

Impacto de las políticas antitabaco en México

Horacio Rubio Monteverde^a, Tatiana María Rubio Monteverde^b,
Rafael Álvarez Cordero^c



K'Connor

INTRODUCCIÓN

El 31 de Mayo del presente año, se celebró el Día Mundial sin Tabaco con el tema de la campaña “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, su objetivo específico es recordar a los países la necesidad de implementar completamente el Convenio Marco para proteger a las generaciones actuales y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Fue en 1987 que se instituyó este día por La Asamblea Mundial de la Salud constituida por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de llamar la atención mundial hacia la epidemia de tabaquismo y sus efectos letales así como de fomentar un período de 24 horas de abstinencia de todas las formas de consumo de tabaco alrededor del mundo. El consumo de tabaco es la principal epidemia prevenible a la que se enfrenta la comunidad sanitaria.

ANTECEDENTES

La epidemia del tabaquismo es un fenómeno mundial con efectos destructivos considerables tanto

para las naciones en desarrollo como para los países industrializados. En el año 2000, el tabaco mató a casi 5 millones de personas en el mundo y más de un millón en las Américas, alrededor de 14,000 personas cada día, muchas de estas muertes ocurren en países pobres como el nuestro; si no fortalecemos las medidas tomadas hasta ahora, el número de defunciones que produce podría duplicarse en veinte años. El consumo de tabaco es la segunda causa mundial de muerte, tras la hipertensión, y es responsable de la muerte de uno de cada diez adultos.

El principal componente del tabaco es la nicotina, sustancia que desde el punto de vista farmacológico activa de doble efecto, estimulante y sedante, y la principal responsable de la adicción por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopamínérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del SNC.

El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y cerebral.

Los tumores malignos ocupan la segunda causa de mortalidad en México y en su mayoría están relacionados con el tabaco, de manera principal el de cavidad oral, pulmonar, laringeo, esofágico, cervicouterino y las leucemias. El cáncer de pulmón es

^aDirección de Atención Médica. Dirección General de Servicios Médicos. UNAM. México, D.F.

^bSecretaría de Gobierno del Estado de Hidalgo.

^cRevista de la Facultad de Medicina, UNAM. México, D.F.

el más frecuente entre los fumadores y constituye la primera causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres.

El conjunto de las enfermedades broncopulmonares ha ido en aumento en México y, como causa de mortalidad, se encuentra entre el doceavo y decimoquinto lugar.

El síndrome tabaco fetal consiste en restricción del crecimiento en el DNA. Se relaciona con aumento en frecuencia de abortos espontáneos, partos pretérmino, placenta previa, hemorragias, rotura prematura de membranas y de mortalidad perinatal en 25%.

El impacto del humo del tabaco ambiental sobre la mortalidad humana es dos veces mayor que el impacto producido por el conjunto de todos los contaminantes ambientales tóxicos. La población infantil es particularmente susceptible.

La OMS indica que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de 13500 muertes por día y 4.9 millones al año en el mundo,

de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo. Los adolescentes son el grupo de alto riesgo. En tanto, Phillippe Lamy, representante de la OMS en México, informó que en este año, hay alrededor de mil doscientos millones de fumadores en el mundo y el costo de la atención médica de padecimientos asociados rebasa los 200 mil millones de dólares.

México fue el primer país en América en refrendar el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, ratificado por unanimidad en 2003. Este convenio proporciona un marco para las medidas nacionales de control integral del tabaco.

El “Modelo para prestación de servicios en contra del tabaco en México” se enfoca de manera fundamental en dos aspectos: 1) promoción de la salud en población abierta y derechohabiente y 2) prevención primaria en grupos de alto riesgo.

En el 2000 se decretó una modificación a la Ley General de Salud, que estableció el deber de orientar a la población para abstenerse de fumar



Hammer-nail wax

en el interior de edificios públicos propiedad del Gobierno Federal. A partir de 2002, se ejecutó el programa de Escuelas Libres de Humo de Tabaco. A principios del año 2004 se instauró la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores.

En el primer nivel de atención, tanto público como privado, se solucionan 85 de los problemas de salud. Las tres fases esenciales del tratamiento a cargo del médico son la valoración, la intervención y el seguimiento.

ENFERMEDADES OCASIONADAS POR EL TABAQUISMO

En los últimos años se ha descubierto a través de los estudios de investigación que existen más enfermedades ocasionadas por esta adicción; por lo que se demostró la importancia de continuar con la investigación básica y clínica para generar nuevos conocimientos en torno a este problema de salud pública tan importante.

En México, desde 1980 las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de mortalidad; en 1998 representó 15.4% de todas las muertes; más de la mitad de estos casos corresponden a cardiopatía isquémica, patología asociada de manera directa con el tabaquismo.

Las enfermedades cardiovasculares se producen como consecuencia de que las arterias se obstruyen (arterias coronarias), haciendo que algunas zonas del corazón no reciban oxígeno en cantidad suficiente. Se produce primero la angina de pecho, provocando un dolor torácico intenso; cuando la falta de circulación de sangre, y por tanto de oxígeno, llega a provocar la muerte de los miocardiocitos, éste es el escenario de un infarto agudo de miocardio. La angina o el infarto, en ocasiones, pueden provocar arritmias que algunas veces producen la muerte inmediata.

El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria (estrechamiento de las arterias coronarias), junto con la hipertensión arterial y el aumento del colesterol.

La arterioesclerosis periférica, en algunos fumadores, predomina por la falta de riego sanguíneo en las piernas; entonces sienten dolor en las pantorri-

llas o en los muslos. El nombre de esta enfermedad es claudicación intermitente.

Desde 1993 la enfermedad cerebrovascular se encuentra como la quinta causa de mortalidad en México, y se ha comprobado que el tabaco origina ateromatosis de las arterias cerebrales, provoca un riesgo entre dos y tres veces superior a sufrir trastornos oclusivos y entre cuatro y cinco veces para trastornos hemorrágicos; este peligro es significativo en mujeres que, además de fumar, toman anticonceptivos, 22 veces más que las no fumadoras.

Carcinogénesis. Desde 1990, los tumores malignos se han incrementado y ocupan la segunda causa de mortalidad en México; la mayoría de estos cánceres están relacionados con el tabaco:

Cáncer de la cavidad oral. Estudios de cohortes han demostrado también una frecuencia alta de cáncer bucal en fumadores. Las zonas afectadas pueden detectarse de manera fundamental en el suelo de la boca, base de la lengua, área retromolar y arco palatino, en zonas de acumulación de saliva, donde el agente carcinógeno puede permanecer en contacto con la mucosa durante períodos prolongados.

Cáncer de pulmón (broncogénico). El cáncer de pulmón es más frecuente entre los fumadores. El número de casos ha aumentado de forma realmente espectacular en los últimos años. Este tumor, poco frecuente a principios de siglo, se ha convertido en la actualidad en la primera causa de mortalidad por cáncer en EUA y diversas zonas del mundo. El 85% está relacionado con el tabaquismo.

Cáncer faríngeo y laringeo. El tabaco es el causante de 82% de los cánceres de laringe; se origina en las cuerdas vocales, las estructuras fibrosas que generan el habla.

Cáncer de esófago. Los tumores malignos del esófago, en forma predominante, son los carcinomas escamosos. Estos cánceres aparecen en la membrana superficial y causan síntomas de obstrucción del esófago y dolor retroesternal. El tabaco es responsable de casi 60% de los cánceres del esófago, enfermedad más frecuente en los hombres.

Cáncer de estómago. Hay estudios que atribuyen al tabaco 20% de los casos de este tipo de cáncer. El tabaco es también un importante factor en la aparición de la úlcera péptica.

Cáncer de páncreas. Los fumadores tienen el doble de posibilidades de sufrir esta enfermedad que los no fumadores. Las personas que fuman más de 40 cigarrillos al día poseen un riesgo cinco veces superior que quienes no fuman. El 25% de los portadores de esta neoplasia son fumadores.

Cáncer de vejiga y riñón. Se atribuye al tabaco casi 50% de las muertes debidas a los cánceres de la vejiga y del riñón en los hombres. En las mujeres, la proporción es de 37% para el cáncer de la vejiga y del 28% para el riñón.

Leucemias. Las leucemias tienen estrecha relación con los efectos del benceno, polonio y radón.

Bronquitis crónica, enfisema y obstrucción de las vías respiratorias (epoc). El conjunto de las enfermedades broncopulmonares ha ido en aumento en México y, como causa de mortalidad, a partir de 1990 se encuentra entre el doceavo y decimoquinto lugar, sin embargo, cabe destacar que el costo social por estos problemas es elevado, ya que incluye disminución de la productividad por ausentismo escolar y laboral, gastos en atención médica y pérdida en años de vida productiva.

Según las previsiones de la OMS, las tasas de morbilidad y mortalidad por EPOC continuarán elevándose en los próximos 20 años y la convertirán en la tercera causa de muerte (hoy cuarta) y en la quinta de discapacidad (hoy 12) en todo el mundo, en Estados Unidos las tasas de mortalidad por EPOC aumentaron bruscamente entre 1930 y 1980 y se continúa en observación este preocupante incremento.

En la actualidad, el grupo de fibrosis pulmonar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) ha demostrado que al menos tres enfermedades intersticiales del pulmón están relacionadas con fumar cigarrillos: bronquiolitis, neumonía descamativa intersticial e histiocitosis pulmonar de células de Langerhans.

Patología asociada con el embarazo y desarrollo neonatal. A todas las alteraciones que ocurren en

el feto de las gestantes fumadoras, algunos autores las denominan síndrome de tabaco fetal.

- Disminución de peso. Reducción del peso y de la talla entre 150 y 300 g; ello supone una pérdida de 10% del peso esperado. Este bajo peso se relaciona con la intensidad del tabaquismo materno.
- Alteraciones endocrinas del recién nacido. Se han encontrado concentraciones elevadas de determinadas hormonas, como prolactina y hormona del crecimiento, entre otras, sobre todo al final de la gestación.
- Mutaciones del DNA en diferentes tipos celulares debido a la transferencia materna de los carcinógenos presente en el humo del tabaco a los tejidos fetales, cuyos metabolitos se fijan al DNA.
- Aumento en la frecuencia de abortos espontáneos, partos pretérmino, placenta previa, hemorragias, rotura prematura de membranas y de mortalidad perinatal en 25 por ciento.

Tabaquismo en el niño. Una de las metas malignas de las tabacaleras es atraer por lo menos a 5000 niños y adolescentes diarios, para iniciarlos en el tabaquismo, a fin de reemplazar a los fumadores que han abandonado la adicción o que murieron por alguna enfermedad producida por el tabaco.

Problemas de salud provocados por el tabaquismo pasivo. La exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco (tabaquismo pasivo) es un serio problema de salud pública. Esta exposición supone un riesgo considerable por la morbilidad y mortalidad que genera en la población no fumadora. El impacto que el humo del tabaco ambiental tiene sobre la mortalidad humana es dos veces mayor que el impacto producido por el conjunto de todos los contaminantes ambientales reconocidos como tóxicos y que son objeto de control.

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto los efectos nocivos que el humo ambiental del tabaco tiene para la salud de la población no fumadora.

Así, esta población tiene un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respi-

torias y cardiovasculares. La población infantil es, de manera ostensible, más susceptible a la exposición al humo ambiental del tabaco. Sufren con más frecuencia dolencias de tipo respiratorio como neumonías y bronquitis, reducción significativa de la función respiratoria, asma y otitis. Asimismo, durante el embarazo y la lactancia se han comprobado los efectos nocivos del tabaquismo pasivo en la descendencia de madres no fumadoras.

CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

En virtud de que algunos especialistas consideraron al tabaquismo como una epidemia del siglo, se consideró que era de trascendencia reunir a un grupo de trabajo con representantes de los países miembros de la OMS y llevar a cabo un convenio mundial.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud

(OMS), es un tratado que nace en 1996, cuando la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se pedía un convenio marco internacional para el control del tabaco, con el mensaje de que “otro mundo es posible”, el de la salud pública globalizada a favor de los intereses de los ciudadanos y no los de las tabacaleras, fue firmado durante la 56th Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003 y fue ratificado por unanimidad; se trató de un evento histórico para la medicina mundial, ya que el objetivo fue dar prioridad al derecho de proteger la salud y entró en vigencia a nivel mundial el 27 de febrero de 2005 y con ello compromete a los países del mundo de incluir cambios en las legislaciones nacionales. La ratificación de los 191 países participantes demostró la más amplia cooperación internacional para dar respuesta eficaz a este grave problema de salud pública y en la actualidad se sabe que son 173 países que lo han signado. Este Convenio es el primer instrumento jurídico concebido para reducir en el planeta la mortalidad y morbilidad atribuibles al tabaquismo. Sus disposiciones establecen normas internacionales para el control del tabaco: publicidad, promoción, patrocinio, adopción de medidas fiscales, precio, empaquetado y etiquetado, el tráfico ilícito y protección frente al humo de tabaco en el ambiente. Los gobiernos signatarios representan a 4,500 millones de personas e intentan convertirse en Partes del Convenio y proteger así a sus poblaciones frente a las consecuencias sanitarias, económicas y sociales del consumo de tabaco y proporcionar un marco para las medidas nacionales de control integral del tabaco que habrían de aplicar los gobiernos a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo y exposición al humo del tabaco.

Mediante la implementación del CMCT se busca crear un sistema de regulación sanitaria que estímule, organice y complemente la política sanitaria nacional y se convierta en un régimen multinacional para el manejo integrado del consumo de tabaco, estableciendo a su vez las bases para fomentar la cooperación internacional y la acción nacional.

Fuera de los auditorios de la sede de la OMS donde se discutió el Convenio Marco, existía el



Alvimann

denominado reloj de la muerte, en donde se aprecian personajes destacados que han muerto desde octubre 1999 a mayo 2004; más de 15 millones de personas, en el año 2010, se reportó la muerte de 50 millones 964 mil personas por enfermedades ocasionadas por el tabaquismo; sin duda se trata de cifras alarmantes.

Entre los asistentes por parte de la Delegación Mexicana se encontraban los doctores Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, Guido Belsasso, Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, Horacio Rubio Monteverde, Vocal Ejecutivo y Rafael Camacho Vocal Adjunto y la sede fue en Ginebra en la OMS cuyo embajador en ese entonces era el Lic. Antonio de Icaza, este acto fue encabezado por la doctora Harlem Brundtland, ex directora de la Organización Mundial de la Salud; su presencia y liderazgo fueron definitivos para ratificar el texto por los Ministros de Salud. Nuestro país fue el primero de América en refrendar este valioso Convenio, hecho que mereció el reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud y fue ratificado por decisión unánime en la Cámara de Senadores el 12 de Agosto de 2003 y publicado el en DOF EL 12 DE Mayo de 2004, su ratificación obedeció a la actualización del mandato constitucional que consagra el derecho a la Protección a la Salud. En la actualidad ha sido ratificado por 173 países.

SITUACIÓN NACIONAL

De acuerdo al GATS, México es un país con un porcentaje importante de fumadores, el 15.9% que son 10.9 millones de adultos los cuales, el 24.8% (8.1 millones) de hombres y el 7.8% (2.8 millones) de mujeres. Existen 14 millones de fumadores. Esta cifra es consistente con la prevalencia de tabaquismo en adultos mostrada en la ENA 2008 (18.5%). La edad promedio en que la población adulta consumió tabaco por primera vez fue de 17.4 años (GYTS 2008).

Entre los jóvenes (de entre 13 y 15 años) de la Ciudad de México, más del 27% fuman cigarrillos con una leve diferencia entre los sexos (varones 26%; mujeres 27%), cifra que representa un reto para la Salud Pública de México. En 2002, entre

el grupo de adolescentes, fumaban tres hombres por una mujer; sin embargo, como se puede observar, la epidemia se ha feminizado (ENA 2002 y 2008). La edad promedio en que han consumido por primera vez fue de 13.7 años (GYTS 2008). Más del 50% de los adolescentes en México han experimentado con el cigarro, al menos una vez en su vida. (ETJ 2008).

En la Ciudad de México, el 60% de los jóvenes (de entre 13 y 15 años) se encuentran expuestos al humo de segunda mano en los lugares públicos, mientras que el 46% se encuentran expuestos al humo de segunda mano en el hogar. 20% de los adultos están expuestos al humo de tabaco ajeno en su lugar de trabajo y 17% de los adultos están expuestos al humo de tabaco en sus hogares.

En nuestro país se fuman en promedio 9 cigarrillos al día, 470 por persona al año lo que equivale a 52,000 millones de cigarrillos por año, esto ha generado un importante problema de salud pública que ha llamado la atención de las autoridades sanitarias, y las ha llevado a implementar diversas medidas regulatorias para la prevención del tabaquismo.

Se estima que 60.000 mexicanos mueren por año debido a enfermedades relacionadas con el tabaco, lo que representa un 10% (165 personas) del total de muertes.

Se estima que el 72% de los 14 millones de fumadores desean dejar de fumar, pero sólo el 10% ha logrado hacerlo (GATS 2009).

De 2002 a 2008 se redujo la prevalencia nacional de tabaquismo en población adulta de 26.4% a 18.5% (ENA 2008), sin embargo se ha incrementado entre los jóvenes: en 2003, 19.9% de los jóvenes entre 13 y 15 años eran fumadores, en 2006 creció al 24.9%.

En 2008, los costos de atención médica relacionados con las enfermedades por tabaquismo en México se estimaron en 75,2 mil millones de pesos (5,7 mil millones de dólares estadounidenses). Dicha estimación supone que los costos relacionados con los tratamientos por tabaquismo representan el 10% de la totalidad de los costos de atención médica.

EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL TABAQUISMO: Modelo para la prestación de servicios en contra del tabaquismo en México

Con el objeto de que los servicios de atención en materia de tabaquismo del Programa Nacional de Salud estén al alcance de todos los individuos, familias y comunidades, con base en criterios de calidad y calidez y logrando costos accesibles para toda la población, en el presente trabajo se propone un modelo de atención en el que se requiere de la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial para la incorporación de métodos y técnicas apropiadas para cada uno de los tres niveles de atención en el que está organizado el Sistema Nacional de Salud. La ventaja de este modelo es que se podrían beneficiar de estos servicios, tanto la población abierta, como los derechohabientes y el sector privado. Más de 70% de los fumadores ha intentado en más de una ocasión dejar de fumar, pero ha fracasado. Para reducir y de manera eventual eliminar el tabaquismo en México se requiere, por un lado, impedir la iniciación entre los jóvenes y, por otro lado, coadyuvar para que los actuales fumadores dejen de fumar, acorde con las diversas estrategias para la atención de los problemas de salud, plasmadas en el Programa Nacional de Salud.

Este Modelo tendrá que atender al menos los siguientes aspectos básicos: 1) promoción de la salud en población abierta y derechohabiente y 2) prevención primaria en grupos de alto riesgo. El segundo y tercer niveles de atención deberán asegurar, tanto la prevención primaria, como la prevención secundaria en usuarios de tabaco con daños moderados en su salud, así como la atención especializada de acuerdo con modelos certificados de tratamiento y rehabilitación en tabaquismo.

En este sentido, la función de los médicos es fundamental. De aquí se desprende la necesidad de un programa de educación y capacitación para el tratamiento del tabaquismo. Este programa, que deberá comenzar desde las facultades y escuelas de medicina, también tendrá que involucrar a los actuales médicos generales de todo el país.

La base piramidal del modelo obedece a la necesidad de realizar acciones de información y sen-

sibilización tanto en población abierta como entre grupos específicos de población, ampliando en esa forma los alcances y características de los servicios del primer y segundo niveles de atención, en la tarea de atenuar o disminuir las condiciones de riesgo para el inicio en el consumo del tabaco. En consecuencia, los servicios del segundo y tercer niveles estarán en condiciones de ofrecer a sectores más reducidos de la población un servicio eficiente y de calidad para el tratamiento y la rehabilitación de fumadores. A este servicio organizado lo han denominado Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar.

Su propósito fundamental es apoyar a todos los individuos interesados en dejar de fumar y disminuir los daños en salud ocasionados por el tabaquismo.

En 70% de los fumadores consulta a un médico por lo menos una vez al año. Algunas de estas consultas se producen cuando el paciente está asintomático. En este contexto los pacientes pueden ser mejorar de manera sustancial las tasas de abandono. Incluso mensajes breves por parte del médico, en el sentido de que se deje el tabaco, pueden duplicar la tasa de abandonos espontáneos. El tratamiento de la adicción a la nicotina tiene una relación costo-eficacia por lo menos tan alta como la de tratar otros problemas médicos comunes, como la hipertensión arterial. La adicción a la nicotina debe considerarse un problema médico crónico que tiene una implicación a largo plazo y requiere técnicas para su tratamiento.

En el primer nivel de atención, tanto público como privado, se solucionan 85% de los problemas de salud. En centros que cuentan con un médico o enfermera, en puestos de salud o servicios médicos dentro de las fábricas o en la Unidad de Medicina Familiar que disponen de un servicio de promoción de la salud, medicina preventiva, o ambos es donde se debe realizar promoción primaria, ya que se está en contacto directo con la comunidad y grupos de alto riesgo.

Con el seguimiento clínico se mejoran los resultados y se puede influir para enviar al paciente al segundo o tercer nivel de atención a fin de concluir el diagnóstico de los daños ocasionados por la adicción e instalar la terapéutica adecuada.

El objetivo fundamental de cada consulta debería ser ayudar al fumador a acercarse un paso más al abandono. Las tres fases esenciales del tratamiento a cargo del médico son la valoración, la intervención y el seguimiento. Durante la fase de valoración se recogen datos sobre el estado de salud, la adicción a la nicotina, los intentos previos de abandono y el interés por el mismo. La mayoría de los pacientes están interesados en dejarlo y progresan hasta la fase de intervención. Se instruye a los fumadores acerca de las ventajas del abandono y el proceso cíclico del mismo. Se aconseja al fumador que escoja una fecha para dejarlo y corte de manera radical la adicción. Se elige un método de abandono y se pone en práctica. Los médicos con frecuencia facilitan material educativo, consejo y, en la actualidad, tratamiento de sustitución nicotínica. Tanto el chicle de nicotina como los parches transdérmicos mejoran las tasas de abandono cuando se combinan con otras intervenciones, impidiendo el deseo urgente de fumar.

Nuevas terapias combinadas como la utilización del spray nasal de nicotina aumenta el porcentaje de éxitos), el bupropión y recientemente la vareniclina, pueden hacer avanzar más el campo del tratamiento antitabaco. Hay que reconocer la forma correcta de utilización, las contraindicaciones y los efectos colaterales de estos productos. Por ejemplo, no se debe utilizar el tratamiento de sustitución nicotínica cuando el paciente todavía fuma.

Las probabilidades de éxito de cualquier método de abandono aumentan cuando el médico responde a las preocupaciones de cada uno, como el aumento de peso, y ayudan al fumador a elaborar estrategias prácticas para evitar la recaída.

La fase final, el seguimiento, implica evaluar los progresos, prestar apoyo y tratar la recaída. Esta última no debe contemplarse como un fracaso, sino como parte del proceso cíclico que conduce al abandono.

AVANCES LEGISLATIVOS

La Ley es sin duda uno de los mejores instrumentos para la prevención y control del tabaquismo; el Gobierno de México ha adoptado de manera progresiva algunas medidas no sólo vinculadas a

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el primer instrumento jurídico concebido para reducir en el planeta la mortalidad y morbilidad atribuibles al tabaquismo. Sus disposiciones establecen normas internacionales para el control del tabaco: publicidad, promoción, patrocinio, adopción de medidas fiscales, precio, empaquetado y etiquetado, el tráfico ilícito y protección frente al humo de tabaco en el ambiente.

garantizar el derecho de los no fumadores a tener un medio ambiente libre de humo de tabaco, sino a regular otros aspectos vinculados con el proceso de etiquetado, comercialización y distribución de cigarrillos.

En el año 2000 se decretó una modificación a la fracción II del artículo 188 de la Ley General de Salud, que estableció el deber de orientar a la población para que se abstenga de fumar en el interior de edificios públicos propiedad del Gobierno Federal.

A partir de 2002, se ejecutó el programa de Escuelas Libres de Humo de Tabaco en 13 000 planteles de educación primarias y secundarias, lo que favoreció a una población de 1 000 000 de maestros y 20.5 millones de alumnos entre seis y 15 años de edad.

En esta fecha eran más de 532 edificios que habían logrado su reconocimiento como “Libres de Humo de Tabaco”, lo cual influyó directamente en la salud de más de 50 000 trabajadores federales y estatales.

En 2003 desapareció en México la publicidad de la industria tabacalera en radio y televisión, se ratificó por unanimidad el Convenio Marco de la

OMS, nuestro país fue el primero de América en refrendar este valioso Convenio, hecho que mereció el reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud y fue ratificado por decisión unánime en la Cámara de Senadores el 12 de Agosto de 2003, lo cual obedeció a la actualización del mandato constitucional que consagra el derecho a la Protección a la Salud. La Asociación Médica Mundial lanzó “El Manifiesto de los Médicos para el Control Mundial del Tabaco” y se editó el libro “El Tabaquismo”, en colaboración con la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

En México, en particular en el Distrito Federal, se instauró a principios del año 2004 la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, que obliga, entre otras cosas, a no fumar en transporte público, locales cerrados espacios de atención como bancos, oficinas de gobierno, comerciales o de servicio, auditorios, bibliotecas, instituciones médicas y de enseñanza, restaurantes y bares; y en el mes de Mayo de ese mismo año, fue publicado el Convenio Marco en el Diario Oficial de la Federación mismo que entró en vigor en el año 2005. Nuestro país participó en este derecho internacional en forma conjunta con el CONADIC; se editó el libro “Méjico ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco INSP”; con motivo del Día Mundial sin Fumar se llevó a cabo el simposio “Convenio Marco Contra el Tabaco y Avances Recientes Contra el Tabaquismo” y cada año desde el 2001 la SSA, INER y otras instituciones de salud han participado en actividades académicas con motivo de ese día.

El 31 de mayo de 2007, se conmemoró el Día Mundial Sin Fumar por la organización Mundial de la Salud (OMS), y el lema fue “Ambiente Libre de Humo de Tabaco”, En México, se declaró que existían nuevas leyes por aprobarse en las Cámaras de Diputados y Senadores, para la protección de la salud de los no fumadores y así lograr espacios libres de humo.

Uno de los requisitos más importantes es que los mensajes de prevención sean colocados en al menos el 30% y preferiblemente el 50% de la cajetilla de cigarrillos en un área visible, las precau-

ciones y prevenciones deben extenderse a todas las formas de consumo del tabaco.

El 30 de Mayo de 2008, fue publicada la Ley General para el Control del Tabaco, la cual señala que la Secretaría de Salud promoverá, a través de la definición y puesta en práctica de políticas públicas, medidas para la protección de la salud ante los riesgos asociados al consumo de productos de tabaco y al humo ajeno, y determina que la Secretaría será responsable de proponer y ejecutar medidas que garanticen la reducción de la demanda. Para ello, con lo dispuesto en la Ley Federal de Procedimientos Administrativos, la Secretaría dispuso la apertura de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco, responsable de la implementación de la LGCT y de los compromisos contraídos en el Convenio Marco, la SS ha realizado estudios económicos que muestran los beneficios para la Salud Pública por la entrada en vigor de estos ordenamientos.

Como parte de las acciones de prevención y atención del consumo del tabaco, el Gobierno federal impulsó la formación de la red de servicios preventivos más grande de Latinoamérica, integrada por 323 Centros de Atención Primaria en Adicciones NUEVA VIDA ubicados estratégicamente en todo el país los cuales brindan información, detección oportuna, orientación e intervención breve a toda la comunidad.

El 26 de Junio del mismo año y con el objetivo de fortalecer a los Centros Nueva Vida, se puso en marcha la Campaña Nacional de Información encabezada por la Lic. Margarita Zavala, Presidenta del CCC del DIF, campaña en la que se ha capacitado y orientado a jóvenes, padres de familia, docentes, líderes comunitarios, personal de salud, etc. Sobre estrategias de prevención como la sensibilización e información sobre las consecuencias asociadas al consumo del tabaco y otras adicciones.

El 24 de diciembre de 2008, se publicó el Acuerdo Secretarial para la Incorporación de Pictogramas y Leyendas de Advertencias en Cajetillas de Cigarros y da a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, fotografías y mensajes sanitarios e infor-



Clarita

mación que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismo, así como en los establecimientos en los que se comercialicen, vendan, distribuyan, exhiban o suministren productos del tabaco. La adopción de fuertes imágenes de advertencia en las etiquetas de cigarrillos pueden motivar a los fumadores para que dejen de fumar, pueden desalentar a los no fumadores respecto del inicio del consumo e impedir que los exfumadores vuelvan a fumar.

El 30 de Junio de 2009, se publicó el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco que permite aplicar las disposiciones de la Ley y cumple con lo dispuesto en el Convenio Marco.

Se ha fortalecido la capacidad operativa de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), transfiriendo recursos a fin de impulsar políticas públicas en materia de prevención y atención y uso del tabaco a través de los Comités y Redes Municipales contra las Adicciones fundamentalmente en las zonas de alto riesgo como las fronteras, centros de crecimiento industrial y turístico, así como zonas conurbadas de las grandes ciudades.

En abril de 2010, el ST-CONADIC y el DIF, organizaron Foros Regionales y un Foro Académico en varias ciudades de nuestro país. En esos foros, se acordó fortalecer al ST-CONADIC como instrumento para ejecutar y coordinar políticas públicas a través de la creación de la Comisión Nacional contra las Adicciones y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Una de las principales acciones del Comisionado Nacional es la actualización de los Programas Nacionales contra las Adicciones, que si bien se cuenta con el Programa de Acción Específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones 2007-2012, se restringe al ámbito de la Secretaría de Salud, por lo que se evidenció que es necesario que incluyan la participación de educación desarrollo social, economía, productivo, cultura, deporte y procuración de justicia entre otros.

A partir de diciembre de 2010 la primera ronda de cajetillas con advertencias consta de ocho pictogramas con sus correspondientes mensajes sanitarios en los que se hace alusión a algunas de las enfermedades originadas por el consumo o exposición al humo de los productos del tabaco y se rotarán trimestralmente a razón de dos por trimestre

relacionados con los temas de embarazo, accidente vascular circulatorio, cáncer de pulmón, de boca, muerte prematura, daño por exposición al humo de tabaco y paro cardíaco.

Reciente disposición de la cámara de diputados fue el incremento de precio a la cajetilla, lo cual según cálculos epidemiológicos esta medida reducirá en consumo en un 15%.

En enero de 2011, la Comisión Nacional contra las Adicciones convocó a 52 instituciones a participar en la Actualización del Programa contra el Tabaquismo en el que se comprometan a seguir realizando acciones en las vertientes de prevención, tratamiento, rehabilitación, formación de recursos humanos, investigación y legislación. Acciones con estrecha coordinación institucional desde un enfoque de colaboración, corresponsabilidad y cooperación en los aspectos internacionales.

El día 31 de Mayo, se presentó la edición del Programa Contra el Tabaquismo, Actualización 2011-2012 signado por el Secretario de Salud y el Comisionado Nacional contra las Adicciones. Este Programa deberá servir como base para poner en práctica todas las acciones de prevención y promoción de la salud, detección temprana y orientación en materia de cesación para los fumadores, de las enfermedades asociadas al consumo del tabaco, así como al fortalecimiento de las políticas públicas de control, debe implementar en materia de reducción de la demanda, especialmente en los segmentos más vulnerables de la sociedad mexicana.

Con estas acciones, México cumple con el Convenio Marco para el Control del Tabaco, con las disposiciones de la Ley General para el Control de Tabaco, y se suma a las naciones que luchan contra el tabaco en América como Brasil, Canadá, Chile, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.

CONCLUSIONES

En México, las estadísticas demuestran una disminución en el consumo del tabaco en adultos, en adolescentes no es así por lo que representa uno de los problemas de Salud Pública con mayor arraigo social, cuyos costos y consecuencias sociales y sanitarias que afectan al desarrollo de familias y comunidades.

Se han impulsado programas institucionales a nivel federal, estatal y municipal, enfocados a la promoción de la salud y prevención para el control de tabaco en niños, adolescentes y jóvenes de todo el país, así como de atención en personas que lo consumen.

Mientras que la población todavía no está sensibilizada e informada a plenitud sobre los daños que ocasiona el tabaquismo, se han iniciado esfuerzos serios desde organizaciones de la Sociedad Civil, con apoyo de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública para promover estilos de vida saludable, entre ellos erradicar la adicción del tabaquismo.

Es deber y obligación de todos los ciudadanos ser parte de esta lucha contra el tabaco. Las empresas tabacaleras a toda costa, con un afán mercantilista, introducen su producto en nuestra población, buscando los sectores vulnerables de nuestra sociedad: niños, adolescentes, estudiantes universitarios, mujeres, los sectores socioeconómicos bajos y medios.

Es de la mayor relevancia incorporar al programa de estudios de las escuelas de educación básica, media y superior, información sobre el daño que ocasiona el tabaquismo, ya que siempre será mejor prevenir que curar.

Tanto médicos como maestros deben tomar conciencia y asumir su función como líderes y modelos sociales que contribuyan a la lucha contra el tabaquismo. Los médicos gozan de oportunidades únicas y de medios eficaces para promover el abandono del tabaco.

En nuestro país se sigue incrementando el número de clínicas contra el tabaquismo, actualmente 300, las cuales rebasa con mucho las metas establecidas, con el apoyo de 110 Centros de Integración Juvenil, IMSS, ISSSTE, UNAM, y la asesoría del INER, se construyó la Red de Servicios de Atención con los Centros Nueva Vida con casi 330 unidades para dar atención a las adicciones en general, como reflejo del compromiso de evitar el aumento del consumo de tabaco en lugares públicos y medidas de apoyo al abandono de su uso y Los profesionales de la salud han de tener muy presente que la reducción del tabaquismo aportará grandes beneficios, tanto en la esfera sanitaria, al disminuir la

mortalidad y morbilidad, como en la económica, al reducir el ausentismo laboral y las pensiones por validez derivada de afecciones cardiorespiratorias. Es importante precisar que los beneficios obtenidos al reducir la incidencia del tabaquismo serán importantes, pero tardarán en apreciarse.

Dejar de fumar genera beneficios inmediatos para la salud, como es la reducción de 300% en el riesgo de sufrir un infarto cardiaco y de 200% de desarrollar enfermedades cerebrovasculares. Además, 95% de las personas entre 15 y 29 años de edad que abandonen el tabaquismo evitarían la muerte por esta causa y agregarían ocho años a su esperanza de vida. De lo contrario, si continúan con las tendencias actuales, para el año 2011 se continuarán acumulando las muertes en nuestro país relacionadas al consumo de tabaco.

Entre las acciones a emprender del año 2010 al 2020, están:

- Se elimina en todo el mundo la publicidad y promoción del tabaco.
- Producción de una vacuna que anula los efectos de la nicotina.
- Las facultades de medicina del todo el mundo incluyen e tabaco en sus programas de estudio.
- Las zonas libres de humo de tabaco se convierten en algo normal
- Todas las instituciones de salud deben ser libres de humo de tabaco.
- Reforzar las acciones legislativas para incrementar el precio y los impuestos al tabaco. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo Fernández José Ramón, López Cabañas Anselmo (editores); coeditores: Nuez del Rosario Guadalupe... [et al.] ; autores: Rodríguez Tadeo Elsa [et al.]. El Tabaquismo: Título de Experto Universitario en Tabaquismo / Publicado por: Las Palmas de Gran Canaria : Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo e Innovación, cop. 2003
2. Fraser, Colman, (et,al) ; Fundamentos de las Enfermedades del Tórax, Tercera Edición, Capítulo 15 pp. 660-661. México. Editorial Masson
3. Hammond D. Tobacco labelling toolkit: Implementation. In: Hammond D, editor. Tobacco Labeling and Packaging Toolkit: a guide to FCTC article 11. Waterloo: University of Waterloo; (2008).
4. Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Cameron R, Brown KS. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tobacco Control*. 2003 Dec;12 (4):391-5.
5. Ocampo María Angélica., (2010): Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?: Medina-Mora, Coordinadora. Quinta Parte, Prevención, diagnóstico y tratamiento, El papel de los profesionales en la atención del tabaquismo. pp. 539,547. México. El Colegio Nacional, primera edición.
6. Presentation to EU Commission on enforcement of health warnings in Brazil: (2002).
7. Rubio H., Rubio A., (2008): Diagnóstico y Tratamiento en la práctica médica: Capítulo 83 pp. 755-764. México. El Manual Moderno, tercera edición.
8. Rubio H, Rubio T. (2010): Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?: Medina-Mora, Coordinadora. Primera Parte. Globalización y consumo pp. 35. México. El Colegio Nacional, primera edición
9. Secretaría de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones (2000). *Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa contra el Tabaquismo*.
10. Shanahan P, Elliott D. Evaluation of the Effectiveness of the Graphic Health Warnings on Tobacco Product Packaging 2008 — Executive Summary. Australian Government Department of Health and Ageing; 2009. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/83F397C5993B9AA4CA2575880078FCF2/\\$File/hw-eval-exec-sum.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/83F397C5993B9AA4CA2575880078FCF2/$File/hw-eval-exec-sum.pdf).
11. Dr. Omar Shafey, Dr. Michael Eriksen, Dr. Hana Ross, Dr. Judith Mackay: (2009) The Tobacco Atlas, 3rth. edition
12. White V, Webster B, Wakefield M. Do graphic health warning labels have an impact on adolescents' smoking-related beliefs and behaviours? *Addiction*. 2008 Sep;103 (9):1562-71.
13. World Health Organization (WHO). WHO Framework Convention on tobacco control. Geneva: WHO; 2003. Available from: http://www.who.int/fctc/text_download/en/

ENLACES ELECTRÓNICOS

- <http://www.tobaccoatlas.org/>
The World Conference on Tobacco OR Health <http://www.14wctoh.org/>
http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html
Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra, Suiza. 2003.
http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/es/Mexico_tob_burden_es.pdf
<http://www.bing.com/search?q=ley+general+para+el+control+del+tabaco+mexico&form=MSNH74&mkt=es-mx&x=119&y=25>