se empleó para identificar costos intangibles asociados al tabaquismo. Se realizaron dos grupos integrados por 10 fumadores de cada uno de los municipios estudiados. La metodología seguida fue la recomendada por Pineault y colaboradores.<sup>21</sup>

<sup>17</sup> H. Ochoa, R. Lucio, F. Vallejo y otros: *Economía de la Salud. Manual Práctico para la gestión local de la salud*, Editorial Pax México, México, 1999.

<sup>18</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información. [Internet]. [citado: 19 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2008/datos/5.1.xls>

<sup>19</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información. [citado: 19 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2008/datos/5.1.xls>

<sup>20</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información. [citado: 21 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2008/datos/7.4.xls>

<sup>21</sup> R. Pineault y C. Daveluy: *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*, Editorial Masson, S.A.: 1987, p. 172-89.

En el estudio realizado se encontró que los fumadores constituyeron el 46% de la población. El 51,89% de ellos era del sexo masculino. Esta diferencia con la prevalencia nacional puede deberse a que la muestra estaba formada por pacientes atendidos en servicios de salud y los fumadores se enferman más que los no fumadores.

La presencia de tabaquismo se concentró en los grupos de 30 a 49 años, para un 48% del total. La edad que se repitió con más frecuencia entre los fumadores para identificar el inicio del tabaquismo en este estudio fueron los 16 años.

El 72% de los pacientes trabajaban, el 28% no tenían reflejado vínculo laboral. De los menores de 29 años, la tercera parte solo se encontraba realizando estudios; tenía nivel universitario el 43% de los fumadores y el 56% de los no fumadores.

En el consultorio y consulta del cuerpo de guardia del policlínico, los fumadores hicieron mayor uso de los servicios de salud que los no fumadores. En la consulta externa del hospital el uso fue similar. En el cuerpo de guardia no hubo grandes diferencias y el ingreso hospitalario fue el doble en fumadores.

Estos provocaron más gastos a las instituciones de salud que los no fumadores, además, demandaron servicios más complejos. En el consultorio del médico de familia, así como en el ingreso hospitalario, las diferencias fueron significativas en la prueba de comparación de medias en muestras independientes y el intervalo de confianza de 0,95%.

Los gastos medios de bolsillo de los fumadores fueron más altos en todos los rubros analizados. En ambos grupos, el transporte, alimentos y otros, fueron los acápites que más gastos representaron, aunque en el grupo de no fumadores, la cifra de alimentos es superior a la de transporte.

En relación con las pérdidas laborales asociadas al tabaquismo, se observaron mayores ausencias laborales de pacientes fumadores y acompañantes vinculados a estos. La relación de gastos por pérdidas laborales resulta casi el doble en fumadores que en no fumadores.

Como costos intangibles asociados al tabaquismo, los fumadores declararon presentar en ocasiones tos, “apretazón en el pecho”, irritación en garganta y ojos, ansiedad, nerviosismo y depresión, en ese orden.

Los costos institucionales asociados al tabaquismo identificados en este estudio son más altos que los encontrados en el estudio de Varona y cols.<sup>22</sup> Pudieran estar influyendo varios elementos, entre ellos, diferencias en las metodologías de estimación de costos, la asistencia sanitaria más compleja dada la incorporación de nuevas tecnologías, aumentos de salarios del personal sanitario y el uso incrementado del ingreso hospitalario en fumadores.

<sup>22</sup> P. Varona, M. Bonet, M. Álvarez y otros: “Costos de atención a la salud de fumadores y no fumadores, desde una perspectiva social, ciudad de La Habana y Santiago de Cuba, 1999-2000”, La Habana, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 2001, “Informe de investigación del Programa Ramal de Afecciones Crónicas no Trasmisibles del MINSAP”.

El hecho de que los fumadores provocaron más gastos a las instituciones de salud y demandaran servicios más complejos, concuerda con lo expresado en la literatura de que ser fumador está altamente asociado a una salud más deteriorada, aunque no todos los costos de enfermedades asociadas al tabaquismo pueden atribuirse a este.<sup>23</sup>

Si el costo promedio mensual en las instituciones de salud, provocado por los fumadores del país en el 2008, fuera similar al de los fumadores de este estudio, representaría una afectación de aproximadamente 99 millones de pesos al año, es decir, el 1,38% del presupuesto de salud<sup>24</sup> que fue asignado para dicho año. Este costo promedio mensual representa un 0,16% del PIB.<sup>25</sup>

Esta cifra se pudiera tomar como una cota inferior de lo que realmente tiene que asumir el Estado cubano por concepto de tabaquismo, ya que habría que contabilizar además; las bajas laborales de los pacientes, los años de vida perdidos por productividad, y otros servicios asumidos por asistencia social para la protección de estos.

Los costos institucionales estimados a partir de este estudio, dan una medida de la carga que representa el tabaquismo para la sociedad. Si no existiera esta los recursos gastados por el Estado para hacer frente a esta epidemia, podrían haber sido asignados a otros destinos.

En la encuesta de gasto de bolsillo también se refleja indirectamente una mayor demanda de servicios más complejos en fumadores que en no fumadores. Se pudo apreciar que los fumadores consumieron más en el acápite transporte que los no fumadores, lo que se puede atribuir a la demanda de servicios en instituciones que van más allá del nivel primario de atención y quizás a un mayor compromiso respiratorio de los pacientes fumadores.

Generalmente, cuando se asiste al consultorio o al cuerpo de guardia del policlínico, la mayor cantidad de pacientes declara hacer este traslado caminando. Esto es similar a lo que ha ocurrido en otros estudios de gasto de bolsillo realizados en el nivel primario de atención en Cuba, lo que da una medida de las posibilidades de acceso geográfico de la población a los servicios de salud.<sup>26,27,28</sup> Martínez Gutiérrez y colaboradores<sup>29</sup> muestran en un estudio reali-

<sup>23</sup> A. García: "Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar", *Rev. Cubana Salud Pública*, 2008;34(2). [Internet]. [citado: 21 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>

<sup>24</sup> H. Ross: "Los costos del tabaquismo. Red Internacional de Evidencias contra el Tabaco", Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, 2007.

<sup>25</sup> Oficina Nacional de Estadísticas. [Internet]. [citado: 25 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2008/datos/6.4.xls>

<sup>26</sup> Oficina Nacional de Estadísticas e Información. [Internet]. [citado: 25 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2008/datos/5.5.xls>

<sup>27</sup> G. Sanabria, A. Gálvez y M. Álvarez: "Costos para la mujer durante la atención prenatal: La Habana", 2000, *Rev. Cubana Salud Pública*, 2004;30(1). [Internet]. [citado: 21 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>

<sup>28</sup> I. Yera: "Gasto de bolsillo de pacientes con cáncer en una sesión de quimioterapia ambulatoria", La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 2008, 62 p.

<sup>29</sup> M. Martínez-Gutiérrez, J. Vanegas, U. Reveco y otros: "Estudio piloto: costos directos atribuibles al tabaquismo en dos hospitales de Santiago", *Rev. méd.*, Chile, 2008; 136(10): 1281-1287. [Internet]. [citado: 25 de marzo de 2011]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008001000007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001000007&lng=es).

zado en Santiago de Chile, el componente exámenes como una de las mayores proporciones dentro del gasto de bolsillo. Esto no ocurre en el caso cubano, dado que todos los exámenes médicos que se realizan son financiados por el Estado.

Los fumadores compraron más medicamentos que los no fumadores. En este estudio los que más se adquirieron por los fumadores fueron, analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antibióticos, broncodilatadores y vaposán. Los medicamentos que declararon utilizar los pacientes están disponibles en el cuadro básico de medicamentos de Cuba.<sup>30</sup>

En el caso de los pacientes que estuvieron ingresados, los medicamentos fueron financiados por el Sistema Nacional de Salud, otro factor que influye en el incremento de los costos institucionales.

Es preciso destacar que la variable “Otros” es más del doble en fumadores. En este caso se pudo constatar la presencia de gastos por concepto de objetos para enmascarar los efectos de antineoplásicos, consultas religiosas, regalos a los médicos, entre otros. Los pacientes que estuvieron ingresados en hospital durante el período de estudio declararon gastos de utensilios y material de aseo y limpieza para cubrir sus necesidades durante la estancia hospitalaria.

Siguiendo la fórmula de Ross Philpot C.<sup>31</sup> se estimó que un cubano de 55 años de edad en el 2008, que hubiera fumado una cajetilla diaria desde los 15 años de edad habría consumido aproximadamente 400 000 cigarrillos o lo que es lo mismo 20 000 cajetillas. Si se tienen en cuenta los diferentes precios<sup>32</sup> que ha tenido este producto en Cuba a lo largo de estos años, pudiera estimarse que ha gastado aproximadamente 67 000 pesos.

Otro dato de interés es, que aquellos fumadores que declararon fumar dos cajetillas diarias, según los precios vigentes en el año 2008, gastaron al mes \$420 pesos CUP; esta cifra es superior al salario medio mensual de un cubano. En el caso de las familias de menos ingresos, la cantidad de dinero gastada, puede generarle serias limitaciones a la calidad de vida.

Según los planteamientos realizados por los fumadores en el grupo de consenso, la mayoría desea dejar de fumar, preferirían que sus familiares no fumaran. Expresaron que el deseo de fumar le genera inseguridades y malestar y en caso de dejarlo, ante la primera barrera vuelven a fumar. Declaran que cuando intentan dejar de fumar se gastan dinero en caramelos, goma de mascar y otros sustitutos, que resultan tan costosos como los cigarrillos o puros que suelen adquirir. Algunos declararon consumir café, sin embargo, otros señalaron que para poder dejar la adicción tampoco podían consumir café, ya que este le estimulaba la necesidad de fumar.

<sup>30</sup> Ministerio de Salud Pública: “Cuadro básico de medicamentos de Cuba”, 2011, [Internet]. [citado: 25 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/mainsearch.php?q=cuadro+b%E1sico+de+medicamentos&d=44>

<sup>31</sup> C. Ross y M. J. A. Philpot: 2008; 188 (9): 550 To the Editor: With the..... [Internet]. [citado: 23 de abril de 2011]. Disponible en: [http://www.mja.com.au/public/issues/188\\_09\\_050508/letters\\_050508\\_fm-5.html](http://www.mja.com.au/public/issues/188_09_050508/letters_050508_fm-5.html)

<sup>32</sup> L. N. Suárez: “El precio del cigarrillo y la reducción del consumo en Cuba”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2012, 38(1). [Internet]. [citado: 25 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Este dato resulta interesante, al compararse con un estudio de Varona y colaboradores sobre usos alternativos del dinero dedicado a fumar.<sup>33</sup> Existe coincidencia en la preferencia del café como acompañante o alternativa. Sin embargo, el consumo de alcohol no estuvo entre las preferencias de los fumadores de este estudio, lo que pudiera estar asociado a diferencias culturales entre las poblaciones estudiadas.

Algunos pacientes expresaron que sienten presiones familiares de cónyuges, padres e hijos, pero que eso queda en la simple crítica, que la ayuda no es suficiente. Manifiestan temor a que se quejen de sus malos olores cuando se encuentran en lugares públicos. Plantearon sentir que cada vez encuentran más rechazo por ser fumadores y menos espacios para hacerlo. Igualmente dijeron sentir agobio ante la propaganda antibáquica en lugares públicos y consejos por los medios televisivos. No sienten ayuda directa de sus médicos de familia, pues aunque en ocasiones se les convence de dejar de fumar, luego no tienen el seguimiento que esperan, ni el apoyo que consideran necesario. Señalaron no saber a dónde dirigirse para recibir ayuda especializada en caso de decidir dejar de fumar.

Como plantea Reynales Shigematsu,<sup>34</sup> el tabaquismo incrementa los costos de atención médica y resulta en pérdidas de tiempo laboral, con efectos en la carga financiera de los fumadores, sus familiares, aseguradores y empleadores. Esto es evidente en todos los estudios realizados tanto en países desarrollados como en desarrollo. Esta carga para la sociedad va más allá de lo que pudiera expresarse en términos monetarios, pues afecta la calidad de vida.

El estudio permite concluir que los costos asociados al tabaquismo son cada vez más altos en las instituciones sanitarias cubanas. Estos aumentarán en el futuro debido a la tendencia creciente del país a incurrir en gastos de atención médica.<sup>35</sup>

Aunque queda mucho por investigar en relación con los aspectos económicos del tabaquismo, es evidente, que aun en los países productores de tabaco y en aquellos como Cuba, donde constituye uno de los principales renglones de la economía, con un importante peso en las exportaciones y por consiguiente, en la adquisición de moneda libremente convertible, la decisión entre el tabaco o la salud, que para los salubristas queda muy claro que debe ser en función de la salud, también para los economistas resultará la mejor decisión, siempre que se piense en resultados a largo plazo.

<sup>33</sup> P. Varona, A. García y otros: "Usos alternativos del dinero dedicado a fumar y valoración del riesgo por exposición al humo de tabaco ambiental", *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 2004; 42(2). [Internet]. [citado: 25 de marzo de 2011]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032004000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000200004&lng=es).

<sup>34</sup> L. Reynales-Shigematsu: "Costos de atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en Las Américas: revisión de la literatura", *Salud Pública Mex.*, 2006, 48 supl 1:S190-S200.

<sup>35</sup> Ministerio de Salud Pública de Cuba: "Compendio para la educación económica de los cuadros y trabajadores del sector de la salud", La Habana, octubre, 2008.

*Es responsabilidad de la salud pública, la intervención para la prevención y control del tabaquismo, aunque en ocasiones no cuente con todas las características de un “fallo de mercado” desde la perspectiva económica.*

*Lo relativo al tema de la economía del tabaco en Cuba, se encuentra en amplio debate, pues mientras resulta real el papel que desempeña este producto dentro de la economía nacional, por otra parte, es necesario profundizar en el conocimiento de los gastos que el tabaquismo ocasiona a la salud.*





## LA LEGISLACIÓN

Por el daño que el tabaquismo ocasiona a la salud de las poblaciones, a nivel mundial se incrementan las legislaciones relacionadas con la publicidad y venta de los productos manufacturados del tabaco y los lugares libres de humo.<sup>1</sup>

Algunos sugieren la implementación de medidas no tan drásticas a través de restricciones parciales, alegando que de esta manera se da tiempo a la preparación de los fumadores para el cambio. Sin embargo, es reconocido que el tabaquismo pone en peligro la salud de toda la comunidad, que la publicidad y el patrocinio estimulan a los jóvenes a fumar, se afecta la salud de los que no fuman y comparten el mismo ambiente cerrado con los fumadores, a la vez que se mantiene la imagen de que fumar es una conducta socialmente aceptable.

Una de las alternativas cuya eficacia se ha comprobado desde hace más de tres décadas, son las denominadas medidas de autorregulación, ya sean las de la publicidad por la industria tabacalera o las que se implementan en restaurantes u otros negocios de atención al público en locales cerrados. Estas no funcionan porque el sector afectado o bien carece o enmascara, las políticas de responsabilidad social corporativa.<sup>2</sup>

Otro de los argumentos es crear locales separados para las áreas de fumar. Habilitar áreas para fumar en centros de trabajo y otros lugares públicos puede resultar atractivo, fundamentalmente, para los fumadores, pero la experiencia demuestra que rara vez están completamente compartimentadas y con un buen sistema de ventilación independiente. Lo más común es que sea una justificación para el incumplimiento, para las excepciones que trae como resultado que el humo de tabaco se difunda por todo el local. Hay consenso científico acerca de que ninguna tecnología de ventilación ni de aire acondicionado, incluyendo los llamados “desionizadores” y “generadores de cortinas de aire”, han logrado eliminar los riesgos de la exposición al humo de tabaco, por lo que la separación tiene que ser de manera tal que no se comparta en el mismo local.<sup>3</sup>

Uno de los aspectos más importantes para reducir la iniciación en el tabaquismo es la regulación de la venta de cigarrillos a menores. En la primera década del siglo XXI, las estadísticas sobre esta peligrosa adicción en adolescentes e incluso niños, muestran datos alarmantes,

<sup>1</sup> T. Allison: “John Tung Foundation” [Internet]. [citado: 21 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://spanish.peopledaily.com.cn/31614/3434628.html>

<sup>2</sup> M. Daube: “Voluntary agreements: designed to fail”, *Tobacco Control*, 1983:15-16.

<sup>3</sup> J. Repace y K. C. Johnson: “Can displacement ventilation control secondhand ETS?” *IAQ Applications*, 2006. [Internet]. [citado: 21 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.cnpt.es>

planteándose una tendencia al incremento en cuanto al número de fumadores y una disminución de la edad de comienzo de esta adicción.<sup>4</sup>

## La legislación a nivel mundial

Una mirada a lo que sucede en el plano internacional en relación con las regulaciones y prohibiciones, resulta interesante para comparar y valorar la situación de cada uno de los contextos en que se sitúe el lector o el investigador.

Según un estudio publicado en España aproximadamente el 40% de los centros de expendio de tabaco violan la regulación existente avalada por la ley nacional sobre el uso de señalizaciones. Sin embargo, en el momento del estudio no existían sanciones de envergadura a las instituciones y centros comercializadores infractores.<sup>5</sup>

En los Estados Unidos, pese a que también, las violaciones son frecuentes, existen medidas legisladas en algunos estados que sancionan de manera drástica esta violación, las cuales serán señaladas más adelante.

En Taiwan está prohibido fumar en los siguientes lugares públicos: bibliotecas, salones de clase y laboratorios; teatros, auditorios, salas de exhibición y de conferencias; en instalaciones de los gimnasios y albercas techadas; aviones civiles, autobuses, teleféricos, taxis, transbordadores, elevadores, trenes, estaciones y trenes subterráneos, y cualquier medio de transporte público; guarderías infantiles y kindergardens; instituciones de atención médica, de atención a infantes, así como otras médicas o de atención a personas discapacitadas; bancos (en sus áreas públicas), oficinas de correos y telecomunicaciones; fábricas dedicadas a la manufactura, almacenamiento o venta de fuegos pirotécnicos o de productos inflamables, y cualquier lugar designado por las autoridades competentes o del gobierno central.

El reino de Bután es el primer país en el mundo que prohibió totalmente la venta de tabaco: el 18 de noviembre de 2004 estableció un impuesto de 100% sobre los cigarrillos importados para el consumo privado y la sanción de toda actividad publicitaria.

El Ministro para la Salud y la Infancia de la República de Irlanda estableció la prohibición de fumar en todos los lugares de trabajo, incluidos bares y restaurantes. La regulación entró en vigor el 26 de enero de 2004.<sup>6</sup>

Desde el año 2004, el gobierno noruego prohíbe el consumo de tabaco en todos los lugares públicos del país, incluidos bares y restaurantes. Coincidiendo con la entrada en vigor de esta norma prohibitiva, se lanzó una nueva campaña antitabaco y el Ministerio de Sanidad de este

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. “Encuesta mundial sobre el tabaco en jóvenes” [Internet]. [citado: 30 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.edc.gov/spanish/tabaco.htm-32k>

<sup>5</sup> M. L. López, A. Comas, P. Herrero, S. Pereiro, M. Fernández, H. Thomas, y otros: “Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso”, *Revista Española de Salud Pública*, 1998, 72:303-318.

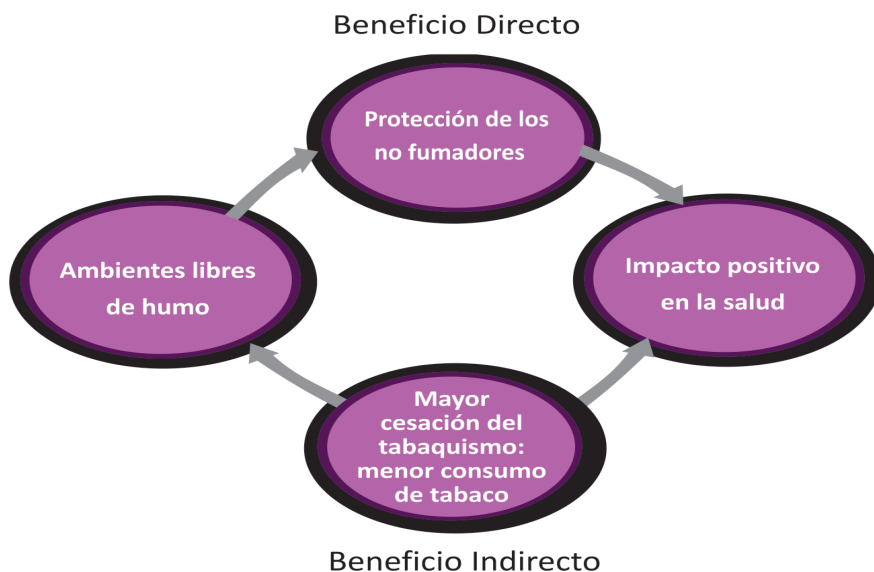
<sup>6</sup> Relayed by GLOBALink: “The International Tobacco-Control Network”, enero de 2003. [Internet]. [citado: 21 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.globalink.org>

país nórdico diseñó anuncios publicitarios con el siguiente lema: “Bienvenido a Noruega. Los únicos que fuman aquí son los salmones”. De esta forma, Noruega se convirtió en el segundo país europeo, después de Irlanda, en aplicar la prohibición de consumir tabaco en todo tipo de lugares públicos.<sup>7</sup>

Posterior a la promulgación de la ley, un gran número de noruegos ha dejado de fumar y otros muchos han manifestado su intención de dejarlo. Según datos oficiales, la proporción de adultos noruegos que aseguran fumar de forma cotidiana descendió del 29% en 2002 al 26% en el 2004.

En el año 2007, las autoridades noruegas dieron un nuevo paso en la lucha contra el tabaquismo, pues todas las empresas tuvieron que garantizar espacios libres de humo a sus trabajadores, incorporando también la prohibición de la venta de cigarrillos a menores de 18 años y las máquinas expendedoras tendrían que identificar a los compradores para impedir la venta a menores de edad. Además, se crearon las bases para un importante aumento en el precio de las cajetillas y la dotación de fondos públicos para programas de deshabituación tabáquica.

Los lugares libres de humo tienen, sin lugar a duda, impacto en la salud de las personas no fumadoras que los frecuentan y en los propios consumidores. En la figura 1 se resumen los posibles impactos de declarar los diferentes ambientes libres de humo.



**Figura 1. Impacto a la salud de los ambientes libres de humo.**

Fuente: A. Navas (2007)

<sup>7</sup> T. Raaijmakers e I. Van den Borne: “Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo”, Centro Holandés de Fomento de la Salud en el Trabajo, Woerden, Países Bajos, *Rev Esp Salud Pública*, 2003; 77: 97-116.

Un análisis sistemático de 26 estudios reveló que los lugares de trabajo libres de humo se relacionaban con:

- una reducción de la prevalencia del tabaquismo del 3,8% (IC de 95%\*: 2,8%; 4,7%);
- una reducción de los cigarrillos consumidos por día de 3,1 (IC de 95%\*: 2,4; 3,8)\*.

El gran apoyo del público a las leyes antitabaco es fundamental y este aumenta una vez que se aprueba la legislación.

En un estudio realizado en los Países Bajos, se encontró que la adquisición de cigarrillos en establecimientos autorizados para su venta, era la forma de acceso en más del 35% de los jóvenes encuestados, a pesar de las estrictas regulaciones sobre el expendio a menores que existen en esos países.<sup>8</sup>

El gobierno británico aprobó en el año 2006 una legislación que prohibía fumar en restaurantes, bares y oficinas. En España, donde fuma el 36% de la población general y están en relación con la muerte de 56 000 personas al año, la jefatura del Estado promulgó el real decreto-ley 2/2006, de 10 de febrero, que modifica los tipos impositivos del impuesto sobre las labores del tabaco. Se establece un margen transitorio complementario para los expendedores de tabaco y se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

En contraposición a lo que ocurre en otros países europeos, en Rusia, el 33% de niños y adolescentes clasifican como fumadores permanentes, porcentaje que sitúa al país europeo como líder en este fenómeno, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A causa de ello, la inmensa mayoría de los menores llegan a la madurez con serias enfermedades crónicas, una de las causas más frecuentes que incide en la elevada mortalidad en la nación más extensa del planeta.

En esa misma fecha, los niños rusos podían comprar cigarrillos en kioscos y comercios sin ninguna dificultad. En junio del 2007, entró en vigor una nueva ley que prohíbe la publicidad de comercialización en exteriores y muestras del acto de fumar en los filmes. Expertos valoran una tendencia al incremento de la incidencia del tabaquismo en el cuadro de salud de Rusia, en lugar de una disminución, como en otras partes del orbe, derivado de la ejecución de campañas sociales y profilácticas.

Washington DC, la capital de Estados Unidos, se convirtió en el año 2007 en un lugar vedado para los fumadores, según un edicto municipal aprobado por 11 votos a favor y solo uno en contra. La medida restrictiva prohibió el consumo de tabaco tácitamente en todas partes, incluidos la mayoría de los edificios públicos y privados, así como cervecerías, restaurantes,

\*Fichtenberg y Glantz, 2002.

<sup>8</sup> T. Raaijmakers e I. Van den Borne: Ob. cit.

bares, cafés, y clubes nocturnos. La nueva norma solo exceptuaba a las oficinas privadas, las habitaciones de hotel, algunas instalaciones de investigación médica y los comercios de venta de tabacos. En los Estados Unidos ya se prohíbe el consumo de tabaco en los edificios federales, estadios, algunos lugares públicos, aviones de pasajeros, centros comerciales. Otros lugares, como los restaurantes, deben asignar sectores especiales para los fumadores. La medida entró en vigor el 1ro. de enero de 2007 y durante ese año las autoridades de salud entrenaron a inspectores que se encargaron de hacerla respetar.

En el lapso de un año, muchos establecimientos como restaurantes y bares, pudieron preparar instalaciones al aire libre para los fumadores. Los detractores del consumo de tabaco en todas sus formas aplaudieron la prohibición y muchos de ellos manifestaron que debió haber sido todavía más rigurosa. “Existe un resquicio que permite fumar en lugares que venden cigarrillos, el cual podría debilitar esta medida de protección”, manifestó Matthew Myers, presidente de una campaña para impedir que el humo del tabaco afecte a los niños. Pero sectores de la industria del turismo criticaron la prohibición, alegando efectos negativos.

Las medidas de prohibición de fumar se iniciaron desde hace más de dos décadas en Estados Unidos, tras revelarse que el tabaquismo es una de las causas principales de ciertas formas de cáncer y de enfermedades cardiovasculares. Desde entonces, el consumo de tabaco en restaurantes y bares se ha prohibido en más de diez estados del país.

Siendo Tabaré Vázquez el Presidente de la República Oriental del Uruguay, hizo el anuncio en junio del año 2005, de una serie de medidas que restringen el consumo de tabaco y su publicidad, en el marco de la celebración del Día Mundial sin Tabaco. Derivado de ello, el gobierno puede exigir que en las áreas cerradas de trabajo públicas o privadas y los lugares públicos en general, no se fume.

En centros de recreo como bares y restaurantes, se podrá implementar un área para fumadores al margen del local o del edificio, pero deberá tener salidas y entradas independientes. Las medidas contra el tabaco incluyen la obligación de informar al consumidor en el envase del producto sobre sus efectos nocivos, deben ser indicaciones claras, legibles y ocupar el 50% de la superficie total del empaquetado. La referida reglamentación sanciona lo que denomina promoción equívoca o engañosa, respecto a los tabacos denominados livianos o suaves, sobre los que advierte que su consumo no elimina el riesgo de enfermedades.

También se estableció una regulación progresiva de la publicidad y patrocinio del tabaco, así como la prohibición de la venta, exhibición y promoción de artículos que no sean productos de tabaco, tales como ropa, calzado, golosinas o juguetes, pero que pueden ser relacionados con productos del tabaco, como por ejemplo, en la indumentaria deportiva.

En Chile, los legisladores aprobaron una ley antitabaco en un agresivo paso para frenar el tabaquismo en aumento entre las mujeres de ese país, donde más del 40% de la población fuma, 26% de las adolescentes chilenas y un similar porcentaje de los jóvenes.

La Ley de Tabaco, fue aprobada en enero de 2013 por la Cámara de Diputados, luego de dos años de tramitación y debate que enfrentó un poderoso *lobby* de las tabacaleras contra los

defensores de la salud. Los legisladores empezaron a debatir el proyecto en el mes de marzo de 2005, cuando Chile llegó a un acuerdo con la OMS, para tener una legislación que estuviera a la par de otros países miembros del organismo.<sup>9</sup>

La ley establece el 100% de lugares libres de humo, por lo que no se podrá fumar en ningún centro educativo ni sanitario, en bares, restaurantes ni en otros lugares públicos; ordena que las advertencias sobre los daños a la salud que provoca fumar cubran la mitad de la superficie de las cajetillas de cigarrillos. La nueva legislación incluye, entre otras las siguientes medidas: prohíbe la venta de cigarrillos a 100 metros de las escuelas, la edad mínima para comprar tabaco se eleva de 16 a 18 años; el tabaco se excluirá del cómputo que se utiliza para el cálculo del Índice de Precios al Consumo (IPC).<sup>10,11</sup>

La participación de los inspectores sanitarios en el terreno ampliará la capacidad de fiscalización y con ello se garantizará el cumplimiento de esta. Con la iniciativa se quiere proteger a la población de ser fumadores pasivos, limitar el tiempo con posibilidades de fumar de los actuales adictos, así como reducir la adicción que provoca la muerte de sus ciudadanos.

Uruguay y Chile, se destacan en la región latinoamericana en el establecimiento de prohibiciones y regulaciones para el control del tabaquismo.

El gobierno mexicano prohibió desde el mes de enero de 2003 toda publicidad de la industria tabacalera por radio y televisión, al igual que el patrocinio de eventos musicales o deportivos, y restringió los anuncios en medios impresos y en las calles. La medida impide colocar anuncios comerciales cerca de las escuelas de nivel básico y medio superior, y de hospitales. En todo caso los anuncios no pueden exceder los 35 metros cuadrados y el 10% del tamaño debe dedicarse a advertir sobre el riesgo de fumar. Las etiquetas de cigarrillos, por su parte, deben dedicar el 25% de su espacio en la cara trasera a advertencias sobre los riesgos de fumar tabaco que, según cifras oficiales, mata a cinco mexicanos cada hora. El acuerdo se firmó entre la Secretaría de Salud y las tabacaleras y entró en vigor a partir del 1ro. de enero del año 2004. Las empresas de cigarrillos también se comprometieron a no repartir artículos promocionales con sus marcas, como camisas, gorras y materiales deportivos.

## La respuesta a la legislación

La confrontación entre fumadores y no fumadores no es algo que las regulaciones y prohibiciones propicien, más bien, por estar establecidas, dejan de ser algo personal para convertirse

<sup>9</sup> B. Cabieses, M. Muñoz, S. Zuzulich y A. Contreras: "Cómo implementar la nueva ley chilena antitabaco al interior de la universidad", *Rev Panam Salud Pública*, 2008;23(5):361-8.

<sup>10</sup> Fundación Educación Popular en Salud: "Detrás del humo: una mirada a la industria tabacalera en Chile, sus redes y los límites de la regulación y la transparencia frente a las elecciones presidenciales de 2009". [Internet]. [citado: 30 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.epes.cl>

<sup>11</sup> "Chile libre de tabaco". Publicación en línea, 6 de enero de 2013. [Internet]. [citado: 16 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.epes.cl>

en una norma social.<sup>1</sup> Peatones y conductores tienen que respetar las leyes del tránsito y eso no implica una confrontación. Nadie se molesta cuando ve un letrero que dice “prohibida la entrada” y por tanto, tampoco lo harán porque diga “prohibido fumar”. Es solo cuestión de adaptarse a una nueva norma que puede resultar molesta para el fumador, pero que sin embargo, no lo es para los no fumadores que constituyen la mayoría de la población, incluso en aquellos países que exhiben las más altas prevalencias.

Las leyes reguladoras no incrementan los conflictos, sino que pueden contribuir a reducirlos y a mejorar el clima social y la convivencia, pues los no fumadores no se ven en la necesidad de reclamar un derecho no legitimado, simplemente impersonalizan su reclamo haciendo referencia a lo legalmente establecido.

La libertad individual es el eje central de los argumentos que muchos esgrimen para criticar y oponerse a las regulaciones del consumo de tabaco en lugares públicos. Lo fundamental es lograr que en la opinión pública prevalezca que las regulaciones favorecen la libertad y no atentan contra ella. Evitar que se presione a menores con anuncios de tabaco no es algo contrario a la libertad. No se coarta al fumador, sino que se protegen los derechos de los no fumadores, fundamentalmente los niños y adolescentes. También se preserva a las personas de estar expuestas a la publicidad engañosa.

El tema de la libertad individual surge siempre que la salud pública realiza intervenciones para que la población se apropie de herramientas que favorezcan su autonomía, para que pueda tomar decisiones informadas y conscientes, cuando estas van en contra de los intereses de transnacionales, sea de medicamentos, alimentos o muy en particular de los productos manufacturados del tabaco.

En países como Noruega, Irlanda o Italia, antes de la entrada en vigor de la ley, la mayoría de la población pensaba que la regulación iba a generar conflicto. Una vez en vigor, estos temores desaparecieron, y encuestas realizadas ponen de manifiesto que el 90% de los ciudadanos consideran que han disminuido las tensiones entre fumadores y no fumadores en espacios comunes cerrados.

El 74% de la población de Noruega tenía la percepción de que habría conflictos por la ley; al año de su aplicación, solo el 13% seguía opinando lo mismo. En Irlanda, el apoyo a favor de una prohibición total en los lugares de trabajo aumentó de un 40% antes de la prohibición a un 65% después de esta. También se destaca que no se produjo ningún tipo de perjuicio económico.

Las normas para proteger al no fumador deben ser discriminatorias, ya que su propósito es proteger la salud, al compartir espacios públicos cerrados. Es necesario propiciar el tránsito de la sociedad hacia la desnormalización del consumo de tabaco en lugares públicos. En la medida que los ciudadanos sean conscientes de los riesgos que asume al inhalar humo de tabaco ajeno, la permisividad comenzará a ser asunto superado.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> World Health Organization: “Smoke Free Workplaces. Improving the health and well-being of people at work”, *European Status Report*, 2001.



Sin embargo, si se analiza el escenario internacional o en cada país a su interior, en general se encuentra una desigual situación en lo que respecta a las prohibiciones de fumar en lugares públicos cerrados, tanto a su promulgación como al cumplimiento, lo que pone en evidencia la insuficiencia de una política de prevención del tabaquismo que no propicia la adecuada movilización de la sociedad civil y el empoderamiento de los no fumadores para exigir sus derechos.

Como se ha expuesto con anterioridad, en muchos países se ha llegado a lograr la protección de los no fumadores después de largos y complicados procesos y de referéndum políticos, precedidos de gran campaña mediática, en la que se defiende la “libertad de fumar” con amplios recursos para su ejecución, por supuesto, muy superiores a los de la salud pública.

Se han puesto en la palestra pública muchos argumentos sobre la presencia de sustancias que contaminan el aire, como los derivados de la quema de combustibles para cocinar alimentos; usar calefacción y el transporte público, entre los más citados. También se ha intentado retratar al fumador como víctima, no de la nicotina, sino de las leyes reguladoras.

Es necesario que las regulaciones y prohibiciones se acompañen de campañas educativas, tanto para el fumador, como para el no fumador. Que se argumente la necesidad de proteger la armonía social y que los derechos de los individuos terminan donde se afectan los derechos de otro.

Apelar a la convivencia, la libertad, la tolerancia o incluso la solidaridad, es un argumento que puede dirigirse a ambos, si se intenta regular que los espacios públicos, incluido el entorno laboral, sean libres de humo.

No se puede permitir que se traslade el debate sobre un tema de salud a un debate de libertades o de derechos que constituyan elementos de confrontación al confundir a la población por desconocimiento, tanto de la nocividad a que está expuesto el no fumador, como de tolerancia cuando acepta que lo afecten.

Algunos conceptos de respeto y tolerancia son francamente insostenibles cuando no están restringidos al ámbito privado y hay que hacer, todo lo que resulte posible, en función de lograr una convivencia que no afecte la salud.

La legislación no permite darle solución al tabaquismo como problema de salud, pero sin ella no se comienza a resolver, porque se mantiene la imagen de aceptación y consenso social. Hay que lograr que se convierta en el instrumento para armonizar la convivencia y equilibrar derechos de fumadores y no fumadores, que sean directrices para orientar el comportamiento social y defender los derechos de todos.

## La legislación en Cuba

La prohibición de la publicidad en general, en el año 1960, constituye la primera medida de control del tabaquismo en Cuba, seguida, en la década del 70 por la colocación de advertencias en los envases de las cajetillas de los cigarrillos. Sin embargo, Cuba no ha sido de los paí-

ses más aventajados en la presencia de figuras legales que regulen y prohíban fumar en lugares públicos y otras medidas de carácter económico cuyo sustento sea también jurídico, a pesar de que el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo, en su fundamento y plan lo establece, a través de regulaciones y medidas, no solo por el Ministerio de Salud Pública, sino también por otros ministerios que tienen responsabilidades y tareas en el mismo.<sup>13</sup>

El programa tiene entre sus propósitos, propiciar el mecanismo legal que permita proteger al fumador pasivo y limite al fumador las posibilidades de fumar y promover la no aceptación social del hábito de fumar. Incluye en su estrategia un componente legal con los siguientes aspectos:

- Mantener la prohibición de la publicidad directa e indirecta de los productos del tabaco.
- Mantener la advertencia sanitaria en las cajetillas de cigarrillos cubanos e importados.
- Mantener el control de la toxicidad de los cigarrillos y disminuirla gradualmente.
- Controlar el cumplimiento de la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados, centros educacionales, de salud y transporte público.
- Mantener la prohibición de la venta de productos manufacturados del tabaco a los menores de edad y no permitir la venta de cigarrillos sueltos (unidades físicas) y en máquinas automáticas.<sup>14</sup>

En el año 1988, se comenzó un trabajo de magnitud que involucró a todos los organismos de la administración del Estado para valorar la legislación vigente en relación con las prohibiciones de fumar en lugares públicos, la venta de cigarrillos a menores y la advertencia en las cajetillas, así como proponer las modificaciones a lo ya existente, con el propósito de hacerlo coherente con los objetivos del Programa. Un estudio realizado mostró que el 78% de la población consideraba insuficientes las prohibiciones y regulaciones establecidas en lugares públicos y el 76% que no se cumplían las establecidas.<sup>15</sup> Estos argumentos permitieron fundamentar la primera propuesta que fue elevada a las instancias superiores del gobierno, pero que no logró su cometido.

En 1994, Cuba se convierte en uno de los primeros países en que la aviación civil prohíbe fumar en los vuelos domésticos y se adhiere al reclamo de la Organización Internacional de la Aviación Civil (OACI), para la prohibición paulatina en los vuelos internacionales, primero los de menor duración y posteriormente todos, en el año 1996.

La Resolución No. 277, de fecha 23 de agosto de 2001, puso en vigor diferentes regulaciones alrededor de la venta de cigarrillos y tabacos. Un momento importante lo constituye la aprobación, en noviembre de 2005, de la Resolución No. 360 del Ministro de Salud Pública al respecto.<sup>16</sup>

<sup>13</sup> L. N. Suárez: “Tabaco o Salud: una decisión social”, revista *Horizonte Sanitario*, México, 2004;3(2):12-21.

<sup>14</sup> Ministerio de Salud Pública. “Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo”, MINSAP, 2010.

<sup>15</sup> L. N. Suárez: *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2007.

<sup>16</sup> *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, No. 008, 14 de febrero de 2006. Resolución No. 360, noviembre de 2005 del Ministerio de Salud Pública.

Posteriormente, se pone en vigor el Acuerdo 5570 del 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, documento legal de mayor fuerza y alcance, que plantea la prohibición de la venta de cigarrillos y tabacos a menores de 18 años de edad; establece la prohibición de fumar en locales públicos cerrados que no tengan áreas creadas a tales efectos, así como en los medios masivos de transportación; establece también la prohibición de fumar en los centros e instituciones educacionales, de la salud e instalaciones deportivas, en los que, de considerarse por los organismos correspondientes, se habilitarán áreas específicas para fumar. En los demás centros e instalaciones pertenecientes a otros organismos o instituciones, se crearán áreas para fumar. En cualquier caso, las áreas de fumadores y de no fumadores deberán estar debidamente señalizadas.<sup>17</sup>

Otras regulaciones propias de organismos e instituciones son las siguientes: Resolución Ministerial 275/2003 del Ministerio de Salud Pública; Resolución Ministerial 83/2005 del Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación; Resolución Ministerial No. 40/1991 del Ministerio de Cultura, Resolución Ministerial 21/1999 del Instituto Cubano de Arte e Industria Cinematográfica y Circular No. 4/1999 del Ministerio de Educación.

Se requiere incrementar la conciencia social para que la contaminación del aire por el humo del tabaco sea reconocida como un aspecto de la mayor importancia para la salud de todos y para que se adopten, consecuentemente, políticas y programas que garanticen ambientes libres de este humo en los espacios públicos y lugares de trabajo.

La estrategia definida en Cuba en el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo y las medidas legales anteriormente citadas, la voluntad política y un sistema de salud armónico estructurado como factor adicional, permiten enfrentar con más fuerza este problema con las condiciones creadas para su aplicación. Todo depende del nivel de exigencia, monitoreo y preocupación de las personas que deben hacer cumplir estas medidas, que los propios implicados tomen mayor conciencia de que perjudica su salud y también a las personas que los rodean. El objetivo final es gozar de estilos de vida sanos donde todos puedan disfrutar de ambientes agradables y libres de humo.

#### REGULACIONES Y PROHIBICIONES DE VENTA Y DE FUMAR EN LUGARES PÚBLICOS CERRADOS

La primera investigación<sup>18</sup> que se realiza para diagnosticar la situación existente en relación con las regulaciones y prohibiciones de venta y fumar en lugares públicos cerrados fue justo a finales del año 2007, con el propósito de identificar la existencia de señalización de las regula-

<sup>17</sup> Comité Ejecutivo Consejo de Ministros, República de Cuba, Acuerdo 5570 de 2005 contra tabaquismo y alcoholismo, La Habana, Comité Ejecutivo, 2007.

<sup>18</sup> L. N. Suárez, H. M. Carabaloso y C. D. M. Rodríguez: "Legislación para el control del tabaquismo en Cuba", *Revista Cubana de Salud Pública*, 2008:34(3). [Internet]. [citado: 21 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>

ciones y prohibiciones de fumar, el comportamiento de la prohibición de venta de cigarrillos y tabacos a los menores de 18 años de edad, describir el cumplimiento por la población de las regulaciones y prohibiciones de fumar y de las personas en prestación de servicios y atención a la población, así como identificar los principales factores asociados con la aplicación y cumplimiento del Acuerdo 5570 del 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros.

Se realizó por un equipo de investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), un estudio observacional, descriptivo, transversal desde el 1ro. de enero hasta el 30 de marzo de 2007. El universo lo constituyó el total de lugares de expendios de cigarrillos y tabacos, (cafeterías, restaurantes, bares, mercados y kioscos) y lugares con prohibición de fumar (instituciones de salud, educación, recreación, centros deportivos y transporte público) del municipio Habana del Este, La Habana, capital del país, según lo establece el Acuerdo 5570 de 2005, del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros.

El muestreo fue por conglomerado monoetápico. Se tomaron como conglomerados cada localidad del municipio Habana del Este de la provincia La Habana: Camilo Cienfuegos, Cojimar, Guiteras, Alamar, Guanabo, Campo Florido, de los cuales se seleccionaron tres, Camilo Cienfuegos, Cojimar y Guanabo, por muestreo simple aleatorio. En las localidades seleccionadas se visitaron todos los lugares de expendio de productos manufacturados del tabaco (43) y los centros con prohibición de fumar (45). En la localidad de Guanabo, no se obtuvo información de tres lugares de expendio en pesos cubanos convertibles (CUC), por no contar con el consentimiento de sus directivos.

Se emplearon como métodos, la revisión documental relacionada con el Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, la revisión bibliográfica, la observación, cuestionario, entrevista y el criterio de expertos. La triangulación de los resultados obtenidos permitió el análisis y discusión de estos.

Se confeccionaron cuatro instrumentos para la obtención de la información: dos guías de observación y dos entrevistas. Posteriormente se realizó una prueba piloto y los ajustes en lo concerniente a la secuencia de aplicación. En ambos se midieron las mismas variables y se corroboraron los resultados obtenidos por las dos técnicas empleadas.

Se empleó también el cuestionario elaborado por la OMS, para consultar expertos sobre el cumplimiento de la legislación de fumar en lugares públicos. Este instrumento se aplicó con las mismas categorías y solo se modificaron las preguntas en los lugares que establece el Acuerdo analizado. Los expertos fueron seis vicedirectores de epidemiología y técnicos de higiene o inspectores sanitarios de las áreas de salud de cada localidad.

La información fue recogida primero mediante la observación y posteriormente con la entrevista. Se utilizaron tres menores de edad, que simulaban la compra de cigarrillos en aquellos establecimientos a los que espontáneamente no acudían.

Se almacenó la información en una base de datos de Microsoft Excel. Se analizó de forma automatizada y se calcularon medidas en números absolutos y porcentajes.

Se contó con el consentimiento de los trabajadores y directivos de los centros, entidades y expertos que se incluyeron en el estudio. Se les solicitó permiso a los padres de los menores de edad que participaron en la observación.

Los principales resultados obtenidos se presentan a continuación:

- La observación en los lugares de expendio reflejó que el 55,2% no tenía la señalización de la prohibición de venta a menores, una de ellas con el 75%; por tipo de unidad, los bares y restaurantes con 66,7%. Los más señalizados fueron las cafeterías.
- Los directivos refirieron en la entrevista que estaban señalizados 72,4% de los lugares, dos localidades con 81,8% y 75%; y según las unidades de venta, 100% de los de restaurantes, bares y mercados.
- Los directivos desconocen la existencia o no de señalización en sus propias unidades.

En relación con la señalización de prohibición de fumar en lugares con restricciones de fumar establecidas, se encontró, de forma general, que el 45,9% estaba señalizada, la de mayor nivel con 62,5%, mientras que la de menor nivel con solo 35,7%.

Según los tipos de centros y otros, el transporte público y los centros de trabajo fueron los más señalizados, 80% y 50%, respectivamente. Entre los menos señalizados se encontraron centros deportivos (75%), de recreación (66,7%), educacionales (60%) y de salud (57,1%), respectivamente.

De los directivos, 59,5%, plantearon que sí estaban señalizadas sus unidades, y que los centros más señalizados eran los deportivos y de trabajo (75%), seguido de los centros de salud (71%), así como que los menos señalizados eran los recreativos (66,7%) y educacionales (60,5%).

Los resultados demostraron también la falta de coherencia entre la percepción de los directivos y la observación por los investigadores. Es de destacar que en los centros de salud, aunque están sin señalar 57,1%, solo el 28,6% de los directivos perciben que no tienen señalización.

Referente a la venta de cigarrillos a menores de 18 años en los lugares de expendio, según la localidad, se observó que se vendió cigarrillos a menores en 13,8% del total, alcanzando uno de ellos el 37,5%. Por tipo de establecimiento se pudo apreciar, que en las cafeterías fue donde único se produjo la violación de lo establecido con 26,7%. En general, la venta a menores de edad no presentó resultados que puedan considerarse relevantes, no obstante, por la importancia que tiene en la iniciación en el tabaquismo y ser las cafeterías los lugares donde más acuden los niños y adolescentes, se debe monitorear y controlar de manera sistemática.<sup>19 20 21</sup>

<sup>19</sup> J. R. Villalbí, J. Barniol, M. Nebot, E. Díez y M. Ballestín: “Tendencias en el tabaquismo de los escolares”, Barcelona, 1987-1996. *Atención Primaria*, 1999; 23:359-62.

<sup>20</sup> P. P. López y S. I. García: “Evaluación de un programa de prevención del tabaquismo en centros escolares de la provincia de Córdoba”, *Semergen*, 2000;26: 482-7.

<sup>21</sup> M. L. López, A. Comas, P. Herrero, S. Pereiro, M. Fernández, H. Thomas y otros: “Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso”, *Rev Esp Salud Pública*, 1998;72:303-18.

Los dependientes estaban fumando durante la atención al público en el 41% de lugares de expendio, y por unidades de ventas se encontró que lo hacían en los bares (66,7%), cafeterías (33,3%), restaurantes y centros nocturnos (100%).

En la observación realizada, en 48,6% de las instituciones se encontró a las personas asistentes fumando en las instalaciones donde estaba prohibido o se encontraban reguladas las áreas para fumar, alcanzando una de ellas el 75%. Por tipo de centro, la mayor cantidad se presentó en los centros deportivos y centros de salud (hospitales y policlínicos), con 100% y 85,7%, respectivamente.

Según el tipo de centro, en los de salud, se encontró la mayor cantidad de personas fumando (85,7%) y en centros deportivos, transporte público y centros de recreación el porcentaje fue menor.

En las entrevistas realizadas a los directivos con respecto al cumplimiento de la prohibición de fumar por la población, el 50% consideró que siempre se respetan las señalizaciones, el 20% que en ocasiones y el 30% que nunca las respetan, siendo en los centros de salud en los que menos se respeta (33,3%). En la tabla 1 se presentan los resultados por tipos de centro de mayor relevancia en la prevención del tabaquismo y la promoción de salud.

**Tabla 1 Respeto a la señalización de la prohibición de fumar a criterio de los directivos según centros de trabajo visitados  
Municipio Habana del Este, marzo-mayo 2007**

Centros	Respeto a la señalización de prohibición						TOTAL	
	Siempre		En ocasiones		Nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Salud	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100
Deportivos	0	0	1	100	0	0	1	100
Educacionales	3	70	0	0	1	25	4	100
Trabajo	1	50	0	0	1	50	2	100
TOTAL	5	50	2	20	3	30	10	100

El 70% de los directivos, en relación con la aplicación de sanciones a los que no respetan la señalización de no fumar, consideraron que se debe sancionar a las personas que no cumplan con estas medidas, pero no refieren haber aplicado sanciones por esta causa, siendo más notable en los centros educacionales y de trabajo con 75% y 100% respectivamente, a pesar de que estos son los menos señalizados, al parecer son los más controlados.

La falta de exigencia en los establecimientos asistenciales de salud, donde los pacientes, acompañantes o visitantes que acuden a ellos, fuman sabiendo que está prohibido y que el personal de la salud también lo hace, tiene efecto en el propio prestigio de la institución, pues es el Ministerio de Salud Pública el encargado de velar por la salud de la población, responsable del Programa

de Prevención y Control del Tabaquismo y otros programas de salud y debe ser ejemplo en el cumplimiento del Acuerdo.<sup>22</sup>

Aunque la observación en los trabajadores de la educación no resultó crítica, hay que tener en cuenta que ellos también desempeñan un papel importante como promotores y “ejemplo” en evitar la generalización del tabaquismo de las nuevas generaciones, además que el hecho de fumar en instituciones educacionales, convertiría a sus educandos, generalmente niños y jóvenes, en fumadores pasivos.

Otro tanto ocurre con el hecho de fumar en centros laborales, recreativos, deportivos e incluso en el transporte público, por la alta peligrosidad que representa que los choferes fumen, la cifra encontrada también constituye un aspecto a considerar, aunque no se encuentra entre los porcentajes más altos.

Por la importancia que tiene este aspecto se realizó la consulta a los expertos sobre el cumplimiento de la legislación de fumar en lugares públicos. Según sus criterios, las prohibiciones se respetan en un grado mínimo y moderado, esto significa que las personas que las respetan constituyen a lo sumo una minoría y los efectos han sido mínimos, lo que muestra poca exigencia y control de su cumplimiento.

Como se observa en la tabla 2, los expertos le confirieron alto grado de cumplimiento al transporte público (66,7%) y centros educacionales (33,3%), no así a los restantes tipos de centros que tienen su valoración en el grado mínimo y moderado. Se destaca que es a las instituciones de salud a las que le atribuyeron el mayor porcentaje de mínimo cumplimiento en el respeto a las prohibiciones de fumar. Esta percepción puede estar condicionada porque ellos conocen la importancia que tiene no fumar en las instituciones sanitarias.

**Tabla 2 Cumplimiento de la legislación de fumar en lugares públicos según criterios de expertos Municipio Habana del Este, marzo-mayo 2007**

Centros	Grado de respeto a prohibición de fumar						n
	Mínimo		Moderado		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Salud	4	66,7	2	33,3	0	0	6
Educacionales	1	16,7	3	50	2	<b>33,3</b>	6
Trabajo	2	<b>33,3</b>	4	<b>66,7</b>	0	0	6
Deportivos	2	33,3	4	66,7	0	0	6
Transporte público	0	0	2	33,3	4	<b>66,7</b>	6
Recreación	2	33,3	4	66,7	0	0	6

<sup>22</sup> L. N. Suárez: “El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba”, *Rev Cubana Salud Pública*, 2006; 32(2):1-17.

El hecho de que se fume en instituciones educacionales contribuye a facilitar que los educandos también lo hagan, lo que resulta contradictorio con las acciones educativas que se realizan, tanto en la formación curricular como en actividades extracurriculares orientadas a la formación de hábitos saludables.<sup>23</sup> Mientras que fumar resulta factible en los centros laborales, recreativos, deportivos y en el transporte público, entre otros, continuará siendo visto como algo socialmente aceptable y se continuará difundiendo de generación en generación.<sup>24</sup>

Aunque no se observa total coincidencia entre las técnicas empleadas, sí fue importante considerar que el cumplimiento de las prohibiciones de fumar no es aún una meta alcanzada, ni siquiera en aquellas instituciones que tienen el papel fundamental en la preservación de la salud y en la formación de hábitos saludables en las nuevas generaciones.

Para identificar los factores asociados al cumplimiento del acuerdo se entrevistó a los directivos de todas las instituciones y unidades. Referente a lo que consideraron que permitiría fomentar el respeto a las señalizaciones el 80% planteó que las multas eran las medidas que más se debían adoptar con los infractores, seguido de la opinión del 76% que coincidió en que el trabajo comunitario es lo más importante; en menor cuantía el 40%, planteó como medida efectiva la propaganda para disminuir el consumo de cigarrillos.

Otro factor que se consideró fue el conocimiento del Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, encontrando que el 60% de los directivos de lugares con restricción de fumar y 40% de los empleados de lugares de expendio, lo conocían. En una de las localidades era de conocimiento del 83,3% de los entrevistados.

Al indagar sobre el conocimiento de las prohibiciones establecidas en relación con fumar en lugares públicos, el 92% de los directivos y el 72% de los empleados las conocían. Solo en una localidad era de conocimiento de todos los directivos.

Lo anterior permitió afirmar que los directivos y empleados conocían acerca de las prohibiciones regularmente, pero desconocen del acuerdo que las promulga en su mayoría.

Las señales o carteles de restricción de venta o de prohibición de fumar tienen la función de informar a la población, por lo que deben ser claras, precisas y adaptadas a la situación o momento de la política reguladora. Deben estar ubicadas en lugares visibles; si se trata de establecimientos comerciales, lugares de expendio de productos, si son prohibiciones de fumar en lugares públicos deben colocarse a la entrada de los centros o instituciones. Tanto unas como otras se convierten en el vocero de la legislación, lo que contribuye a su cumplimiento, informan y facilitan su control.

<sup>23</sup> A. Navaz, A. Peruga y P. Breysse: "Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America", 2002-2003, *JAMA*, 2004; 291(22): 2741-5.

<sup>24</sup> A. Peruga: "Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en Las Américas", *Revista Panamericana Salud Pública*, 2002;11(2):72-75.



La venta de cigarrillos a menores, incluso aquellos que se ofertan en cajetillas de menor precio o por unidades físicas, es un problema que contribuye a la creciente iniciación al tabaquismo en adolescentes, pese a que en las campañas de promoción y prevención se les ha dado en las dos últimas décadas, singular atención. En la investigación se corroboró por observación, que esa situación se presenta, también en escolares uniformados.

Uno de los aspectos más controversiales en cuanto al consumo de tabaco, radica en la práctica “libre” de fumar por parte del personal en el ejercicio de su profesión en lugares con restricción total. La mayoría de los programas que enfrentan el tabaquismo en sitios públicos o de servicios, recomiendan que esta restricción sea total y no parcial, aunque no es bien aceptada por los fumadores, quienes la consideran arbitraria y discriminatoria.

El control del Acuerdo debe ser priorizado por los directivos de las diferentes instituciones, en primer lugar, porque obviarlas presupone una violación de la ley establecida y además de todo lo ya señalado sobre el efecto negativo sobre la salud, porque el tabaquismo puede causar importantes gastos en la economía individual y familiar. Se han establecido medidas a las administraciones que no garanticen el cumplimiento de las diferentes regulaciones y es esencial que sean cumplidas estrictamente. Las instituciones libres de humo deberán ser un ejemplo a seguir por parte de todos y deben establecerse estrategias eficaces para lograrlo.

De igual forma, las diferentes normativas deben ser conocidas, tanto por parte de los directivos, como de los trabajadores, por lo que la información y la divulgación a través de los medios adecuados de difusión deben incrementarse en aras del conocimiento de los encargados de hacerlo cumplir y de la población. Es de vital importancia la fiscalización y la sanción a los que la violen, pero además empoderar a los no fumadores para que ejerzan su derecho a respirar un aire no contaminado y de esta forma contribuir a que se exija lo que está establecido legalmente.

Los resultados de la referida investigación demuestran que a pesar de las acciones de educación para la salud que se realizan en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, y en conjunto con otros organismos y entidades en la lucha antitabáquica, no siempre se acompañan de las medidas restrictivas que se requieren para modificar las actitudes y conductas de la población al respecto, destacándose la falta de exigencia y control de las personas encargadas de hacer cumplir las medidas legales establecidas.

Por consiguiente, el efecto sinérgico que se requiere para que exista total coherencia y complementación entre las acciones educativas, económicas y legales, no tiene el efecto deseado, pues aunque se educa, las barreras, en este caso de carácter legal, no están cumpliendo su papel y por consiguiente, minimizan y en ocasiones hasta anulan dicho efecto, por lo que el propósito final, reducir el tabaquismo, no se logra con su consecuente impacto en la salud pública.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> L. N. Suárez: *Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica*, Editorial CATORSE, Cali, Colombia, 2004.

La rigurosidad del estudio, la confiabilidad de sus resultados y la calidad en la obtención del dato primario se garantizaron al ser realizado el trabajo de campo por el investigador y un auxiliar, previamente entrenado y supervisado.

El estudio de un municipio de la capital cubana, permite una fotografía en ese lugar de lo relacionado con el cumplimiento del mencionado Acuerdo, principal instrumento legal del Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba, por ello un elemento de importancia para el análisis a nivel provincial y nacional de esta problemática.

Los resultados descritos permitieron llegar a las conclusiones siguientes:

- La aplicación y cumplimiento de las regulaciones de venta y prohibiciones de fumar en lugares públicos, como está establecido en el Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, en el municipio de Habana del Este, en el año 2007, es insuficiente. Los principales factores asociados a la no aplicación y cumplimiento, son la falta de exigencia, control y la poca importancia que le confieren los directivos y autoridades de salud de las localidades correspondientes.
- La no señalización facilita el desconocimiento e incumplimiento de la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados. El hecho de que los propios empleados en el cumplimiento de sus funciones, donde está prohibido lo hagan, acrecienta aún más lo antes expuesto.
- Los centros de salud y los profesionales sanitarios no desempeñan aún el importante papel que les corresponde en la promulgación de áreas libres de humo y en la prevención y control del tabaquismo.
- Se recomendó informar a las autoridades, locales y provinciales, así como a las entidades nacionales responsabilizadas con el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo y otras instancias del Ministerio de Salud Pública, sobre los resultados del estudio realizado.

#### REGULACIONES Y PROHIBICIONES DE FUMAR EN INSTITUCIONES DE SALUD

De manera particular, se estudiaron instituciones de salud, donde los resultados que a continuación se relacionan ameritan que las autoridades sanitarias instrumenten el control del Acuerdo 5570 de 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, acompañado de una estrategia adecuada y utilizando los resultados que se ofrecen.

La observación en las instituciones de salud del municipio de Habana Vieja de la capital del país, en el año 2007, en el cual se realizó la investigación para estudiar el tabaquismo en profesionales sanitarios,<sup>26</sup> permitió comprobar el cumplimiento de la Resolución 360, es decir, la permisibilidad o no de fumar en sus centros de salud. Se efectuaron un total de 68 observaciones,

<sup>26</sup> L. N. Suárez, H. M. Caraballoso y N. S. Echevarría: "El tabaquismo en los profesionales de la salud", Habana Vieja, 2007, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2008; 34(4) :1-11.

distribuidas de la siguiente forma: 50 a policlínicos, 12 a centros de atención especializada y seis a otros centros de salud; en los resultados encontrados se constató que la resolución está aplicada, pero en los centros de salud no se respeta totalmente lo que en ella se plantea.

En el 77,9% de las observaciones se visualizaron trabajadores fumando, así como pacientes, familiares e incluso visitantes fumaban en el 69,1% de los centros. La existencia de colillas en macetas, cestos, en el piso de algunos departamentos o baños, fue positiva en el mencionado porcentaje de las observaciones. La combatividad de los trabajadores al respecto y ante la presencia de fumadores, 29,4%, no se corresponde con el compromiso que ellos tienen sobre la salud. Los administrativos, que por demás son los responsables legales de los centros, tampoco fueron lo suficientemente exigentes, se observó solo en el 58,8% de las visitas. En relación con estos aspectos no se encontraron en la literatura revisada elementos que permitieran establecer comparación, solo algo análogo en estudios internacionales y los resultados encontrados son muy distintos a estos,<sup>27</sup> debido a las diferencias en sus contextos.

En la encuesta realizada, solo el 39,4% de los fumadores sintió limitación de fumar en su centro de trabajo, mientras que el 60,5% se sienten libres y sin restricciones para practicar el dañino hábito.

De los fumadores, el 65% reconoció fumar más en el centro de trabajo, a pesar de las restricciones existentes y de la importancia de respetarlas en las instituciones de salud. Esta información concuerda con los resultados encontrados mediante la observación que se realizó, pues se demostró, que aunque la Resolución 360 prohíbe fumar en los centros de salud, en ellos se fuma sin restricciones. Como ya se ha visto en diferentes estudios, los efectos encontrados son muy diferentes a estos, dado por las restricciones, la no permisibilidad y la poca tolerancia social del tabaquismo.

En la encuesta realizada en el año 2010, el 40% de la población cubana desconocía las regulaciones de fumar en las instituciones de salud.<sup>28</sup> Ello hace pensar, que no es mucho lo que se ha avanzado en esta dirección, pues la situación no es muy diferente a la encontrada en las investigaciones realizadas años atrás.

## **Las advertencias sanitarias y su efectividad**

El objetivo de las advertencias sanitarias no es reducir el número de fumadores existentes a corto plazo, sino modificar las actitudes, incrementar la contradicción que sufre el adicto entre lo que hace y lo que desearía hacer, y lograr que más fumadores se planteen dejar de fumar, además de disuadir a los jóvenes que se inician en la adicción.

<sup>27</sup> L. N. Suárez: "Tabaco o salud: una decisión social", revista *Horizonte Sanitario*, México, 2004;3(2):12 -21.

<sup>28</sup> Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología: "Encuesta nacional de factores de riesgo", 2012, Informe técnico, MINSAP, 2012.

De todas las estrategias preventivas esta es la única que coincide con el acto de fumar. El etiquetado con advertencias sanitarias establece la obligación de que en el empaquetado de tabaco figure, de manera destacada y en al menos un 30% de la superficie exterior, una advertencia general y una serie de leyendas específicas adicionales que han de ocupar el 40% de la otra superficie exterior de la cajetilla, informando de los riesgos específicos del tabaco en la salud.

El fumador de una cajetilla diaria estará expuesto a estos mensajes en el envase, más de siete mil veces al año. A la vez, los hijos de los fumadores pueden ejercer su accionar, al leer la advertencia e instar a los padres o familiares al abandono de la adicción.

La advertencia puede tener varios efectos, entre ellos resulta interesante el hecho que genera un intenso debate en la opinión pública que contribuye indirectamente a que la medida tenga mayor impacto. Pero lo más importante es que se ha demostrado efectiva para ayudar a los fumadores a dejar el hábito, según la experiencia de países, tales como Polonia, Canadá, Australia, México y Brasil. Algunos de ellos recurren a duras y explícitas imágenes que muestran gráficamente varios de los daños que produce el tabaco a la salud.

La industria tabacalera también ha lanzado al mercado unas seudopitilleras de cartón para forrar los paquetes de tabaco y cubrir las mencionadas advertencias, otra prueba más del temor a su eficacia. Esta “política del avestruz” tuvo poco éxito porque la usan menos del 3% de los fumadores.

Pese a la evidente oposición, las advertencias se han mostrado claramente efectivas. En Polonia, el 3% de los fumadores dejaron el tabaco un año después de la inclusión de los mensajes, un 16% hicieron un serio intento y otro 14% afirmó que conocía mejor sus efectos en la salud. En el Reino Unido, se observó que el 98% de los fumadores eran conscientes de que las cajetillas incluían advertencias sanitarias y el 29% de ellos eran capaces de recordar el texto. En España, el 15,3% de un grupo de estudiantes universitarios de primer año de carrera que intentaron dejar de fumar, dicen haber estado influenciados por esas advertencias.

En Canadá, primer país en incluir imágenes de las enfermedades y problemas causados por el tabaco, el 91% de los fumadores habían leído las advertencias de las cajetillas y visualizado las imágenes. Su lectura se asocia con incremento de la intención de dejar de fumar en un porcentaje entre el 11% y el 16%. El 23% lo intentó, el 24,3% redujo el consumo de cigarrillos y el 10,8% lo abandonó del todo, después de tres meses de seguimiento.

Brasil, fue el segundo país en adoptar esta medida y su evaluación de impacto demostró resultados positivos. Un 76% de los entrevistados apoyaron la obligatoriedad de las imágenes; un 54% de los fumadores entrevistados modificaron su idea sobre las consecuencias causadas por el tabaquismo y un 67% dijeron haber sentido deseos de dejar de fumar.

Los resultados han contribuido a que muchos países hayan seguido este camino: Bélgica, Finlandia, Rumania, Tailandia, Chile, Uruguay, Venezuela, Panamá, Jordania, Hong Kong, Singapur, Nueva Zelanda, Vietnam, Sri Lanka... Otros países estudian hacerlo: Egipto, Islandia, Irán, Irlanda, Jamaica, Letonia, Malasia, México, Mongolia, Noruega, Perú, Portugal, Sudáfrica, Corea del Sur y Reino Unido. Si tantos estados de todo tipo se plantean estos mensajes gráficos, es sencillamente porque se ha comprobado que son útiles.

Pese a ello, los detractores del sistema alegan que las advertencias son muy duras y que resultan poco creíbles porque provocan la negación en el fumador. Si los mensajes fueran suaves tampoco tendrían impacto y además no serían realistas: lamentablemente, los efectos del tabaco en la salud son duros y como tal deben presentarse. Es cierto que los más jóvenes no suelen verse muy afectados por mensajes de salud sean “duros” o “blandos”, pero la mayoría de los fumadores está entre los adultos y, además, no es posible hacer en un mismo producto advertencias específicas por grupos de edad.

Sí es importante que las advertencias sean rotatorias, e incluir también mensajes positivos en relación con las ventajas de dejar de fumar y pueden colocarse datos de cómo acceder a servicios de cesación o autoayuda como se hizo en Reino Unido y Canadá.

Los principales expertos en tabaquismo recomiendan el empaquetado genérico, que este sea uniforme. Si no hay diferencias reales entre marcas, todas las cajetillas deberían ser iguales, en color gris, con letras neutras en color negro que lo identificase como “TABACO”, con una explicación de los principales productos tóxicos (unos 50) y la cantidad real que emiten los cigarrillos cuando se fuma.

Si se pusiera en práctica la recomendación, el producto sería menos atractivo, puesto que la publicidad se está concentrando en el propio envoltorio para intentar mantener su atención entre los primeros consumidores. Es decir, todas las marcas de cigarrillos se reducirían a una genérica con información sanitaria, veraz y lo más completa y creíble posible para el consumidor. La presentación del producto debe reflejar su contenido real. Debe quedar claro que es un producto nocivo, adictivo y no deseable... si realmente queremos terminar con sus estragos.

Esa propuesta fue la que llevó a vías de hecho Australia y tuvo como resultado ser demandada por las tabacaleras en un largo proceso, que para bien de la humanidad, terminó con resultados favorables para la lucha antitabaco a nivel mundial.

El color a emplear en la envoltura, el tamaño y lugar de la advertencia se determinaron tomando como base estudios realizados que permitieron definir los colores menos atractivos y la colocación de los mensajes con mayores posibilidades de atracción. Estos estudios, liderados por Cancer Council de Victoria, se realizaron entre los años 2010 y 2011.

Aunque desde la década del 80 del pasado siglo xx, las cajetillas cubanas de cigarrillos mostraban la advertencia “Fumar daña la salud”, firmada por el Ministerio de Salud Pública, no se han encontrado referencias en la literatura internacional que hablen al respecto. Desde el

inicio de la Campaña para desestimular el hábito de fumar en 1986, devenida posteriormente en Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo, no solo se exigía la presencia de la advertencia, sino que comenzó a trabajarse con la industria para que esta fuese rotatoria.

Esta advertencia se encontraba en todas las cajetillas destinadas al consumo nacional y se colocaba en las de exportación, cuando el país comprador lo exigía.

No es hasta el año 2003, que se sustenta legalmente y de forma específica, la colocación de advertencias en las cajetillas de cigarrillos con la Resolución Ministerial No. 275/2003, del Ministerio de Salud Pública, informada en la Gaceta Oficial de la República de Cuba, 014 del 30 de marzo de 2004, que pone en vigor el reglamento para el registro sanitario de los productos manufacturados del tabaco, con el objeto de establecer, en el territorio nacional, los procedimientos y requisitos básicos para el registro sanitario de los referidos productos, donde se regula, además de lo relacionado con la advertencia en las cajetillas de cigarrillos, el contenido de nicotina y alquitrán.

En los años 2011 y 2012 las advertencias que circularon fueron las siguientes:

“FUMAR, PRINCIPAL CAUSA DE CÁNCER DE BOCA”. MINSAP

“FUMAR PRODUCE IMPOTENCIA SEXUAL E INFERTILIDAD”. MINSAP

“JUVENTUD DIVINO TESORO, FUMAR MALDITO CASTIGO”. MINSAP

“FUMAR O VIVIR SALUDABLE, TÚ ELIGES”. MINSAP

“EL HUMO DE TABACO AJENO MATA”. MINSAP

En el año 2013 circularon las advertencias que a continuación se relacionan:

“PROTEGE EL AMBIENTE DE TU HOGAR, NO FUMES”. MINSAP

“GANA TU VIDA NO PIERDAS TU BELLEZA”. MINSAP

“RECUERDA, ERES EL ESPEJO PARA TUS HIJOS, NO FUMES”. MINSAP

“MIRA A TU ALREDEDOR... NO PERMITAS QUE TUS SERES QUERIDOS FUMEN CONTIGO”. MINSAP

“EMBARAZADA, SI FUMAS, TU NIÑO PUEDE NACER BAJO PESO”. MINSAP

El único estudio disponible en Cuba sobre el efecto de las advertencias se realizó en el año 2012, siendo referente para las que se encontraban vigentes en ese período y considerando que el espacio que las mismas ocupan es del 30% de la superficie total y son rotatorias.

Es interesante el hecho de que se realizó en la capital de la provincia de Pinar del Río, en la que radica la principal localidad que cultiva tabaco y uno de sus municipios se cataloga como “la tierra del mejor tabaco del mundo.”

La investigación es descriptiva, de corte transversal y su objetivo fue identificar la efectividad de las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos. El universo estuvo constituido por

la totalidad de la población fumadora y exfumadora de 10 a 60 años y más del municipio de Pinar del Río; la muestra de conveniencia seleccionó 100 personas de ambos sexos de esta población con la disposición de participar en la investigación.

Los datos se recogieron mediante una encuesta previamente diseñada; se organizaron en una base de datos que contenía todas las variables recogidas en la encuesta. Los datos se resumieron en tablas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas, utilizándose el análisis porcentual en la interpretación de los resultados.

De las 100 personas estudiadas, 39% son mujeres y 61% hombres, siendo el grupo de edad más representado el de 40-49 años, seguido del de 50-59 años. El 82% son fumadores actuales y 18 % exfumadores.

En cuanto al nivel de conocimientos de los encuestados sobre las advertencias sanitarias de las cajetillas de cigarrillos, el 76% las leen, un 18% no le dan lectura y un 6% ni siquiera se han fijado en ellas. De los que las ven, el 51% casi siempre le dan lectura, un 29% refiere que siempre leen dichas advertencias en las cajetillas y un 12% aunque respondieron que las leen, cuando se precisó la frecuencia de lectura respondieron que nunca lo hacen, lo que resulta contradictorio con lo anterior y hace pensar que en realidad solo las leen el 61% de la población estudiada.

En cuanto al comportamiento sobre la percepción de los daños y en dejar de fumar al leer las advertencias sanitarias, el 60% de las personas estudiadas piensa mucho en los daños y de ellos el 50% en dejar de fumar; el 24% piensa poco en los riesgos y el 30% en dejar de fumar; el 8% no piensa en los daños y el 11% no piensa en dejar de fumar.

En relación con la actitud asumida al leer las advertencias sanitarias de las cajetillas de cigarrillos, prima el 48% de las personas estudiadas que refieren que evitan encender o fumar un cigarrillo, el 25% refiere que sí lo enciende y se lo fuma, y solo el 19% que a veces evitan encender el cigarrillo.

Referente al conocimiento de la población e importancia que le confieren a la información que se trasmite a través de las advertencias sanitarias de las cajetillas de cigarrillos, el 77% consideran que aumentan los conocimientos y de ellos el 76%, que refleja un contenido importante de la información y el 15% considera que sí aumentan los conocimientos, pero el 14% no lo consideran importante.

El 70% refieren que deben tener mayor información en las cajetillas, el 21% sugiere que se mantengan los mismos mensajes y solamente el 1% refiere que deben tener menos información.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> C. Y. Corvea, M. C. M. Casanova y R. Y. Trujillo: "Evaluación de las advertencias sanitarias en cajetillas de cigarrillos", municipio Pinar del Río, 2012, CD Memorias Convención Salud 2012, La Habana, diciembre 2012. ISBN: 978-959-212-811-8

Los resultados obtenidos en la citada investigación hacen pensar en la importancia de mejorar la calidad de la presentación de las advertencias, de manera tal que resalten más en la cajetilla y por consiguiente se pueda lograr un mayor efecto.

Deben ser estudiadas con mayor profundidad las advertencias, antes de su inserción y considerar, entre otros, lo referente a la cantidad de palabras que contienen estas, su similitud con mensajes que se emplean en los medios de comunicación, así como la posibilidad de insertar imágenes, lo que no ha resultado posible por dificultades técnicas con la impresión.

Es de destacar, que la envoltura de los cigarrillos que se ofertan en moneda nacional (CUP), son de presentación poco atractiva, aunque las que se venden en moneda convertible (CUC) a precios más altos tienen mejor presentación.

A continuación, en las figuras 2 a la 9, se presentan las advertencias que fueron evaluadas en el referido estudio.



Figura 2. Cajetilla de cigarrillos marca Popular (CUC)



Figura 3. Cajetilla de cigarrillos marca Hollywood (CUC)



Figura 4. Cajetilla de cigarrillos marca Hollywood (CUC)



Figura 5. Cajetilla de cigarrillos marca H. Upmann (CUC)



Figura 6. Cajetilla de cigarrillos marca Monterrey (CUC)



Figura 7. Cajetilla de cigarrillos marca Criollos (CUP)



Figura 8. Cajetilla de cigarrillos marca Hollywood (CUC)



Figura 9. Cajetilla de cigarrillos marca Hollywood (CUC)

Fuente: Fotos de la autora, diciembre de 2012.



*Uno de los aspectos más importantes para reducir la iniciación en el tabaquismo lo constituye la regulación de la venta de cigarrillos a menores.*

*La libertad individual, es el eje central de los argumentos que muchos esgrimen para criticar y oponerse a las regulaciones del consumo de tabaco en lugares públicos. Lo fundamental es lograr que en la opinión pública prevalezca que las regulaciones favorecen la libertad y no atentan contra ella.*

*Las leyes reguladoras del consumo de tabaco, no incrementan los conflictos, sino que pueden contribuir a reducirlos y a mejorar el clima social y la convivencia.*

## LA COMUNICACIÓN

Comunicar es transmitir un mensaje de un emisor a un receptor, pero para que la comunicación sea efectiva debe trasladarse correctamente la idea, esto es, que sea precisa. Pero no es la clara definición de la idea a promover el único elemento a considerar en la efectividad, sino saber llevarla a cada grupo receptor traducida en una práctica, en el momento y canal adecuado, mediante un comunicador creíble, entre otros. En salud no emitimos mensajes para que las personas solamente se informen, sino para que asuman un determinado comportamiento.

La comunicación en los temas de salud es bien compleja, pues generalmente en todos los programas lo que se quiere promover es la responsabilidad de la población para que se sienta comprometida del cuidado de su salud. Sucede, que para hacer aún más difícil el encargo social de la salud pública, cuando se trata del tabaquismo, la responsabilidad adquiere una connotación social, además de la particular de cada individuo, pues la posibilidad de ser fumador pasivo trasciende a toda la población.<sup>1</sup>

La comunicación tiene que dirigirse a los encargados de propiciar una política pública no favorecedora al tabaquismo y a aquellos sobre los que queremos actuar directamente para que su comportamiento se modifique, esto es, dejen de fumar, así como que los que no fuman no se inicien; además, que toda la población se vuelva difusora de información y activista de los objetivos y propósitos de la estrategia.

### Comunicación en el Convenio Marco para el Control del Tabaco

Es importante considerar, que el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), contiene los elementos centrales de lo que tiene que ser una política pública en relación con el tabaquismo, por lo que debe tomarse como base para establecerla a nivel de país.

Aunque el CMCT se centra fundamentalmente en todo lo relacionado con un marco de medidas que generalmente tienen un sustento legal, si se analiza el documento, se hace explícito que su objetivo es “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la

<sup>1</sup> B. Scott: “Social Marketing: A Consumer-based approach to promoting safe hygiene behaviours”, Leicestershire, U.K: WELL Resource Center; Water, Engineering and Development Centre; Loughborough University. [Internet]. [citado: 12 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Social%20marketing.htm>.

exposición al humo de tabaco”; por tanto se pone de manifiesto que la comunicación ha de desempeñar un importante papel para ofrecer los argumentos que permitan reducir la prevalencia del tabaquismo y la exposición al humo de tabaco.

En el Artículo 4, el primero de los Principios básicos dice: “Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco”, señalando a continuación “y se deben contemplar en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas para proteger a todas las personas del humo de tabaco”.

En el Artículo 12. Educación, comunicación, formación y concientización del público señala que: Cada Parte promoverá y fortalecerá la concientización del público acerca de las cuestiones relativas al control del tabaco utilizando de forma apropiada todos los instrumentos de comunicación disponibles. Con ese fin, cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para promover lo siguiente:

- a) un amplio acceso a programas integrales y eficaces de educación y concientización del público sobre los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas;
- b) la concientización del público acerca de los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, así como de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo y los modos de vida sin tabaco, conforme a lo especificado en el párrafo 2 del artículo 14; [idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos];
- c) el acceso del público, de conformidad con la legislación nacional, a una amplia variedad de información sobre la industria tabacalera que revista interés para el objetivo del presente Convenio;
- d) programas eficaces y apropiados de formación o sensibilización y concientización sobre el control del tabaco dirigidos a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas;
- e) la concientización y la participación de organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales no asociadas a la industria tabacalera en la elaboración y aplicación de programas y estrategias intersectoriales de control del tabaco; y
- f) el conocimiento público y el acceso a la información sobre las consecuencias sanitarias, económicas y ambientales adversas de la producción y el consumo de tabaco.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud: “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, 2003, reimpresión actualizada, 2004, 2005, Ginebra, 2005.

De esta manera, el denominado binomio educación y barreras, se pone de manifiesto en el CMCT como la única forma posible de llevar a vías de hecho la prevención y control del tabaquismo. Ser parte del CMCT o no, tomarlo de referente, permite conocer qué hacer, resta encontrar cómo hacerlo, para poder lograr el propósito de prevenir y controlar el tabaquismo, lo que en el caso de la comunicación se convierte en un verdadero reto.

## **Reposicionar el tabaquismo en la sociedad**

Difundir todo lo que establezca la política pública internacional y local en relación con el tabaquismo, permitirá ir modificando la actual imagen de la que gozan el tabaco y el fumar, dentro de las normas sociales. Hay que reposicionar la imagen del tabaquismo en todos los escenarios y en ello la comunicación, a través de los medios de comunicación social, tienen un papel primordial.

Como se ha señalado, dos elementos se consideran clave para la prevención y control del tabaquismo: educar y crear barreras. Por tanto, la comunicación es un componente esencial de toda estrategia de prevención y control del tabaquismo, pues a través de ella se materializa la educación, se dan a conocer y también se pueden construir las barreras.

De una forma u otra, la comunicación se encuentra estrechamente relacionada con todos los elementos que se consideran fundamentales para lograr la efectividad de los programas de prevención y control del tabaquismo.

Elevar los impuestos y el aumento de precio, las legislaciones, las prohibiciones y regulaciones, requiere convertir a los decisores de las políticas públicas en receptores de la propia estrategia de comunicación, para que estas medidas y acciones de orden económico y legal, tributen a la reducción del tabaquismo.

No es posible conquistar los ambientes libres de humo sin la legislación, pero tampoco si no contamos con una población preparada para asumir esta transformación. No solo hay que darlas a conocer, sino lograr, que paralelamente a lo punitivo de las medidas, la persuasión y la comprensión de fumadores y no fumadores se entrelacen para ganar con armonía tal propósito.

También los profesionales sanitarios y los interesados en dejar la adicción, tienen que conocer de los programas de cesación tabáquica, dónde se ofrecen y sus ventajas, así como difundir la existencia de clubes de exfumadores y líneas de ayuda.

La esencia fundamental de las estrategias de comunicación en los programas de prevención y control del tabaquismo, es revertir la imagen del acto de fumar y posicionar a nivel de la sociedad un estilo de vida que incluya no ser fumador.

El hecho demostrado de que la información por sí sola no produce cambios de conducta, a la velocidad y en la magnitud que se requieren, no quiere decir que no sea la base de esas modificaciones. El cambio de comportamientos requiere primero del conocimiento para

luego producirse. Lo que sí resulta necesario es que las campañas de comunicación, así como los programas de educación escolar, se encuentren en total coherencia con los restantes componentes y que unos y otros se complementen.

Como se ha visto, son muchos los actores de interés para una estrategia de comunicación en el caso del tabaquismo, pues los que tienen que tomar decisiones y proyectar las políticas públicas, los medios de comunicación social y, por supuesto, las tabacaleras, también tienen su cuota de responsabilidad en la imagen de aceptación social del tabaquismo.

A pesar del gran interés que tienen los temas sanitarios, tanto en los medios de comunicación social como por Internet e incluso en la vida cotidiana de la familia y los grupos sociales, el interés de la población por esta información no lleva aparejado que se asuman comportamientos saludables.

En estas líneas encontramos dos problemas. El primero, que apropiarse de información no implica asumir comportamiento y el segundo que el interés sobre esta tampoco lo garantiza. Dos retos se presentan sobre la agenda: lograr que la motivación en conocer y construir el conocimiento, permitan transitar al comportamiento que se quiere promover y que se produzca la construcción del conocimiento, ya que es un proceso en el que tienen que unirse, la capacidad crítica personal para autovalorarse, con el análisis de la realidad que le permita adecuarla y transformarla.

Es por eso que las intervenciones integrales de control del tabaco con estrategias de mercadotecnia social incluyen la comunicación mediante campañas en los medios masivos, por las instituciones, servicios, programas de salud, así como en las escuelas de los diferentes niveles de enseñanza. De esa manera, se actúa no solo sobre el individuo, sino también sobre la sociedad y deja de ser una intención aislada para tener un enfoque sistémico.

### **Tabaquismo y campañas de comunicación social**

Las campañas de comunicación social por lo general van dirigidas a intentar que las personas abandonen el tabaquismo y que los que no fuman no se inicien en la adicción. Al ser definido el 31 de mayo como Día Mundial Sin Tabaco, la OMS, cada año selecciona un tema central y en torno a este se emiten lineamientos generales y un lema, que es difundido internacionalmente y en algunos países se adapta a las condiciones particulares de su situación epidemiológica y socioeconómica.

El empleo de los medios masivos de comunicación es importante, porque tienen un gran alcance, pues permiten transmitir mensajes antitabaco a una cantidad numerosa de personas y posibilita colocar el tema como de interés de la opinión pública; pero la intensidad es limitada, ya que se dirigen a un auditorio amplio y no se puede tener la certeza de que lleguen a cada uno de los diferentes públicos meta.

Como generalmente son asumidos por canales estatales y emitidos por los ministerios de salud, tienen un costo bajo, aunque casi nunca se difunden los mensajes en los momentos de mayor audiencia, conocidos como estelares, y tampoco se confeccionan con la mejor calidad para competir con la publicidad que realiza la industria tabacalera.

Es necesario que estas campañas tengan una identidad propia, que todos los mensajes posean el logotipo, algo que las distinga y las relacione con la institución sanitaria que las patrocina. Deben ser también coherentes con las restantes acciones del programa para que se produzca el efecto sinérgico necesario, y potenciar su propio efecto.

Las campañas de comunicación social, se dirigen a la población en general, aunque se diseñan subcampañas o vertientes para grupos en riesgo, por ejemplo, las embarazadas y puérperas, así como para los adolescentes y jóvenes, fumadores y no fumadores, mujeres y hombres.<sup>3</sup>

Seleccionar el público o grupo meta es el paso inicial, pues todo el diseño ha de realizarse de acuerdo con sus características. Para hacer tal selección, es fundamental disponer de los resultados de encuestas que permitan conocer la prevalencia global del tabaquismo y cómo se distribuye por sexo y grupo de edades. Disponer de la descripción con información por otras variables sociodemográficas como nivel escolar, estado civil, ingresos, tipo de actividad, zona geográfica, si es rural o urbana, entre otras, permite no solo la elaboración de los mensajes, sino también seleccionar de manera adecuada los canales por los que se van a difundir.

Limitarse a saber cuántos son y cómo se caracterizan, no es suficiente para el diseño de una campaña, hay que disponer también de información sobre sus conocimientos y actitudes y en el caso del tabaquismo es muy importante contar con todos aquellos elementos que caracterizan la adicción, tanto las causas de inicio como de mantenimiento, los factores desencadenantes y protectores, así como las normas sociales que prevalecen en cada contexto y que matizan su arraigo y aceptación social.

Aprender sobre el público meta al que dirigimos las campañas es fundamental y ello solo es posible haciendo uso de la investigación cualitativa. Conocer el *Porqué* de las actitudes y los comportamientos, es la única forma de poder llegar a modificarlos o a que no se instauren.

La investigación tiene que estar al inicio, durante y al concluir toda campaña en los medios de comunicación social. Una vez que se diseña la estrategia y los mensajes, hay que probarlos con el público meta y centrarse en cómo lo entienden y lo aceptan más que en el hecho de que les agrade. Investigaciones realizadas en Australia, Armenia, Canadá, China, Estados Unidos, Francia, Ghana, Reino Unido y Noruega, entre otros, permiten disponer de instrumentos y ejemplos, para encuestas personales, por teléfono y grupos focales.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> M. Kosir y K. Gutiérrez: "Lessons Learned Globally: Secondhand Smoke Mass Media Campaigns", Saint Paul, Minnesota, United States: Global Dialogue for Effective Stop Smoking Campaigns, 2009.

<sup>4</sup> U.S. Centers for Disease Control and Prevention's: "Designing and Implementing an Effective Tobacco Counter-Marketing Campaign". [Internet]. [citado: 12 de enero de 2013]. Disponible en: [http://www.cdc.gov/tobacco/mcr/c/countermarketing/pdf/Tobacco\\_CM\\_Manual.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/mcr/c/countermarketing/pdf/Tobacco_CM_Manual.pdf).

Las campañas de comunicación social no deben centrarse solo en la difusión de mensajes por los medios masivos (radio, televisión, prensa). Hay que difundir mensajes impresos y hacerlos llegar a los grupos meta, tanto en instituciones de salud y educación como en centros de recreación, turísticos, comerciales, deportivos, culturales, de transporte y todos los lugares adonde acuden las personas.

La creatividad tiene que ser la esencia no solo del contenido de los mensajes, sino también de los canales por donde se difunde. Igual que la industria tabacalera se da a la búsqueda de los mejores escenarios para publicitar sus productos, hay que acudir a ellos y patrocinar eventos de toda naturaleza con la colaboración de instituciones y también de líderes de opinión, ya sean deportistas, artistas o personas de significación social en la comunidad.

Así mismo, se deben emplear las llamadas nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones: mensajes por la telefonía celular, correo electrónico y páginas web, son opciones para llegar a la población en general y muy en particular a los jóvenes. Por el importante papel de las redes sociales hay que incorporarlas como un eslabón más en la comunicación para prevenir y controlar el tabaquismo.<sup>5</sup>

### **Comunicación estratégica**

Cuando se habla de comunicación estratégica se entiende la comunicación como un proceso participativo, en el que se involucran tanto los interesados en establecerla como los beneficiarios, con un abordaje a largo plazo y considerando tanto las causas que producen una determinada forma de pensar, la existencia de una actitud, como el ambiente en que esta se produce y los obstáculos para modificar los comportamientos que se requiere cambiar.

Esta forma de definir la comunicación estratégica, deja en claro por qué es la más adecuada cuando de prevención y control del tabaquismo se trata, al magnificarlas, llevarlas a lo prospectivo y no limitarlas a campañas puntuales para un determinado grupo de riesgo o a un tema particular.

La comunicación estratégica en prevención y control del tabaquismo requiere de una adecuada planificación, luego de haber analizado el entorno en el que se va a desarrollar y fijar sus objetivos a corto y largo plazo, seleccionar las estrategias más adecuadas para alcanzar los mismos y definir cómo se van a ejecutar; considerando en cada uno de los momentos cómo comprometer a los diferentes actores, porque solo de esa manera, con una legítima participación, se podrá hablar de comunicación estratégica.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> K. Gutiérrez y R. Newcombe: "Lessons Learned Globally: Tobacco Control Digital Media Campaigns", Saint Paul, Minnesota, United States: Global Dialogue for Effective Stop-Smoking Campaigns, 2012.

<sup>6</sup> T. J. A. Hidalgo y M. D. Gómez: *Signo Vital. Comunicación estratégica para la promoción de la salud*, Editorial Porrúa y Universidad Anáhuac, México, 2011.

La institución o equipo de trabajo que la va a ejecutar, tiene que contar con una imagen creíble para el público meta al que va dirigida y considerar en el análisis previo sus fortalezas, así como las dificultades y obstáculos que pueden entorpecer su capacidad de respuesta, no solo ante las demandas previstas, sino también ante las eventualidades, para mediante una gestión eficiente y la participación del receptor de manera directa en el proceso, optimizar el empleo de recursos, lo que en el caso que nos ocupa es fundamental por ser un proceso que requiere de tiempo y generalmente no dispone de este en la medida de sus reales necesidades.

La comunicación estratégica debe concebirse como parte de un programa de mercadotecnia social para la prevención y control del tabaquismo, de la misma manera que las estrategias de la industria tabacalera lo concibe para fomentar la adicción. Emplear las mismas estrategias y tácticas para hacer el desmarketing puede resultar lo más efectivo para lograr posicionar un estilo de vida en el que fumar no forme parte de los comportamientos de los individuos, al menos de las nuevas generaciones.

Existe evidencia suficiente de que la buena comunicación es una de las herramientas más importantes para la salud pública, pero cuando no se emplea de la forma adecuada no se pueden obtener los resultados que se pretenden, esto es, cuando se concibe una magnífica estrategia de comunicación, pero se pone en marcha sin coherencia y complementariedad con otras acciones o incluso, cuando el medio, lejos de favorecer, por el contrario, actúa en función de mantener el comportamiento no deseado. Es decir, cuando paralelamente a las acciones de información que se realizan desde las instancias de salud y educación, se encuentran médicos y maestros fumando o se venden cigarrillos en las cafeterías de sus instalaciones.

Con lo anteriormente señalado se pretende alertar que la comunicación, en su enfoque estratégico, no es una fórmula mágica para reducir la prevalencia del tabaquismo y mucho menos para aspirar a una sociedad libre de tabaco, pero si se utiliza de forma correcta, empleando el amplio espectro que hoy ofrecen las tecnologías de la comunicación y como parte de una estrategia de mercadotecnia social, los resultados pueden tributar a ello.

Cuando se habla de comunicación estratégica, se piensa no solo en dar información o impartir conocimientos, sino que estos se expresen en un lenguaje comprensible para el público meta; pero además que se produzca un intercambio de ideas, compartir saberes y sentimientos, porque la comunicación no es solo trasmisión de signos, sino también de significados.

A este tipo de comunicación se le denomina estratégica porque precisamente se centra en un pensamiento de ese tipo que se dirige a lograr cambios estructurales que faciliten reposicionar el tabaquismo, al reformular las normas sociales vigentes que lo hacen socialmente aceptable, que prevalezcan los derechos de los no fumadores a respirar el aire no contaminado con el humo de los cigarrillos; que el ambiente que rodea a las personas no sea favorecedor al tabaquismo y en esa misma medida estaremos dando los primeros, pero certeros pasos hacia una sociedad libre de tabaco.



Cada vez hay más evidencias de que cuando la comunicación se aplica en forma efectiva y en el contexto adecuado, puede ser una herramienta poderosa para lograr cambios en las normas sociales y la conducta.

Las mejores herramientas serán siempre aquellas que más conoce quien las va a aplicar, que han tenido buenos resultados en otras situaciones iguales o parecidas y que además, comprueba a pequeña escala, que funcionan en ese contexto.

Presentaremos algunas que han resultado exitosas en lo referente a la comunicación estratégica en programas de salud, en general, y por consiguiente, son válidas para las que se relacionan con la prevención y control del tabaquismo

En primer lugar tiene que basarse en un enfoque científico, esto es, el conocimiento de la situación del tabaquismo, su magnitud para definir tanto el alcance como la sistematicidad que se requiere, así como las características particulares de la prevalencia y consumo, el escenario en que se va a implementar y tanto las oportunidades como las amenazas que pueden encontrarse en el medio ambiente.

Una investigación empleando métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas permitirá conocer el público meta y en base a ello diseñar la estrategia, lograr que sea participativa, que sepa mostrar los beneficios que se pueden obtener a partir de adoptar el comportamiento que en este caso se propone, que es no ser fumador, elegir los canales de comunicación más adecuados y emplearlos de manera complementaria y difundir los servicios de cesación tabáquica para aquellos fumadores que lo requieren.

Esta propuesta debe ser ajustada a los recursos de que se dispone, es por eso que en algunos contextos se emplean los medios de comunicación social, mientras en otros se hace énfasis en la comunicación cara a cara, cuando el sistema sanitario tiene una mejor posibilidad de llegar a la población empleando su infraestructura y los profesionales sanitarios.

En la medida que resulte más factible dialogar con el público meta, mayor será su efecto, pues estaremos aprendiendo de ellos y a la vez se pueden ir personalizando los mensajes y las acciones. Mientras que con la comunicación masiva tenemos un mayor alcance, con la personal, cara a cara, podemos individualizar más, llegar a la persuasión de forma directa. Los promotores de salud y líderes de opinión facilitan una comunicación de pares, cuya efectividad está comprobada, fundamentalmente, entre los adolescentes y jóvenes.

De la misma manera que la industria tabacalera emplea artistas y figuras reconocidas por su prestigio para promover el cigarrillo, las estrategias de comunicación para la erradicación del tabaquismo deben apelar a ello; solicitar apoyo a instituciones y personas de significación social para que sean portadoras de mensajes, es una buena alternativa a emplear.

Es recomendable utilizar la combinación de “por qué dejar de fumar”, señalando consecuencias y sus implicaciones en el ámbito personal y emocional y “cómo hacerlo” al dar a conocer técnicas y métodos que pueden realizarse de forma individual o con asistencia sanitaria, así como los resultados alcanzados con esas alternativas, los momentos por los que se transita hasta obtener éxito. El testimonio de personas que lo han logrado o de aquellas que no lo han hecho y sus consecuencias, han demostrado ser efectivas.

Hay que mantener las campañas en el tiempo, independientemente de que se puedan reforzar en determinadas fechas, como el 31 de mayo, Día Mundial Sin Tabaco, centrándose en el lema escogido para cada año o ante circunstancias específicas emplear otros, como la puesta en marcha de un servicio de cesación o la promulgación de alguna medida legislativa.

Igual que la exposición a los mensajes publicitarios de la industria tabacalera, ha ganado adeptos por su sistematicidad, flexibilidad y empleo de alternativas atrayentes desde el arte, la cultura y el deporte, la comunicación para la prevención y control debe seguir esos pasos para desmitificar la imagen que ha creado y por qué no, para desacreditar sus argumentos engañosos.

Implementar campañas existentes en otros países o escenarios, adaptándolas al contexto, puede ser una alternativa que permite ahorrar tiempo y recursos.

## EL PROCESO

En el diseño de la comunicación estratégica, se entrelazan la ciencia y el arte; como todo proceso pasa por momentos o etapas: que pueden agruparse en las siguientes:

- Estudiar el contexto: tendencias y demografías a nivel de país, prevalencia del tabaquismo y hábitos de consumo; papel del tabaco en la economía, políticas públicas, regulaciones y prohibiciones sustentadas legalmente, adhesión o no al CMCT.
- Revisar el programa de control del tabaco existente y otros programas de salud que se relacionen para identificar aliados y colaboradores, y los recursos disponibles.
- Caracterizar el público meta: estudiar o hacer uso de investigaciones disponibles sobre conocimiento, actitudes y conductas para definir audiencias primarias, secundarias y terciarias. Para cada una de esas audiencias es necesario conocer, entre otros, su disposición a aceptar mensajes.<sup>7</sup>

Se trata de un diseño estratégico porque parte del diagnóstico y análisis de una situación y a partir de ello se trazan objetivos, se define cómo se va a alcanzar y qué se hará para lograrlo, definiendo tanto las acciones a realizar como los recursos a emplear. El resultado es un plan para guiar la implementación.

<sup>7</sup> A. Feltracco y K. Gutiérrez: “Campaign Development Tool Kit: An International Guide for Planning and Implementing Stop Smoking Campaigns”, Brantford, ON: Global Dialogue for Effective Stop Smoking Campaigns; 2007.

El objetivo debe responder a los criterios de ser específico, medible, apropiado, realista y limitado en el tiempo. Por eso se dice que los objetivos deberían ser EMART, apelando a la letra inicial de cada uno de ellos.

Luego de definir los objetivos es necesario identificar las audiencias, las tácticas que se van a emplear, cómo se van a implementar, dar seguimiento mediante un sistema de monitoreo y evaluación.

La comunicación estratégica implica una intervención en el entorno sociopolítico para poder obtener resultados en el ambiente físico y social que resulten favorables a que el tabaquismo no prevalezca; en los servicios de salud para poder ofertar tratamiento y rehabilitación, pero fundamentalmente el consejo de los profesionales sanitarios y su actuación en los distintos niveles de atención, tanto para aconsejar a los pacientes fumadores como para evitar la iniciación; en la comunidad y los individuos para propiciar las conductas saludables entre las que se encuentra no fumar.

Solamente actuando en sistema y con un pensamiento integrador, se podrá llegar a la aspiración de una sociedad libre de tabaco.<sup>8</sup>

Siempre que los recursos lo permitan es recomendable contratar al equipo creativo que se encargará de llevar a mensajes con texto e imagen la idea central que el grupo rector quiere transmitir a cada una de las audiencias meta para cumplir sus objetivos.

No debe olvidarse que la publicidad de la industria tabacalera ha cumplido su propósito porque este aspecto está muy bien reflejado dentro de su estrategia. Siempre debemos tomar como patrón lo que ellos han hecho y hacen para realizarlo mejor.

Captar la atención con mensajes claros que comuniquen el beneficio de nuestra propuesta, apelando a la razón y a los sentimientos, creando confianza en que sea viable, convocando a la actuación, todos presentados de manera coherente, identificados con un logotipo y con una institución, son los elementos esenciales que debe tener en cuenta el diseño de la campaña, en el cual el papel del profesional sanitario es fundamental, pero siempre de la mano de los especialistas en comunicación.

Hay que garantizar la continuidad y la cohesión de los mensajes y la prueba piloto inicial para garantizar la comprensión, no solo del contenido y la imagen, sino también de la idea que se quiere transmitir. La unión de ciencia y arte tiene que acompañar todo el proceso creativo para que pueda obtenerse el resultado esperado.

Es bien conocido que los programas de prevención y control del tabaquismo no disponen de los recursos con que cuenta la industria tabacalera, por lo que resulta imprescindible colocar

<sup>8</sup> G. Saffitz: “Un marco conceptual para la comunicación y el control del tabaco. Control del Tabaco Mundial: Aprendiendo de los expertos”, en Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2009. Baltimore, MD. [Internet]. [citado: 12 de enero de 2013]. Disponible en: [www.GlobalTobaccoControl.org/es](http://www.GlobalTobaccoControl.org/es)

siempre en el punto de mira, que ellos son nuestra competencia, tratando de que la calidad los supere, o al menos los iguale.

Resumiendo lo fundamental, se puede decir que hay que emplear en el diseño datos reales y establecer metas y objetivos sobre la base de ello, identificar las audiencias meta y desarrollar mensajes con creatividad y difundirlos por los canales de comunicación adecuados para los públicos seleccionados. Lograr la participación y buscar aliados y colaboradores, porque precisamente en ellos encontraremos la solución al no disponer de recursos suficientes. El seguimiento y el monitoreo permitirán ir haciendo los ajustes requeridos durante el proceso, para después medir el impacto de la estrategia empleada.

### **Aprender de errores y aciertos**

Una revisión de diferentes campañas como parte de programas de prevención y control del tabaquismo, permite señalar algunos errores y aciertos que resulta de utilidad conocer para evitar unos y apropiarse de otros. Está demostrado que la comunicación y el empleo de los medios funciona. Los resultados de las campañas publicitarias de la industria tabacalera lo demuestran, pero siempre que sean empleados de la manera correcta.

No disponer de la capacidad técnica necesaria para el diseño de una estrategia de comunicación, hace que el propio personal de salud, sin la debida preparación la asuma. Si no resulta posible disponer de especialistas, una opción es ir a la búsqueda de proyectos ejecutados con éxito en otros contextos y adaptarlos al lugar donde se va a intervenir. Una adaptación realizada cuidadosamente puede ahorrar tiempo y recursos.

Si no le resulta posible emplear los medios de comunicación social con el alcance y frecuencia adecuados para lograr la penetración que se requiere en la población objetivo, vaya a la búsqueda de la participación, encuentre líderes de opinión, promotores de salud y las redes sociales.

Desestimar el enfoque basado en la evidencia y comenzar el diseño de la estrategia sin la información requerida, tanto del contexto como de la situación epidemiológica y los públicos meta, puede parecer que ahorra tiempo y costos al omitir etapas en el proceso, pero muy por el contrario, hace que el diseño no se encuentre anclado en la realidad y, por consiguiente, no se podrá obtener el resultado deseado.

La creatividad es esencial, pero deben tomarse con precaución los mensajes que se centran en el humor, porque puede resultar que las personas no le den la importancia requerida. Experiencias en algunos países han demostrado poco impacto cuando son empleados. Por su parte, los que presentan situaciones dramáticas, gráficas o emocionales han logrado un mayor impacto.

No se debe olvidar que la investigación tiene que acompañar todo el proceso, como un centinela y realizar pruebas preliminares.

## La comunicación en la prevención y control del tabaquismo en Cuba

Desde su primera edición, el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba, tiene entre sus propósitos, concientizar a la población y a grupos expuestos a riesgo en la nocividad del consumo de tabaco, promoviendo estilos de vida y conductas saludables, así como la no aceptación social del hábito de fumar.

El componente de Información, Educación y Comunicación (IEC), es uno de los mejor trazados y más detallados en el programa y constituye un elemento primordial, máxime en las condiciones de Cuba, en que el 96,2% de la población adulta se encuentra alfabetizada y el acceso a la educación es gratuito y obligatorio hasta el nivel medio.

La responsabilidad de este recae fundamentalmente en el Ministerio de Salud Pública, mediante la Unidad Nacional de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, vinculado con el Instituto Cubano de Radio y Televisión, los Ministerios de Educación y Educación Superior, el Ministerio de Cultura, el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación, y las Organizaciones no Gubernamentales más involucradas por atender a la población, los niños, adolescentes, jóvenes y mujeres.

La estrategia del programa incluye:

- Ejecutar acciones educativas, dirigidas fundamentalmente a la niñez y a la juventud, incorporando la educación antitabáquica de forma curricular en los diferentes niveles de la enseñanza primaria, media y tecnológica en el Sistema Nacional de Salud.
- Realizar acciones educativas y de orientación dirigidas a la población y a grupos expuestos a riesgo, a través de los medios de comunicación y de forma directa mediante programas específicos de los organismos involucrados.

Entre sus objetivos se encuentran:

- Elevar el nivel de conocimientos de la población y de grupos expuestos a la nocividad del tabaquismo y sus consecuencias para la salud, enfatizando en la percepción de riesgo.
- Reducir la iniciación del hábito tabáquico a partir de la sistematización y perfeccionamiento de la educación antitabáquica curricular en el Sistema Nacional de Educación, con un enfoque integral.
- Propiciar actitudes y conductas favorables a no fumar.
- Motivar a los fumadores a dejar de fumar.

Para cumplimentar estos objetivos se han realizado las siguientes acciones:

- Campaña por los medios de comunicación social con un enfoque eminentemente persuasivo, carácter sistemático y alcance nacional. Se realiza por los medios de difusión masiva, acorde con las características de cada uno.

- Educación antitabáquica curricular, se introdujo en el currículo de la enseñanza primaria en el curso escolar 1991-1992 y en la media y tecnológica en el 1993-1994. Se ha ido modificando de acuerdo con los resultados obtenidos.
- Trabajo educativo directo mediante programas específicos, que se realiza fundamentalmente con los grupos expuestos a riesgo y con los líderes de opinión o personas de significación social.
- Trabajo educativo preventivo en el Sistema Nacional de Salud en todo nivel de atención, ya que el consejo médico al paciente fumador, constituye un elemento vital para motivarlo a dejar de fumar, razón por la cual se trabaja también con el nivel secundario y terciario. El algoritmo elaborado para la atención primaria se ha distribuido nacionalmente en un cartel para ser colocado en los consultorios.
- Preparación a profesionales de la salud en su formación básica y de reciclaje. Se encuentra incluida en toda la Universidad Médica a nivel nacional.<sup>9</sup>

Aunque la estrategia y su plan de acción han estado previstos desde que se implementó en el año 1987, no todo se ha podido ejecutar sobre esa base. La condición de país productor y lo arraigado del tabaquismo en la población, son dos elementos que siempre se encuentran presentes y que constituyen la mayor dificultad a superar para que el tabaquismo alcance el reposicionamiento que se requiere y la sociedad cubana, también sea libre de tabaco.

*En distintos países cada vez hay más evidencias y experiencias que demuestran que cuando la comunicación social se aplica de forma efectiva y en el contexto adecuado, puede ser una herramienta poderosa para lograr cambios en las normas sociales y la conducta relacionadas con el tabaquismo.*

*La comunicación es un componente esencial de toda estrategia de prevención y control del tabaquismo, pues a través de ella se materializa la educación y se dan a conocer las barreras.*

*Hay que reposicionar la imagen del tabaquismo en todos los escenarios y en ello los medios de comunicación social tienen un papel primordial.*

<sup>9</sup> Ministerio de Salud Pública: “Programa para la prevención y control del Tabaquismo”, La Habana, 2010.



## EL CONTROL DEL TABAQUISMO

Existe consenso en cuanto a las causas y consecuencias del tabaquismo, en las formas de enfrentarlo como problema de la salud pública y, por tanto, de toda la sociedad; el desafío es realizar acciones de la misma magnitud que el esfuerzo de la industria del tabaco para mantenerse en el mercado y ganar nuevos adeptos.

La permisividad social del tabaquismo ha hecho que se subestimen los efectos perjudiciales, no obstante lo conocido que resulta la nocividad de fumar, pues si bien comienza como todo tipo de hábito de consumo, se convierte en adicción. Es eso precisamente lo que sucede con la casi totalidad de los consumos nocivos a la salud: el alcohol, los medicamentos y hasta la obesidad, que no es más que la expresión de la adicción a comer.

Por su carácter adictivo, el conocimiento sobre la nocividad, si bien es importante, no resulta suficiente para que los fumadores dejen de consumir cigarrillos. Los fumadores deben tener una fuerte motivación para dejar de fumar y pueden hacerlo por sí mismos, o buscar tratamiento para lograr la cesación en instituciones especializadas.

Un elemento común en todo lo relacionado con los conocimientos sobre hábitos y comportamientos nocivos a la salud, es que las personas disponen de la información, pero no tienen suficiente percepción de riesgo o motivación para darle mayor peso a los costos que a los beneficios, por lo que no logran el cambio.

Estudios realizados corroboran que la información, si bien es importante, no determina la percepción de riesgo, pues los profesionales de la salud, que han recibido una formación académica incluso, perciben el riesgo en los pacientes, pero no lo asumen en ellos mismos.

Lo más importante para reducir este dañino consumo, es que las personas no se inicien en el tabaquismo, de ahí que las estrategias preventivas se han de centrar en los niños y adolescentes, puesto que ellos constituyen el reemplazo de los actuales fumadores, que dejan de fumar o mueren y hacia ellos va dirigida la publicidad de las transnacionales del tabaco a nivel mundial.

Es necesario incrementar las intervenciones y revertir la epidemia más importante de nuestros tiempos con medidas eficaces, pero la percepción de la falta de urgencia, ya que el tabaco mata muy lentamente, conspira en el orden individual y social.

Es muy importante seguir la reacción de la industria tabacalera ante la implantación de las medidas de control, pues está demostrado que cuanto más eficaces son, más medios y recursos ponen en juego para intentar neutralizarlas.



Los expertos en el tema a nivel mundial, coinciden en que el control de la epidemia de tabaquismo solo es posible mediante una actuación integral sobre la demanda de tabaco y no centrarse en la oferta, aunque sobre esta se produzcan ciertas reducciones que limiten la accesibilidad. Las propuestas más razonables resultan del equilibrio entre la permisividad y la prohibición.

La esencia del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud es lograr la regulación estricta desde la óptica de la salud pública, de la producción, venta, distribución, publicidad, promoción y consumo. A la par, que se favorezca el cambio gradual de la industria tabacalera hacia los cultivos sustitutivos del tabaco, que no generen pérdidas de empleo ni económicas, fundamentalmente, en los países productores.

### **Elementos clave**

Los elementos clave se conforman alrededor de un paradigma fundamental: educar y crear barreras de acceso.

La investigación, principalmente de países de altos ingresos, indica que la financiación de los programas de control del tabaco:

- reduce el consumo general de tabaco;
- aumenta el abandono por parte de los adultos y evita la iniciación de los jóvenes;
- reduce el consumo de tabaco en otras poblaciones de alto riesgo.<sup>1</sup>

A continuación, se exponen los elementos que se consideran fundamentales para lograr la efectividad de los programas de prevención y control: impuesto y aumento de precio, legislaciones, prohibiciones e imagen, ambientes libres de humo, programas de cesación, así como campañas de educación pública y programas de educación escolar. Estos han sido abordados de manera puntual en los capítulos precedentes, no obstante, por su importancia serán retomados en este, pero desde una perspectiva integral.

Es importante tener siempre presente, que cada uno de ellos puede poseer un determinado efecto, pero realmente la sinergia de todos, logrando coherencia y complementariedad, es lo que conduce a verdaderos resultados.

### **Impuesto y aumento de precio**

El aumento de los impuestos a los productos del tabaco, tiene como propósito disminuir la accesibilidad y minimizar el consumo mediante el incremento de precios, que ha sido constatado como un método muy eficaz para reducir el consumo, fundamentalmente en los niños,

<sup>1</sup> H. Ross y F. J. Chaloupka: "Economic Policies for Tobacco Control in Developing Countries", *Revista Salud Pública de México*, 2006, 48(S1): 113-120.

los jóvenes y las personas con ingresos bajos, que son los más sensibles a la medida.<sup>2</sup> Pero esta relación varía además en dependencia de la situación social y económica en cada contexto.

Se debe establecer un objetivo para la reducción de la prevalencia del tabaquismo y sobre esta base ajustar los precios. La tasa impositiva, para que siga siendo eficaz, se debe concertar periódicamente, variando el impuesto de acuerdo con la inflación y el poder adquisitivo de los consumidores.

También se debe responsabilizar legal y financieramente a los fabricantes, para garantizar que sus productos no se vendan en forma ilegal, pues ello anula el efecto derivado del impuesto y el precio.

### **Legislación, prohibiciones e imagen**

La concordancia con la legislación que propicia barreras hacia el cigarrillo, se centra en todo lo relacionado con las prohibiciones y regulaciones, tanto de fumar como de la publicidad y el patrocinio, que si bien la industria tabacalera ha hecho ver como una intromisión en la libertad y los derechos individuales, su esencia está fundamentalmente relacionada con la imagen del cigarrillo y del acto de fumar.

Poder fumar en lugares públicos, la publicidad y la accesibilidad garantizada mediante una comercialización, que incluye las máquinas dispensadoras, favorecen la capacidad de la industria de mantener la imagen positiva del tabaco; mientras que si se logra establecer el control sobre las formas de comercialización, se prohíben el patrocinio de eventos deportivos y culturales y la publicidad; la imagen de fumar deja de tener el grado de aceptación social de que aún lamentablemente goza.

Es importante que las estrategias de control del tabaquismo centren su atención en cambiar la imagen del cigarrillo y del acto de fumar, para evitar que sea socialmente aceptable y continúe transmitiéndose de generación en generación, añadido al efecto conocido de la publicidad.

Hay que posicionar la imagen real de fumar asociada al sufrimiento ocasionado por el tabaco; promover los beneficios potenciales de dejar de fumar, resaltar que la mayoría de las personas no fuman y mostrar la disminución en la prevalencia que se ha logrado.

También hay que revelar las estrategias de fabricación y comercialización de la industria tabacalera como medida de protección para los propios fumadores, para que comprendan cómo son manejadas sus emociones y sentimientos mediante la publicidad. No se puede permitir que esta industria se siga introduciendo en la cultura de los países, se debe tener muy presente que nunca se rinde, incluso cuando aparentemente da un paso atrás está sustentado en una estrategia para mantenerse en el mercado.

<sup>2</sup> J. A. Tauras, P. M. O'Malley y L. D. Johnston: "Effects of price and access laws on teenage smoking initiation: A national longitudinal analysis". [Internet]. [citado: 12 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.impactteen.org>

Hay que establecer el monitoreo de las promociones en los puntos de venta, envíos directos por correo, patrocinio de eventos, exposición de productos, publicidad indirecta, entre otras, ya que son las formas en que la industria tabacalera socava las prohibiciones y regulaciones que se establecen.

Está comprobado, que los precios más altos, la publicidad antitabaco y la falta de lugares donde fumar, fomentan que los fumadores dejen la adicción.

En la actualidad, el tabaco es legal porque sería un problema mayor declararlo ilegal; no se puede prohibir su consumo, no porque no esté justificado hacerlo en función de la relación costo-beneficio, sino porque sus efectos nocivos y perjudiciales han sido declarados por la comunidad científica universal casi un siglo después de que fuera un producto legal, con amplia difusión y millones de consumidores en todo el mundo.

Sin embargo, con la información científica disponible en la actualidad sobre sus efectos nocivos a la salud, si hubiese sido el momento de autorizar por vez primera la comercialización de ese producto, esto no hubiese sucedido por los mismos argumentos que el cannabis, la cocaína y otras drogas no han sido legalizadas para su uso, sin excluir de aprovechar los usos medicinales que cualesquiera de ellas pudieran poseer.

### **Ambientes libres de humo**

No existe ningún nivel de exposición al humo de segunda mano que sea seguro para la salud.<sup>3</sup> Si se elimina el consumo de tabaco en los ambientes cerrados, se puede proteger plenamente a los no fumadores de la exposición al humo ambiental, además de reducir el tiempo que fuman los que lo hacen, pero sobre todo, contribuir a cambiar la imagen de que fumar es una conducta aceptable.

Las prohibiciones de fumar en los centros de trabajo y lugares públicos protegen a los trabajadores y a la población de la contaminación causada por el humo de tabaco y aumenta la probabilidad de que los trabajadores dejen de fumar, pues crea conciencia sobre los peligros que el humo de segunda mano representa para la salud de otras personas, lo que a su vez amplía las razones para dejar de fumar.

En el hogar, donde la legislación no puede implantarse, hay que lograr irradiar ese efecto y motivar el establecimiento voluntario de hogares libres de humo para proteger a los niños y a los demás miembros de la familia, así como ayudar a los fumadores a cesar en su adicción.

Es importante hacer llegar el mensaje de que el humo del tabaco ajeno no es simplemente una molestia para el que no fuma, es un efecto dañino científicamente comprobado.

<sup>3</sup> J. Barnoya y A. Navas: "Protecting the World From Secondhand Tobacco Smoke Exposure: Where Do We Stand and Where Do We Go From Here?", *Oxford Journals Medicine. Nicotine & Tobacco Research*, Volume 15 Issue 1 January 2013. [Internet]. [citado: 22 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ntr.oxfordjournals.org>

Hay que hacer ver la legislación que promueve ambientes laborales libres de humo no como una prohibición más, sino como una cuestión de salud y seguridad, como una medida de protección. Hay que abogar porque los lugares libres de humo no dispongan de áreas para fumadores, pues al saber que existen buscarán la forma de llegarse a estas que constituirán a la vez un punto de encuentro con otros fumadores y de esta forma se mitigará el efecto previsto.<sup>4</sup>

Está comprobado que la legislación que promueve ambientes laborales libres de humo de tabaco no perjudica los negocios. Los estudios muestran que las leyes que promueven bares y restaurantes libres de humo de tabaco, no tienen ningún impacto en las ventas o el mismo es positivo.

Por otra parte, estas medidas muestran el tabaquismo como algo no tan normal y reducen el inicio de los jóvenes. Es vital, porque cambian la norma de lo que ven los jóvenes, ya que si estos no encuentran adultos fumando en cada lugar al que van, entonces fumar se convertirá en una conducta poco común y no en la norma, como en muchas ocasiones sucede en su entorno.

### **Programas de cesación**

En muchos países, más de las dos terceras partes de los fumadores desean dejar de fumar y han hecho un intento en el último año, pero reinciden en un período de tres meses. Muchos fumadores necesitan intentarlo varias veces antes de dejar de fumar definitivamente. Una gran parte fracasa si no reciben ayuda.

Es necesario lograr que los profesionales médicos participen en las iniciativas antitabaco, tanto en la prevención como en el consejo médico a pacientes y a los programas de cesación y rehabilitación.

Los servicios clínicos para dejar de fumar duplican la probabilidad de abandono. La combinación de medicamentos y asesoramiento es el método más eficaz. Las terapias de sustitución de nicotina de venta libre también pueden ser útiles.

Dejar de fumar es más eficaz en función de los costos y tiene un efecto mayor en la salud que muchas otras intervenciones clínicas. La amplia disponibilidad de servicios para dejar de fumar lo facilita, al constituir una opción para todos aquellos que no pueden hacerlo por ellos mismos.

### **Campañas de educación pública**

Está demostrado que la información por sí sola no produce cambios de conducta, al menos a la velocidad y en la magnitud que se requieren. Pero el diseño de las campañas de información

<sup>4</sup> Y. Saloojee y E. Dagli: "Tácticas de la industria tabacalera contra las políticas de salud pública", Organización Mundial de la Salud, 2001.

y educación requiere que estas se realicen considerando que lo que deben tener como objetivo es el “desmarketing” del tabaco, la “contrapublicidad”.

Estas deben ser enérgicas en sus argumentos y constantes en el tiempo, que incluyan a los medios masivos de comunicación y se diseñen tomando en consideración los diferentes públicos receptores sobre los que deben actuar.

### **Programas de educación escolar**

En las naciones donde se han desarrollado programas de educación en las escuelas, existe evidencia de que por sí solos no tienen un impacto a largo plazo sobre el consumo. Constituyen a la vez la solución que siempre propone la industria del tabaco, porque sabe que no dan el resultado que se requiere.

El medio en que se desenvuelven los niños, tiene mayor influencia que la propia escuela y la educación que en ella reciben; aprenden en clases que fumar es perjudicial para la salud, pero al salir del ámbito escolar se ven inmersos en un entorno que les invita sutilmente a hacerlo, empezando por su propia casa en muchas ocasiones.

Una influencia negativa la reciben en la comunidad, donde se venden productos de tabaco en cada esquina, a veces hasta cigarrillos por unidades físicas; también en los centros de recreación, donde en muchas ocasiones se encuentran máquinas dispensadoras y además por los lugares públicos donde está permitido fumar o no lo está, pero muchas veces no se cumple la ley.

Las películas y teleseries en las cuales aparecen fumando jóvenes, cantantes, y otros famosos que son una influencia más que apunta a favorecer la adicción tabáquica. De esta forma, el mensaje recibido en su formación escolar se va diluyendo.

La extensa difusión de contenidos contrarios a la promoción de la salud y muy en particular a la nocividad del tabaquismo, amortigua y anula, por efecto de acumulación, el impacto de los mensajes promovidos por los mismos medios y por las escuelas. Es por eso, que la educación escolar por sí sola no reduce el uso y experimentación del tabaco; es efectiva solo si se inscribe en un contexto más amplio.

Una investigación realizada con adolescentes, ha revelado el fracaso de los programas preventivos aislados. Si bien la mayoría de los jóvenes consideraba negativo el acto de fumar, muchos destacaron que les ayudaba a sentirse cómodos en la vida social. Más de la mitad tenían una valoración positiva acerca del cigarrillo y consideraba que es fácil abandonar el hábito.

Los investigadores observaron con sorpresa, que si bien un tercio de los niños afirmó que no tenía actitudes favorables frente al tabaquismo cuando el programa de prevención comenzó, veinte meses después, más de la mitad había adoptado una valoración positiva hacia el tabaco. La explicación no es otra que la adicción, una fuerza muy poderosa que hace que la gente siga fumando, pero los niños y adolescentes no lo comprenden hasta que es demasiado tarde.

Está demostrado que la primera condición para que la educación cumpla su cometido es que exista un marco legal claro y firme que contribuya a desalentar a menores y adultos a fumar. Las medidas que se han mostrado eficaces se resumen en las ya citadas de prohibición completa de todas las formas de promoción de tabaco y de fumar en los sitios públicos y los lugares de trabajo, elevar los impuestos de todos los productos de tabaco, control del diseño de paquetes e información, anuncios de alta calidad contra el tabaco y medidas contra el contrabando.

De todas ellas —en el caso de los jóvenes— el aumento de los precios de las cajetillas de cigarrillos, la supresión de la venta de estos en unidades físicas o en cajetillas de menor cantidad y la presencia de máquinas dispensadoras, se han revelado como especialmente efectivas, ya que la menor accesibilidad y el limitado dinero de que disponen para gastar, reducen la adquisición de los mismos.<sup>5</sup>

Las apreciaciones siguientes sobre este asunto aparecen en un documento del Banco Mundial: “La debilidad de los programas escolares podría estar menos relacionada con su naturaleza que con la audiencia a la que van dirigidos. Las respuestas de los adolescentes a la información sobre las consecuencias a largo plazo de una acción que influirá en su salud no son las mismas que las de los adultos, en parte porque su comportamiento está más orientado hacia el presente y en parte porque tienden a rebelarse contra las advertencias de los adultos”<sup>6</sup>

Quizás el programa perfecto para educar a los menores simplemente no existe, pero es un imperativo ético seguir intentando educar a los niños sobre este tema. Para ello se realizan las siguientes recomendaciones:<sup>7</sup>

- a) comenzar a actuar en edades precoces de la niñez (entre los 6 y los 8 años);
- b) utilizar personajes apreciados por los menores contra el tabaco (jóvenes deportistas, cantantes, etc.);
- c) mantener a largo plazo los programas basados en resistir las presiones sociales, por ejemplo, hasta el final de la escuela secundaria;
- d) evaluar cuidadosamente todos los programas.

No empezar a fumar en la infancia y adolescencia ahorra el esfuerzo que muchas personas dedicarán después, a lo largo de su vida, a desandar el camino iniciado sin valorar su verdadero alcance.

<sup>5</sup> L. N. Suárez: “América latina: los jóvenes y el tabaquismo”, *Promotion Education Journal of Health*, 1995; 2(1); 52-54.

<sup>6</sup> Banco Mundial: “La epidemia de tabaco. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco”, OPS-Banco Mundial, Washington, 2000.

<sup>7</sup> C. R. Rodrigo y E. Samitier: “50 mitos del tabaco”, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón, España, 2009.

Los programas de educación en las escuelas han demostrado ser eficaces cuando se combinan con otras actividades como, por ejemplo, el aumento de los impuestos al tabaco; los esfuerzos por ampliar la protección contra el humo de segunda mano; otros programas de educación sobre el tabaco organizados por la comunidad y campañas integrales y continuas de contrapublicidad.

Es importante tener presente, que las acciones educativas, ya sea en las escuelas o por los medios de comunicación, son necesarias, pero no suficientes para lograr la prevención y control del tabaquismo.

## Éxito y fracaso

Resulta necesario, por consiguiente, profundizar en todos aquellos elementos de carácter social que rodean el tabaquismo y el medio ambiente en el que se encuentra insertado, las principales fuerzas que en una medida u otra se encuentran relacionadas con la disyuntiva personal y social de decidir entre fumar o no fumar.

¿Será entonces el conocimiento sobre la nocividad el elemento fundamental de nuestras estrategias? Esta pregunta, que de diversas maneras la hemos señalado con anterioridad, nos hace encontrar nuevos problemas.

Si el conocimiento sobre los daños fuera suficiente para persuadir a dejar de fumar o para no iniciarse, no habría profesionales de la salud fumadores. Un estudio al que se hizo referencia con anterioridad, realizado en el año 2007 en el municipio de Habana Vieja de la capital de Cuba, encontró que solo el 49,4% de las mujeres profesionales de salud nunca habían fumado. Más alarmante resulta que de las fumadoras, el 36,7% continuaron el consumo de cigarrillos durante el embarazo.<sup>8</sup>

La imitación es causa fundamental de iniciación en el tabaquismo, por eso se deben cuidar los patrones imitativos en la sociedad. Padres, maestros, profesionales sanitarios y otros líderes de opinión tienen y debe hacerseles ver, una responsabilidad fundamental en la propagación de la epidemia tabáquica, pues desempeñan el papel de vectores, que de forma gratuita hacen el juego a la industria tabacalera.

Si bien, padre y madre tienen la misma responsabilidad ante las vidas que crean, roles de género le han conferido un papel más activo a la mujer. Por lo cual, un elemento de interés a considerar desde el enfoque preventivo, es abordar el compromiso de la mujer con la familia. Preservar a los hijos, niños o adolescentes, de ser fumadores pasivos y de tener un patrón fumador a imitar, es uno de los argumentos que debe considerarse. A ello puede unirse el

<sup>8</sup> L. N. Suárez, E. S. Negrín y H. M. Carballoso: "El tabaquismo en los profesionales de la salud", Habana Vieja, 2007, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2008, 34 (4): 1-11.

aspecto económico en cuanto a preservar los recursos familiares en función de mejorar la calidad de vida.

Prohibir la publicidad del tabaco es fundamental, pero hay que ir mucho más allá de las tradicionales formas de transmitir información, dedicarle especial interés a realizar el “des-marketing” al tabaco, desacreditando la información engañosa con evidencias y creando barreras de accesibilidad al cigarrillo, mediante una adecuada correspondencia en el binomio educación-legislación.

En los niños y jóvenes es fundamental instaurar habilidades para resistir las presiones del medio, esto los llevará a mantener un comportamiento racional ante el consumo en general y particularmente de sustancias tóxicas como el tabaco, el alcohol y, por supuesto, las drogas.

En todos los países donde se han implementado las estrategias de control del tabaco para las que existe un fundamento científico sólido, se ha observado una disminución en el consumo de tabaco y cambios en las actitudes al respecto. Donde estas medidas tuvieron éxito, se han visto cambios en las tasas de enfermedad. En los países en donde se actuó como si se hubiera resuelto el problema del tabaco, el progreso disminuyó, se detuvo o se revirtió.

Resulta recomendable para lograr impacto, implementar programas de prevención del tabaco y para dejar de fumar, que sean específicos en cuanto a género y edad.

### **Enfoque de género**

Existen diferencias de sexo y de género relacionadas con los distintos patrones de salud-enfermedad entre mujeres y hombres, de los cuales el tabaquismo no está exento, lo que implica la necesidad de hacer un alto para analizar este aspecto que termina constituyendo un argumento de vital importancia que se une a la descripción epidemiológica, cuando se requiere su prevención y control.

Como es conocido, el género, a diferencia del sexo, es una construcción social que tiene en su base las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres, que traen diferencias aparejadas en el poder y la autoridad.<sup>9</sup>

En todas las sociedades, sin diferencias de contexto geográfico, está presente la división de género, lo que significa que tanto hombres como mujeres tienen asignados roles distintos, que con más similitudes que diferencias, se manifiestan en la división sexual del trabajo, de modo tal que se espera que las mujeres se centren sobre todo en la familia y el trabajo doméstico, mientras que para los hombres la responsabilidad principal es en el trabajo remunerado y en el escenario público.

<sup>9</sup> N. Krieger: “Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter?”, *International Journal of Epidemiologic*, 2003, 32(4): 652-657.



Aún en el siglo XXI, el hecho de nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales desiguales y sujetos a distintos valores, creencias y actitudes, los que van a estar presentes en todo el proceso de socialización, se transmiten desde el hogar, se confirman en la escuela y se diseminan a través de los medios de comunicación social, para marcar lo que es considerado correcto y bueno para un sexo y puede ser considerado como incorrecto e inadecuado para el otro.

Es interesante tomar en cuenta este análisis para comprender la paradoja de los tiempos actuales: las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer que los hombres, mientras que su estado de salud es peor. La esperanza de vida del sexo masculino está relacionada con hábitos menos saludables que los de las mujeres, derivado de comportamientos que conducen a lesiones por accidente, violencia, consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales, dietas no saludables y sedentarismo.<sup>10</sup>

La existencia de diferencias de género en los comportamientos relacionados con la salud, hábitos de consumo y estilos de vida, y derivado de ello que las principales causas de mortalidad y morbilidad en la vida adulta, demuestran la importancia de introducir la perspectiva de género en el análisis, siendo el tabaquismo un ejemplo de ello.

La relación entre la masculinidad hegemónica y las conductas de riesgo, ocupa importantes líneas de la investigación sobre las implicaciones negativas de la socialización en la masculinidad sobre la salud.<sup>11</sup>

En un primer momento, la masculinidad parece un factor promotor de la salud, por disponer en general, de mayor acceso a recursos. Sin embargo, el análisis tiene que ser mucho más complejo.<sup>12</sup> Aunque la configuración de la masculinidad puede variar entre comunidades, el desarrollo de una identidad masculina heterosexual generalmente, implica asumir riesgos para la salud. La mayoría de estos comportamientos se hacen evidentes desde la adolescencia.

Un estudio sobre las desigualdades de género en los hábitos relacionados con la salud, realizado entre estudiantes de secundaria, documentaba que los chicos se peleaban con más frecuencia que las chicas y consumían más alcohol. Por el contrario, entre las chicas era más frecuente realizar dietas no saludables para perder peso.<sup>13</sup>

La socialización en el estereotipo de masculinidad significa también resistencia a admitir debilidades, lo que con frecuencia se asocia con una escasa atención a los mensajes de

<sup>10</sup> L. Artazcoz, J. Benach, C. Borrell e I. Cortés: "Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health", *Journal Epidemiol Community Health*, 2005; 59: 761-767.

<sup>11</sup> S. Griffiths: "Men's health: unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help", *BMJ*, 1006; 312: 69-70.247-258.

<sup>12</sup> T. Schofield, R. Connell, L. Walker, J. Wood y D. Butland: "Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research and practice", *J Am College Health*, 2000; 48.

<sup>13</sup> T. Y. Wu, S. E. Rose y J. M. Bancroft: "Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school students", *J Sch Nurs*, 2006; 22: 25-31.

promoción de la salud o un menor uso de los servicios de esta cuando son necesarios. Por supuesto, que ello tiene más importancia cuando nos referimos al tabaquismo.

También se han señalado como otros comportamientos relacionados con la socialización en la masculinidad, la importancia de una apariencia fuerte o de exhibir un comportamiento agresivo y de dominio físico, lo que ha sido manejado desde tiempos remotos en la publicidad. Ejemplo de ello son los anuncios de la marca Malboro, donde se exaltaba la figura de masculinidad con el vaquero que la representaba.

A medida que el desarrollo social ha ido reduciendo las desigualdades de género, las mujeres comienzan a adquirir algunos de los hábitos de consumo y a adoptar estilos de vida riesgosos que con anterioridad eran considerados típicamente masculinos. El consumo de tabaco es uno de esos más claros ejemplos.

Tomando como base el enfoque de género, las tendencias en el consumo de tabaco pueden analizarse en cuatro fases que presentan cómo el tabaquismo empieza a extenderse en los grupos más favorecidos para llegar a los menos favorecidos, y en primera instancia, en los hombres, con una posterior incorporación de las mujeres, como sucede también con otros comportamientos, siguiendo los mismos principios de la “teoría de difusión de las innovaciones” que se hizo popular en la década del 80 del pasado siglo xx.<sup>14</sup>

Estas fases, pueden visualizarse de la forma siguiente:

- a) el tabaquismo es excepcional y típico de las clases aventajadas;
- b) el consumo de tabaco aumenta, sobre todo en hombres de mayor nivel social;
- c) la prevalencia en hombres empieza a reducirse, sobre todo en los de mayor posición socioeconómica, mientras que las mujeres, que llevan un retraso entre 20 y 30 años respecto a los hombres, alcanzan la máxima prevalencia;
- d) la prevalencia se reduce en hombres y mujeres, y en ambos sexos, es más elevado en las clases sociales desfavorecidas.

Existen también diferencias de género y sociales en cuanto al patrón de abandono del tabaquismo, pues aunque la proporción de abandono ha aumentado en los hombres, la tendencia al abandono es más marcada en aquellos de mayor nivel educativo, mientras que en las mujeres la proporción de abandono generalmente aumenta en las universitarias de mediana edad.

Los factores asociados al inicio del tabaquismo son diferentes también entre mujeres y hombres.<sup>15</sup>

Mientras la autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen, son los factores que más influyen en la iniciación en las chicas, en los chicos

<sup>14</sup> C. Moynihan: “Theories of masculinity”, *BMJ*, 1998; 317: 1072-1075.

<sup>15</sup> L. N. Suárez: “América Latina: los jóvenes y el tabaquismo”, *Promotion Education Journal of Health*, 1995; 2(1):52-54.

fumar forma parte de la búsqueda de nuevas sensaciones, factores profundamente marcados por los roles de género.

También existen diferencias de género en el mantenimiento del tabaquismo. Así, independientemente de la adicción a la nicotina, uno de los factores que animan a la mujer a continuar fumando es el miedo a engordar. Tanto los hombres como las mujeres fuman para reducir el estrés, pero los factores desencadenantes son distintos.

Se ha señalado que mientras las mujeres fuman como reacción a experiencias negativas, los hombres lo hacen para aumentar sensaciones positivas.<sup>16</sup> Además, es importante tener en cuenta el peso corporal como una de las diferencias de género en el inicio, mantenimiento y dificultades para abandonar el tabaco.<sup>17</sup>

Las políticas de prevención y control del tabaquismo en particular, y de promoción de la salud en general, deben tener en cuenta las diferencias de género para que sean efectivas y eficientes, partiendo del análisis de estas en las motivaciones y barreras para la adquisición de conductas saludables y diseñar intervenciones a la medida con evaluaciones que tengan en cuenta este diseño.<sup>18</sup>

De la misma manera que la industria tabacalera ha sabido utilizar los estereotipos de género para aumentar el consumo de tabaco, la salud pública debe incorporar el enfoque de las diferencias de género en las acciones encaminadas a la promoción de conductas saludables.

## El control del tabaquismo en Cuba

Como ha sido señalado en capítulos anteriores, las acciones de control del tabaquismo en Cuba puede considerarse que se inician con la prohibición de la publicidad en general, en el año 1960, al encontrarse incluida la referida al cigarrillo.

Otro momento de interés lo constituye la colocación de advertencias en los envases de las cajetillas de cigarrillos y la información sobre la nocividad del tabaquismo, ofrecida a través de los profesionales de la salud y de los medios de comunicación social que comienza en la década del 70, cuando también se crea por el Ministerio de Salud Pública la Comisión Nacional de Promoción de Salud y se le confiere la responsabilidad de un Programa de igual nombre, donde el tabaquismo es uno de los aspectos a trabajar.

En 1985, se propone la ejecución de una campaña para desestimular el hábito de fumar, derivada de la tendencia al incremento de la prevalencia y el consumo, acompañada de su lógico efecto en la situación de salud.

<sup>16</sup> A. Brunswick: "Gender differences in the process leading to cigarette smoking", *J Psychol Oncology*, 1984; 2:49-69.

<sup>17</sup> E. Fernández, A. Schiaffino y M. Peris: "Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente", *Enf Emerg*, 2001, 3:184-190.

<sup>18</sup> E. Becoña y F. L. Vázquez: "Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género", *Rev Esp Salud Pública*, 2000; 74: 13-23.

Esta tarea se realiza con alcance nacional, carácter sistemático y permanente, a partir de un grupo de trabajo integrado por diferentes sectores, coordinado por el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna (ICIODI). La campaña se transforma en Programa Nacional en 1988, conservando igual estructura y funcionamiento. En 1994, al realizarse cambios en la organización y estructura de la Administración Central del Estado, se transfiere el Programa al Ministerio de Salud Pública, reformulándose acorde con la nueva organización del Estado y sobre la base de la experiencia obtenida y los resultados alcanzados hasta la fecha.

El Programa vigente tiene como objetivo general reducir la prevalencia del tabaquismo en la población cubana en un 1% anual y como objetivos específicos los siguientes:

1. prevenir el tabaquismo en niños, adolescentes y jóvenes, con una disminución del índice de iniciación;
2. lograr la cesación del hábito tabáquico, en la población fumadora, en un 1% anual;
3. reducir el tabaquismo pasivo a través de las regulaciones legales;
4. disminuir el consumo de cigarrillos y tabacos en un 3% anual.

El Programa mantiene alcance nacional, carácter permanente y se desarrolla con un enfoque multisectorial y multidisciplinario.

Los propósitos son:

1. concientizar a la población y a grupos expuestos a riesgo en la nocividad del tabaquismo, promoviendo estilos de vida y conductas saludables;
2. fomentar nuevas generaciones de no fumadores;
3. propiciar el mecanismo legal que permita proteger al fumador pasivo y limite al fumador las posibilidades de fumar;
4. promover la no aceptación social del hábito de fumar;
5. ofrecer el tratamiento requerido a las personas interesadas en dejar de fumar, a través del Sistema Nacional de Salud y facilitar su rehabilitación;
6. disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica y de investigaciones específicas e integradas a las enfermedades crónicas no transmisibles, que permita la evaluación del Programa y su perfeccionamiento.

**Estructura organizativa.** El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el responsable de realizar la dirección del Programa, valiéndose para ello de una Comisión Nacional, de carácter intersectorial y una Comisión Técnica multidisciplinaria. La estructura provincial es similar.

La Comisión Nacional es dirigida por el MINSAP, a través de la Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, del Área de Higiene y Epidemiología, con la participación de las áreas de Asistencia Médica, Docencia Médica, Unidad Nacional de Control del Cáncer, Dirección de Ciencia y Técnica, Dirección Jurídica, Instituto Nacional de Higiene,

Epidemiología y Microbiología (INHEM), Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), Instituto Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (INCCCV), Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), entre otros.

Lo integran además, los siguientes organismos e instituciones: Asamblea Nacional del Poder Popular (ANPP) y Órganos Locales del Poder Popular (OLPP); los ministerios de Educación (MINED), Educación Superior (MES), Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), Cultura (MINCULT), Comercio Interior (MINCIN), Economía y Planificación (MEP); Finanzas y Precios (MFP), Transporte (MITRANS), Comunicaciones (MINCOM), Agricultura (MINAGRI), Comercio Exterior (MINCEX), Justicia (MINJUST) y Trabajo y la Seguridad Social (MITSS). Los institutos de Aeronáutica Civil de Cuba (IACC), Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER) y Cubano de Radio y Televisión (ICRT).

Algunos de los organismos e instituciones señalados, en los años 2012 y 2013 han tenido modificaciones en su estructura y razón social, derivado de los cambios que se realizan en el país, lo que será reordenado en el programa, aunque puede considerarse que las responsabilidades y acciones previstas a ejecutar no sufren modificaciones sustanciales.

Como organizaciones no gubernamentales: Unión de Jóvenes Comunistas (UJC), Federación de Mujeres Cubanas (FMC), Comités de Defensa de la Revolución (CDR), Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP) y Central de Trabajadores de Cuba (CTC).

Debido a que el Programa se integra en las acciones de salud pública, se crea en el MINSAP una estructura específica, denominada Comisión Técnica, integrada por las dependencias del mismo, anteriormente señaladas y otras que se consideran, de manera eventual o permanente, así como el Departamento de Salud del MINED. A nivel provincial, existe la misma estructura.

En las provincias el Director Provincial de Salud, es el máximo responsable del desarrollo, supervisión y evaluación de las actividades del Programa, por medio del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud, así como de establecer las coordinaciones intersectoriales pertinentes.

En los municipios, la responsabilidad del desarrollo, supervisión y evaluación de las actividades del Programa y de establecer las coordinaciones intersectoriales pertinentes le corresponde al director municipal de Salud, mediante el frente de Promoción y Educación para la Salud.

En el área de salud la componen el Director del Policlínico, como responsable de la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades del Programa a su nivel.

Las especialidades de Medicina General Integral, Psicología, Psiquiatría, Epidemiología y los profesores de los Grupos Básicos de Trabajo, tienen a su cargo la capacitación de los médicos de familia y los especialistas en medicina general integral, participando en las acciones de su competencia, sobre la base de las necesidades de este programa.

El médico de familia es el responsable de la ejecución de las actividades de promoción, prevención y tratamiento a su nivel.

El funcionamiento del Programa se realiza sobre la base de su estrategia y el plan de acción y se apoya en los diferentes documentos legislativos vigentes, que fueron señalados en el capítulo que se refiere a la legislación en el contexto cubano.

El trabajo es coordinado por la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, por medio del responsable del Programa y su ejecución está a cargo de la Comisión Nacional.

Adecuado a las características particulares del país y en concordancia con los Objetivos, Propósitos y Directrices del Ministerio de Salud Pública para cada período, el programa se estructura en cuatro componentes:

- información, educación, comunicación;
- legal;
- tratamiento y rehabilitación;
- evaluación y perfeccionamiento.

La estrategia del Programa para la Prevención y el Control del Tabaquismo en Cuba ha sido diseñada sobre la base de tres aspectos fundamentales: magnitud del tabaquismo y su repercusión en la situación de salud; priorización de la salud de la población y su calidad de vida y la experiencia nacional e internacional.

La estrategia se resume en los puntos siguientes:

- Desarrollar el Programa con carácter multisectorial y multidisciplinario, a nivel nacional, de forma permanente y coordinada por el Ministerio de Salud Pública.
- Ejecutar acciones educativas, dirigidas fundamentalmente a la niñez y a la juventud, incorporando la educación antitabáquica de forma curricular en los diferentes niveles de la enseñanza primaria, media y tecnológica en el Sistema Nacional de Salud.
- Realizar acciones educativas y de orientación dirigidas a la población y a grupos expuestos a riesgo, utilizando los medios de comunicación y de forma directa mediante programas específicos del MINSAP, MINED, MES, INDER, FMC, CDR, CTC, ANAP, Consejos Populares, entre otros.
- Mantener la prohibición de la publicidad directa y prohibir la publicidad indirecta de los productos del tabaco en todos los medios de comunicación y en eventos deportivos, culturales y de otra naturaleza.
- Mantener la advertencia de la nocividad del consumo en las cajetillas de cigarrillos cubanos y exigir que los cigarrillos importados tengan la advertencia.
- Mantener el control de la toxicidad de los cigarrillos y disminuirla gradualmente.
- Establecer y controlar el cumplimiento de la prohibición de fumar en todos aquellos lugares públicos donde la contaminación afecte a los no fumadores.

- Mantener la prohibición de venta de productos manufacturados del tabaco a los menores de 17 años y no permitir la venta en máquinas automáticas.
- Mantener una política de precios a los productos manufacturados del tabaco, acorde con los objetivos de prevención y control del tabaquismo.
- Insertar la lucha contra el tabaquismo en las acciones de salud en la atención primaria.
- Considerar el tabaquismo como uno de los aspectos esenciales en los Programas y Planes de Acción del Movimiento de Municipios por la Salud.
- Ofrecer tratamiento a las personas interesadas en dejar de fumar y rehabilitación a los exfumadores, por medio del Sistema Nacional de Salud.
- Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita evaluar el desarrollo e impacto del Programa.
- Realizar investigaciones y estudios que permitan evaluar la eficiencia, eficacia, progreso, suficiencia y pertinencia del Programa y posibiliten su perfeccionamiento.

La estrategia se plantea trabajar, esencialmente, con un enfoque de promoción de salud, que impida que se continúe a nivel social la reproducción del hábito tabáquico, ofreciendo a la vez, las condiciones necesarias para que reciban tratamiento y rehabilitación las personas que lo requieren, con el soporte legal requerido para proteger la salud del fumador y del fumador pasivo, principalmente los niños, apoyándose en la investigación científica para que se tomen decisiones acertadas en la política y estrategia trazadas.<sup>19</sup>

Resulta evidente, que la concepción del Programa desde su primer documento y aprobación, presenta un enfoque integral y adecuado a las características del tabaquismo en el país y a las estructuras administrativas encargadas de ejecutarlo. No obstante, en la práctica ha tenido dificultades en su funcionamiento, entre otras razones por la falta de prioridad, debido a problemas de salud que requieren mayor atención.

Como consecuencia de ello se realizó un estudio para identificar si el equipo básico de salud que trabaja en la atención primaria, tiene los conocimientos suficientes acerca de las actividades de prevención y control del tabaquismo presentes en los diferentes programas del Sistema Nacional de Salud para ejecutar en su comunidad.

Aunque se conoce la importancia de la participación de los diferentes sectores en la prevención y control del tabaquismo, como se establece en el programa, es fundamental mirar hacia adentro, valorar qué se hace desde la atención primaria como eslabón fundamental, por ser precisamente ahí donde están los fumadores y la población expuesta al tabaquismo pasivo, para esclarecer si realmente desde el sistema de salud se está actuando como está previsto.

El estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos y enfermeras de los consultorios en la atención primaria de salud, sobre las actividades de

<sup>19</sup> Ministerio de Salud Pública. “Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo”, La Habana, 2010.

promoción de esta y prevención de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, presentes en los programas nacionales vigentes en el Ministerio de Salud Pública. Se realizó en el municipio Diez de Octubre de La Habana, capital del país, en el año 2007.

Este incluyó la revisión de los programas de control de enfermedades relacionadas con el tabaquismo y se constató que algunos no incluyen acciones de promoción y prevención contra esta adicción y en la mayoría de los programas donde están presentes estas acciones resultan generales, insuficientes, inespecíficas y no uniformes.

Además se encontró desconocimiento, tanto en los médicos como en las enfermeras, de los lugares adonde deben remitir un paciente que desea dejar de fumar y de las regulaciones legales existentes para el control de esta adicción, lo que interfiere en la labor de este personal como líderes comunitarios.

Una cifra importante del personal sanitario consideró inefectivas las acciones que desarrollaban en el área de salud para la erradicación del tabaquismo. La mayoría de los encuestados realizaban las actividades educativas en consultas y terreno, refiriendo que en menor medida las hacen en escuelas y centros de trabajo, lo que trae por consiguiente, la pérdida de escenarios propicios para desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades relacionadas con esta adicción.<sup>20</sup>

Si se analiza que en los años transcurridos desde la implementación del programa en 1995, ya como programa del Ministerio de Salud Pública, la prevalencia del tabaquismo era de 37% y la cifra de referencia en el año 2001 fue 32%, la reducción ha sido inferior al 1% anual previsto como objetivo del programa.<sup>21</sup> La prevalencia en el año 2010 es 24%, por lo que al compararla con el año 1995 la reducción ha sido de 13%, para un promedio anual de 0,86%. El análisis en un periodo mayor de tiempo también ofrece resultados que evidencian que continúa siendo inferior.<sup>22</sup> Tampoco el descenso en el consumo de cigarrillos y tabacos ha alcanzado la cifra del 3% anual previsto.<sup>23</sup> Esto permite suponer que no han sido efectivas las acciones de prevención y control o son insuficientes. También se pone de manifiesto, que no se trata solo de tener un programa concebido con calidad y rigor, adecuado a las características del país y enfocado a la magnitud del problema y las particularidades contextuales. Es necesario trabajar a diario para encontrar las amenazas que desde el medio actúan para mitigar o impedir su efecto.

<sup>20</sup> C. O. S. Acosta: "Conocimiento, actitudes y prácticas sobre prevención del tabaquismo en la atención primaria de salud, municipio Diez de Octubre", La Habana, 2007. Tesis para optar por el grado de Máster en Promoción de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, 2008.

<sup>21</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. MINSAP: "Encuesta nacional de factores de riesgo", Cuba, La Habana, 2001.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

<sup>23</sup> L. N. Suárez: "El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba", *Revista Cubana de Salud Pública*, 2006;32:(2):1-17.



Las lecciones aprendidas tienen que servir para reformular, tanto los programas como su estrategia y plan de acción; hay que nutrirse de los casos exitosos y adecuarlos para ponerlos en práctica. Hay que apoyarse en lo que el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo ofrece, porque un problema global requiere de una planificación a ese nivel para que las acciones locales puedan tener efecto.

*Para reducir el tabaquismo, se requiere del efecto sinérgico que se logra con total coherencia y complementación entre las acciones educativas, económicas y legales: educar y crear barreras de accesibilidad a los productos del tabaco.*

*Los elementos fundamentales para lograr la efectividad de los programas de prevención y control son: impuesto y aumento de precio; legislaciones, prohibiciones e imagen; ambientes libres de humo; programas de cesación; campañas de educación pública y programas de educación escolar.*

## DISEÑO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Cuando se hace referencia a la evaluación, se considera el empleo y aplicación sistemáticas de técnicas de investigación, tanto cuantitativas como cualitativas, para determinar lo apropiado y efectivo del diseño e implementación de programas y de proyectos sociales.

Como beneficios se pueden señalar, entre otros, que permite identificar estrategias exitosas y, por tanto, no continuar con aquellas acciones que no obtienen los efectos deseados. También ofrece la posibilidad de compartir los resultados, aciertos y aprendizajes de los programas, con los ejecutores de otros similares, ya sea en el propio contexto, como con otros países o regiones.

Cuando se trata de programas que reciben financiamiento por agencias donantes, posibilita mostrar los resultados obtenidos a partir de los recursos recibidos y también captar más financiamiento para el futuro.

La evaluación es en sí una herramienta de gran utilidad para el manejo de programas y proyectos, en tanto muestra lo que no está funcionando y permite obtener los elementos para hacer que marche mejor. Para los ejecutores de los mismos, debe ser un momento para detenerse a pensar en lo que se está haciendo.

No obstante las generalidades mencionadas, cada programa o proyecto a evaluar tiene sus objetivos específicos y particularidades, por lo que a continuación se abordarán aquellas relacionadas con el tabaquismo.

Para diseñar las intervenciones encaminadas a la prevención y control del tabaquismo, debe disponerse de los datos de prevalencia y los patrones del consumo de tabaco; reorientar las intervenciones hacia las poblaciones más necesitadas, evaluar el impacto producido en las tasas de tabaquismo globales y regionales. Además, hay que comprender el contexto local, las relaciones son fundamentales, las alianzas son esenciales, los líderes locales son necesarios. Deben situarse las intervenciones en el entorno de desarrollo social, la sincronización es más importante que el tiempo en que pueda ejecutarse.

### **Investigación vs. evaluación**

La evaluación es un área metodológica distinguible, pero muy relacionada con la investigación social, pues utiliza muchas de las metodologías que ella emplea.

Sin embargo, dado que tiene lugar dentro de un contexto político y organizacional, la evaluación exige sensibilidad hacia las diversas partes interesadas, destreza política, capacidad

de administración, habilidades grupales y otras, de menor requerimiento en la investigación social.

La vigilancia implica el registro de enfermedades o conductas riesgosas, el monitoreo conduce a la notificación de cambios en los resultados de un programa a través del tiempo y la evaluación busca que se comprenda específicamente por qué se dan estos cambios.<sup>1</sup>

La evaluación permite monitorear el progreso hacia el objetivo; demostrar la efectividad del programa o la actividad; determinar si los componentes que lo integran logran el efecto deseado; justificar la necesidad de fondos y apoyo, aprender a perfeccionarlo, que es el objetivo fundamental de la evaluación.

Pero esta resulta inútil si no se utilizan los hallazgos para marcar una diferencia. Los cuatro estándares que deben tomarse como base en la evaluación son los siguientes:

- Utilidad: ¿quién necesita la información?, ¿qué información es necesaria?
- Viabilidad: ¿cuánto dinero, tiempo y esfuerzo podemos dedicarle a esto?
- Conveniencia: ¿qué pasos hay que seguir para que la evaluación sea ética?
- Precisión: ¿qué diseño conducirá a la información precisa?

Cada etapa del desarrollo del programa influye en la razón y propósito para su evaluación.

Una forma de clasificación de la evaluación es la que las agrupa en normativa y sumativa. La evaluación normativa, afianza o mejora el programa que se evalúa. Ejemplo de ello son la valoración de las necesidades y de la propia evaluabilidad, así como la implementación y el proceso de ejecución.

Las preguntas fundamentales a las que debe responder la evaluación normativa son las siguientes:

- ¿Cuál es la definición y la magnitud del problema o la cuestión? O bien, ¿cuál es la interrogante a que se quiere dar respuesta?
- ¿Dónde está el problema? ¿Cuán grande o grave es?
- ¿Cómo se puede aplicar el programa para abordar el problema?
- ¿Cuán buena es la aplicación del programa?

La evaluación sumativa, por su parte, determina si se cumplieron las expectativas del programa y evalúa su desempeño. Ejemplo de ello es la evaluación de resultados, de impacto y el análisis de efectividad y la relación entre el costo y el beneficio de datos secundarios, así como de metanálisis.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> S. R. Hernández, C. C. Fernández y L. B. Baptista: *Metodología de la investigación*, Mc Graw Hill, México, 2006.

<sup>2</sup> ONUSIDA/00.17E “Programa Nacional de Sida. Guía para el monitoreo y evaluación”, Ginebra, Suiza, junio, 2000.

Las preguntas fundamentales que debe responder son las siguientes:

- ¿Qué tipo de evaluación es factible?
- ¿Cuál fue la efectividad del programa?
- ¿Cuál es el impacto neto del programa?

Los métodos para recopilar información son: cuestionarios, encuestas y listas de verificación, entrevistas, documentos, observación y estudios de casos.

La vigilancia, definida como el “proceso continuo y sistemático de recopilación, análisis e interpretación de datos relacionados con la salud, es esencial para la planificación, implementación y evaluación de las prácticas de salud pública”.\* Este proceso está íntimamente vinculado con la difusión oportuna de tales datos a los responsables de la prevención y el control.

Los puntos de vigilancia del tabaco son aquellos en los cuales se considera que se produce la difusión del tabaquismo explicados con anterioridad. Para cada uno de ellos debe disponerse de las técnicas y métodos más apropiados para la recolección del dato primario y por tal razón serán analizados de manera particular.

### **Métodos de recopilación de datos**

Los métodos de recopilación más empleados son la observación directa, los cuestionarios empleados en encuestas, la medición de indicadores ambientales y biológicos. Los datos pueden recopilarse en función del tiempo, el espacio o grupos de la población, pero es fundamental que se disponga de información sobre caracterización del agente tabaco, uso del tabaco, enfermedad, industria del tabaco, ambiente de control del tabaco, monitoreo del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT/ FCTC), de la presencia del humo de segunda mano y la vigilancia de mercado.

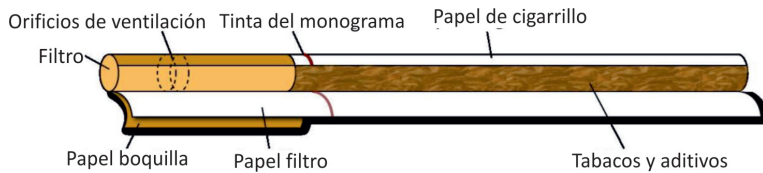
Pasaremos a describirlos a continuación.

#### **CARACTERIZACIÓN DEL AGENTE TABACO**

Una descripción del cigarrillo como dispositivo de suministro de nicotina debe obtenerse a partir de los siguientes datos: contenido de nicotina del cigarrillo y de nicotina del humo, ventilación del filtro, velocidad de combustión, largo del cigarrillo, marcas, productos que suponen una “reducción del daño” y sabor.

Casi toda esta información puede obtenerse a partir de la identificación de la estructura del cigarrillo actual, como puede observarse en la figura 1 y será suministrada por la propia industria a partir de sus diferentes productoras. Lo ideal es que se disponga de laboratorios propios que permitan corroborar los datos que ofrecen.

\*Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, EE.UU.



**Figura 1. Estructura del cigarrillo.**

Fuente: Adaptación Institute for Global Tobacco Control, CCTL.

## USO DEL TABACO

El otro conjunto de datos importantes es el registro de la exposición que se realiza mediante estudios de prevalencia de factores de riesgo. Si se ejecuta con un muestreo probabilístico, permite generar cálculos representativos en el ámbito nacional. En algunos países se considera la población de 15 años y más. Si se realiza una distribución adecuada por grupos de edades es posible hacer comparaciones entre países y a nivel mundial. Las encuestas realizadas en el hogar han resultado las más convenientes y de mayor fiabilidad.

Existen en la actualidad varios sistemas de vigilancia a nivel mundial liderados por la OMS, con el propósito de disponer de indicadores de la magnitud del problema y dar seguimiento a los resultados de las intervenciones. Entre ellos se encuentra el denominado Método de Vigilancia Progresivo (STEPS), que se refiere a la encuesta modular de factores de riesgo de enfermedades crónicas en personas de 25 a 64 años y el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (OMS y CDC).<sup>3</sup>

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ) ha sido una encuesta escolar en población de 13 a 15 años, realizada en 140 países con un diseño de muestreo de etapas múltiples, por lo que permite el análisis y comparación. Se empleó un cuestionario autoadministrado y un protocolo estandarizado para evaluar: uso del tabaco, conocimientos y concienciación, acceso a los cigarrillos, exposición al humo de segunda mano (HSM), publicidad del tabaco y mensajes antitabaco.<sup>4</sup>

## ENFERMEDAD

El registro de enfermedades atribuibles y relacionadas con el tabaco tiene dos enfoques: el registro de las tendencias en enfermedades centinelas, es decir, cáncer de pulmón, enfermedad

<sup>3</sup> C. W. Warren, J. Lee, V. Lea, A. Goding y B. O'Hara: "Evolución del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (SMVT) 1998-2008". Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro de Control de Enfermedades. [Internet]. [citado: 30 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.oms.org>

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. "Encuesta mundial sobre el tabaco en jóvenes". [Internet]. [citado: 30 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.edc.gov/spanish/tabaco.htm-32k>

pulmonar crónica; y utilizar estimaciones o cálculos aproximados de riesgos atribuibles para calcular la mortalidad evitable debido al uso del tabaco.

#### INDUSTRIA DEL TABACO

El registro de la industria tabacalera debe incluir lo siguiente: actividad económica, cabildeo, lobby/influencia, Responsabilidad Social Corporativa (RSC), comercialización y estrategias de publicidad, extensión de marca, programas de prevención para los jóvenes y declaraciones que emiten y sustentan sobre la salud.

#### AMBIENTE DE CONTROL DEL TABACO

Esta información debe abarcar el ambiente de la política: leyes y disposiciones antitabaco, aplicación de impuestos, restricciones publicitarias, etiquetas con advertencias, restricciones para los jóvenes y máquinas expendedoras.

A la vez, hay que identificar la determinación política en cuanto a la posición que asumen los gobiernos, la dependencia económica de la industria del tabaco y la aceptación social, caracterizando los conocimientos, actitudes y creencias al respecto, de los diferentes grupos de población y sectores de la sociedad.

#### AMBIENTE LOCAL

Constituye un punto de especial interés, con la recolección sistemática de información, se encontrarán en condiciones de producir y disponer de una base de datos locales, instrumento indispensable para la toma de decisiones en lo referente al resultado de intervenciones realizadas en ese lugar en particular al medir, desde y con la comunidad, el impacto local de los programas, así como identificar localmente los factores protectores y de riesgo del uso de tabaco. Tomando como base esa información, resultará posible definir, en conjunto con las organizaciones comunitarias, las líneas de trabajo de promoción, prevención y políticas de salud en relación con el tabaquismo.

El monitoreo del impacto comunitario de las intervenciones dirigidas al control del tabaquismo debe ofrecer información sobre los siguientes ejes: participación comunitaria, acción intersectorial, compromiso con políticas públicas saludables, gestión y movilización de recursos, formación y fortalecimiento de equipos técnicos y sustentabilidad.

#### MONITOREO DEL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

El CMCT cuenta con las siguientes fuentes de información: informes sobre tabaquismo de la OMS y de la Conferencia de las Partes (Conference of the Parties) COP, monitoreo de la Alianza para el Convenio Marco (Framework Convention Alliance) FCA y además el informe de cada país.

Los diversos puntos posibles para la vigilancia del control del tabaco permiten utilizar los datos para identificar la magnitud del problema, incentivar políticas y llevar registro del impacto de las medidas de salud pública.

#### EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DEL HUMO DE SEGUNDA MANO

Esta valoración debe realizarse a través de estudios de opinión de las personas, mediante encuestas y cuestionarios, pero es fundamental conocerlo por medio de bioindicadores presentes en la saliva, la orina, el cabello y el suero (cotinina); ya que son las fuentes más seguras, porque las que se hacen a las personas utilizando la opinión, pueden tener un sesgo determinado por el conocimiento que estos tienen sobre la nocividad del tabaquismo y no declarar que son fumadores.<sup>5</sup>

Así mismo, debe medirse la concentración de los componentes del tabaco (nicotina) en la atmósfera en los lugares cerrados, así como de las micropartículas del aire (PM2.5). Toda esta información proporciona un cálculo preciso y confiable del impacto de las políticas de ambientes cerrados libres de humo de tabaco y se puede emplear tanto para el diseño de intervenciones, como para su difusión en los medios de comunicación social, contribuyendo de esta forma con la promoción y el cumplimiento de las leyes antitabaco.

#### VIGILANCIA DE MERCADO

Se debe construir la infraestructura para un programa de vigilancia del mercado que sirva para monitorear y comprender mejor la conducta de los consumidores de tabaco y la forma en que se utilizan los productos de este en el mundo real.

Esto les permite a las agencias reguladoras observar los efectos de los productos de tabaco en la población, en especial, los efectos de la nueva generación de productos que prometen reducir la exposición y el riesgo. También permite comenzar a explicar posibles consecuencias no intencionadas, de la acción reguladora y la conducta de la industria.

Algunas de esas consecuencias pueden ser el impacto sobre las actitudes de los fumadores con respecto a dejar de fumar sobre el interés de los exfumadores en retomar el consumo de tabaco, y de aquellos que nunca fumaron en comenzar a consumir tabaco, incluidos los jóvenes.<sup>6,7</sup>

<sup>5</sup> S. I. M. Martínez, M. Fu, C. Ariza, M. J. López, E. Saltó, J. A. Pascual y otros: "Punto de corte óptimo de la concentración de cotinina en saliva para discriminar entre fumadores y no fumadores en la población adulta de Barcelona", *Gac Sanit*, 2009; 23(6): 501-505. [Internet]. [citado: 20 de marzo de 2012] Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php>

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. "Sistema de Información sobre uso del tabaco". OMS. (2003 y 2005). [Internet]. [citado: 10 de marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/en](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/en)

<sup>7</sup> R. H. Secker, W. Gnich, S. Platt y T. Lancaster: "Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos" (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, No. 4, Oxford: Update Software Ltd. [Internet]. [citado: 10 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com>

## Indicadores para la evaluación de los programas de control del tabaquismo

A continuación se presenta una propuesta de indicadores que deben tomarse en consideración para valorar el efecto de los programas. Los mismos permitirán contar con una línea de base y mantener el monitoreo y la valoración de los avances.

Esta propuesta fue realizada por el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo del Ministerio de Sanidad y Política Social de España y revisados y adaptados por la autora, quien considera que es imprescindible tomarlos en cuenta si se quiere disponer de un diagnóstico que permita, tanto trazar una estrategia, como realizar modificaciones en esta.

### I. INDICADORES DE CARÁCTER EPIDEMIOLÓGICO O POBLACIONAL

#### Indicadores de consumo de tabaco

1. Prevalencia de fumadores diarios.
2. Prevalencia de fumadores ocasionales.
3. Prevalencia de fumadores actuales.
4. Prevalencia de exfumadores.
5. Prevalencia de no fumadores (nunca han fumado).
6. Proporción de abandono.
7. Tipo de tabaco consumido.
8. Consumo medio de tabaco.
9. Consumo medio de cigarrillos.
10. Edad media de inicio de consumo de tabaco.
11. Cigarrillos/año.
  - 11.1 Cigarrillos/año en fumadores diarios.
  - 11.2 Cigarrillos/año en fumadores ocasionales.

### II. INDICADORES DE EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO

12. Prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar.
13. Prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en el trabajo o centro de estudios.
14. Prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en los lugares de ocio.

### III. INDICADORES DE CESE Y DE AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR

15. Intención de dejar de fumar (estadios de cambio).
16. Frecuencia de intentos realizados para dejar de fumar.
17. Tiempo transcurrido desde que dejó de fumar.
18. Motivos para dejar de fumar.
19. Consejo sanitario para dejar de fumar.



20. Ayuda de un profesional de la salud recibida para dejar de fumar.
21. Métodos empleados para dejar de fumar.
  - 21.1 Métodos farmacológicos.
  - 21.2 Métodos no farmacológicos.
22. Demanda de ayuda para dejar de fumar.

#### IV. INDICADORES DE IMPACTO EN LA SALUD

23. Incidencia poblacional de cáncer de pulmón.
24. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco.
25. Años potenciales de vida perdidos.
26. Mortalidad atribuible a la exposición pasiva al humo de tabaco.
27. Morbilidad atribuible a la exposición pasiva al humo de tabaco.

#### V. INDICADORES ESPECÍFICOS PARA JÓVENES

28. Prevalencia de fumadores esporádicos.
29. Prevalencia de fumadores regulares o habituales.
30. Consumo de tabaco en el centro educativo.
31. Edad media de la primera vez que probó el cigarrillo.
32. Prevalencia de consumo de tabaco del padre y /o la madre en el hogar.
33. Normas de consumo de tabaco en el hogar.
34. Lugar de acceso.
35. Dificultad en la accesibilidad al tabaco.

#### VI. INDICADORES EN GRUPOS DE POBLACIÓN ESPECÍFICOS

##### **Indicadores en mujeres embarazadas**

36. Prevalencia de consumo de tabaco en el embarazo.
  - 36.1 Durante todo el embarazo.
  - 36.2 Durante los tres primeros meses del embarazo.
  - 36.3 En el último mes de embarazo.

##### **Indicadores en profesionales sanitarios**

37. Indicador de identificación de pacientes fumadores.
38. Indicador de registro de consumo de tabaco en la historia clínica de los pacientes.
39. Indicador de realización de consejo sanitario antitabaco.
40. Indicador de seguimiento del hábito de los pacientes a los que se les ha dado consejo sanitario antitabaco.
41. Indicador de tipo de intervención antitabaco realizada.

42. Indicador de demanda de ayuda para dejar de fumar por parte de sus pacientes.
43. Indicador de opinión sobre el rol modélico.
44. Indicador de inclusión de contenidos sobre daños del tabaquismo a la salud en la formación académica de profesionales sanitarios (médicos, estomatólogos, enfermeros).
45. Indicador de conocimientos y habilidades declaradas por los profesionales sanitarios para el manejo del tabaquismo (médicos, estomatólogos, enfermeros).

### **Indicadores en docentes**

46. Indicador de inclusión de la prevención del consumo de tabaco en los contenidos curriculares de los distintos niveles de enseñanza (primaria, secundaria, universitaria).
47. Indicador de realización de actividades extracurriculares de prevención en relación con el tabaquismo.
48. Indicador de tipo de actividades realizadas para la prevención del tabaquismo.
49. Indicador de temas abordados en las actividades realizadas.
50. Indicador de opinión sobre el rol modélico en docentes.

Los estudios que se realicen pueden tomar los indicadores que consideren más oportunos, de acuerdo con sus objetivos y con los propósitos de estrategias, programas o intervenciones a proyectar o evaluar.

### **La investigación para el diseño de programas y proyectos de prevención y control del tabaquismo**

Dos interrogantes resultarán de utilidad para investigar e identificar los argumentos que aportarán los elementos esenciales para definir toda política y estrategia en relación con el consumo de tabaco, ya se trate de un enfoque global, regional, nacional o simplemente local. Es decir, que sirvan de base para la toma de decisiones, tanto de los organismos internacionales, como de los gobiernos, ya sea a nivel nacional o en los territorios.

El problema que deben justificar estas investigaciones puede resumirse en dos preguntas. La primera se centra en analizar, si el tabaquismo constituye un problema de salud y la segunda si la sociedad se encuentra en condiciones de enfrentarlo.

Para dar respuesta a la primera pregunta es necesario realizar estudios de prevalencia, consumo, así como de morbilidad y mortalidad; para responder la segunda se deben realizar estudios socioeconómicos y psicológicos.

La conformación de un cuerpo de argumentos en torno a ambos tópicos, nos llevó a realizar un estudio de la situación internacional y nacional en relación con el tabaquismo que permitiera organizar todos los supuestos en función de la definición de políticas y estrategias que posibiliten su prevención y control, donde los aspectos de orden social, ocupen el lugar que realmente les corresponde.

La magnitud del tabaquismo, el impacto sobre la situación epidemiológica y el cuadro de salud, permiten definir qué alcance deberá tener el programa y con qué intensidad deben ejecutarse sus acciones, así como la relación entre los componentes educativos, legales, económicos, de tratamiento y rehabilitación, para poder obtener los decrecimientos requeridos en prevalencia de fumadores y consumo de tabaco, que impacten en la morbilidad y mortalidad. Pero unido a las intenciones de mejorar la situación de salud de la población, coexisten otros intereses que posibilitan la promoción y publicidad de los productos manufacturados del tabaco, las agresivas estrategias de mercadotecnia de las transnacionales tabacaleras y los precios preferenciales a los productos del tabaco, que lo hacen ser un producto rey en relación con otros cultivos, ya que requieren más atenciones culturales y son menos lucrativos.<sup>8</sup>

Los indicadores anteriormente señalados pueden servir de base para la proyección de investigaciones que tienen como propósito el diseño de programas para la prevención y el control del tabaquismo.

Por consiguiente, es necesario profundizar en todos aquellos elementos de carácter social que rodean el problema “tabaquismo” y el medio ambiente en el que se encuentra insertado, las principales fuerzas que en una medida u otra, son aliadas u opositoras; las dificultades, amenazas, las fortalezas y oportunidades en la lucha contra el tabaquismo y que, por tanto, se encuentran relacionadas con la disyuntiva personal y social de decidir entre el tabaco o la salud.

### **Monitoreo y evaluación del tabaquismo en Cuba**

La investigación del tabaquismo en Cuba ha estado presente desde la concepción de las primeras acciones para su prevención y control, participando en las investigaciones a que ha sido convocada por organismos internacionales. Los estudios que se realizan con periodicidad son los de prevalencia y consumo, ya que permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos previstos en el tiempo.

Los estudios de prevalencia, de representatividad nacional, se realizaron desde el año 1980 hasta el año 1994, por el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna (ICIODI), y a partir de esa fecha por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), del Ministerio de Salud Pública, mediante la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, donde uno de los factores es el tabaquismo. En el año 2010 se pudo disponer de nuevo de una información nacional que abarca tanto la zona rural como la urbana, además de ofrecer por vez primera información que describe el color de la piel, entre otras variables (negros, mulatos y blancos) que son los que más abundan en el país.

Los estudios de consumo de cigarrillos y tabacos se realizaron, también, hasta el año 1994 por el ICIODI y posteriormente, por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) del Ministerio de Salud Pública.

<sup>8</sup> L. N. Suárez: “Tabaco o Salud: una decisión social”, revista *Horizonte Sanitario*, México, 2004; 3 (2):12-21.

En Cuba, los estudios de mortalidad y morbilidad han estado a cargo de los institutos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y de Oncología y Radiobiología (INOR), así como por la Sección independiente de Control de Cáncer del Ministerio de Salud Pública, dada la importancia tanto del cáncer como de las enfermedades cardiovasculares en el cuadro de salud de la población cubana.

También se han realizado estudios sobre enfermedades relacionadas en otros institutos y centros de investigación del Ministerio de Salud Pública, así como dependencias locales, algunos de ellos en colaboración con centros docentes.

Los referidos estudios han estado más centrados en describir la situación que se encuentra, aunque también han realizado análisis para conocer las causas de no haber logrado los resultados requeridos con las acciones de prevención y control.

También se realizan estudios locales sobre prevalencia, así como dependencia, cesación, aspectos legales, económicos, culturales y todos los relacionados con el ambiente, humo de segunda mano, por citar los más importantes.

Estas investigaciones se ejecutan en gran medida, a partir de tesis de especialidad, maestrías y doctorados, y también por interés de profesionales de la salud, los cuales son publicados en las revistas científicas y presentados en eventos, tanto nacionales como internacionales.

Desde el año 1987, generalmente con periodicidad anual, se realizan encuentros para compartir los resultados de las investigaciones que se ejecutan en el país, en eventos científicos organizados como parte de las actividades por el Día Mundial Sin Tabaco.

*Antes de diseñar una estrategia para la prevención y control del tabaquismo, se debe analizar si constituye el tabaquismo un problema de salud, esto es, la magnitud, porque ello permitirá definir el alcance y la sistematicidad de las acciones. También hay que conocer si en ese contexto en particular, está la sociedad en condiciones de enfrentarlo, pues es en ella donde se encontrarán los aliados y opositores, así como las amenazas para la puesta en práctica.*

*En el monitoreo y evaluación de los Programas para la Prevención y Control del Tabaquismo, los métodos de recopilación de información más empleados son: observación directa, cuestionarios para encuestas y la medición de indicadores ambientales y biológicos.*

*Los datos pueden recopilarse en función del tiempo, el espacio o grupos de la población, pero es fundamental que se disponga de información sobre caracterización del agente tabaco, uso del tabaco, enfermedad, industria del tabaco, ambiente de control del tabaco, monitoreo del CMCT/ FCTC, presencia del humo de segunda mano y la vigilancia de mercado.*



## EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO (CMCT)

La sociedad mundial se ha declarado en alerta por la epidemia de tabaquismo que se ha considerado una gran amenaza y que constituye por tanto un problema de salud global, ya que su efecto en la carga de salud-enfermedad traspasa las fronteras entre países.

La transferencia de agentes, factores de riesgo y enfermedades derivadas del consumo de tabaco tiene en su base determinantes de orden supranacional, consecuencia de la fuerte presencia de la industria tabacalera, enmarcada en el juego del poder mundial y sustentada en complejas relaciones económicas, políticas y sociales y los pobres efectos de los esfuerzos locales para controlar su accionar, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo, dado que desbordan su capacidad de poder manejarlas en toda su magnitud.<sup>1</sup>

La salud en el mundo actual, tiene que ver con “la transferencia internacional de riesgos”, derivados de la globalización y las condiciones de interdependencia mundial, lo que obliga a probar nuevas estrategias más allá de considerar lo global como resultante de una sumatoria de lo internacional.<sup>2</sup>

Durante los últimos años se han aprobado varios acuerdos internacionales sin precedentes, entre ellos la Convención de Naciones Unidas para los Derechos del Niño y el Tratado de Prohibición de Minas Personales. Finalmente, en el año 2003, la comunidad internacional se enfoca y actúa contra la primera causa de muerte en el mundo que puede prevenirse: el tabaquismo.

Al igual que una enfermedad infecciosa, el tabaquismo no reconoce fronteras, por lo cual, los esfuerzos individuales no pueden contenerla, es por eso que para tratar desde una perspectiva mundial adecuada la epidemia del tabaquismo, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidieron por unanimidad en 1999, iniciar las negociaciones de un Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que es el primer tratado internacional contra el tabaquismo que puede tener un impacto significativo en la salud pública mundial, pues si hay verdadera voluntad para controlar la epidemia, se requiere de la cooperación a nivel mundial.

Se han identificado importantes retos que trascienden las fronteras, entre los que se encuentran el avance tecnológico de las telecomunicaciones, que facilita estrategias agresivas de mer-

<sup>1</sup> G. Franco y D. Álvarez: “Salud pública global. Opinión y análisis”, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2009; 25(6).

<sup>2</sup> J. Frenk y D. O. Gómez: “La globalización y la nueva salud pública”, *Salud Pública Mex.* 2007;49(2):156–64.

cadeo y publicidad de los productos del tabaco, como Internet y los canales de televisión con señal restringida (por satélite). A ello se unen las posibilidades que ofrecen los tratados de libre comercio entre países y también el contrabando, ambos facilitan la accesibilidad al producto.

Las políticas que promueve el CMCT se basan sobre todo en evidencias de estudios realizados en países de altos ingresos, por lo que queda comprobar que estas mismas medidas reduzcan el consumo de tabaco en países de ingresos medianos y bajos, ya que provocan un incremento de los impuestos sobre los cigarrillos.

Sin embargo, es necesario realizar estudios en este grupo de países para determinar si las directrices de control del tabaco promovidas por el CMCT tendrán en ellos un resultado similar; también determinar las vías específicas a través de las cuales se disminuye el consumo de tabaco, para valorar sobre las posibles sinergias entre las diferentes acciones y de qué manera las prácticas de la industria tabacalera pueden comprometer las consecuencias de las políticas contra el tabaquismo, fundamentalmente en los países productores.<sup>3</sup>

### **Qué es el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)**

Un convenio marco es un instrumento jurídico internacional vinculante que establece un sistema de gobierno general para abordar cada cuestión (tratado) y establece compromisos generales. Se trata de medidas específicas diseñadas para aplicar los objetivos descritos en el mismo y en otros compromisos institucionales mediante protocolos. Ejemplo de ello es el Convenio Marco sobre Cambios Climáticos y el Protocolo de Kyoto.

El CMCT, en inglés Framework Convention on Tobacco Control (FCTC),<sup>4</sup> es un tratado mundial basado en la evidencia, diseñado para limitar el incremento y la propagación mundial de la epidemia del tabaquismo. Por tanto, se trata de un instrumento jurídico regido por el derecho internacional y obligatorio para los países que lo firman y ratifican.

Es el primer tratado mundial de salud pública; la primera vez que la OMS aplica su derecho de negociar las leyes internacionales y que los estados miembros de esta organización internacional trabajan unidos para responder de forma conjunta y enfrentar las enfermedades crónicas.

El texto del CMCT fue aprobado por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003; entrando en vigor el 27 de febrero de 2005 y se vuelve vinculante para los países que lo ratifi-

<sup>3</sup> J. F. Thrasher, F. Chaloupka, D. Hammond, G. Fong, R. Borland, G. Hastings y M. Cummings: "Evaluating tobacco control policy in Latin American countries during the era of the Framework Convention on Tobacco Control", *Salud Pública Mex*, 2006;48 suppl 1:S155-S166.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. "Convenio Marco para el Control del Tabaco", Ginebra, OMS, 2003.

can.<sup>5</sup> Representa una herramienta fundamental en el campo de la salud pública para reducir el tabaquismo, el establecimiento de políticas y realización de estudios sobre el tabaco en apoyo del avance legislativo.

Tiene como objetivos fundamentales proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y proporcionar un marco nacional e internacional para la aplicación de medidas de control, a fin de reducir su consumo y la exposición al humo de tabaco ambiental.

El documento se estructura de la forma siguiente:

- Introducción.
- Objetivos, principios básicos y obligaciones generales.
- Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco.
- Medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco.
- Protección del medio ambiente.
- Cuestiones relacionadas con la responsabilidad.
- Cooperación técnica y científica, y comunicación de información.

El preámbulo del CMCT, subraya el papel de las organizaciones profesionales del sector, en los esfuerzos por incluir la lucha contra el tabaco en las prioridades de la salud pública y por contribuir activamente a la reducción del consumo del mismo.<sup>6</sup>

Representa también una herramienta fundamental para los gobiernos y la sociedad civil en su lucha por frenar la epidemia del tabaquismo. La sociedad civil puede contribuir especialmente, al involucrar a los tomadores de decisiones y líderes de opinión, al educar al público y a las personas acerca de sus derechos y cómo ejercerlos, y al formar redes de organizaciones que puedan facilitar el uso de los instrumentos legislativos existentes.<sup>7</sup>

**Las partes I y II, corresponden a la introducción y objetivos, principios básicos y obligaciones generales y contienen los artículos 1 al 5.**

**Entre las disposiciones más importantes se encuentran las siguientes:**

**Impuestos. (Artículo 6).** El tratado reconoce que el aumento de precios a través de incremento de impuestos “son medios efectivos e importantes para reducir el consumo del tabaco en los variados segmentos de la población, en particular entre las personas jóvenes”. Los gobiernos pueden prohibir o restringir las ventas de productos del tabaco libres de impuestos.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud: “Los servicios de salud: ventana abierta a un mundo sin tabaco”, Ginebra: OMS; 1993; [Vol Inform:1-3].

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, Ginebra, OMS, 2003.

<sup>7</sup> V. Ernster, N. Kaufman, M. Nichter, J. Samet y S. Y. Yoon: “Las mujeres y el tabaco: de la política a la acción”, *Bol Organ Mundial Salud*, 2001;78: 891-901.



**Exposición al humo de tabaco. (Artículo 8).** El tratado reconoce que se ha probado científicamente que la exposición al humo del tabaco causa muerte, enfermedad y discapacidad. Por lo tanto requiere que todos los gobiernos implementen medidas efectivas para proteger a los no fumadores del humo de tabaco en lugares públicos cerrados, incluyendo lugares de trabajo y transporte público.

**Regulación del producto y divulgación de los ingredientes. (Artículos 9 y 10).** Los gobiernos acuerdan establecer directrices para regular el contenido de los productos de tabaco y solicitarán que los productores revelen a las autoridades gubernamentales el contenido de sus productos de tabaco.

**Empaquetado y etiquetado. (Artículo 11).** El tratado establece que dentro de un plazo de tres años de su entrada en vigor, las advertencias sanitarias deben cubrir, idealmente, el 50% o más de las áreas principales (anterior y posterior) de exhibición de cada paquete y como mínimo el 30% de las mismas. Deben llevar mensajes rotativos en los lenguajes principales del país y pueden incluir fotografías o imágenes. Las etiquetas engañosas deben ser prohibidas. Los países acuerdan prohibir términos engañosos y falsos en los paquetes tales como: “ligero”, “suave”, “con bajo contenido en alquitrán”, entre otros.

**Publicidad, Promoción y Patrocinio. (Artículo 13).** El CMCT requiere que todas las partes prohíban en forma completa la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del tratado. La prohibición debe incluir la publicidad trasfronteriza, es decir, la originada dentro del territorio pero que produce sus efectos en otro.

**Contrabando. (Artículo 15).** Las medidas requeridas incluyen la identificación de todos los paquetes de tabaco en tal forma que se conozca el origen y el destino final o el estatus legal del producto, así como la cooperación internacional en los esfuerzos contra el contrabando, la ejecución de la ley y la litigación.

**Financiación. (Artículo 26).** Los gobiernos acuerdan movilizar asistencia financiera procedente de todas las fuentes disponibles, incluyendo organizaciones intergubernamentales, regionales e internacionales y otras fuentes públicas y privadas para las iniciativas de control del tabaco en los países en vías de desarrollo y con economías en transición.

**Otros compromisos importantes que establece son:**

- Promover la participación de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), en el desarrollo de los programas nacionales de control del tabaco. (Artículo 12.)
- Incluir servicios para el abandono de la dependencia del tabaco en sus programas nacionales de salud. (Artículo 14.)
- Prohibir la venta de productos de tabaco a menores de edad. (Artículo 16.)
- Prohibir la distribución gratuita de productos de tabaco. (Artículo 16.)
- Promover alternativas económicamente viables para los cultivadores. (Artículo 17.)

Al mismo tiempo, la negociación y puesta en vigor del CMCT puede realizar un aporte importante para evitar que la epidemia del tabaquismo siga extendiéndose, al impulsar la cooperación multilateral, de manera que trascienda las fronteras nacionales en aspectos como la comercialización mundial y el contrabando de productos del tabaco.

Así mismo, el proceso que implica el Convenio incrementará la conciencia nacional e internacional con respecto a la problemática del tabaquismo, al tiempo que aumentará la canalización de recursos técnicos y financieros para el logro de medidas antitabáquicas efectivas. Además de los beneficios específicos que traerán consigo el Convenio y sus protocolos, es posible que genere potencialidades como las que a continuación se relacionan:

- proporcionar nuevo ímpetu a los empeños por fortalecer la legislación y acciones nacionales para controlar el daño que ocasiona el tabaquismo;
- contribuir a movilizar recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales para apoyar la lucha antitabáquica;
- involucrar la participación de otros ministerios, secretarías u oficinas no pertenecientes al sector salud, en los esfuerzos por restringir el tabaquismo;
- movilizar a las ONGs y otros miembros de la sociedad civil en apoyo de medidas antitabáquicas rigurosas;
- incrementar la conciencia pública sobre las tácticas de comercialización que emplean las empresas tabacaleras multinacionales.

No obstante lo anterior, es importante dejar explícito, que el éxito del CMCT radica en la implementación total y efectiva de sus disposiciones para lo que se requiere establecer acuerdos tanto entre los países como dentro de ellos.

## **Implementación del CMCT**

La implementación del CMCT requiere de un marco para la cooperación internacional que incluya la prohibición de la publicidad internacional, la prevención del comercio ilícito, la colaboración científica y legal, asistencia técnica, el apoyo económico para implementar el CMCT mediante canales bilaterales y multilaterales, así como el monitoreo.

También es necesario establecer un marco para la acción nacional que comprenda la prohibición total de la publicidad, la protección contra el humo de segunda mano, la prohibición del acceso por parte de los jóvenes, advertencias sanitarias, la evaluación y la regulación de los contenidos, el aumento sistemático de los impuestos sobre el tabaco, programas para dejar de fumar, cultivos alternativos y la vigilancia.

El cumplimiento total de las disposiciones de la Convención por los países implica:

- la adopción y la implementación de las medidas establecidas en los artículos del CMCT por parte de los países;

- algunos de los artículos, como el 11 sobre el empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco, y el artículo 13 sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, establecen un margen de tiempo para adoptar medidas específicas.

La implementación del CMCT implica el cumplimiento de las obligaciones generales siguientes:

- establecer y financiar un mecanismo nacional de coordinación;
- designar centros coordinadores para el control del tabaco en los ministerios de salud;
- proteger las políticas de control del tabaco de los intereses comerciales y personales de la industria tabacalera;
- colaborar en la recaudación de recursos económicos para implementar el CMCT mediante mecanismos de financiación bilaterales y multilaterales.

Como en cualquier otro tratado internacional, la clave del éxito del CMCT radica en la implementación efectiva de sus disposiciones. Tanto los países desarrollados, como los países en vías de desarrollo, se enfrentan a desafíos en la implementación del CMCT, que serán mayores en los últimos y mucho más aún en aquellos productores de tabaco.

Debido a la naturaleza multisectorial que tiene el control del tabaco, es fundamental establecer coaliciones nacionales que cuenten con representantes de todas las agencias del gobierno y de las ONGs para garantizar la implementación efectiva del CMCT.

A medida que los países aumentan los impuestos sobre los productos del tabaco, deben vigilar con mayor atención el potencial desafío del comercio ilícito; mientras que cuando implementan la prohibición total de todas las formas de publicidad, deben controlar la indirecta y la internacional para garantizar la efectividad del convenio.

El éxito del CMCT, por tanto, estará determinado por el compromiso político y los recursos destinados a su implementación.

Los órganos en virtud de tratados son la Conferencia de las Partes y la Secretaría del Convenio, que es el órgano deliberante del CMCT de la OMS y está integrada por todas las Partes, periódicamente, examina su aplicación y adopta las decisiones necesarias para promoverlo de forma eficaz. Así mismo, la Conferencia de las Partes puede adoptar protocolos, anexos y enmiendas al Convenio. Sus reuniones ordinarias se celebran cada dos años.

En cada reunión ordinaria, la Conferencia de las Partes elige un presidente y cinco vicepresidentes. Esos funcionarios, cada uno en representación de una región de la OMS, forman la Mesa de la Conferencia de las Partes.

La Secretaría del Convenio presta sus servicios a la Conferencia de las Partes y a sus órganos subsidiarios. Ofrece apoyo a las Partes en el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Convenio y refleja las decisiones de la Conferencia de las Partes en las actividades del pro-

grama. En el desempeño de su trabajo, la Secretaría colabora con los departamentos pertinentes de la OMS y otros órganos y organizaciones internacionales.

Los instrumentos de aplicación son los protocolos y las directrices. Los protocolos son los instrumentos del CMCT para la negociación e implementación, por los que dispone de los mismos sobre los artículos que contiene. Los países que forman parte del CMCT deberán negociar los protocolos sobre adopción en la Conferencia de las Partes y luego deberán implementarlos.

La Conferencia de las Partes podrá adoptar protocolos del Convenio. Solo estas podrán ser Partes en un protocolo del Convenio. En 2007, la Conferencia de las Partes estableció un Órgano de Negociación Intergubernamental para que redactara y negociara el primer protocolo del Convenio, sobre el comercio ilícito de productos de tabaco. El Órgano de Negociación Intergubernamental presentó un proyecto del protocolo a la Conferencia de las Partes en su cuarta reunión (noviembre de 2010). Las negociaciones han continuado desde esa fecha, efectuando reuniones de conciliación y chequeo.

La finalidad de las Directrices adoptadas por la Conferencia de las Partes es ayudar a estas a cumplir sus obligaciones en virtud del Convenio. Se hacen cargo de su elaboración los grupos de trabajo intergubernamentales establecidos por la Conferencia de las Partes.

A principios de 2011, se adoptaron directrices para los artículos 5.3, 8, 9 y 10 (directrices parciales), 11, 12, 13 y 14 del Convenio. El proyecto de directrices para otros artículos se examina en las reuniones de la Conferencia de las Partes.

La presentación de informes e intercambio de información son un mecanismo para conocer la aplicación del Convenio. Por eso cada Parte presentará a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría, informes periódicos cada dos años sobre su aplicación del Convenio. La Secretaría del Convenio, basándose en estos informes, elabora resumidos globales sobre la aplicación del Convenio para someterlos a la consideración de la Conferencia de las Partes.

Las Partes cooperarán directamente o por conducto de los organismos internacionales competentes, a fin de fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones que dimanen de este Convenio, tanto desde el punto de vista técnico como jurídico. Esta cooperación promoverá la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología con objeto de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales.

Otros mecanismos de asistencia, centrados especialmente en prestar apoyo a las partes que son países en desarrollo o tienen economías en transición, incluyen la organización de evaluaciones de las necesidades y el establecimiento de una base de datos de recursos.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud: “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, Ginebra, OMS, 2005.

## Partes y Observadores del CMCT

Se consideran partes del CMCT aquellos países que lo han firmado y ratificado. Hasta finalizar el año 2012, eran 176 países considerados Partes,<sup>9</sup> que representan el 87,76% de la población mundial.<sup>10</sup> En el 2013 eran 177.

Son catalogados como Observadores, cualquier Estado Miembro de la OMS que no sea Parte en el Convenio, cualquier Miembro Asociado de la OMS o cualquier Estado que no sea Parte en el Convenio, pero sí Estado Miembro de las Naciones Unidas o de alguno de sus organismos especializados o del Organismo Internacional de Energía Atómica, y cualquier organización de integración económica regional a la cual se aplique la definición del artículo 1(b) del Convenio y que no sea Parte en este último, podrá asistir en calidad de observador a las sesiones públicas de la Conferencia de las Partes y las sesiones de sus órganos subsidiarios.

En el año 2011, estaban acreditadas como observadores en la Conferencia de las Partes, 26 organizaciones intergubernamentales y 26 organizaciones no gubernamentales, lo que representa un importante apoyo, dado el carácter internacional del mismo.<sup>11</sup> En el 2013 ya sumaban 27 las organizaciones intergubernamentales.

## El género y los jóvenes en el CMCT

El CMCT también reclama la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas de género y de esta forma empoderar a las mujeres en su prevención y control.

En su preámbulo menciona de manera explícita a las mujeres y expresa su preocupación por el incremento del consumo de tabaco entre mujeres y niñas en todo el mundo; refuerza la necesidad de que las féminas participen en la formulación y aplicación de políticas de control del tabaco, y destaca la contribución especial que hacen las organizaciones no gubernamentales a los esfuerzos nacionales e internacionales en ese empeño, mencionando explícitamente a las asociaciones de mujeres, entre otras organizaciones de la sociedad civil.<sup>12</sup>

El CMCT tiene todo el potencial para ser un importante tratado que proteja la salud de las mujeres, en particular si en la aplicación de sus artículos se incluye la perspectiva de género. En el artículo 4 se menciona la necesidad de adoptar medidas para que, cuando se elaboren

<sup>9</sup> M. Chan: “Discurso pronunciado en la reunión de la Conferencia de las Partes del CMCT-OMS”, Seúl, República de Corea, noviembre 12 de 2012. [Internet]. [citado: 30 de diciembre de 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/dg/speedes/2012/tobacco\\_control\\_20121112/es/](http://www.who.int/dg/speedes/2012/tobacco_control_20121112/es/)

<sup>10</sup> United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition.

<sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud: Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra, OMS, 2011.

<sup>12</sup> S. Y. Yoon: “A framework for human rights, gender and tobacco”, The Net Fall, 2004; 1-5. [Internet]. [citado: 4 de febrero de 2011]. Disponible en: [http://www.inwat.org/images/pdfs/NET\\_2004\\_nr2.pdf](http://www.inwat.org/images/pdfs/NET_2004_nr2.pdf)

estrategias de control del tabaco, se tengan en cuenta los riesgos relacionados específicamente con el género.

En cuanto a la protección a la juventud, el artículo 16 refiere:

1. (d) “que las máquinas expendedoras de tabaco bajo su jurisdicción no sean accesibles a los menores y no promuevan la venta de productos de tabaco a los menores”.
5. [...] toda Parte podrá indicar mediante una declaración escrita que se compromete a prohibir la introducción de máquinas expendedoras de tabaco dentro de su jurisdicción o [...] a prohibir completamente las máquinas expendedoras de tabaco [...].

También el artículo 6, que contempla las medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, señala que en especial, los jóvenes prestan más atención a los precios y son inflexibles. Los aumentos de precios e impuestos son formas eficaces de disminuir el consumo de tabaco entre los jóvenes.

Todo el convenio, desde su objetivo, tiene presente a la juventud, pues plantea: “[...] proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco[...] reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del uso de tabaco y la exposición al humo de tabaco”. (Artículo 3.)

De manera muy particular, el ya señalado artículo 13, sobre Publicidad, Promoción y Patrocinio, es la forma de proteger a los niños, adolescentes y jóvenes de la exposición a los argumentos engañosos que los llevan a la iniciación.

### **Demanda, oferta y consumo en el CMCT**

Para controlar el tabaquismo es necesario reducir tanto la oferta del producto como su demanda. Es por eso que en el CMCT se estipulan disposiciones que propicien tanto unas como otras.

Las principales disposiciones del CMCT relativas a la reducción de la demanda figuran en los artículos 6 a 14:

- Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, y
- Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco, a saber:
  - Protección contra la exposición al humo de tabaco.
  - Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.
  - Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco.
  - Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.
  - Educación, comunicación, formación y concientización del público.
  - Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

- Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.

Las principales disposiciones del CMCT relativas a la reducción de la oferta figuran en los artículos 15 a 17:

- Comercio ilícito de productos de tabaco.
- Ventas a menores y por menores.
- Apoyo a actividades alternativas económicamente viables.

En todo el documento se considera la posibilidad de que cada país adapte a su situación particular la definición e implementación de las medidas más adecuadas para reducir el consumo, siempre teniendo el sustento legal que permite la existencia de un tratado internacional de tal naturaleza.

## Cuba y el CMCT

En Cuba la salud es un derecho de la población y constituye una premisa velar por esta; cuestiones de índole económica han sustentado la posición de que aunque fue firmado el CMCT en el año 2005, el mismo no ha sido ratificado, por lo que puede participar solo como Observador.

El país también reconoce la necesidad de proteger la salud de las personas ante el consumo de productos del tabaco y que el cuidado de esta es un derecho de los seres humanos que deberá ser defendido y abordado de manera prioritaria.

Un análisis del CMCT y sus diferentes artículos, en evaluación realizada mediante los criterios que el mismo define, permite mostrar lo siguiente:

*Artículo 6: Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco.*

Criterio: Porcentaje del precio del paquete que corresponde a impuestos.

75% del precio al por menor de un paquete de 20 cigarrillos corresponde a los impuestos al tabaco.

*Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco*

Criterio: Número de tipos de espacios públicos que son totalmente libres de humo de tabaco.

De tres a cinco tipos de lugares públicos y de trabajo cerrados, totalmente libres de humo de tabaco.

*Artículo 11: Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*

Criterios: Tamaño y contenido de advertencias sanitarias en productos de tabaco.

Advertencias sanitarias rotatorias, visibles, claras, legibles, ocupando el 60% de la superficie principal expuesta.

*Artículo 13: Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*

Criterio: Número de prohibiciones según medio de publicidad directa e indirecta.

Ausencia de prohibiciones de publicidad indirecta para televisión, radio o medios impresos nacionales, aunque está prohibida toda publicidad directa.

*Artículo 14: Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco*

Criterio: Disponibilidad en el país de tratamientos de la dependencia del tabaco y cobertura de gastos.

Hay disponibilidad de tratamientos de sustitución de nicotina, TSN y/o de algunos servicios de deshabituación tabáquica, todos tienen cobertura de costos.

El análisis de las restantes partes y artículos del CMCT muestra lo siguiente:

Parte III: Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco

*Artículo 7: Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco*

El Programa contempla medidas administrativas, legislativas y ejecutivas que se encuentran en aplicación.

*Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco*

El acuerdo 5570 del 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, documento legal de mayor fuerza y alcance, que plantea la prohibición de la venta de cigarrillos y tabacos a menores de 18 años de edad; establece la prohibición de fumar en locales públicos cerrados que no tengan áreas creadas a tales efectos, así como en los medios masivos de transportación; establece también la prohibición de fumar en los centros e instituciones educacionales, de la salud e instalaciones deportivas, en los que, de considerarse por los organismos correspondientes, se habilitarán áreas específicas para fumar. En los demás centros e instalaciones pertenecientes a otros organismos o instituciones se crearán áreas para fumar. En cualquier caso, las áreas de fumadores y de no fumadores deberán estar debidamente señalizadas.

Además, existen, entre otras, las siguientes regulaciones propias de las instituciones: Resolución Ministerial 275/2003, Ministerio de Salud Pública; Resolución Ministerial 83/2005, Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación; Resolución Ministerial No. 40/1991, Ministerio de Cultura. Resolución Ministerial 21/1999, Instituto Cubano de Arte e Industria Cinematográfica y Circular No. 4/1999, Ministerio de Educación.



### *Artículo 9: Reglamentación del contenido de los productos del tabaco*

El Programa establece desde 1987: “Mantener el control de la toxicidad de los cigarrillos y disminuirla gradualmente”.

La Resolución Ministerial No. 275/2003 del Ministerio de Salud Pública, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Cuba, 014 del 30 de marzo de 2004, pone en vigor el Reglamento para el Registro Sanitario de los productos manufacturados del tabaco, que tiene como objeto establecer, para el territorio nacional, los procedimientos y requisitos básicos para el registro sanitario de los productos manufacturados del tabaco, donde se regula lo relacionado con la advertencia en las cajetillas de cigarrillos y el contenido de nicotina y alquitrán.

### *Artículo 10: Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos del tabaco*

Se establece en el Reglamento para el registro sanitario de los productos manufacturados del tabaco.

No se ha realizado modificación alguna sobre la divulgación de información con respecto a los componentes y las emisiones del tabaco torcido hasta que se establezcan normas técnicas internacionales para su determinación.

### *Artículo 11: Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*

El Programa establece desde el año 1987: “Mantener la advertencia sanitaria en las cajetillas de cigarrillos cubanos e importados” y posteriormente se regula mediante el Reglamento para el registro sanitario de los productos manufacturados del tabaco.

Las advertencias sanitarias son rotatorias, visibles, claras, legibles, ocupando el 60% de la superficie principal expuesta.

### *Artículo 12: Educación, comunicación, formación y concientización del público*

El Programa establece desde el año 1987 un componente para la educación, comunicación e información, que contempla los grupos vulnerables, en riesgo, priorizados y la población en general, que incluye los medios de comunicación, las diferentes instancias del Sistema Nacional de Salud y las escuelas.

### *Artículo 13: Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*

Está prohibida la publicidad directa de todos los productos desde el año 1960. Se mantiene la publicidad indirecta en los medios de comunicación social, fundamentalmente en la televisión, aunque se trabaja de forma sistemática al respecto y se actúa desde las instancias correspondientes cuando se presenta.

No obstante, con carácter anual se realiza el “Festival del Habano”, con gran cobertura de los medios de comunicación y se efectúan otras actividades de carácter social y cultural patrocinadas por la industria tabacalera nacional.

*Artículo 14: Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco*

Existen en todos los policlínicos, áreas de salud para la atención comunitaria, servicios de terapia individual y grupal, así como tratamiento con homeopatía y medicina natural y tradicional para el abandono del tabaquismo.

En los consultorios médicos de cobertura nacional, los médicos de familia disponen de un algoritmo para la dispensarización de los fumadores y su remisión a centros especializados. Existe un Centro de deshabitación tabáquica en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Amejeiras de la capital del país, que funciona como centro de referencia para la capacitación y la investigación de los métodos y técnicas más apropiados.

Parte IV: Medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco.

*Artículo 15: Comercio ilícito de productos del tabaco*

Se mantiene el control del comercio ilícito en el territorio nacional.

*Artículo 16: Ventas a menores y por menores*

La Resolución No. 277, de fecha 23 de agosto del 2001, puso en vigor diferentes regulaciones alrededor de la venta de cigarrillos y tabacos que incluye la prohibición de la venta de cigarrillos a menores de 18 años. En noviembre de 2005, la Resolución No. 360 del Ministro de Salud Pública se pronuncia también al respecto y posteriormente se pone en vigor el acuerdo 5570 del 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, que plantea la prohibición de la venta de cigarrillos y tabacos a menores de 18 años de edad, aunque esta prohibición no se encuentra visible en los establecimientos comerciales es de conocimiento de los vendedores. También está prohibida la venta en máquinas expendedoras.

Se mantiene la venta de cajetillas de diez cigarrillos en el comercio en moneda libremente convertible (CUC) y en unidades físicas en la red comercial en pesos cubanos (CUP).

*Artículo 17: Apoyo a actividades alternativas económicamente viables*

No se han realizado, ni se conoce se encuentren en estudio.

## Parte V: Protección del medio ambiente

### *Artículo 18: Protección del medio ambiente y de la salud de las personas*

La Ley de Protección del Medio Ambiente no plantea de forma particular los daños ocasionados por el cultivo del tabaco y los que se derivan de la contaminación del ambiente, pero de manera general se puede hacer uso de la misma en las regulaciones que se establezcan.

## Parte VI: Cuestiones relacionadas con la responsabilidad

### *Artículo 19: Responsabilidad*

Se establecen en el Acuerdo 5570 del 2005 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros.

## Parte VII: Cooperación técnica y científica y comunicación e información

### *Artículo 20: Investigación, vigilancia e intercambio de información*

Se realizan de forma sistemática investigaciones y estudios que permiten tanto el monitoreo como la evaluación de las acciones del programa, se intercambia y difunde información nacional e internacionalmente.

### *Artículo 21: Presentación de informes e intercambio de información*

Aunque Cuba no es Parte, toda la información que se ha solicitado por la OMS/OPS y por la Convención de las Partes, ha sido suministrada.

### *Artículo 22: Cooperación científica, técnica y jurídica y prestación de asesoramiento especializado*

Al no ser Cuba parte del CMCT no procede que los restantes artículos sean analizados.<sup>13,14</sup>

En general, Cuba, aunque no ha ratificado el CMCT, tiene desde el año 1987 un Programa establecido y financia un mecanismo nacional de coordinación; también cuenta con centros coordinadores para el control del tabaco en el Ministerio de Salud Pública y en todos los territorios.

Los aspectos controvertidos del CMCT se relacionan con aquellos en que el país, en su condición de productor de tabaco y el papel que desempeña el mismo en la economía nacional, ve posibles afectaciones económicas, que se unirían a la crisis mundial y agravarían la situación actual.

No obstante, es importante que las autoridades sanitarias llamen la atención sobre la imperiosa necesidad del país de ir a la búsqueda de cultivos sustitutivos del tabaco, porque independientemente de que aquellos puntos que no queden en el Convenio favorecedores para la eliminación de todas las facilidades de producción y comercialización que beneficien la

<sup>13</sup> OMS. “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, Geneva, OMS, 2011.

<sup>14</sup> MINSAP: “Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo”, Informe técnico, 2011.

oferta, se tratará cada vez más, que la reducción de la demanda, haga cambiar el criterio de los que hoy producen el cultivo más lucrativo y dañino del planeta.

El no haber ratificado el Convenio afecta la disponibilidad de recursos para su implementación en el país, pues todos los esfuerzos para controlar el tabaquismo se realizan con recursos propios, sin hacer uso de los fondos internacionales de que se dispone en otros contextos.

Es interesante que el propósito fundamental y esencial del CMCT sea la búsqueda de la voluntad política de los gobiernos en función de mejorar el bienestar de la población mediante el control de la pandemia del tabaquismo, lo que es una conquista de los cubanos y que desde más de dos décadas Cuba cuenta con un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, tal como se aboga en el Convenio.

Los aspectos legales y económicos, han sido los puntos deficientes en el control del tabaquismo en Cuba. La aplicación de las prohibiciones y regulaciones, debido a que aún está presente la aceptación social del acto de fumar y el hecho de continuar significando el tabaco un símbolo de cubanía.

Sin embargo, las cuestiones relacionadas con la economía, como país productor, han impedido que se ratifique el Convenio, afectando incluso la valoración de terceros, incluidos los Organismos Internacionales. Lo que para otros salubristas se ha convertido en oportunidad, en nuestro contexto ha sido innecesariamente visto como amenaza.

Queda entonces, como asignatura pendiente, lograr la comprensión de que resulta necesario cerrar filas contra el tabaquismo, ratificar el CMCT, reformular las políticas económicas para hacerlas coherentes con las políticas de salud, si queremos mejorar la salud de la población cubana.

*El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), en inglés Framework Convention on Tobacco Control, (FCTC), es un tratado mundial basado en la evidencia, diseñado para limitar el incremento y la propagación mundial de la epidemia de tabaquismo. Se trata de un instrumento jurídico regido por el derecho internacional y obligatorio para los países que lo firman y ratifican.*

*El CMCT/FCTC, representa una herramienta fundamental para los gobiernos y la sociedad civil en su lucha por frenar la epidemia del tabaquismo. La sociedad civil puede contribuir especialmente a lograr involucrar a los tomadores de decisiones y líderes de opinión, a educar al público y a las personas acerca de sus derechos y cómo ejercerlos, y a formar redes de organizaciones que puedan facilitar el uso de los instrumentos legislativos existentes.*



## TERMINANDO CON LAS PARADOJAS, CONTROVERSIAS Y MITOS

Resulta cada vez más necesario a la salud pública, encontrar la manera de desarrollar múltiples perspectivas para lograr cambios en aquellas conductas de la población, que traen como resultado afectaciones a su salud, mucho más amplias si nos situamos en el paradigma del bienestar, que incluye, por tanto, un espectro más extenso de actuación.

No existe dificultad alguna entre los profesionales sanitarios y todos aquellos que de una forma u otra se relacionan con la salud, en poder identificar los problemas, sus causas, consecuencias, las fortalezas y oportunidades con que se cuenta y las amenazas y dificultades que les rodean. El problema fundamental se centra en disponer de las herramientas y los recursos para actuar.

Tal vez sea el tabaquismo, precisamente por eso, el caso más acuciante de estudio y análisis. A la vez el problema más grave y difícil de resolver en estos tiempos, entre otras razones, porque los encargados de llevar a vías de hecho la promoción de la salud, no han recibido en su inmensa mayoría, la formación académica para hacerlo, sino que esta se ha centrado en lo que tradicionalmente ha sido la encomienda del profesional sanitario: curar a los enfermos.

Lo anterior es una limitante, tanto para el manejo de la prevención y promoción de la salud, como en la actitud que se asume, en una gran mayoría de los que se encuentran involucrados en la toma de decisiones de aquellas políticas públicas que se relacionan con el bienestar de la población, en la casi totalidad de los escenarios en que podemos situarnos y en el que tenemos que actuar los que en estos tiempos y desde hace muchos años, intentamos que fumar deje de ser una conducta socialmente aceptada, para que de esta forma se logre su eliminación y por tanto las consecuencias que implica.

Si bien es cierto que desde los últimos 20 años del siglo xx, nuevas disciplinas científicas fueron llegando hasta los profesionales de la salud para poder asumir la encomienda que se les asignaba de promover estilos de vida saludables, también lo es que se ha avanzado poco en lograr el posicionamiento de las mismas y la mayoría de los que se acercan a las carreras de ciencias de la salud lo hacen en función de curar la enfermedad y no de prevenirla. A la vez, psicólogos, sociólogos, comunicadores sociales y hasta economistas, no encuentran en la salud pública los mejores lugares para desarrollar su profesión, al ser un espacio en el cual, aunque no son vetados, tampoco son colocados en las mejores posiciones.

No enfermar, no es visto como un propósito a alcanzar. Sin embargo, siempre se encuentra en el discurso que se debe abogar por estilos de vida saludables: alimentarse adecuadamente,

hacer ejercicios físicos y, por supuesto, no fumar ni ingerir bebidas alcohólicas en exceso. El dilema, entonces, de los que tienen que cambiar esos comportamientos se encuentra en cómo hacerlo, si los alimentos saludables generalmente no son los de mejor precio, si la vida cotidiana apunta más al sedentarismo, si el tabaco y el alcohol siempre están accesibles y se presentan como la solución a nuestros problemas.

Si miramos hacia atrás, todos los que llevamos años en este empeño, indudablemente hay progreso, somos escuchados, sabemos de manera clara y diáfana cuáles son los problemas y conocemos cómo darles solución.

Cuando escribía cada uno de los capítulos del libro, me percataba de cuánto sabemos acerca del tabaquismo y cuánto se ha avanzado, pues disponer en la actualidad de un Convenio Marco para el Control del Tabaco, de la Organización Mundial de la Salud (CMCT/OMS) es lo máximo a lo que podemos aspirar. Nos resta, entonces, lograr que se aplique.

Me convertí en aliada de la mercadotecnia en su enfoque social para lograr los cambios de comportamiento, cuando me convencí de que es la mejor de las herramientas, por ser precisamente la que se emplea para lograr los comportamientos nocivos, solo que con un enfoque ético y social. Es por ello, que creo que el CMCT-OMS es la alternativa idónea, ya que sigue en su enfoque los mismos principios.

El producto social a promover es, precisamente, cambiar la imagen del tabaco y del tabaquismo, modificando las normas sociales y construyendo a nivel social, la necesidad del cumplimiento de la legislación para promover ambientes libres de tabaco. Los servicios de salud tienen la responsabilidad de ofrecer tratamientos adecuados, con programas de cesación y deshabituación, para todos los que desean dejar de fumar.

El costo está centrado en aumentar los impuestos, para que con el incremento de precios, el producto sea cada vez menos accesible, lo que aparejado a una adecuada estrategia de comunicación, que incluya campañas mediáticas impactantes y enfatice en las ventajas, logre que los fumadores pongan en la balanza costos y beneficios y se inclinen a dejar de fumar, mientras que los no fumadores no se inicien. Las personas deciden en función de la comparación entre los beneficios y obstáculos percibidos.

Los canales de distribución van dirigidos a reducir accesibilidad al producto, cigarrillos, fundamentalmente, inclinando esta a prohibiciones de publicidad y promoción, el establecimiento de lugares de trabajo libres de humo, advertencias en los paquetes, prohibición de venta a menores de edad y ley contra el contrabando. De esta manera, el tabaco se aleja de la vida cotidiana y a la vez, va perdiendo su imagen de aceptación social.

La comunicación está presente todo el tiempo, va aproximándose en todos los trayectos de la vida de la población, desde los niños hasta los adultos, pero para crear un ambiente favorecedor a una sociedad libre de tabaco y ayudando a todos los que quieren dejar de fumar, informándoles, además, de los ya conocidos daños, las formas en que pueden dejar su adicción.

Si se aplica el CMCT-OMS, se logra la coherencia y complementariedad de las acciones, se aumenta la sinergia y entonces se hace más fácil tanto para los individuos como para la sociedad, la decisión entre el tabaco y la salud.

Si estas estrategias han funcionado para la industria tabacalera ¿por qué no van a funcionar para promover salud? Lamentablemente, el conocimiento no siempre lleva al cambio de comportamiento y hay que concebir intervenciones basadas en lo mejor del pensamiento y la experiencia de varias disciplinas. Hay que ir más allá de las estrategias básicas que se fundamentan en el conocimiento y acudir a las que aborden otros diversos factores que influyen en la conducta humana.

El CMCT-OMS precisamente, es una herramienta idónea, porque impulsa a los gobiernos a afiliarse a políticas públicas que promuevan un mundo libre de tabaco, convocan la movilización social para involucrar los grupos de influencia y recursos; la participación comunitaria; la educación y comunicación; incluye la legislación y la economía, así como a los servicios de salud. Promulgar medidas de control por parte de las autoridades gubernamentales y lograr que la sociedad civil se convierta en su controlador.

No más descripción de la epidemia y efectos a la salud, porque todo se sabe como está descrito en los capítulos de este libro, lo que se requiere es herramientas para actuar. Conocer cómo hacer y eso lo brinda el CMCT-OMS, que se ha diseñado viendo el tabaquismo como un sistema y no como una conducta individual, uniendo los aspectos políticos y de salud; sustentado en la experiencia de los mejores resultados obtenidos y en las lecciones aprendidas.

El CMCT-OMS, las directrices y protocolos, constituyen la mejor base para el establecimiento de la política y acciones en todos los países. Queda entonces ponerlo en práctica y adaptarlo a las condiciones particulares de cada contexto.

Si se logra la integralidad de las acciones con coherencia y complementariedad, se terminarán las paradojas y controversias alrededor del tabaquismo: que existan regulaciones y prohibiciones, pero que la industria del tabaco siga operando a su libre albedrío; que se difundan mensajes sobre la nocividad del producto, pero este se encuentre disponible; que en el discurso se abogue por las políticas públicas saludables, pero se mantenga la complicidad de algunos gobiernos con la industria tabacalera.

Todo lo anterior nos pone de manifiesto que desde la salud pública no estamos haciendo lo que hay que hacer para terminar con la epidemia tabáquica, no hemos logrado dar fin a los mitos que la industria tabacalera magistralmente ha insertado en el tejido social, convirtiendo el tabaquismo en el principal factor de riesgo prevenible de las enfermedades crónicas no transmisibles, la primera causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial.

Si la industria del tabaco opera a escala global, también hay que enfocar el control del vector a esa misma escala. Colaboración integral y coordinación a nivel global, regional y nacional para el control del tabaco son esenciales. Aunar esfuerzos, permitirá avanzar con pasos certeros, con



programas sostenibles, capacitando personal y compartiendo experiencias exitosas mediante el asesoramiento de expertos internacionales.

Si damos fin a las incongruencias; ganamos el debate con evidencias y terminamos con las invenciones de la industria tabacalera; si hacemos coincidir lo que decimos con lo que hacemos, entonces se terminan las paradojas, las controversias y los mitos, porque la realidad va a propiciar un escenario, donde ocupe el lugar preponderante la salud.

No será un simple plan, sino una estrategia científicamente elaborada para dar cumplimiento al CMCT- OMS y con ello, lograr la meta de poner fin al juego del consumo de tabaco. Será entonces el fin del tabaquismo.

*“El hecho de que tantas enfermedades ya sean graves o leves, estén relacionadas con el tabaquismo es una de las conclusiones más asombrosas de la investigación médica de este siglo; si bien es posible que no sea tan sorprendente como el hecho de que tantas personas lo hayan ignorado”.\**

\*R. Doll: “Tobacco: a medical history”, *J Urban Health*, 1999;76:289-313.