

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen
Volume **17**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2004**

Artículo:

Consumo de tabaco, una enfermedad social

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Consumo de tabaco, una enfermedad social

RAFAEL CÉSAR CHÁVEZ DOMÍNGUEZ*

FRANCISCO J. LÓPEZ ANTÚÑANO †

JUSTINO REGALADO PINEDA §

MARLENE ESPINOSA MARTÍNEZ ‖

*Jefe del Departamento de Epidemiología. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

† Investigador en Ciencias Médicas "E". Instituto Nacional de Salud Pública. Presidente de Alianza Contra el Tabaco, A.C.

§ Investigador de la Clínica de Tabaquismo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

‖ Lic. Psicología, Coordinadora de la Clínica de Tabaquismo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Trabajo recibido: 08-VII-2004; Aceptado: 19-VIII-2004

RESUMEN

Pese al esfuerzo organizado para controlar la malignidad derivada del tabaquismo, éste no ha sido suficiente. Conviene hacerle caso al fuerte componente de enfermedad social que tiene. El modo de frenarlo es todo un proceso y hoy está en maduración social.

Palabras clave: Tabaquismo, consumo de tabaco, enfermedad social, cuidados de la salud, bienestar social, adicción.

Key words: Smoking, tobacco consumption, social disease, care of health, social well-being, addiction.

La dinámica de intervención ha de retroalimentarse por sus resultados. Los indicadores de morbilidad, riesgos y tendencias de la vigilancia epidemiológica demuestran el grado en que se involucra la sociedad. Se cuenta con un cuerpo de evidencias que relaciona la conducta de las personas individualmente y la influencia del medio social. También hay un Convenio Marco Legal que México ha suscrito y ayudará a aumentar la presión social. El tabaquismo es una enfermedad grave que requiere cuidados individuales y comunitarios en la población desde la edad escolar. Urge despertar la conciencia social y mantener el interés por cuidarse, al grado en que lo han advertido quienes por ello han perdido salud y bienestar. Los profesionales de la salud dan testimonio de las enfermedades, miserias y muerte; no pueden renunciar a dar el ejemplo pertinente en cuanto a cuidado. Además, hay otras profesiones que también deben estar involucrados. Es necesario innovar estrategias, investigar al detalle y ensayar acciones-costo efectivas. Hay que atender las implicaciones del cambio con fines preventivos: hacer ajustes al concepto donde se acepte el tabaquismo como enfermedad debida a una

ABSTRACT

Organized effort to control tobacco consumption and its malignant effects has not been enough. It is therefore convenient to focus on the strong social disease component it encloses. To stop this disease it must undergo a social maturing process. The dynamics of intervention should be fed back by their results. Mortality, morbidity, trends and risks are good indicators of the degree of social involvement. Today, there is a body of evidence about the interrelationship between individual behavior and the social environment. Also, Mexico has formally accepted the Framework Convention on Tobacco Control, which will help to increase social pressure. Smoking requires individual and social care at all ages starting from elementary school. It is urgent to raise public awareness and encourage the concern for taking care. Health professionals, who are the best witnesses of smoking consequences: diseases, miseries and deaths, should be more concerned and give the good example. Other professions should also be involved. It is necessary to innovate strategies and continue looking for cost-effective trials. There is a need to modify the present concept with preventive implications such as: adjusting the present concept, considering tobacco consumption a consequence of a deviation of individual and social behavior; taking care of the new social disease risks; improving health and well-being promotion programs in a cultural environment. Shared community actions are advantageous. A harmonic environment contributes to reach the goal.

conducta desviada, individual y colectivamente; atender los riesgos como enfermedad social e innovar estrategias de promoción de la salud y bienestar desde el punto de vista de la idiosincrasia. La participación conjunta de la comunidad tiene sus ventajas. Bajo el entorno de armonía y buena voluntad es más probable conseguir la meta que sin contar con éstos.

INTRODUCCIÓN

Este artículo se ha iniciado con la revisión del tema "Tabaquismo desde la perspectiva social", conferencia presentada en el *Programa Académico del Día Mundial sin Fumar 2004* en México, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), organizado en colaboración con el Consejo Nacional Contra las Adicciones. Es de interés para quienes desempeñan actividades en el control del tabaquismo, para el personal de salud y para quienes buscan apoyo para secundar por el bien de la comunidad o el de sí mismos. Es una relación dialéctica sobre la perspectiva social y sus reflexiones críticas. Pretende hacer congruente la intención con la acción en la cruzada contra el tabaquismo, ya que no se está en contra del fumador sino que idealmente, se cuenta con su colaboración. Es más que evidente y necesario que las actividades de todos sean sinérgicas y no antagónicas.

ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DEL TABAQUISMO

A medida que avanza el conocimiento para disminuir el consumo de tabaco y la adicción, el saber se transforma y sufre cambios con el tiempo. El proceso va pasando por fases de maduración social. De apreciarse como hábito, pasa a vicio, después a causa de enfermedades, de modo que ahora se le percibe como adicción ligada a una constelación de daños en el individuo y perjuicios para la población. La interrogante de por qué no se ha logrado el éxito deseado con las acciones tomadas, encuentra respuesta al considerar la participación de otras áreas disciplinarias, hasta ahora no plenamente abordadas y más allá de la medicina, que son las ciencias psicológicas y sociales. Se vislumbra que, si se les identifica bien y se les hace coincidir en la direc-

ción iniciada por Salud, ofrecerán mejores expectativas. Consecuentemente, la búsqueda de otras alternativas de intervención ha quedado abierta en espera de lo que resulte más coste-efectivo. Sería muy prudente tomar en cuenta las conexiones del tabaquismo con los perfiles médicos, epidemiológicos y sociales.

ELEMENTOS DEL COMPONENTE SOCIAL

La proporción del tabaquismo en la sociedad indica la magnitud de la adicción, el daño y el grado de afectación, tanto del fumador activo como del fumador pasivo^{1,2}. Hay una naturaleza social implícita en la enfermedad individual^{3,4}. El vínculo con lo social se ha advertido tiempo atrás⁵, pero poco o nada se ha hecho por aceptar además su integración como enfermedad social. Es justo reconocer lo que hoy está ocurriendo. Los hechos y puntos de vista señalan deficiencias y sugieren tomar en cuenta particularidades del orden social. Para su mejor evaluación, obsérvese que desde que se trata de abatir el consumo de tabaco y minimizar el daño en la población, hay más consumidores; las estadísticas dan testimonio con estimaciones y proporciones, con registros de morbimortalidad y tendencias de la vigilancia epidemiológica⁶⁻¹⁰; desde que se trabaja con clínicas para disuadir la adicción, aparecen nuevas barreras y la negación sistemática para aceptar que se trata de una enfermedad y que se torna en resistencia al tratamiento¹¹; desde que se sabe más sobre el daño, hay más cuestionamientos para creerlo¹²; desde que se lucha contra el daño del tabaco, se dan más altercados y discusiones entre los que sí y los que no; hay conflictos entre personas, en los momentos y en sitios menos esperados. Es evidente que hace falta saber más sobre la intimidad del proceso, causante de estas manifestaciones y la conducta del individuo en sociedad. Todo gira en torno a una

relación dialéctica y simultánea en que el uno y los muchos son una unidad.

EL CONCEPTO QUE GUÍA LA ACTITUD CONTRA EL TABAQUISMO

La primera actitud de la actividad antitabaco es responsabilizar al consumidor. El hecho proviene de una lógica elemental; pero reflexionando, no toma en cuenta que en este asunto la responsabilidad es compartida por toda la sociedad. Ciertamente, el fumador juega un papel central aparente, en realidad cuenta como un elemento de la población. Es culpable, pero también víctima y la diferencia está en la manera de apreciar el concepto. Se identifican dos factores y dos actores en juego de oposición: el fumador y el no fumador. La idea no parece tener todo el sentido que debiera, pues conduce a más dificultades, y no es justo que, como idea, ésta sea la que prevalezca. Las omisiones, consecuentemente, pueden explicar el poco control logrado hasta la fecha. Es obligado seguir identificando factores causales y en este caso de la perspectiva social, es una nueva fuente de investigación y oportunidad para rectificar el camino de la intervención con la intención original.

LA NATURALEZA DEL TABAQUISMO Y SUS CONSECUENCIAS

En versión breve, la historia natural del tabaquismo se inicia con fumar el primer cigarrillo, luego se hace costumbre y ahí se inicia el proceso de adicción. La intoxicación suele ser tolerada por tiempo largo, pero cuando se desea resolver la adicción es frecuente que el daño ya haya avanzado irreversiblemente. No obstante, esto no es todo; lo peor es que después de haber pasado por miserias y aun tener fallecimientos por esta causa, hay que cubrir los gastos. La deuda recae en la sociedad, sus impuestos, los presupuestos de hospitales, organismos de salud y la seguridad social. De todas maneras, las graves secuelas económicas recaen en la familia¹³. Es la consecuencia natural del componente social.

SABER PARA PREVER

Vista así, es lógico tratar de dar marcha atrás, pero llega un punto en que no es posible. Mejor es y

será no iniciarla, no continuarla y romper cuanto antes la cadena de acontecimientos. Esto implica saber y desarrollar voluntad propia. La prevención es aplicable no sólo al individuo, sino a la comunidad¹⁴. Se requiere actuar mientras el individuo esté sano y antes de que adquiera la adicción. Es necesario reconocer que la acción por la salud con la participación social puede jugar un estupendo papel complementario. La idea es conseguir bienestar, que ésta resguarda la salud. El factor social antecede al desarrollo de la enfermedad en el individuo y éste se ubica en la población.

CONSIDERACIONES SOBRE SALUD-ENFERMEDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵ acepta que tabaquismo es una enfermedad y define a la salud como: *estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad*. El concepto lo polariza al individuo en lo físico, mental y social. Manifiesta la intención de alcanzar la salud integralmente y considera la enfermedad del individuo unida a la enfermedad de la población. En la comprensión de la enfermedad se incluye el término bienestar, lo cual tiene una connotación típicamente social. Se trata de algo relativo a la salud, no tanto como su consecuencia sino como su causa; por tanto, influye en el desequilibrio dinámico de lo biológico, ecológico y psicosocial. Evidentemente, lo individual y lo social están mutuamente vinculados. Mientras más afectados, mayor es la preocupación social. El individuo es a la enfermedad como la epidemia a la población. El hombre, en la lucha por su propio bien, procura formar conciencia de protección y desarrollar acciones "del hombre, por el hombre y para el hombre". Por ello, en la meta convergen las actividades sociales, altruistas y filantrópicas.

EL APOYO DE LAS ESTADÍSTICAS

El enfoque para abatir el consumo de tabaco no consiste en que es una enfermedad, sino víctimas que atender caso por caso, porque en primer lugar no todos la padecen y realmente es una amenaza para todos. Consecuentemente, exige resolución conjunta. Con esta intención

hay que apreciar las estadísticas; frías y deshumanizadas son fieles indicadores sociales que se necesitan, sugieren el camino a seguir y dan orientación precisa a las acciones. Entre la preocupación que ellas despiertan, el deseo de hacer conciencia y conseguir intervenciones útiles, las estadísticas valoran el riesgo y evalúan el proceso de control.

LOS INTERESES PERSONALES EN EL JUEGO SOCIAL

El acto de pedir, sugerir o prohibir fumar despierta una diversidad de reacciones de unos contra otros. Indudablemente que en esto confluyen moduladores de la conducta individual, unos conocidos y otros no. Quienes están de acuerdo en no fumar, prefieren preservar su salud y defienden como legítimo derecho no exponerse a respirar aire contaminado; otros en cambio, admiten el peligro, lo prefieren, como un modo placentero de escapar de las presiones, del estrés, del aburrimiento que les depara la vida cotidiana, defienden el hecho de seguir fumando con sofisticadas justificaciones, falacias y sirrazones. Las opiniones expresadas tienen importancia, pero también las percepciones no confesadas de los fumadores y no fumadores que lo toleran ampliamente. Es recurrente escuchar la reclamación “¿Por qué se me priva de mi derecho de libertad?” “Yo soy dueño de mí... a nadie más tengo que entregar cuentas”. Toda una expresión de conducta desviada, desorientada, equivocada, que evidencia egocentrismo; no obstante, susceptible de cambiar. Tómese en cuenta que pasa por alto el requisito para la convivencia armónica: Respetar el interés por el bien de la comunidad. Éste tiene preferencia frente al individual. Así que, sedimentar estos conceptos socialmente da lugar a toda clase de respuestas polémicas. De todos modos, se cuenta con la firme esperanza de que llegue a prevalecer la razón por el bien común.

FUNDAMENTO SOBRE LA ASCENDENCIA SOCIAL

Si se explora el tabaquismo y el consumo de tabaco como enfermedad social, ésta no se aparta del clásico planteamiento de Karl Marx y Federico Engels¹⁶. Su obra histórica sobre materialismo

dialéctico, como instrumento metodológico, es idónea para el análisis de los fenómenos sociales. Permite invocar lo social, ubicar las causas de la enfermedad y señalar la necesidad de intervenir precisamente en comunidad. Toca los temas de distribución de la riqueza, acceso a bienes y servicios básicos como, educación, empleo, vivienda, ropa, alimentación, abrigo, paz y seguridad ciudadana. Precisamente, son los mismos puntos que más recientemente se han vuelto a invocar como prerequisitos de garantía de la salud, descritos en la Carta de Ottawa¹⁷.

En aras de la salud, las actividades rebasan el enfoque individual, pasan al terreno de lo social y lo económico. Rudolf Virchow¹⁸ decía: “La medicina es una ciencia social y la política es medicina en gran escala”. El pensamiento sociológico sobre el tema de la enfermedad y la salud permitió al sanitario estadounidense Charles Edward Winslow (1920)¹⁹ elaborar el concepto clásico de salud pública: “... es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia a través de los esfuerzos de la comunidad organizada por el saneamiento del ambiente, el control de las infecciones comunitarias, la educación de los individuos en principios de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería, para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de la maquinaria social, la cual asegurará a cada individuo en la comunidad un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de su salud”.

Lo social también se vive en las etapas avanzadas de las enfermedades asociadas al tabaquismo. En su conjunto, responden como morbimortalidad. Al respecto, el sociólogo estadounidense Talcott Parsons²⁰ dijo: “La enfermedad es la incapacidad del individuo de funcionar en la sociedad”. En efecto, en los estudios cualitativos efectuados en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, sobresale la dramática percepción sobre salud en algunos pacientes, con su testimonio de “es buena hasta que uno ya no sirve”.

De modo que, considerar el tabaquismo no sólo como enfermedad genuina del individuo sino también emanada del ámbito social, tiene la ventaja de facilitar la tarea de comprenderla y

emprender actividades correctas y en sentido más propio. Corregir las desviaciones de salud a partir de la población es encomiable, tanto con el enfoque individual y biológico como el psicológico y social.

Se trata del mismo espíritu congruente con la prevención de las enfermedades coronarias, cáncer, respiratorias y otras crónicas que reclaman cambiar hábitos de vida, costumbres y estilo de vivir²¹. Con estas consideraciones, el fomento a la cultura por la salud se convierte en una necesidad primordial, que es de orden fundamentalmente social.

MAYOR CONSUMO DE TABACO, MAYOR INCUMBENCIA SOCIAL

México no escapa al concepto general de que a mayor consumo de tabaco en el país, mayor la preocupación, además de que ratifica su naturaleza social. El problema no es reciente. De Michell⁵, en sus investigaciones históricas, descubrió que ya era preocupación en el ámbito de la Nueva España. En 1839, la esposa de Ángel Calderón de la Barca, primer Ministro Plenipotenciario español para la recién reconocida República Mexicana, quedó impresionada por el ambiente en una función teatral donde fue invitada: "Fumaba todo el patio, las galerías, los palcos y hasta el apuntador, de cuya concha salía una rizada espiral de humo, daba profecías de oráculo delfínico" y reflexionaba "la fuerza de la costumbre no podía ir más lejos".

En la actualidad, las recientes estadísticas publicadas revelan que el tabaquismo creció en 5 millones, bajó la edad de inicio y aumentó la proporción en mujeres¹⁻⁴. La exposición al tabaco ha contribuido a elevar la mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y neoplasias. Ha elevado el riesgo atribuible de enfermedades cardiovaseculares. Los consumidores de tabaco bajaron de 22.4 a 9.9%, con un costo relativo del 4% de su ingreso; aunque relativamente mayor en personas de menor ingreso, pero la demanda de cigarrillos baratos, sin filtro, aumentó de 0.4 a 4.8%.

La estadística de 1998, en individuos de 18 a 65, años reveló una prevalencia global de 32%; el 51.2% entre varones y el 18.4% entre mujeres. La estadística de jóvenes de 20 años o menos, en el

año 2000, alcanzó la proporción de 21.7%; de 26.7% entre varones y de 16.2% entre mujeres. Las estadísticas informan que entre 1970 y el año 2000 se redujo 50% el consumo *per cápita*, pero el total no cambió. Comercio y agricultura informan en el mismo periodo que la exportación de la hoja de tabaco disminuyó de 43,085 a 8,817 toneladas; en cambio, aumentó la importación de cigarrillos elaborados. Las iniciativas para desalentar la compra del producto incrementando precios encontró barreras en los altos medios legislativos. Mientras tanto, sobresalen las tendencias a la alza de muerte cardiovascular: 56,382 en el año 2000, que superan a muertes por enfermedades respiratorias y cáncer. La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón fue de 23,537 en varones mayores de 35 años y 19,714 en mujeres; de enfermedades cerebrovasculares fueron 11,879 varones y 13,403 mujeres; otras enfermedades del sistema circulatorio reportaron 5,583 varones y 6,980 mujeres⁸. Los niños se inician fumando en edades menores que las niñas, pero luego las niñas fuman más que ellos^{13,22}.

ANALOGÍA ENTRE LAS ENFERMEDADES DEL INDIVIDUO Y LAS SOCIALES

Con el tabaquismo ocurre igual que con las enfermedades genuinamente sociales, como la ignorancia, desempleo, pobreza, violencia, corrupción, guerra y terrorismo. No importa en qué segmento de la población ocurra, afecta a todas y cada una de las personas en la comunidad. Igual ocurre con las enfermedades crónicas de naturaleza biológica como enfermedades respiratorias, cáncer, diabetes, cardiopatía coronaria y enfermedades cerebrovasculares. Siendo enfermedades físicas y biológicas trascienden al individuo y del huésped saltan e interactúan con el entorno ecológico, social y económico²³. El remedio no está en cada individuo, sino en subsanar los problemas comunes de la población.

LA MAGNITUD MUNDIAL DEL CONSUMO DE TABACO

La proporción que la comunidad mundial exhibe por sus cifras estadísticas significan una pandemia^{4,5,8}; tanto que, a nivel mundial se invocan y recomiendan actividades de abogacía que persi-

guen la idea de que prevalezca el bien frente a este mal. En la actualidad, el tabaco en el mundo causa más de 5 millones de muertes por año²⁴. En el 2030, matará a 10 millones de personas y siete de cada diez defunciones ocurrirán en los países en desarrollo. El consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte en América. Se calcula que la fracción evitable es de 625,000 muertes por año (430,000 en Estados Unidos, 150,000 en América Latina y el Caribe y 45,000 en Canadá)²⁵. El consumo de tabaco ocasionó la muerte, tanto por enfermedades crónicas como por cardiopatías, enfermedad cerebrovascular, cáncer, enfermedades pulmonares y otras más. Es tan importante que ha hecho virar las principales causas de muerte de enfermedades transmisibles a no transmisibles.

En América Latina mueren más personas por enfermedades no transmisibles, muchas de ellas causadas por el tabaco, más que por el conjunto de enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y carencias nutricionales. La tendencia se espera que continúe en aumento. A pesar de que la tasa general de tabaquismo parece baja, en el Caribe se advierten cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer, entre las principales causas de muerte en esa región²⁶. En Estados Unidos, Canadá y América Latina, entre 1996 y 1999, la prevalencia de tabaquismo en la población oscilaba entre un máximo de 40% en Argentina y Chile, y un mínimo de 22% en Colombia. En las zonas urbanas, más de la mitad de los jóvenes fuman. El porcentaje de fumadores varones oscila entre 47% en Argentina y Chile y 26% en Colombia. En mujeres, la proporción más alta es de 36% en Chile, con un mínimo de 16% en el Perú. En el Caribe sólo se sabe que fluctúa entre el 2 y 14%. En Europa, la proporción gruesa es del 30%, mueren 1 de cada 10 a 1 de cada 5 fumadores, y el mayor incremento ocurre en España, Portugal y Grecia²⁷.

EL PROGRAMA NACIONAL EN MÉXICO

México cuenta con un Programa Nacional²⁸ que ha sabido advertir la estrategia social, ha incluido al ámbito educativo, política fiscal, control publicitario de productos, vigilancia de las disposiciones y la atención al individuo con psicoterapia y apoyo farmacológico. Considera los aspec-

tos de costo económico y social, mantiene una activa colaboración internacional y sigue atento a la dinámica de algo más por hacer, como darle curso a la idea reciente del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco de 2003. Seguir su curso significa avalarlo para fortalecer las actividades que se desarrollan precisamente en el seno de la comunidad.

EL TABAQUISMO, PARADÓJICAMENTE, ES UNA BARRERA MÁS ENTRE LOS SERVIDORES DE LA SALUD

En este país, la prevalencia del tabaquismo entre médicos fue del 22%; 16% en mujeres y 24.9% en hombres; en enfermería el 12% en mujeres y 19.2% en varones. Su situación en el mundo se ubica después de Filipinas con 63%, y las que siguen sucesivamente en Bulgaria, Hungría, Argelia, Argentina, Bolivia, Uruguay, Cuba, y Japón que tienen el 24.8%²⁹. Véase que el comportamiento de las personas dentro del Sector Salud y su relación con el uso de tabaco no difiere mucho del comportamiento del resto de la población, hecho interesante para su interpretación que, por lo pronto, da una razón más para no depender grandemente de este recurso; mientras haya tantos fumadores médicos, éstos pierden su autoridad en el asunto.

209

LA EXPRESIÓN DE LA POBREZA DERIVADA DEL TABAQUISMO

Con el lema del Día Mundial sin Tabaco 2004: "Tabaquismo y pobreza" se deja ver la preocupación vigente y se reafirma el gran vínculo social. Hay información proveniente de países extremadamente pobres que no deja lugar a duda de estos nexos. Los puntos sobresalientes del estudio PATH de Canadá³⁰ permite visualizar múltiples contrastes y hacer reflexiones. El gasto diario por uso de tabaco significa, para el pobre, una sangría en sus recursos y acrecienta la brecha de la inequidad entre ricos y pobres. Los beneficiados distan mucho de ser los agricultores o trabajadores de fábricas, son los empresarios quienes se llevan los beneficios. Hay países exportadores que gastan más en importar tabaco y atender las enfermedades asociadas, concepto por el cual registran pérdidas

millonarias. El temor al desempleo es engañoso en caso de bajar la producción. Con el crecimiento natural de la población, el cambio genera más oportunidades que el tabaco, otros productos requieren más producción y mano de obra. Quienes dejen la industria del tabaco pueden encontrar más empleos seguros y mejor remunerados en otros sectores. Las multinacionales en el mercado del tabaco tienden a reemplazar la fabricación local, con el proceso mecanizado requieren menos gente, incluso si se aumenta la producción. Por otra parte, los agricultores siguen sufriendo las consecuencias de malas cosechas y la reducción de precios, los convierte en deudores. Los empleados del tabaco y vendedores tienen sueldos ífimos. Para colmo, con la adicción creada y sin hacerse ricos, los trabajadores enfrentan condiciones de pobreza, analfabetismo, enfermedades y muerte³¹.

LA EXPRESIÓN DESNUTRICIÓN DERIVADA DEL CONSUMO DE TABACO

En las comunidades pobres, los fumadores estiman como artículos de lujo los alimentos nutritivos como: leche, huevos y carne, pero el tabaco es como si fuese de primera necesidad. Donde los ingresos deben servir para comer, el tabaco los orilla a la desnutrición. Se ha visto que el gasto por tabaco supera al de la leche y equivale a 3,000 calorías de arroz. En Bangladesh³⁰, pasan hambre 10.5 millones de personas y la muerte diaria de 350 niños se atribuye al desvío económico por tabaco. Los ahorros por no comprar tabaco pueden cubrir necesidades básicas o destinarse a productos más necesarios. Los pequeños cambios, nada despreciables, aplicados a educación y salud, ofrecen otras perspectivas en los niños. Los gastos de atención médica derivados del tabaco empobrecen más a los miembros de la familia y peor cuando muere el principal proveedor de ingresos. Los costos no empiezan con la enfermedad sino cuando el uso de tabaco se inicia; ése es el momento en que se desvían tales recursos.

LOS IMPUESTOS AL PRECIO DEL TABACO

Una estrategia para disminuir el consumo de tabaco es incrementar impuestos y su costo, lo cual puede desalentar el consumo, pero también

puede ser engañoso. Hay que ser cautelosos al tomar decisiones, ya que éstas pueden ser contraproducentes. Su resultado varía mucho en función de las circunstancias de la población. Mantener bajos precios hace que más gente pobre fume más y malgaste su dinero. Al subir los costos se favorece la venta de productos baratos, de mala calidad y más dañinos. La decisión de no subir precios, concediendo el beneficio popular que favorezca a muchos fumadores pobres no puede ser más engañoso. Lo negativo se dirige a los contribuyentes, a través de los programas de subvención de alimentos³².

LA PERCEPCIÓN DE RIESGOS POR LA POBLACIÓN

El concepto de riesgo es eminentemente social, "El individuo asume los riesgos de la población donde vive" decía Geoffrey Rose (1985, Profesor Emérito de la Escuela de Salud Pública en Londres). Además de los riesgos conocidos figuran otros, los que derivan de las creencias equivocadas de los fumadores. En países con gran desarrollo se ha detectado que consideran el tabaquismo como riesgo menor o despreciable. Donde la información penetra mejor en la población y han oído hablar de los factores de riesgo, éstos son subestimados y no asimilados en su valor real. Hay la creencia de que el cáncer de pulmón tiene una categoría igual o ligeramente mayor al de los no fumadores. Prevalente la negación de que el tabaquismo sea más mortal que los accidentes automovilísticos. Igual opinan de los cigarrillos con bajo contenido de alquitrán, que reducen los riesgos de cualquier enfermedad asociada al tabaco, pasa por alto que fumar más rinde más nicotina y alquitrán.

LOS RIESGOS CON BASE DE EVIDENCIA

Los fumadores a largo plazo tienen 50% de probabilidades de morir como consecuencia de alguna enfermedad asociada al tabaco. Cerca de la mitad ocurrirá en la edad madura (35 y 69 años de edad). En Estados Unidos, México y Canadá, el consumo de tabaco causa más defunciones que la combinación de alcohol, otras drogas, accidentes automovilísticos, asesinatos, suicidios y SIDA. Los datos de países desarrollados indican que el con-

sumo de tabaco es causante de aproximadamente un tercio de las muertes por cardiopatías y un tercio de muertes por cáncer. La mayoría de las defunciones causadas por el tabaco resultan en cardiopatías. El cáncer de pulmón está aumentando en las mujeres de muchos países en desarrollo. En varios países desarrollados, el cáncer de pulmón supera al cáncer de mama como el principal cáncer que ocasiona la muerte en mujeres. Además de causar cardiopatías y varias formas de cáncer, el consumo de tabaco produce enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, gangrena y contribuye a la disfunción eréctil^{33,34}.

LOS RIESGOS REALES DE LOS FUMADORES PASIVOS

La exposición de los no fumadores al humo de tabaco aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y cardiopatías. El humo de tabaco ocasiona o empeora numerosas enfermedades en los niños, especialmente asma y bronquitis^{35,36}, neumonías e infecciones del oído medio. En mujeres embarazadas, la contaminación del tabaco trastorna el desarrollo del producto, los fetos tienen bajo peso al nacer y suelen ocurrir partos prematuros; también desacelera el desarrollo en la niñez. El tabaquismo en torno a los recién nacidos se asocia con tasas altas de muerte súbita del lactante³⁷.

LA NECESIDAD DE CONSENSO COMO UN GRAN PROYECTO DE REALIZACIÓN

La meta más ambiciosa es crear una conciencia que lleve consenso e integre los ámbitos familiar, institucional, municipal, estatal, nacional, regional y mundial³⁸. No es aceptable decir que se ha comprendido cabalmente el problema mientras la única estrategia sea el ataque directo al fumador y nada más. A toda acción hay una reacción; la reacción del fumador tiende a resistir y perpetuar el consumo. Es evidente que la polémica gira en torno a un desordenado debate social, mismo que requiere orientación y comprensión hasta alcanzar consenso. Lo fundamental es nutrir el criterio y la voluntad que modulan la conducta de cada persona. En ello fallan los métodos y las investigaciones sobre las creencias en cada uno, del grupo, la etnia, la comunidad y el país³⁹. El criterio individual es cla-

ve en el asunto, tiene un valor que reclama ser advertido, creado y alimentado con educación propia de la promoción de la salud; requiere ser intervenido con las nuevas técnicas de mercadeo social, aplicado a salud. El espíritu del quehacer ha de encaminarse hacia propiciar una cultura, sin satanizar, prohibir o perseguir ("cacería de brujas"). Es mejor alentar la percepción individual y colectiva, basada en la verdad y la razón, que esté por encima de las presiones de quienes promueven la adicción del consumidor y recurren a la engañosa publicidad. Evidentemente, la intención de esta iniciativa sin respuesta se puede desvirtuar fácilmente y quedar en obstinación de unos cuantos.

LAS DECISIONES INDIVIDUALES Y LOS ALTERCADOS

Es interesante advertir la lógica involucrada colectivamente con el enfoque individual: unos fuman, pero otros no; unos dejan de fumar, pero otros no; unos recaen y otros no; unos se inician gustosamente mientras que otros no; unos demuestran su tolerancia y otros no; unos no fumadores se comportan como incómodos puristas y otros renuentes fumadores gozan la contradicción. ¿Qué hay detrás de esta diversidad? Lucha, batalla o guerra por la paz tienen partidarios de uno y otro bando, todos tienen su propia razón. Interesa saber ¿cuáles son? ¿cuáles son sus diferencias? y ¿de dónde puede salir el razonamiento sensato para allanarlas?

Es importante tomar en cuenta el fondo de la lucha interna que libra el fumador, exige reflexión de cada uno de ellos, con su propio criterio. Como trabajo individual es insustituible y susceptible de ser apoyado externamente. La mejor decisión favorable debe provenir de su propio juicio. Iniciar o dejar de fumar es decisión personal con repercusión social. En el proceso decisivo, el propio individuo es su juez de primera instancia. No es obediencia sino convencimiento propio lo que cuenta finalmente.

EL SENTIDO COMÚN INDIVIDUAL, LA PIEDRA ANGULAR

Con lo dicho anteriormente, la solución no puede ser complicada sino simple, sensata, econó-

mica y viable, de aplicación sustentable. Lo apropiado es alentar el sentido común de cada persona. Importa mucho saber cómo se genera y fortalece el criterio propio, pero hacerlo rebasa la intención de este texto. Cabe señalar, sin embargo, que la responsabilidad directa es del individuo y socialmente del Estado (Sector Educación). Uno de los aprendizajes necesarios para tener una mejor calidad de vida es aprender a hacerse preguntas realmente fundamentales. Éste, aunque sea el menos común de los sentidos, es el recurso al que se apela en la prevención de los factores de riesgo; requiere información en la que cuenta lo positivo y claro de la intención a favor del individuo, considerando que si obra en su contra es negativo.

LAS BASES JURÍDICAS DEL BIEN COMÚN

Con el enfoque social viene la necesidad de la regulación, de orden y la ley. Al respecto, se ha considerado un buen instrumento el Convenio Marco para el Control del Tabaco elaborado en el seno de la OMS (2003)⁴⁰, ha sido aceptado oficialmente por México y tiende a incrementar las presiones sociales. En la medida que represente los intereses de la comunidad y sugiera la imposición de un orden, tendrá éxito, si la población lo acepta y lo respalda. Consecuentemente, es necesario prepararla de algún modo. En este sentido surge nuevamente el enfoque social como parte de la solución de conjunto.

Ciertos puntos interesantes son expresados con preguntas ¿Por qué deben intervenir los gobiernos? y la respuesta sucinta y elocuentemente la ha reunido la OMS, la cual consiste en: a) la mayoría de los fumadores no son plenamente conscientes de los riesgos relacionados con el consumo de tabaco, no conocen todos los riesgos para la salud, subestiman sus probabilidades de contraer una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, y también subestiman el daño causado por el consumo de tabaco en relación con otros comportamientos; b) la mayoría de los fumadores se vuelven adictos al tabaco cuando son muy jóvenes, generalmente en la adolescencia; en esta etapa, su capacidad es menor que en la etapa adulta para adoptar decisiones sensatas acerca de algo que, generalmente, se convierte en una adicción para

toda la vida; si finalmente comprenden la naturaleza de la adicción a la nicotina y las consecuencias del consumo de tabaco para la salud, la adicción hace muy difícil que dejen el hábito, y c) los fumadores pueden imponer el costo de su tabaquismo a los demás, costos financieros que los sistemas de asistencia sanitaria erogan para atender enfermedades causadas por el tabaquismo, y costos físicos, como resultado de la exposición a personas no fumadoras al nocivo humo del tabaco, en los hogares y los lugares públicos.

LA ADOPCIÓN DE UN CUIDADO DE VIDA MÁS

La base de la prevención está en la higiene y mejorar el estilo de vida, lo cual requiere incorporar cuidados de vida, que implica aceptar la responsabilidad compartida. Pero cuidar requiere saber, entender y comprender; es decir, la educación es parte de ello. Cuidar que la información sea apropiada, consistente, persistente, insistente, persuasiva y que transmita el espíritu de bienestar colectivo. De esto ha de salir mucho material para mensajes repetitivos necesarios que, de otra manera se olvidan. Los cuidados y sus estrategias están encuadrados al auténtico sentido de "servir", "dar servicio", "ser vida", "dar vida", "ayudar a vivir". Todo cuidado de vida es servicio y el acto de hacerlo es atender, dar atención, de ahí concurre el significado de curar (del latín: "curare", atender). El control del tabaco es área en la que van juntas las metas de mejorar la salud, evitar los sufrimientos y lograr el bienestar. Consecuentemente, el control del tabaquismo en el medio social es conveniente orientarlo y fomentarlo como cuidado de vida, con la debida educación y asistencia social. El mejor testimonio sobre cuidados de vida, elevado a profesión, es la enfermería. Evidentemente, otras profesiones han de involucrarse al extenderse la necesidad de cuidados a la población entera, pues rebasa el ámbito de hospitales y centros de salud. Ha de llegar a las personas sanas, por lo que conviene adoptarlo como parte importante del estilo de vivir en sociedad. Es elemental inculcar estos conceptos con la "educación primordial", término acuñado en el ámbito de la medicina preventiva para indicar qué ha de hacerse desde la enseñanza elemental.

RESUMEN, CONCLUSIONES Y PROPUESTA

El tabaquismo no se ha controlado bajo la hipótesis médica de que es una enfermedad en el individuo con carácter progresivo y mortal. Vale la pena aceptar que por encima de lo conocido hay un fuerte componente social todavía por comprender. Frente a las evidencias que lo afirman no se necesita demostrarlo como enfermedad social. Ciertamente, hay implicaciones que atender y surgen como cambio de paradigma que puede ser clave en la solución anhelada.

La complejidad de la lucha contra el tabaquismo radica en su naturaleza, de presentar diversos componentes que incluyen disciplinas, como medicina, salud, biología y ciencias básicas; pero también la psicología, sociología, antropología, política, costos, legislación, comercio, finanzas y economía, sin dejar de lado la educación a todos los niveles, difusión cultural y publicidad.

Saber sobre el modo idóneo de parar o frenar la inmoderada costumbre es un proceso de moderación social en curso, que exige la participación de cada persona. El tabaquismo es susceptible de cambiar con la intervención masiva o la suma de intervenciones de menor escala en la población, guiado empíricamente por sus resultados. Los indicadores de morbimortalidad, riesgos y tendencias estimadas por la vigilancia epidemiológica cuentan mucho y permite apreciar el grado en que se involucra la sociedad. La intervención social cuenta con apoyo y hay mucho adelantado. Se tiene un cuerpo de evidencias que relaciona la conducta de las personas individualmente con el medio social. Hay avances mundiales en la legislación (Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica) que ayudará favorablemente a incrementar la presión social. La hipótesis de Geoffrey Rose⁴¹ sigue siendo válida, "Si el tabaquismo entra bajo presión social, ha de salir del mismo modo".

Como enfermedad grave, el tabaquismo reclama cuidados para atender las necesidades individuales y colectivas. Los cuidados de prevención en el individuo sano se requieren desde la edad escolar. Es apremiante despertar la conciencia social y mantener el interés por cuidarse, tanto como les importa hoy a quienes

por ello han deteriorado su salud y bienestar. Los profesionales de la salud dan testimonio de la enfermedad, del sufrimiento y la muerte de sus pacientes, son ellos quienes deben dar el mejor ejemplo de tales cuidados a la ciudadanía.

Aceptar que el tabaquismo es además una enfermedad social, abre puertas a otros recursos y mejora la posición para reavivar la responsabilidad civil en toda la población, incluyendo la de los médicos, trabajadores de la salud, sociólogos y líderes de la comunidad. El abordaje social abre la esperanza de un mejor impacto de intervención basado en el convencimiento individual para la mayoría. Por este camino, la presión social de la reglamentación se hace más humana, no deja de ser mejor el uso de la razón que por la fuerza.

La innovación de las estrategias incluye seguir la investigación de detalles relacionados para facilitar la implementación de acciones-costo efectivas. Las implicaciones del cambio con fines preventivos tienen que ver con hacer ajustes al concepto vigente, aceptar el tabaquismo como enfermedad derivada de una conducta desviada, individual y colectivamente, atender los riesgos propios de una enfermedad social, reforzar la promoción de la salud bajo el ambiente cultural, haciendo participar apropiadamente a la comunidad, propiciando un ambiente de armonía y buena voluntad.

Finalmente, el consumo de tabaco ligado a la enfermedad social le imprime un espíritu de innovación que toma en cuenta lo social, no desciuda los aportes previos, ni de avances metodológicos. No deja de ser promisorio y ofrecer ventajas de índole práctica.

REFERENCIAS

1. SSA. *El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones*. México: SSA; 2000.
2. Salazar-Martínez E, Sánchez-Zamorano LM, López-Padilla LA, Estrada-Nájera A, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. *El tabaquismo y su fracción atribuible en la enfermedad isquémica cardiaca*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S34-S41.
3. Sepúlveda J. *La epidemia del tabaquismo en las Américas*. Salud Pública Méx 2002; Suppl 1:S7-S10.
4. BM/OPS. *La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud. (Publicación Científica No. 577). 2000.

5. De Micheli A. *Notas marginales sobre el tabaco en la medicina y en la historia*. Gac Med Mex 2000;136:273-279.
6. SSA/CONADIC. *Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa Contra el Tabaquismo*. Secretaría de Salud-Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. 2000.
7. Kuri-Morales P, Alegre-Días J, Mata-Miranda MP, Hernández-Ávila M. *Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S29-S33.
8. Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. *La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S1-S2.
9. Fernández E, Shiaffino A, Borras JM. *Epidemiología del tabaquismo en Europa*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S11-S19.
10. González-Molina J. *El tabaquismo en el mundo*. CONADIC INFORMA. Boletín Especial de Tabaquismo. SSA, 1999. México, 2001.
11. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Espinosa-Martínez M, Sandoval RA. *Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S116-S124.
12. Guía latinoamericana contra el cáncer. Servicio a la comunidad. *Mitos sobre el tabaco*. <http://www.lalcecro-sario.org.ar/tabaco.htm> 11-05-2004.
13. Villalba-Caloca J, Ramírez-Venegas A, Sansores RH. *Costos de la atención médica*. CONADIC Informa. Boletín Especial de Tabaquismo, 2001.
14. Séquier A, Stoebner A, Gourgou S, Lence JJ, Bonifaci C, Sancho-Garnier H. *Métodos educativos en la prevención del tabaquismo en escolares del Departamento de Hérault, Francia*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S93-S100.
15. OMS. *Glosario y promoción de la salud. Sección I. Términos básicos*. WHO/HPR/HEP/98.1, 1998.
16. Marks K, Engels F. *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. México: Siglo XXI; 1969.
17. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canadá 21 de noviembre, 1986.
18. Virchow R. *Where are you that we need you?* Ann J 1984;77:524.
19. Winslow ECHA. *Public health at the crossroads*. Am J Public Health 1926;16:1075-1085.
20. Parsons T. *The structure of social action*. New York: McGraw-Hill; 1937.
21. Breslow L. *A policy assessment of preventive health practice*. Prev Med 1977;6:242-250.
22. Rubio MA. *Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2003;16:63.
23. Levi L. *Stress in industry. Causes, effects and prevention*. Geneva: International Labour Organization, 1984.
24. Shafey O, Dalwick S, Guindon GE, editors. *Tobacco Control Country Profiles*. The 12th World Conference on Tobacco or Health. 2nd ed. Am Cancer Soc, Atlanta; 2003.
25. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current, and future trends in tobacco use*. The World Bank. 2003. Available at URL:<http://www1.worldbank.org/tobacco/publications.asp>
26. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. Geneva: World Health Organization; 2002.
27. Kaufman NJ, Nicther M. *The marketing of tobacco to women: global perspectives*. In: Samet JM, Yoon S-Y, editors. *Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st Century*. Geneva: World Health Organization; 2001. p. 69-98.
28. Belsasso G. *Programa de Acción contra el Tabaquismo*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S5-S6.
29. Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC. *Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S67-S75.
30. PATH. *El tabaco y la pobreza*. Canadá, 2004. www.pathcanada.org/library/docs/povertySp.pdf
31. World Bank. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC: Development in Practice; 1999.
32. Montes A, Villalbí Jr. *The price of cigarettes in the European Union*. Tob Control 2001;10:135-136.
33. Hermand D, Mullet E, Coutelle B. *Perception of the combined effects of smoking and alcohol on health*. J Soc Psychol 1995;135:167-174.
34. Strandberg A, Strandberg TE, Saloma VV, Pitkala K, Happola O, Miettinen TA. *A follow-up study found that cardiovascular risk in middle age predicted mortality and quality of life in old age*. J Clin Epidemiol 2004;57:415-421.
35. Fielding J. *Smoking: Health effects and control (First of two parts)*. N Engl J Med 1985;313:491-498.
36. Fielding J. *Smoking: Health effects and control (Second of two parts)*. N Engl J Med 1985;313:555-561.
37. Peto R, Lopez A. *Future worldwide health effects of current smoking patterns*. In: Koop CE, Pearson CE, Schwartz MR, editors. *Critical Issues in Global Health*. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
38. Frenk J. *La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate*. Washington DC: OPS-Publicación Científica 1992;540:75.
39. Sesma-Vázquez S, Campuzano-Rincón JC, Carreón-Rodríguez VG, Knaul F, López-Antuñano FJ, Hernández-Ávila M. *Comportamiento de la demanda del tabaco en México 1992-1998*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S82-S92.
40. OMS. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Informe del Presidente del Órgano de Negociación Intergubernamental*. 56^a Asamblea Mundial de la Salud. Abril 14, 2003; A56/INF. DOC./7.
41. Rose G. *Advanced 10 Day International Seminal of Epidemiology and Prevention*. WHF/WHO. Blackstone, Irlanda; 1985.

Correspondencia:

Dr. Rafael César Chávez Domínguez,
Jefe del Departamento de Epidemiología. Instituto Nacional de Cardiología
"Ignacio Chávez". Juan Badiano No.
1. México, DF., Tlalpan. Teléfono:
55732911, Ext. 1231.
E-mail: rchavez@cardiologia.org.mx