

Despertar al Dragón

Autora: María Cristina Borrajo

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria
Hospital Ntra. Sra. de Luján, Luján, Buenos Aires

Correspondencia:

E-mail: cristinaborrajo@amr.org.ar

Al Editor:

El tabaquismo es una enfermedad adictiva y la sustancia responsable de la adicción es la nicotina, un alcaloide tóxico presente en el tabaco, que al ser inhalado activa rápidamente los circuitos de placer y recompensa cerebrales y obtiene como respuesta la liberación de dopamina. Esta liberación de dopamina se produce en los primeros 10 segundos de haber inhalado nicotina. Sin embargo, los efectos agudos de la nicotina se disipan rápidamente en conjunto con las sensaciones de gratificación asociadas, lo que hace que el fumador continúe dosificándose repetidamente a lo largo del día para mantener los efectos placenteros de la droga y evitar el síndrome de abstinencia. Esta propiedad farmacocinética de la nicotina es la que aumenta su potencial de abuso y la adicción a la nicotina se adquiere rápidamente. Se ha observado síndrome de abstinencia a la nicotina en jóvenes luego de fumar tabaco tan solo cuatro semanas¹. Teniendo en cuenta que la mayoría de los adolescentes comienza a fumar alrededor de los 15 años, es probable que al terminar la enseñanza media, muchos de ellos sean adictos al tabaco. En Argentina la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS 2012) muestra que el 22% de los jóvenes de entre 13 y 15 años fuman a diario y un porcentaje similar lo continúa haciendo en la edad adulta. En Paraguay, la misma encuesta realizada en 2008 mostraba que un 16.7% de los que se hallaban en este rango de edad eran fumadores diarios. En el artículo "Valoración de prevalencia de tabaquismo en universitarios según auto-reporte y medición de monóxido de carbono exhalado"² se afirma que la Encuesta Nacional Paraguaya de Factores de Riesgo en 2011 encuentra un 14.5% de prevalencia de tabaquismo en fumadores adultos (falta la cita en el trabajo original publicado).

Sin embargo, esta publicación describe que 43.9% de los universitarios entrevistados fuman tabaco en forma regular lo que, a todas luces, es más alto que lo esperado. Tal cual lo advierten los autores, la muestra no fue aleatoria sino que se

tomó un grupo determinado en el que se realizó la encuesta y posterior medición de CO en aire espirado. Por lo tanto la muestra está sesgada por la conveniencia, en este caso la de tener un grupo extenso de sujetos a entrevistar, y el resultado no debe extenderse a la población general, tal como sugieren los autores. El sesgo de la muestra también se evidencia en la cantidad de sujetos con medición de CO alta entre los no fumadores que alcanzan casi el 21%, entre los cuales sólo cuatro estudiantes tenían motivos conocidos para ello. Es dable suponer que estos sujetos tienen valores altos de CO en aire espirado porque forman parte del grupo entrevistado y se hallan expuestos al humo de tabaco en su lugar de estudio.

De todas maneras es sabido que la adicción al tabaco se adquiere a edades tempranas en cualquier país y que uno de los principales objetivos de la lucha contra la epidemia del tabaquismo es retardar la edad de iniciación y desalentar el consumo. El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado de salud pública auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en respuesta a la epidemia del tabaquismo y que ha sido firmada por 180 países (Argentina firmó el tratado en 2005 pero aún no ha sido ratificado por el Senado de la Nación). Es en este contexto que la OMS publicó un plan de medidas para llevar a cabo por las partes que se denomina MPOWER: **M**onitor (monitorear el consumo de tabaco), **P**ro-**t**ect (proteger a la población del humo de tabaco), **O**ffer (ofrecer ayuda para dejar de fumar), **W**arn (advertir sobre los peligros del tabaco), **E**nforce (hacer cumplir las prohibiciones sobre promoción, publicidad y patrocinio) y **R**aise (aumentar los impuestos del tabaco).

Del conjunto de medidas recomendadas para la lucha contra el tabaquismo, hay dos que tienen un gran impacto en los niños y/o jóvenes: la prohibición total de la publicidad, promoción o patrocinio del tabaco y el aumento de los impuestos.

La industria tabacalera (IT) gasta millones de dólares anuales en publicidad para vender su

producto ya que la pérdida de clientes es constante a causa de la muerte de los consumidores (aproximadamente 6 millones de personas por año) y al abandono de la adicción por algunos menos. Con la publicidad la IT mantiene o incrementa la cantidad de fumadores, desalienta a los fumadores a dejar y promueve el inicio de nuevos consumidores. La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos del tabaco es muy eficaz para reducir el consumo, especialmente en los jóvenes. La medida tiene mayor impacto si la prohibición es total ya que ha sido demostrado que mientras mayor sea la exposición de los adolescentes a la publicidad de tabaco mayor es la posibilidad de que en un futuro se transformen en fumadores activos. Toda la publicidad de tabaco es engañosa, aun cuando cumple con la legislación vigente, y promueve en los niños y jóvenes un proceso de transformación en adultos que no es tal. La publicidad es el anzuelo y la nicotina es la encargada de mantenerlos sometidos al tabaco. Por otro lado, el CMCT promueve el uso de la llamada “contra publicidad” que se traduce en las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos. Nuestra legislación, en concordancia con el CMCT, establece que la advertencia debe ser descriptiva de los efectos nocivos del tabaco y ocupar el 50% de una de las caras del paquete, y el 50% de la otra cara debe estar ocupada por una imagen impactante. La encuesta GATS 2012 de tabaquismo en adultos indica que 3 de cada 10 fumadores han pensado en dejar de fumar a causa de estas advertencias. De la misma manera están prohibidas en los paquetes expresiones tales como “light”, “suaves” o “bajo contenido de nicotina y alquitrán” por “*crear la falsa, equívoca o engañosa impresión de que un determinado producto elaborado con tabaco es menos nocivo que otro o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones*” (Ley Nacional 26687 para el control del tabaco).

Aumentar el precio del tabaco y sus productos al incrementar los impuestos es la medida más eficaz para desalentar su consumo y disminuir la iniciación. Los sectores sociales más vulnerables y los jóvenes son los más sensibles a los cambios en el precio del tabaco. Estos sectores son, a su vez, los más afectados por las enfermedades provocadas por el tabaquismo debido a que tienen peores condiciones de vida y menos recursos para enfren-

tarlas. En Argentina, un paquete de 20 cigarrillos cuesta aproximadamente US\$ 1.67 y en Paraguay US\$ 1.34 siendo dos de los tres países de LA donde fumar es más barato (Atlas del tabaco, 2012). Del precio final del paquete, los impuestos selectivos al tabaco conforman el 62%, algo por debajo del 70% que la OMS recomienda en su Manual de Administración de impuestos al Tabaco. Un estudio de demanda efectuado por FIC Argentina en 2013, muestra que un aumento del 10% en el precio real de los cigarrillos reduce el consumo total de cigarrillos en torno al 3% en consonancia con datos del Banco Mundial que estima que, por cada aumento del 10% en los precios al por menor, el consumo se reduce alrededor del 4% en los países de ingresos elevados y 8% en países con ingresos medianos o bajos³. Si además tenemos en cuenta que somos el 6° país en el mundo productor de tabaco y que tenemos 7 provincias con producción tabacalera, es sencillo entender por qué el aumento a los impuestos del tabaco no está contemplado en la ley nacional. Esto constituye una importante deuda con la salud pública de nuestro país.

Bastaría agregar que de los más de mil millones de fumadores en el mundo, solo 22 de cada 100 consiguen mantenerse sin fumar al año de haberlo dejado⁴, el resto fracasa en el intento o recae en los primeros meses. No deberíamos tener dudas de que lo mejor es no despertar al dragón a tener que vérselas con él, que es mucho más inmenso y temible de lo que quisiéramos.

Conflictos de interés: La autora declara que no ha recibido retribución de ningún tipo de la industria tabacalera; no ha trabajado ni trabaja en la actualidad para la industria del tabaco.

Bibliografía

1. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000;9(3):313-319.
2. Caballero Florentín AM, Miltos Fretes PA, Larán Duarte VM et al. Valoración de prevalencia de tabaquismo en universitarios según auto-reporte y medición de monóxido de carbono exhalado. *Rev Am Med Resp* 2015;3: 213-215.
3. González-Rozada M, Rodríguez Iglesias G, Schoj V, Chaloupka Frank, Champagne B. Analysis of Cigarette Tax Structure as a Requirement for an Effective Tax Policy: Evaluation and Simulation for Argentina. En: <http://ideas.repec.org/p/udt/wpecon/wp201402.html>
4. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008, 83-88.