



EL TABAQUISMO: LA OTRA PANDEMIA

Texto de la presentación de entrada en
la Real Academia de Medicina de Murcia como
Académica Correspondiente
16 de marzo de 2023

*M^a Loreto Alemany Francés
loretoalemany@gmail.com*

INDICE

1- EL CONSUMO DE TABACO DESDE LA PREHISTORIA

2- FORMAS DE FUMAR Y SU COMPOSICION

2.1- CIGARRILLO CONVENCIONAL

2.2- FORMAS DE FUMAR TRADICIONALES “ACTUALIZADAS”

2.3- NUEVOS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

2.3.1- CIGARRILLO ELECTRÓNICO o e-CIGAR

2.3.2- DISPOSITIVOS DE TABACO CALENTADO

3- EFECTOS DEL TABACO

3.1- LAS BASES DE LA CONDUCTA ADICTIVA

3.2- EFECTOS DEL CIGARRILLO CONVENCIONAL

3.3- EFECTOS DE LOS NUEVOS DISPOSITIVOS

4- LA PANDEMIA TABÁQUICA EN LOS SIGLOS XX y XXI

4.1- HITOS EN EVOLUCION HISTÓRICA DE LA PANDEMIA TABÁQUICA

4.2- SITUACIÓN ACTUAL DE LA PANDEMIA TABÁQUICA EN EL MUNDO

4.3- SITUACION ACTUAL DE LA PANDEMIA TABÁQUICA EN ESPAÑA

5- LA INFLUENCIA ECONOMICA Y POLITICA DE LA INDUSTRIA TABACALERA

6- LOS OBJETIVOS DE LA INDUSTRIA TABACALERA EN EL SIGLO XXI

6.1- PAÍSES EN DESARROLLO

6.2- MUJER

6.3- NIÑOS Y ADOLESCENTES

7- LA LUCHA CONTRA EL TABACO

7.1- LA RESPUESTA DE LA CIENCIA

7.2- LA LEGISLACION CONTRA EL TABACO

8- BASES CIENTIFICAS DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD TABÁQUICA

9- LA UNIDAD DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

1- HISTORIA DEL CONSUMO DE TABACO

El desarrollo histórico del consumo de tabaco viene representado por los siguientes hitos:

- Desde 10.000 aC se cultiva la planta *Nicotiana Tabacum* en el altiplano andino. Se empleaba con fines curativos y ceremoniales
- En 1492 se produce la conquista de América y el tabaco se expande por todo el mundo. Durante siglos se emplea fundamentalmente con fines curativos
- En 1881 se patenta la primera máquina producción industrial de cigarrillos
- Durante la primera mitad del siglo XX se produce un crecimiento exponencial de su consumo en el sexo masculino
- En los años 50 se produce la incorporación de la mujer al mundo laboral y al tabaco
- En 1958 el Dr. Richard Doll publica la primera evidencia epidemiológica de la asociación entre cáncer de pulmón y tabaco
- A partir de los años 60 del siglo XX surgen dos corrientes opuestas: Gobiernos/OMS frente a Tabacaleras. Las políticas gubernamentales restrictivas se enfrentan a estrategias comerciales diseñadas para difundir una “falsa sensación de seguridad”.
- En 2004 se firma el Convenio Marco Contra el Tabaco promovido por la OMS. Este convenio mundial engloba a 192 países (90% población mundial). Caída global del consumo de cigarrillos en países desarrollados.
- Con las restricciones impuestas a nivel mundial para el consumo del cigarrillo convencional, las grandes tabacaleras patentan nuevos dispositivos electrónicos de administración de tabaco, actualmente en rápida expansión.

2- FORMAS DE FUMAR Y SU COMPOSICION

2.1- CIGARRILLO CONVENCIONAL

EL HUMO DE TABACO AMBIENTAL (HTA), producido por la combustión del cigarrillo a una temperatura aproximada de 1200° es el agente principal responsable de la toxicidad del tabaco.

Desde el cigarrillo, el humo se distribuye formando dos corrientes:

- La corriente primaria o principal que se produce durante las caladas del fumador. En la pipa, éstas se dan espaciadas y el humo no suele tragarse. En cambio, en los cigarrillos se inhala el humo, que penetra profundamente, hasta los alveolos pulmonares.
- La corriente secundaria o lateral está formada por el humo desprendido entre las caladas. Para un cigarrillo la duración de la corriente secundaria es mucho más importante que la de la corriente primaria (de 20 a 30 segundos de caladas activas sobre un total de unos 10 minutos). Esa corriente secundaria contamina de forma importante el ambiente ya que su contenido en productos tóxicos es mucho mayor que en la corriente primaria, al ser fruto de una combustión más incompleta y a menor temperatura. Los fumadores y no fumadores que estén expuestos a esta corriente sufren gran parte de los efectos nocivos del humo.

El HTA está formado por la corriente lateral (que constituye más del 75%) y por la principal exhalada. En las personas involuntariamente expuestas al HTA, sobre todo en ambientes cerrados, se detectan aumentos en los niveles de partículas respirables, nicotina, hidrocarburos aromáticos policíclicos, CO y otras sustancias. Por lo que podemos decir que el HTA causa muerte prematura y enfermedad, tanto en adultos como en niños. En niños además aumenta el riesgo de muerte súbita, infecciones respiratorias y del oído interno y agravamiento de asma principalmente. En adultos ocasiona efectos cardiovasculares. Actualmente la evidencia científica sobre los efectos de la exposición involuntaria al humo del tabaco es innegable.

Más allá de los componentes del tabaco, el humo de un cigarrillo es una mezcla compleja de gases y partículas en la que existen más de 4.000 sustancias químicas, algunas de ellas irritantes y más de cuarenta cancerígenas. Entre estas sustancias están los hidrocarburos policíclicos aromáticos, N-Nitrosaminas, metales pesados, gases con propiedades dañinas siendo el CO el principal. Aprox. El 50% del cigarrillo es tabaco y es resto, sustancias añadidas por las compañías de tabaco durante la manufactura del tabaco.



- **Nicotina:** La nicotina, un potente insecticida, es un veneno para el sistema nervioso. Cuatro cigarrillos contienen la cantidad suficiente (50 mg) para matar a un hombre en unos minutos, si la nicotina se inyecta directamente en la sangre. De hecho, se han producido algunas muertes de niños tras la ingestión accidental de cigarrillos o colillas. Diluida en el humo, la nicotina llega al cerebro en 7 segundos, excita las células y después paraliza el impulso nervioso: de ahí viene la dependencia al tabaco. Provoca también una aceleración del ritmo cardíaco y dobla el riesgo de infarto. La nicotina aumenta el metabolismo de lípidos (de ahí el adelgazamiento) y provoca la hiperglicemia pasajera (golpe de hambre).
- **Monóxido de carbono (CO):** Es el gas asfixiante producido por los coches y representa el 1,5% de los gases de escape. En el humo de los cigarrillos respiramos su concentración es del 3,2%. En la sangre, el oxígeno es transportado normalmente por la hemoglobina pero mientras se fuma, el monóxido de carbono se une a la hemoglobina 203 veces más rápido que el oxígeno, compitiendo con él.
- **Sustancias irritantes:** Estas sustancias paralizan y después destruyen los cilios vibrátiles de la mucosa bronqueal, encargados de filtrar y limpiar los pulmones. Ralentizan el flujo respiratorio e irritan las mucosas, provocando todo tipo de infecciones y bronquitis crónicas.
- **El alquitrán:** Los cilios vibrátiles están bloqueados porque el alquitrán del humo del cigarrillo se posa y se acumula en las vías respiratorias y los pulmones. Se estima que fumar un paquete al día es lo mismo que verter cada año una taza llena de alquitrán en los pulmones (unos 225 gramos de media). En el alquitrán reside en gran medida la acción carcinogénica del tabaco.

La química del humo del tabaco: En el humo del tabaco se han encontrado más de 4.000 gases y sustancias irritantes, sofocantes, disolventes, inflamables, tóxicas, venenosas, cancerígenas, incluso...radioactivas (níquel, polonio, plutonio 240...). Algunas se enumeran a continuación: benzopireno, dibenzopireno, benceno, isopreno, tolueno (hidrocarburos); betanaftilamina, níquel,

polonio, plutonio 240, arsénico, cadmio (constituyentes metálicos); dióxido de carbono, metano, amoniaco, monóxido de nitrógeno, dióxido de nitrógeno, sulfuro de hidrógeno (gases); alcohol metílico, etanol, glicerol, glicerina, glicol (alcoholes y ésteros); acetaldehído, acroleína, acetona (aldehídos y cetonas); ácido cianhídrico (ácido prúsico), carbóxilo derivado (ácidos); queroseno, pirrolidina, nicotina, nicotinina, nicotelina, nornicotina, nitrosamina (alcaloides o bases); cresol (fenoles), etc

2.2- FORMAS DE FUMAR TRADICIONALES “ACTUALIZADAS”

- Cachimba: Uso en Asia y África. Su uso se ha extendido a jóvenes de todo el mundo. Genera un aerosol con alto contenido de CO, nicotina, carcinógenos. Muy toxico a corto plazo. Sin estudios a largo plazo
- Tabaco de liar: Fuerte aumento por bajo precio. Igual de nocivo y adictivo.



- Tabaco de mascar: Producto de tabaco fermentado sin humo de administración oral con baja enfermedad neumológica pero mucha enfermedad oral, cáncer de cabeza y cuello y enfermedad cardiovascular.
- *Snus*: Producto de tabaco pasteurizado, colocado en el labio superior (suelto o en una bolsita) desde donde libera nicotina.
 - Defensores: En Suecia, reducción del consumo de cigarrillos y de enfermedad respiratoria
 - Detractores: En EEUU fuerte aumento consumo en jóvenes. Provoca adicción nicotínica, enfermedad oral y pancreática.



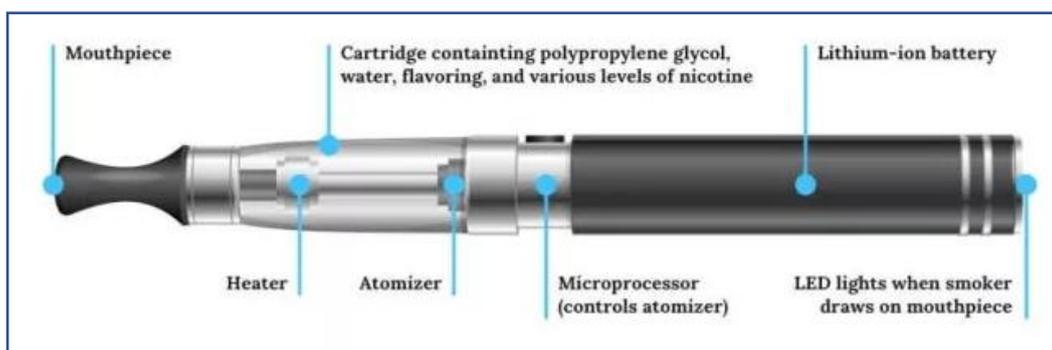
2.3- NUEVOS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

- **CIGARRILLO ELECTRÓNICO** o e-CIGAR (marca comercial "JUUL")
Tecnología inventada por una pequeña empresa (Pax Labs-Silicon Valley), luego adquirida por Phillips Morris que desarrolló su investigación y la comercializó en 2015. Contiene un líquido con altas concentraciones de nicotina y/o saborizantes además de distintos tóxicos. Es MUY ADICTIVO. Presenta un diseño moderno, muy atractivo para el joven, con baja emisión de vapor y menos olor que el cigarrillo convencional. Proporciona un modo de fumar muy discreto en lugares públicos por lo que se le llama "vapeo sigiloso".



Consta de:

- Cartucho con un líquido que contiene nicotina, menta, aromas a frutas... junto a propilenglicol, glicerina y otros saborizantes.
- Batería (cargador): calienta el e-liquid a 250-350° para generar vapor (no humo)
- Atomizador: transforma el líquido en vapor con descomposición de los elementos del e-cigar (plástico, goma, metal...) y producción de acetaldehídos, formaldehídos, benceno...



- **DISPOSITIVOS DE TABACO CALENTADO** (marca comercial "IQOS"): Dispositivo tecnológico diseñado y patentado por Phillip Morris y comercializado en 2016. Cápsulas de tabaco compactado y humedecido en propilenglicol ("heets") con concentraciones muy elevadas de nicotina.



Consta de:

- Depósito donde se inserta el heet
- Batería (cargador) con un botón de calentamiento: calienta el heet a menos de 400° sin combustión completa del tabaco, para generar vapor (no humo). Produce hidrocarburos policíclicos, aromáticos, CO, nitrosaminas...



- **CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y DISPOSITIVOS DE TABACO CALENTADO**

<p>CALIENTA TABACO</p> <p>USA TABACO REAL</p> <p>NICOTINA NATURALMENTE PRESENTE EN EL TABACO</p> <p>SIN CENIZAS, SIN HUMO</p>	<p>TABACO CALENTADO</p>	<p>VS</p>	<p>VAPORIZA E-LÍQUIDO</p> <p>NO HAY TABACO</p> <p>NICOTINA DERIVADA DEL TABACO Y AGREGADA AL E-LÍQUIDO</p> <p>SIN CENIZAS, SIN HUMO</p>	<p>CIGARRO ELECTRÓNICO</p>
---	--------------------------------	-----------	---	-----------------------------------

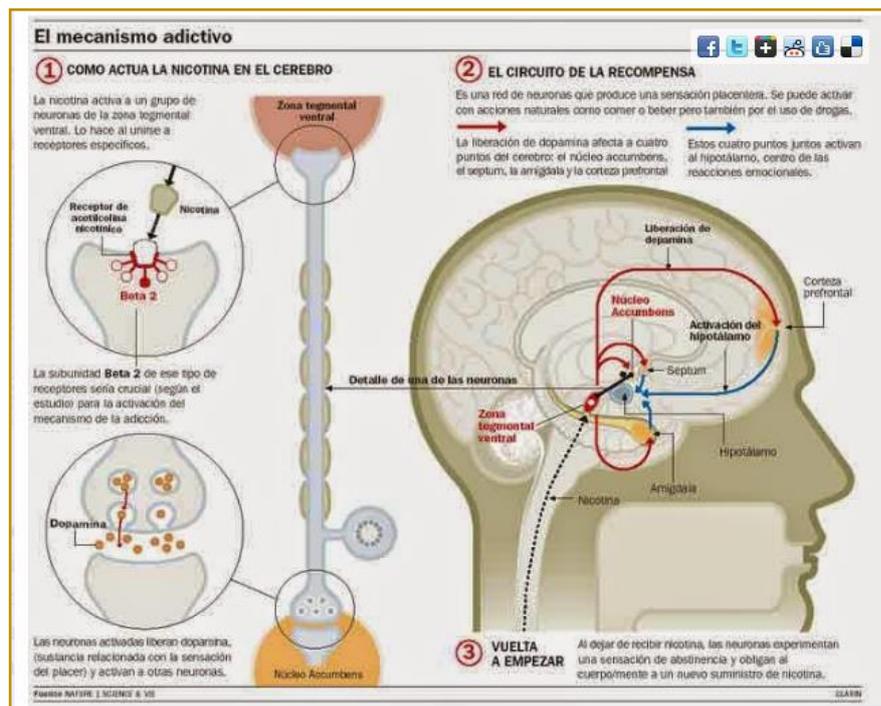
3- EFECTOS DEL TABACO

3.1- LAS BASES DE LA CONDUCTA ADICTIVA

La selección natural ha permitido que nuestro sistema nervioso disponga de un “circuito de recompensa”. Este sistema está constituido un conjunto de mecanismos cerebrales que permiten asociar ciertas situaciones íntimamente ligadas a la supervivencia a una sensación placentera.

El sistema de recompensa es un circuito nervioso cerebral controlado por un neurotransmisor, la dopamina. La recompensa a una necesidad básica (beber cuando tenemos sed, comer cuando tenemos hambre, etc) o tras la administración de determinadas sustancias adictivas como la nicotina, activa receptores específicos situados el área tegmental ventral (ATV), una zona del tronco encefálico relacionada con los mecanismos básicos de supervivencia. La activación de esos receptores provoca la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, situado en el sistema límbico. El núcleo accumbens es el centro cerebral por excelencia responsable de la generación de la sensación de placer. La información transmitida desde el ATV también se transmite a otras áreas del cerebro, en especial al área frontal, donde es integrada para llevar a cabo acciones voluntarias en respuesta a ese estímulo placentero.

Por tanto, el circuito de recompensa empieza en uno de los lugares más básicos y automatizados del encéfalo, el ATV, y va subiendo hasta alcanzar el lóbulo frontal, que es uno de los lugares evolutivamente más desarrollados, relacionado con el aprendizaje, la conducta flexible y la toma de decisiones.



La interacción entre estructuras cerebrales del placer y la modulación ejercida por la corteza frontal permite que podamos elegir o no la realización de determinadas conductas. Ese margen de maniobra, sin embargo, tiene también un riesgo, llamado “adicción”. En los sujetos adictos la búsqueda continuada de gratificación a través de una sustancia “hackea” los mecanismos cerebrales de la recompensa que sólo responderán ante su consumo.

El término “dependencia física” alude a las alteraciones fisiológicas producidas al suspender la administración continuada de una droga y que constituyen el denominado “síndrome de abstinencia”.

La “dependencia psíquica” alude al efecto placentero o a la supresión de efectos desagradables, que proporciona una sustancia. El consumo de una droga viene determinado por su efecto placentero (es decir, por un refuerzo positivo) y su retirada provoca efectos indeseables que contribuyen al mantenimiento de la conducta adictiva (mediante un refuerzo negativo).

Las dependencias psíquica y física hacen que una persona sea adicta y consuma compulsivamente una droga. La nicotina es adictiva puesto que produce dependencia física (o lo que es lo mismo, su retirada provoca un síndrome de abstinencia) y psíquica (a través de sus efectos reforzadores).

Las drogas con mayor potencial adictivo son las que producen una **actuación inmediata y repetitiva** en el sistema de refuerzo del cerebro. Tras cada calada la nicotina se absorbe vía oral, nasal y pulmonar y alcanza el cerebro en 7 segundos. Cada calada desencadena la liberación de dopamina y activa el circuito de recompensa cerebral. La cantidad de dopamina liberada tras cada calada no es tan importante como la liberada tras el consumo de otras drogas pero la rapidez de acción de la vía inhalatoria sobre el cerebro (tan sólo 7 segundos), la repetición continuada de ese estímulo (15 caladas por término medio por cigarrillo, 300 al día en un fumador de 1 cajetilla al día) y el condicionamiento del acto de fumar a muchas otras actividades (las relaciones sociales, las situaciones estresantes, ...), la convierte en una de las sustancias más adictivas que existen y vincula fuertemente las recompensas de la nicotina a muchos comportamientos que realizamos a diario, aumentando el placer y la motivación que obtenemos de ellos.

3.2- EFECTOS DEL CIGARRILLO CONVENCIONAL

- Cardiovascular: Efecto vasoconstrictor del CO. Multiplica cuatro veces el riesgo de enfermedad cardiovascular (coronaria, cerebral, isquemia periférica) y de morir
- Respiratorio: Provoca EPOC, la tercera causa de muerte en España con más de 2 millones de afectados y también agrava el asma, que afecta al 5% de los adultos y al 10% de los niños
- Tumores:
 - Efecto directo: 30% cánceres (pulmón, laringe, esófago, boca). El cáncer de pulmón es el más LETAL. El 85% de casos se deben al tabaco y existe 15 veces más riesgo en fumadores
 - Efecto indirecto: cáncer estómago, páncreas, riñón, vejiga, pene, mama, colon, hígado...
- Sexualidad y embarazo: Favorece la impotencia e infertilidad
- Hemorragias placentarias, parto prematuro, bajo peso, muerte súbita del lactante...
- Estéticos:
 - Halitosis, caries, gingivitis...
 - Alopecia y envejecimiento cutáneo
 - Retraso en la cicatrización

3.3- EFECTOS DE LOS NUEVOS DISPOSITIVOS:

Los estudios publicados están muy “sesgados” pues las investigaciones que los han sustentado han sido, en gran medida, financiadas por la industria tabaquera y carecen de rigor metodológico.

Muy al contrario, estudios independientes de investigación básica publicados en los últimos años, indican:

- En fumadores activos, los biomarcadores séricos muestran parámetros de daño cardiovascular, toxicidad pulmonar y disfunción mitocondrial (telómeros) SIMILAR al cigarrillo convencional

- En fumadores pasivos se observa daño celular procedente de la exposición a hidrocarburos aromáticos, aldehídos carcinogénicos y acroleína, SIMILAR al cigarrillo convencional

Toxicidad a corto plazo: “La epidemia EVALI”

Un ejemplo reciente de la toxicidad a corto plazo del cigarrillo electrónico fue la epidemia EVALI (E-cigarette or vaping lung injury) acontecida al final de la pasada década. La relación causal entre el consumo de cigarrillos electrónicos y la aparición de casos de neumonitis grave con severa lesión pulmonar se publicó en una revista científica por vez primera en 2019. Esta epidemia afectó a miles de fumadores de distintos estados de USA. Hasta febrero de 2020 se reportaron 2807 casos de pacientes hospitalizados por EVALI, confirmándose 60 muertes en 27 estados de Estados Unidos.

SPECIAL REPORT

Syndromic Surveillance for E-Cigarette, or Vaping, Product Use–Associated Lung Injury

Kathleen P. Hartnett, Ph.D., Aaron Kite-Powell, M.S., Megan T. Patel, M.P.H., Brittni L. Haag, M.S., Michael J. Sheppard, M.S., Taylor P. Dias, M.P.H., Brian A. King, Ph.D., Paul C. Melstrom, Ph.D., Matthew D. Ritchey, D.P.T., Zachary Stein, M.P.H., Nimi Idaikkadar, M.P.H., Alana M. Vivolo-Kantor, Ph.D., [et al.](#)

Article
Figures/Media

Metrics
February 20, 2020

19 References
58 Citing Articles

N Engl J Med 2020; 382:766-772
DOI: 10.1056/NEJMs1915313

ORIGINAL ARTICLE

Pulmonary Illness Related to E-Cigarette Use in Illinois and Wisconsin — Final Report

Jennifer E. Layden, M.D., Ph.D., Isaac Chinai, M.B., B.S., Ian Pray, Ph.D., Anne Kimball, M.D., Mark Layer, M.D., Mark W. Tenforde, M.D., Ph.D., Livia Navon, M.S., Brooke Hoots, Ph.D., Phillip P. Salvatore, Ph.D., Megan Elderbrook, M.P.H., Thomas Haupt, M.S., Jeffrey Kanne, M.D., [et al.](#)

Article
Figures/Media

Metrics
March 5, 2020

El cuadro clínico y las manifestaciones radiológicas de este cuadro guarda grandes similitudes con el cuadro clínico de la neumonía grave por SARS-COV2 y llama la atención que, desde febrero del 2020, con la eclosión de la pandemia mundial por COVID, la notificación de casos de EVALI ha descendido drásticamente, lo que hace pensar que la COVID-19 ha hecho disminuir el diagnóstico de sospecha de esta enfermedad.

[Arch Bronconeumol](#). 2021 Apr; 57: 11–12. PMCID: PMC7933781
 Published online 2021 Mar 5. Spanish. doi: [10.1016/j.arbres.2021.02.008](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.02.008) PMID: [34629632](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34629632/)

Lesiones pulmonares asociadas al consumo de cigarrillos electrónicos, no todo es COVID-19

Toxicidad a largo plazo: Bronquiolitis constrictiva asociada al vapeo y cáncer.

- Bronquiolitis constrictiva asociada al vapeo: Aunque todavía no ha transcurrido un periodo de tiempo muy prolongado desde el empleo generalizado del vapeo en la población general, la prestigiosa revista NEJM ha publicado en el año 2022 una serie de casos de bronquiolitis constrictiva y fibrosis de la pequeña vía aérea con el único factor en común de ser todos ellos *vapeadores*. Esta rara patología de la pequeña vía aérea se ha descrito clásicamente asociada a la inhalación de distintos tóxicos inhalados que comparten con los casos descritos características patológicas idénticas. Tras un estudio exhaustivo los autores proponen que

estos casos representan una “secuela crónica” del vapeo, definida por la aparición de una enfermedad de la pequeña vía aérea con características diferenciales muy alejadas de las producidas por el humo del cigarrillo.

Queda pendiente de evaluar a largo plazo las consecuencias del daño pulmonar “agudo” acaecido en los supervivientes de la epidemia EVALI y de determinar si evolucionan hacia un cuadro similar al descrito en esta serie de pacientes.



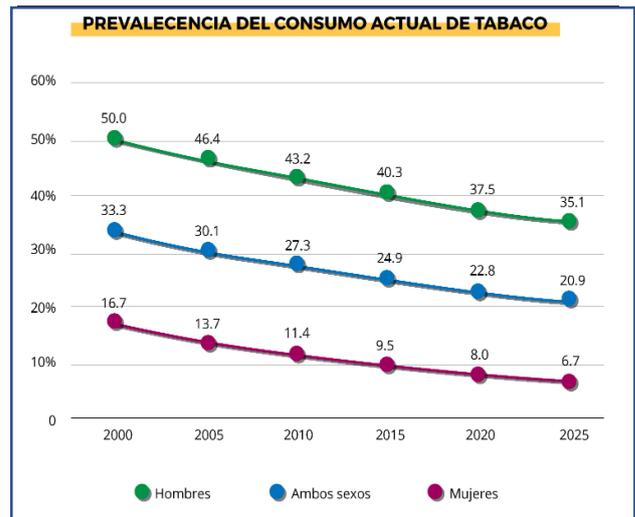
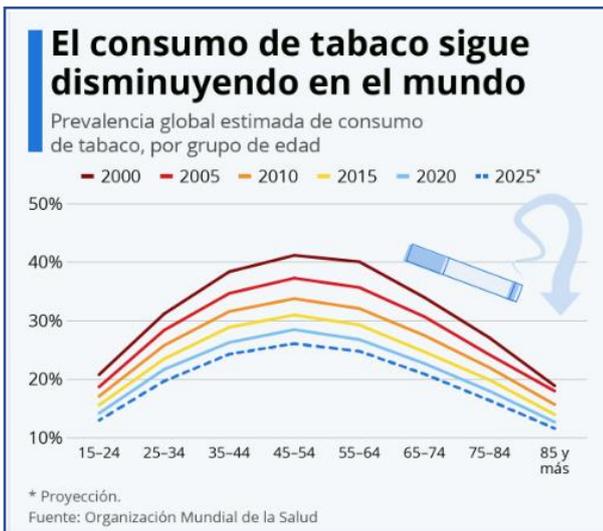
- **Cáncer:** Se sabe además que el vapor de los cigarrillos electrónicos y de los PTC contiene glicerol, nitrosaminas, propilenglicol, partículas PM, cromo y níquel, entre otros. Todos estos componentes son tóxicos a corto plazo para el sistema respiratorio, pero también cancerígenos. Dado que los efectos carcinogénicos se desarrollan tras periodos muy prolongados de exposición (como el consumo de cigarrillos ha demostrado), habrá que esperar unos años para evaluar la aparición de patología cancerosa como efecto a largo plazo del empleo de estos dispositivos del tabaco.

El vapeo como inductor del inicio del hábito tabáquico y/o del tabaquismo dual: Aunque las tabaqueras han especulado con fines comerciales con su papel como instrumento de apoyo en la deshabituación tabáquica, los estudios epidemiológicos han de mostrado que no existe evidencia de que el consumo de productos electrónicos del tabaco reduzca el consumo de cigarrillos convencionales. Muy al contrario, se ha comprobado que favorece el inicio del hábito tabáquico en la adolescencia y/o el tabaquismo dual.

4- EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA TABÁQUICA

4.1- SITUACIÓN ACTUAL DE LA PANDEMIA TABÁQUICA EN EL MUNDO

Gracias a los esfuerzos de la OMS y de los diferentes gobiernos, en las últimas décadas se ha producido un descenso global del consumo de tabaco en todo el planeta: en el año 2000 fumaba el 33.3% de la población mundial y en el año 2020 fumaba el 22.8%.



El último informe global de la OMS sobre tabaquismo (mayo 2022) indica que el tabaco mata hasta a la mitad de las personas que lo consumen. Además, de los 8 millones de personas que mueren a causa del tabaco cada año, más de 1 millón son fumadores pasivos. Por otro lado, en la actualidad, más del 80% de los fumadores viven en países de ingresos medianos o bajos.

 Organización Mundial de la Salud

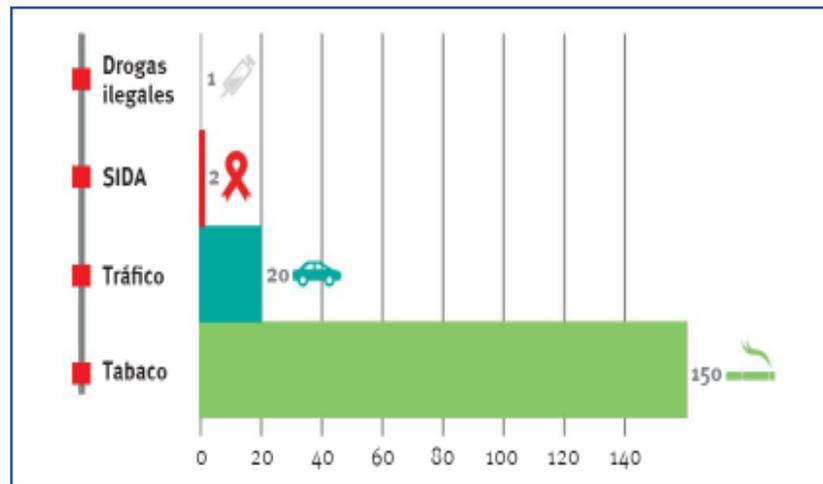
Tabaco

25 de mayo de 2022

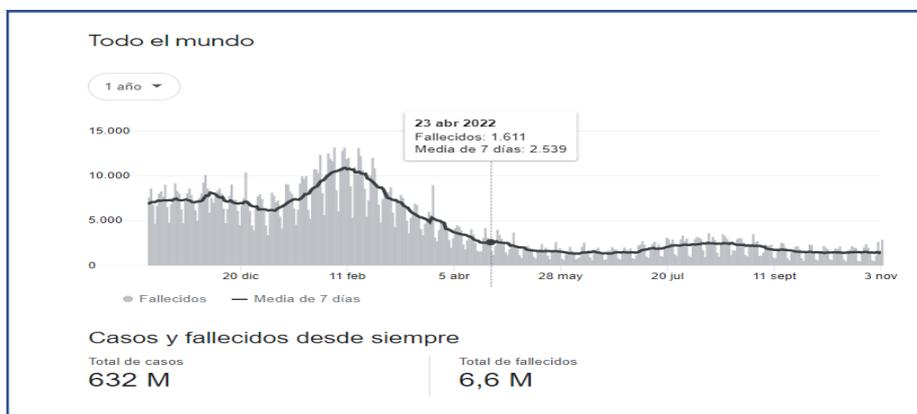
Datos y cifras

- El tabaco mata hasta a la mitad de las personas que lo consumen.
- Cada año, más de 8 millones de personas fallecen a causa del tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco y alrededor de 1,2 millones son consecuencia de la exposición de no fumadores al humo ajeno.
- Más del 80% de los 1300 millones de consumidores de tabaco que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos.
- En 2020, el 22,3% de la población mundial consumía tabaco, concretamente el 36,7% de todos los hombres y el 7,8% de las mujeres del mundo.
- Para hacer frente a la epidemia de tabaquismo, los Estados Miembros de la OMS adoptaron en 2003 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), tratado que actualmente han ratificado 182 países.
- Las medidas «MPOWER» de la OMS están en consonancia con el CMCT de la OMS y se ha demostrado que salvan vidas y reducen los costos derivados del gasto sanitario evitado.

Si comparamos la pandemia del tabaco con las otras grandes pandemias del siglo XX y XXI los resultados son abrumadores. Los registros históricos de finales del siglo XX y del siglo XXI indican que por cada 150 muertes por tabaco se han producido 20 muertes por accidentes de tráfico, 2 por SIDA y una por drogas ilegales.



En cuanto a la pandemia COVID, que ha devastado el planeta en nuestros días, el total de muertos cuantificados en el mundo ha sido hasta la fecha ronda los 6,6 millones mientras que el tabaco causa por sí sólo 8 millones de muertos al año.



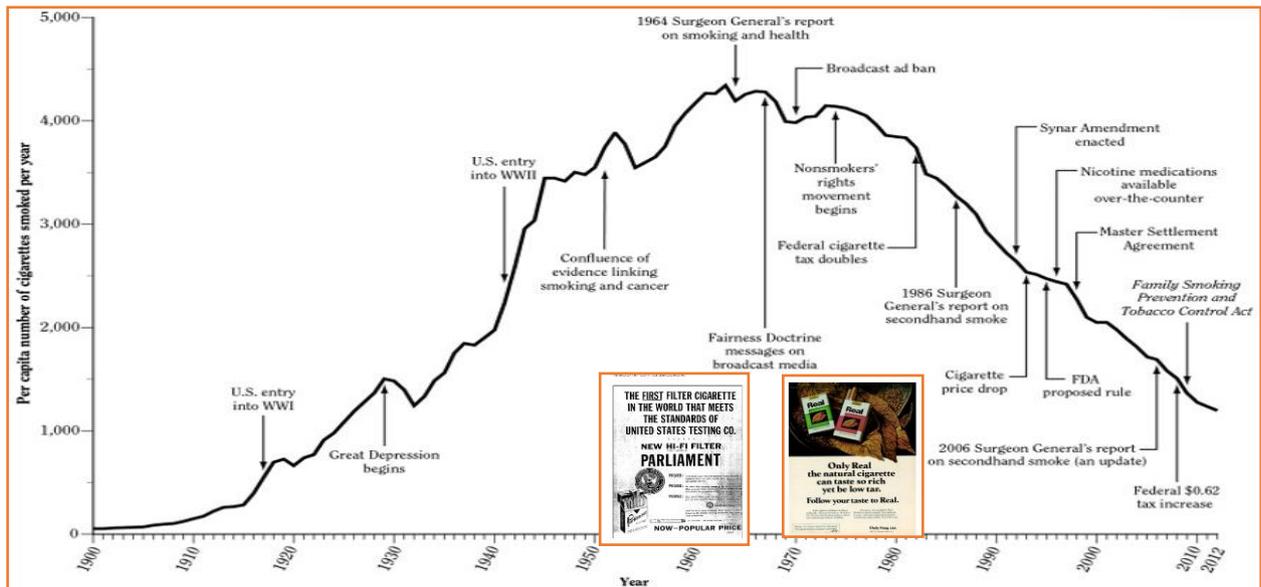
4.2- EVOLUCION HISTÓRICA DE LA PANDEMIA TABÁQUICA EN EL MUNDO

A INICIOS DEL SIGLO XX y tras la invención de las maquinarias de fabricación industrial de cigarrillos a finales del siglo XIX, comienza a producirse un rápido crecimiento del consumo de cigarrillos con picos de consumo durante la Primera Guerra Mundial y la Segunda Guerra Mundial. Durante estas primeras décadas del siglo XX el consumo se concentra en los varones, inicialmente entre clases acomodadas, extendiéndose progresivamente al resto de la población. A partir de los años 50, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, los movimientos feministas y la fuerte presión publicitaria, el tabaco comienza a extenderse entre el sexo femenino, siguiendo la misma cadencia de clase que en el hombre.

A MEDIADOS DEL SIGLO XX, paralelamente al crecimiento de su consumo, comienza a haber firmes evidencias científicas de la relación entre tabaco y problemas de salud, en especial cáncer.

Esta evidencia desencadena dos movimientos contrapuestos:

- Desde los gobiernos, asociaciones de enfermos y organismos para la salud nacionales e internacionales, se ponen en marcha distintas iniciativas a nivel global, como la prohibición de la publicidad, la aparición de movimientos en defensa de los derechos de los no fumadores, la subida de los impuestos del tabaco, el aumento del precio del tabaco....
- Desde las grandes empresas tabacaleras, se diseñan exitosas campañas de marketing a nivel global destinadas a engañar a la población con la introducción de falsos “avances” que “minimizan el riesgo” del tabaco (filtros en los años 50 y cigarrillos light en los años 70).



A FINALES DEL SIGLO XX, se suceden en EEUU demandas colectivas de exfumadores que, tras años de litigio contra las empresas tabacaleras, llegan al Tribunal Supremo. En 1994, el Tribunal Supremo de EE. UU. dictaminó probado que **desde 1953 las Tabacaleras SE CONFABULARON PARA NEGAR, DISTORSIONAR Y MINIMIZAR ANTE LA OPINIÓN PÚBLICA, LOS EFECTOS DEL TABACO, QUE SÍ RECONOCÍAN EN DOCUMENTOS INTERNOS**, obligando a las tabacaleras a pagar indemnizaciones multimillonarias.

Supremo de EEUU rechaza apelaciones de tabacaleras y las obliga a indemnizar

- El Tribunal Supremo de Estados Unidos desestimó hoy estudiar las apelaciones presentadas por las tabacaleras Philip Morris USA, Lorillard y Reynolds Tobacco contra diez sentencias que les obligan a pagar indemnizaciones que en total ascienden a 64 millones de dólares.

ACTUALIDAD

Demanda colectiva a tabacaleras en EEUU

Diario Libre
Santo Domingo - sep. 26, 2006 | 04:00 a. m. | 1 min de lectura

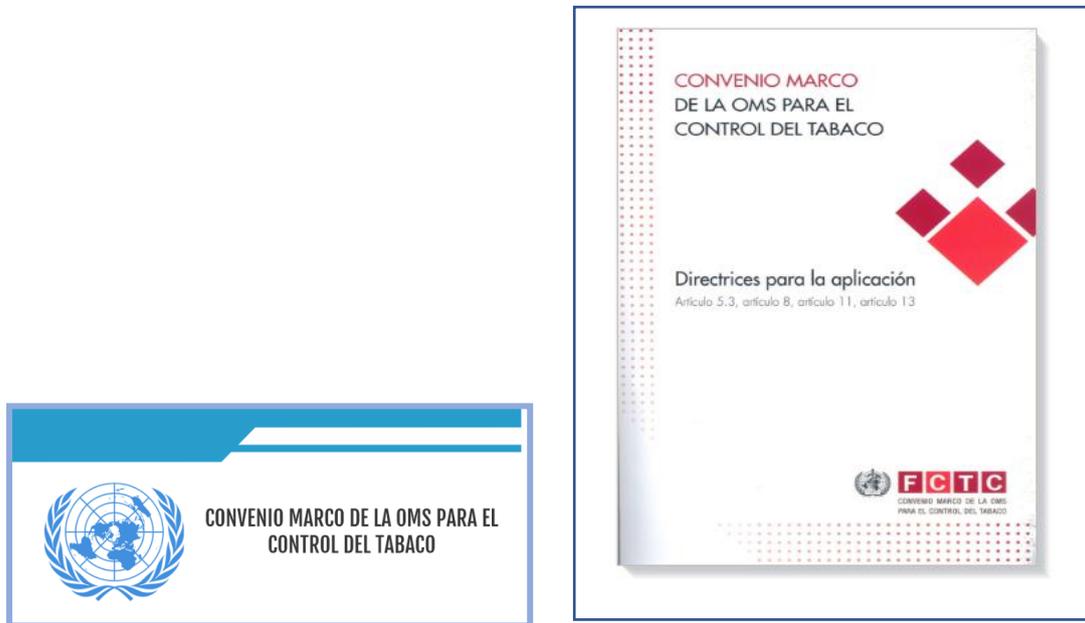
TABACALERAS

La justicia de Estados Unidos admite una demanda colectiva contra el tabaco "light"

5D
AGENCIAS

Todas estas evidencias han determinado que **EL COMIENZO DEL SIGLO XXI** venga marcado por un deterioro de la imagen pública de las tabacaleras con dos movimientos antagónicos:

- La OMS pone en marcha en 2005 un conjunto de medidas contra el tabaco a través del CMCT (Convenio Marco para el Control del Tabaco) que integra a 182 países y al 90% de la población mundial. Su aplicación es dispar, pero globalmente ha provocado un descenso mantenido del número de fumadores de cigarrillos en todo el planeta.



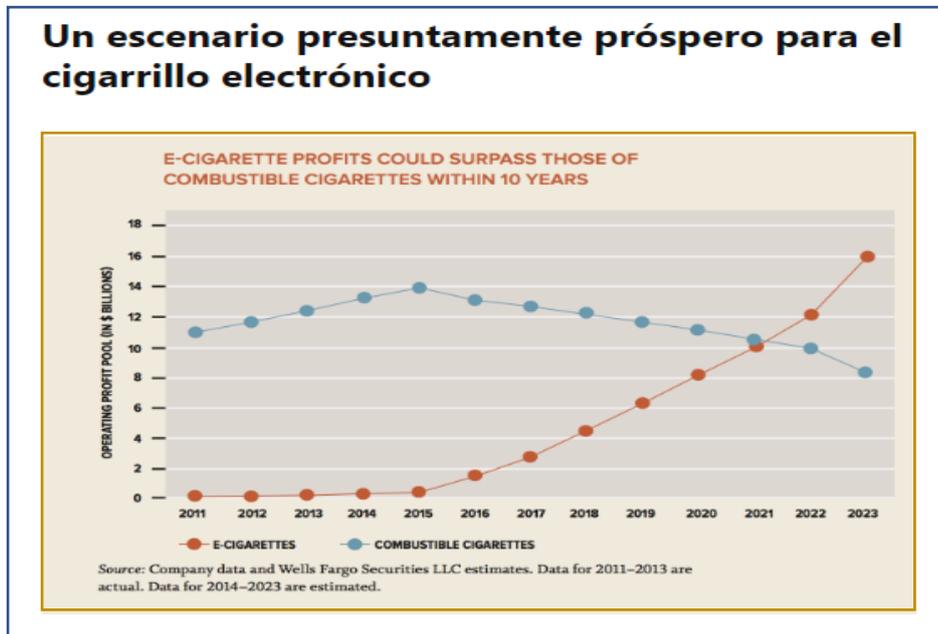
- La industria tabacalera vuelve a desarrollar diferentes estrategias de mercado cuya finalidad es la de reubicarse en un mundo que se le ha vuelto hostil. Con ese objetivo las tabacaleras comienzan a generar un estado de opinión que deslinda la “adicción a la nicotina” del “daño producido por el tabaco”, bajo la premisa de que es el humo del tabaco y **NO la nicotina**, el responsable de los efectos nocivos de los cigarrillos. En esa línea, a comienzos del siglo XXI, los grandes gigantes de la industria tabacalera lanzan al mercado *una nueva gama de productos del tabaco sin combustión bajo el mismo reclamo publicitario que en décadas anteriores lo fueron los filtros o los cigarrillos light: ser menos nocivos que el cigarrillo tradicional.*

Esa ESTRATEGIA COMERCIAL, llamada por las tabacaleras DE “**REDUCCIÓN DE RIESGOS**” justifica **mantener el consumo de nicotina (y la adicción) reduciendo la emisión de humo**. Con este fin la industria tabacalera desarrolla sofisticados sistemas electrónicos de tabaco sin combustión. A partir del 2005 Philip Morris y posteriormente otras grandes empresas tabacaleras, ponen en marcha una gran operación económica de diseño, compra, patente y comercialización de nuevos dispositivos “libres de humo” con diseño y tecnología rabiosamente innovadores. Así surgen el cigarrillo electrónico y pocos años después los dispositivos de tabaco calentado y con ellos la nueva forma de fumar, el “vapeo”.

Sin embargo y tras la generalización del consumo de estos dispositivos, estas iniciativas han provocado efectos inesperados y contrapuestos:

- 1- La REDUCCIÓN del consumo de cigarrillos convencionales en PAISES RICOS pero, por el contrario, un AUMENTO exponencial del mismo en tres grandes grupos de población:
 - PAISES POBRES, sin legislación antitabáquica (por ejemplo, en el África subsahariana un aumento del 52%)
 - JOVENES <18 años (el 90% de adictos al tabaco comenzaron a fumar antes de los 18 años)
 - MUJER

2- La EXPANSIÓN ACELERADA DEL MERCADO MUNDIAL DE PRODUCTOS DE TABACO ELECTRÓNICO (cigarrillos electrónicos y sistemas de tabaco calentado), especialmente en países ricos. En la actualidad estos dispositivos electrónicos representan ya el 30% del total de la producción de las principales tabacaleras, con previsión de alcanzar el 50% en pocos años.



Como réplica a ese crecimiento desmesurado del consumo de tabaco en sus distintas formas, la OMS y los gobiernos están ejerciendo un progresivo endureciendo de las medidas restrictivas frente a todas las formas de tabaquismo, especialmente en los grupos de población donde se mantiene e incluso crece el consumo hoy en día.

Por ello, y a pesar, de sus ingentes beneficios económicos, las tabacaleras siguen explorando nuevos nichos de mercado. En los últimos años y respondiendo a la creciente demanda social de productos adictivos, comienzan a redefinirse como **“empresas diversificadas dedicadas al bienestar”**. Desde esa perspectiva han emprendido en los últimos años dos nuevas estrategias:

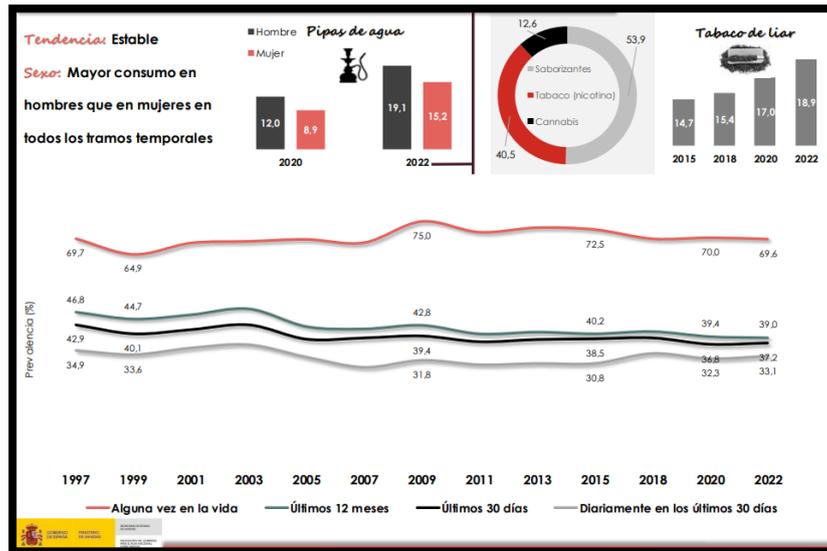
- Apoyar la industria de la marihuana y la liberalización completa de su uso (previsible durante los próximos 10 años). Parte de la misma sociedad que condena el tabaco de forma casi unánime defiende la legalización de la marihuana. Dentro de los partidarios, un grupo lo demanda con fines terapéuticos y otro pide una despenalización completa, incluyendo también los usos recreativos.
En esta línea, Imperial Brands, British American Tobacco y Altria (la firma que opera las marcas de Philip Morris en EE. UU.) ya han invertido en compañías canadienses dedicadas al cannabis. Las firmas en las que han invertido son Auxly, Organigram y Cronos Group, respectivamente. Con el potencial de una legalización completa en decenas de países a lo largo de la próxima década, el sector del tabaco se está posicionando para beneficiarse de una industria que, en su variante legal, se estima que alcanzará un valor de casi 100.000 millones de dólares a finales de 2026
- Apoyar a la industria biotecnológica y en particular la industria farmacéutica relacionada con el desarrollo de dispositivos de administración de fármacos vía inhalatoria. En esta línea recordar la adquisición por parte de Philip Morris de Fertin Farma, Vectura y OtiTopic y de la empresa biotecnológica KBio por parte de British American Tobacco.

4.3- SITUACION DE LA PANDEMIA TABÁQUICA EN ESPAÑA

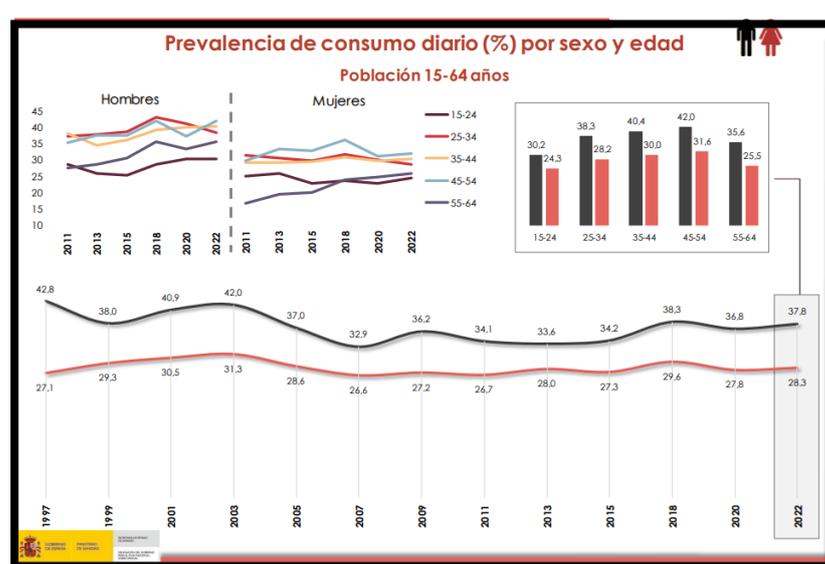
El Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES), dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), se efectúa bianualmente desde 1995 con el fin de evaluar la progresión del consumo de drogas en nuestro país.

El informe de esta encuesta en 2022 muestra:

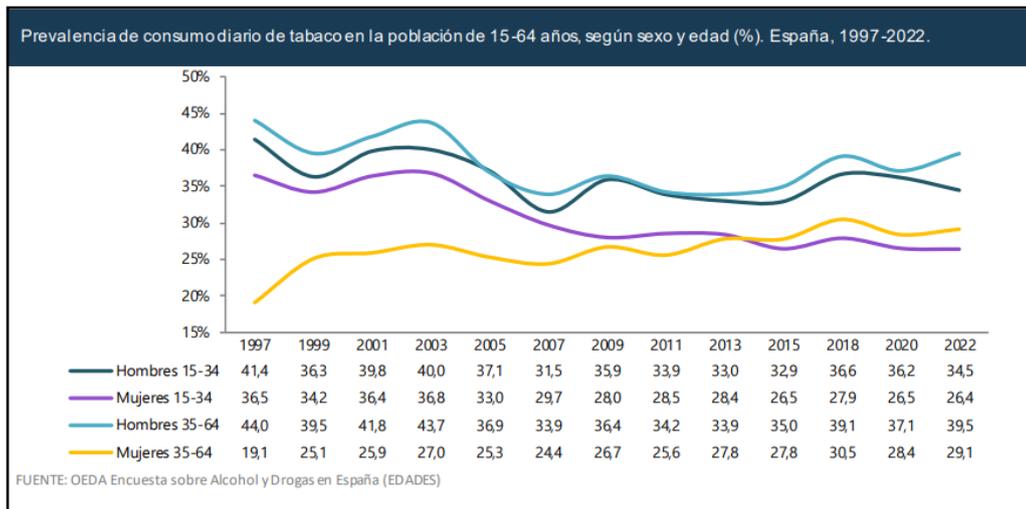
- 1- En relación con la prevalencia del consumo diario de tabaco, el 33,1% de las personas ha fumado tabaco a diario en los últimos 30 días, dato superior al de 2020 en algo más de un punto.



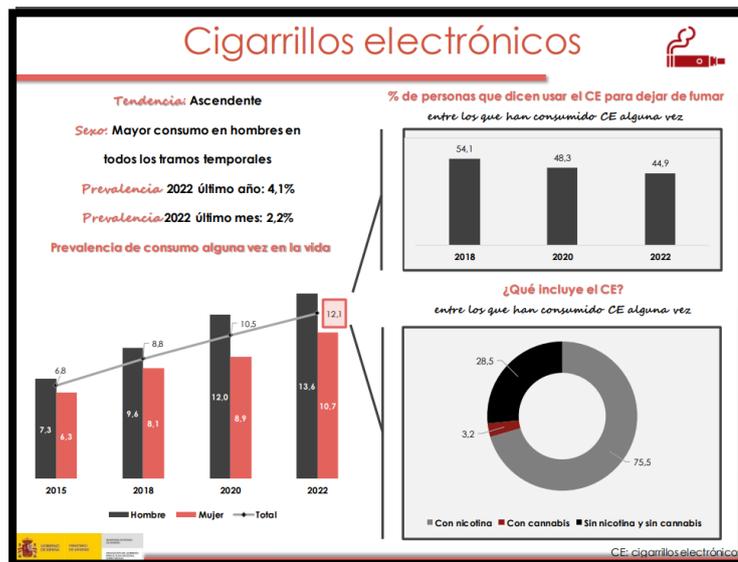
- 2- El consumo diario de tabaco es más frecuente entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos.



- 3- En los últimos años 2022 se produce un descenso en la prevalencia del consumo diario de tabaco entre los hombres jóvenes, mientras que entre las mujeres más jóvenes se ha estabilizado. Sin embargo, entre aquellos con 35 o más años los consumos de tabaco a diario han aumentado para ambos sexos.



4- Continúa la tendencia creciente del consumo de cigarrillos electrónicos que ha pasado de 6,8% en 2015 al 12,1% registrado en 2022. Atendiendo al sexo, observamos que, la prevalencia es superior entre los hombres.



5- Entre los consumidores de tabaco a diario, un 64,2% se han planteado dejar de fumar. Cuando diferenciamos por sexo, son las mujeres las que en mayor medida se lo han planteado. No obstante, cabe destacar que, menos de la mitad de estos individuos lo han intentado dejar.

Porcentaje de personas que se han planteado dejar de fumar entre los que han fumado a diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2022.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
	66,6	64,8	68,9	61,1	59,5	63,2	64,2	62,7	66,1

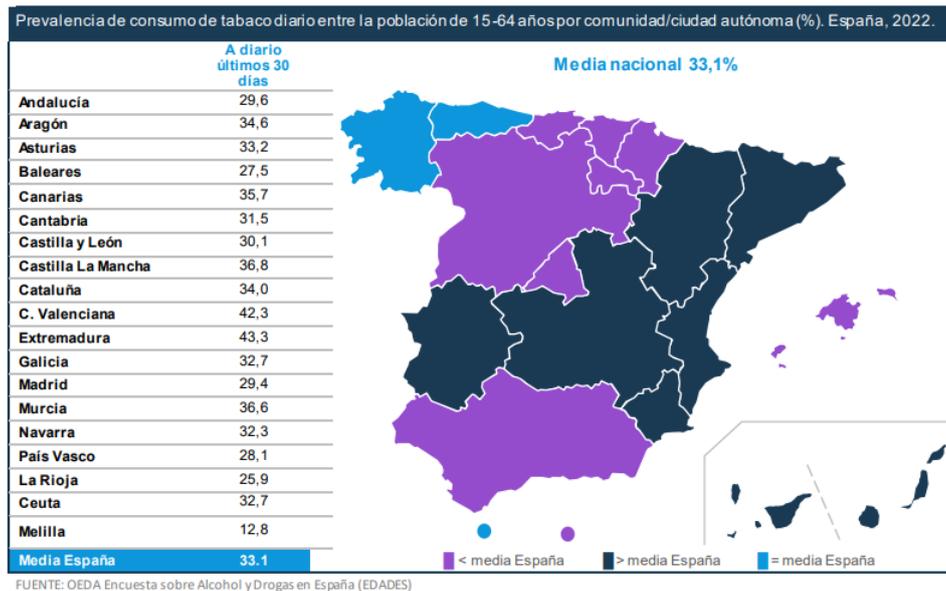
FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Porcentaje de personas que se han planteado de dejar de fumar y lo han intentado entre los que han fumado a diario en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2022.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
	45,4	43,7	47,5	38,2	36,9	39,9	41,9	40,2	44,1

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

6- La CCAA de Murcia muestra una de las prevalencias mayores de consumo de tabaco diario.



Estos datos van en consonancia con el hecho de que España sigue siendo uno de los países desarrollados con un bajo cumplimiento de las resoluciones de control impuestas por la OMS.

Existen factores adicionales asociados:

- Varones JOVENES:
 - fácil acceso
 - escasa percepción del daño
 - aumento del consumo dual
- MUJER
 - alta dependencia
 - fracaso en la intención de abandonar el tabaco
 - más recaídas (ansiedad/depresión)

5- LA INFLUENCIA ECONOMICA Y POLITICA DE LAS TABACALERAS

Durante el siglo XX el tabaco se convirtió en uno de los grandes negocios multimillonarios del planeta. En la actualidad las mayores empresas tabacaleras transnacionales del mundo, conocidas como “las 4 Grandes” (o “los 4 villanos”) son Philip Morris International (PMI), British American Tobacco (BAT), Japan Tobacco International (JTI) e Imperial Brands.

Gracias a su enorme poder económico, la industria tabaquera no deja emplear las “puertas giratorias” y de interferir el cumplimiento de las leyes antitabaco.

Esa influencia es ejercida sobre gobiernos y administraciones, a distintos niveles:

- Sobre los gobiernos: Con el argumento de que aportan el 4% de los impuestos y representan una industria que genera 43.000 empleos
- Sobre las Administraciones: Con el fin de “blanquear” su imagen pública, las tabacaleras se enmascaran bajo un supuesto apoyo a causas “sociales”. De esta manera ha invertido grandes cantidades en la financiación tecnológica del sector agrícola del tabaco o la lucha contra el tráfico ilícito de tabaco, por ejemplo.

El Gobierno justifica el acuerdo suscrito entre la Guardia Civil y Philip Morris contra tráfico ilícito de tabaco

El Gobierno ha justificado el acuerdo entre la Guardia Civil y la empresa tabaquera Philip Morris, suscrito el pasado mes de octubre, pa aportación de medios materiales en apoyo a la lucha contra el tráfico ilícito de productos de tabaco, y que la OMC y el Comité Nacional pa Prevención del Tabaquismo (CNIPT) habían solicitado que se declarase nulo

Madrid | 06/09/2016 | medicospacientes.com



El Gobierno ha argumentado, al respecto, que "en modo alguno represent convenio de colaboración del que surgen obligaciones para ambas partes", sino "se limita a instrumentalizar jurídicamente el acto de recepción de diversos me materiales, no estableciendo obligación alguna por parte de la Guardia Civil har empresa más allá de su compromiso de darlos de alta en el respectivo inventa de destinatarios al fin previsto"

La Junta de Extremadura y Philip Morris Spain firman un acuerdo para el desarrollo tecnológico e innovación en el sector del tabaco

Agronews Castilla y León
29 de Enero de 2017



- Sobre los poderes fácticos: Las tabacaleras no dejan de “fichar” personajes públicos del mundo de la política (puertas giratorias) para extender sus tentáculos. Por ejemplo, el ex presidente Aznar es asesor de Phillip Morris Internacional, la ex ministra socialista Garmendia pertenece al consejo de administración de Logista (la mayor empresa española distribuidora de tabaco), etc.

Actualidad

José María Aznar lidera cruzada de Philip Morris para flexibilizar ley en Chile

Se reunió con el ministro de Hacienda, Felipe Larraín, en busca de vías para introducir sus nuevos productos.

vozpopuli > EMPRESAS

Logista ficha a la exministra Garmendia como consejera

Finalmente, y a pesar de que la industria tabacalera es el quinto mayor contribuyente de las arcas del estado, también es el responsable del consumo de al menos el 6% del gasto sanitario en países desarrollados (en España el 10%), sin incluir costes indirectos, por lo que a pesar de los ingentes ingresos que aporta a las arcas del estado, no cubre los gastos generados.

Los impuestos al tabaco apenas cubren el gasto sanitario derivado de su consumo

El tabaquismo consume más de 8.000 millones de euros anuales cuando el sector genera poco más de 12.000 millones entre lo que factura y lo que recauda

LA INFORMACIÓN NOTICIA
29.02.2018 - 13:47h
Actualizado: 29.02.2018 - 17:23h

UN SECTOR IMPORTANTE PARA LA ECONOMÍA ESPAÑOLA

Indicador	Valor	Detalle
Estados que pagan el IVA	50.000 millones	7% (Cifras Fabricantes), 20% (Distribución), 13% (Venta minorista)
Estados que pagan el IVA	9.311 millones	3% IVA sobre el consumo de tabaco en España
Estados que pagan el IVA	3.200 millones	7% IVA sobre el consumo de tabaco en España
Estados que pagan el IVA	370 millones	11% IVA sobre el consumo de tabaco en España

Categoría	Valor	Detalle
Consumo	3.400 millones	El consumo de tabaco en España es de 3.400 millones de euros al año.
Consumo	10.000 millones	El consumo de tabaco en España es de 10.000 millones de euros al año.
Consumo	6.300 millones	El consumo de tabaco en España es de 6.300 millones de euros al año.
Consumo	12.000 millones	El consumo de tabaco en España es de 12.000 millones de euros al año.

6- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INDUSTRIA TABACALERA EN EL SIGLO XXI

6.1- PAÍSES EN DESARROLLO:

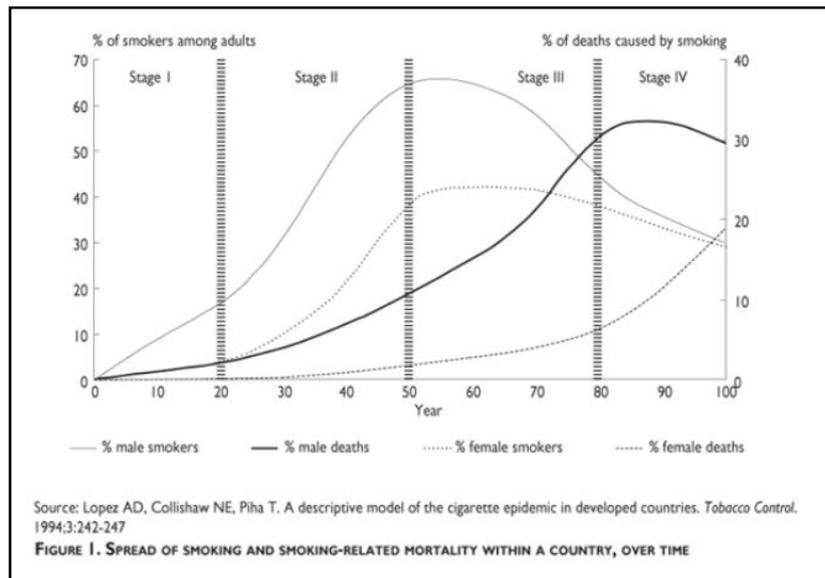
Las grandes tabacaleras han puesto su objetivo en países que carecen de leyes de control del tabaco y en muchos de ellos se ha producido un crecimiento exponencial fruto de una comercialización agresiva. En el África Subsahariana el consumo aumentó en un 52% entre 1980 y 2016 (a día de hoy se consumen más de 250 mil millones de cigarrillos al año). Por poner algunos ejemplos, en una década Lesotho ha pasado de una prevalencia del 15% al 54% y algo similar ha ocurrido en Etiopía, Nigeria y Senegal.



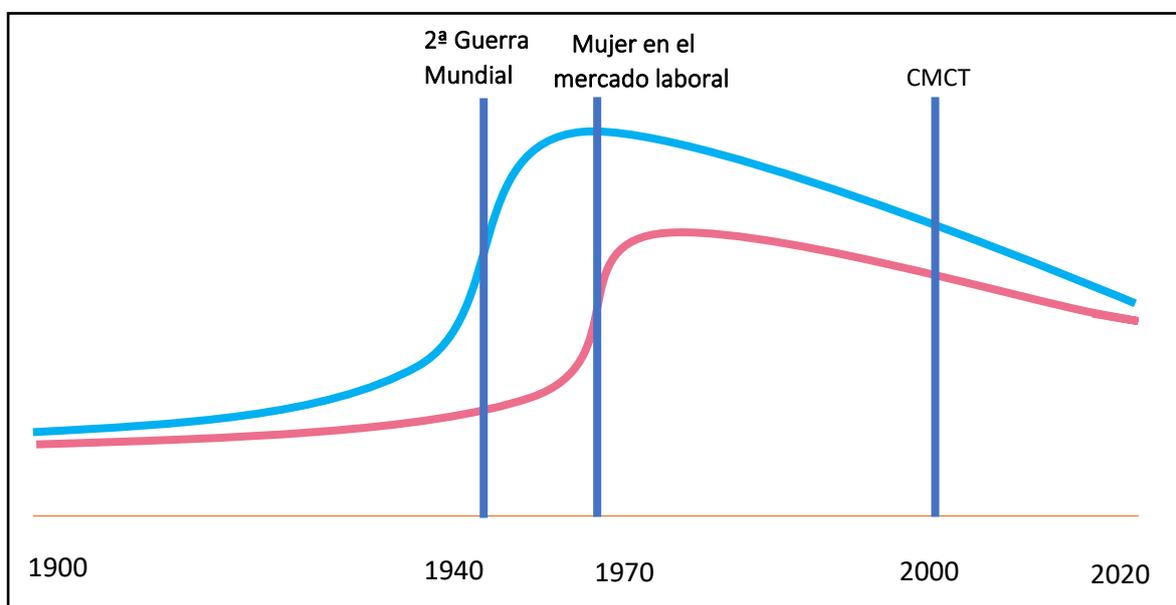
En el tercer mundo la tolerancia a la expansión del consumo del tabaco está especialmente influida por el chantaje económico de las tabacaleras a los gobiernos, como ha sido la entrega de grandes cantidades de material sanitario a los gobiernos africanos durante la pandemia COVID, traducida en exenciones fiscales, reducción de impuestos y acuerdos para lanzar productos “de bajo riesgo” en estos países.

6.2- MUJER:

El consumo de tabaco en la mujer ha reproducido lo ocurrido en el sexo masculino, de forma paralela pero varias décadas después, siguiendo el modelo establecido por la “Teoría de difusión de las innovaciones” de Rogers. El consumo de cigarrillos comenzó a primeros del siglo XX en clases altas, con predominio en el sexo masculino. Progresivamente creció su consumo en varones de clases bajas y se hizo masivo. Más adelante empezó a decrecer en el sexo masculino, al tiempo que crecía en la mujer, con el mismo patrón y finalmente, ha decrecido en ambos sexos, siempre antes en clases altas.

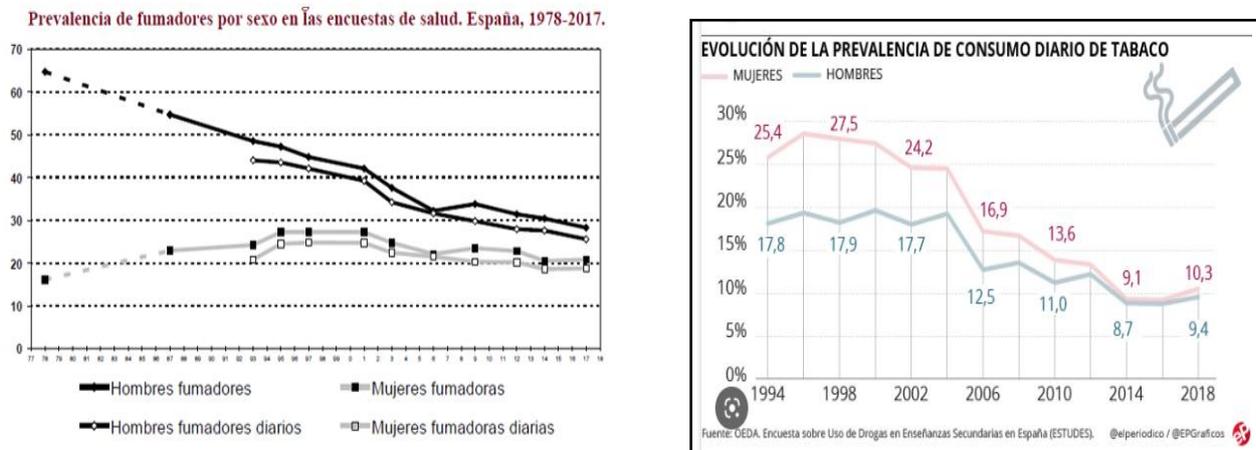


En la mujer el aumento del consumo desde 1950 se asoció a su entrada en el mercado laboral en gran parte impulsado por la participación de la mujer en industria armamentística durante la segunda guerra mundial, que era fundamentalmente femenina. Posteriormente, al finalizar la guerra, la publicidad diseñada por las grandes compañías tabaqueras se encargó de subrayar la asociación entre tabaco y feminismo, igualdad laboral y social. De otro lado y con la colaboración del cine, la televisión, etc. la publicidad creó el prototipo de autonomía, atractivo, éxito social y autoestima, vinculados al tabaco en la mujer.

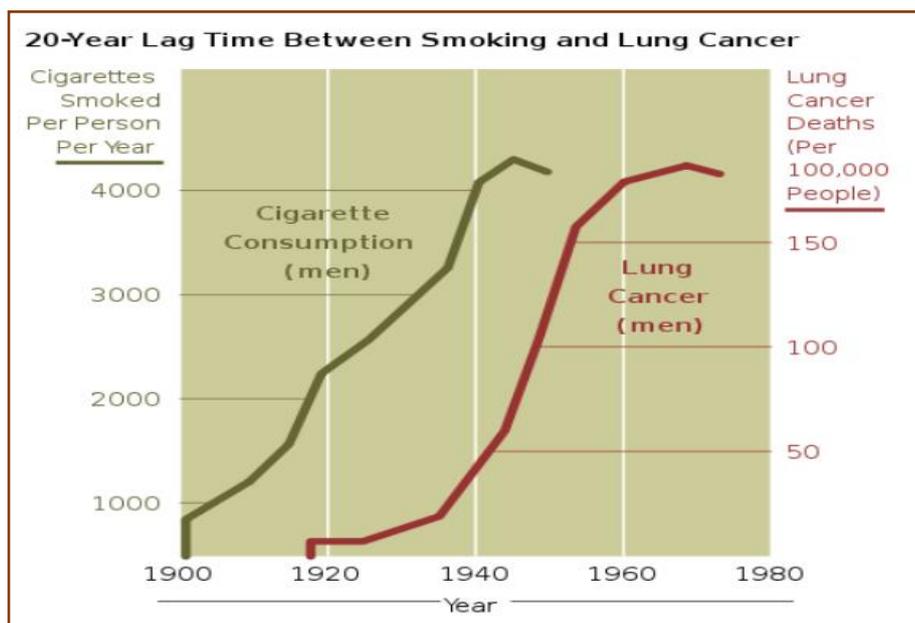


Los factores más ligados a la reducción del consumo en el sexo masculino han sido clásicamente, la subida del precio del tabaco y las medidas legislativas restrictivas. En la mujer, sin embargo, desde los años 70 del siglo XX, la reducción del consumo ha tenido que ver con la percepción de daño y cuestiones de estética y mantenimiento del peso.

Según ese patrón, en las últimas décadas se asiste a un descenso progresivo del consumo en ambos sexos, aunque menos acusado en la mujer que en el hombre debido al decalaje temporal que ha habido en su patrón de consumo.



En el sexo masculino, desde hace décadas, existe constancia de la estrecha asociación entre el consumo de cigarrillos y la aparición de casos de cáncer de pulmón, con una demora media de unos 20-30 años desde el inicio del consumo.



En la mujer, los casos de cáncer de pulmón ya están aumentando de forma exponencial en los últimos años, con un crecimiento que lleva un ritmo del 4-5% anual. Se estima que este tumor podría ser la primera causa de muerte por cáncer en mujeres españolas en 2025.

6.3- NIÑOS Y ADOLESCENTES:

La industria tabacalera pierde cada año millones de clientes (mueren o dejan de fumar) y **su prioridad absoluta es obtener un constante reemplazo de fumadores jóvenes, a ser posible niños y adolescentes, con una expectativa de negocio de décadas de consumo.** Todos los estudios revelan que más del 90% de los fumadores empiezan a fumar antes de los 18 años, lo que sitúa el tabaquismo en niños y adolescentes como un problema de salud pública de primer orden.

Las tabacaleras se dirigen a los jóvenes para reemplazar los ocho millones de personas que sus productos matan al año

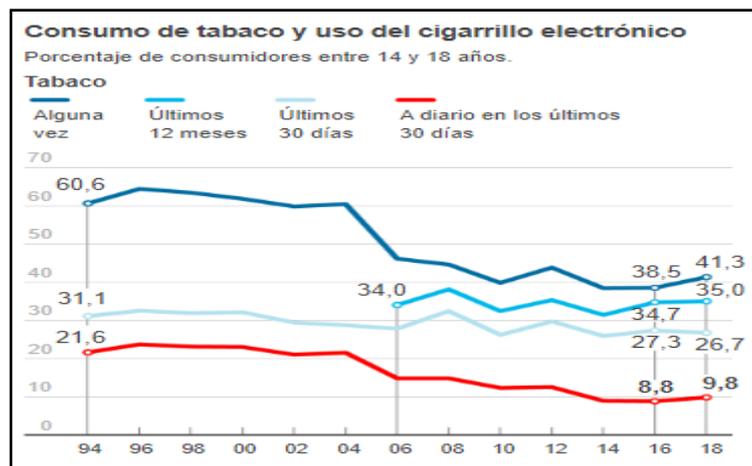


La industria tabacalera estudia concienzudamente la psicología de los menores. El resultado es que la publicidad del tabaco conduce a un aumento real del consumo. Los estudios realizados aportan datos concluyentes respecto a su impacto en la juventud:

- La publicidad incita más a los adolescentes a fumar que la presión de los compañeros
- Los adolescentes son tres veces más sensibles que los adultos a la publicidad de los cigarrillos
- Los niños y adolescentes fumadores prefieren las marcas más anunciadas
- Las enormes sumas invertidas en publicidad consiguen que los jóvenes queden expuestos a estos mensajes en una escala masiva y los esfuerzos por revertir esa influencia son a menudo infructuosos.

A pesar de esto, como en todos los grupos de edad, el porcentaje de fumadores habituales en el mundo entre los 14 a 18 años, cayó drásticamente entre 2004 y 2014, desde un 21.5% a un 8.8%.

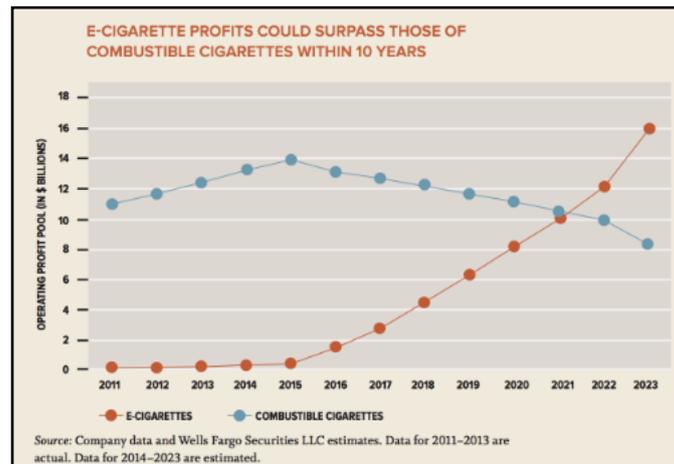
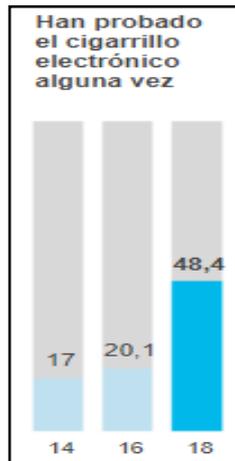
La encuesta EDADES, elaborada bianualmente por el Ministerio de Sanidad y el Plan Nacional sobre drogas para evaluar las tendencias en el consumo de drogas en España, indica, que en nuestro país esa tendencia a la baja se ha estancado desde 2014 y se está produciendo un repunte del consumo de tabaco en sus distintas formas desde entonces.



Esta encuesta indica que en España se comienza a probar el cigarrillo a los 14.1 años y a los 18 años se alcanza una prevalencia cercana al 30%, similar en edad adulta. Por otra parte, indica que el 90% de los adolescentes no encontró ninguna dificultad en conseguir tabaco

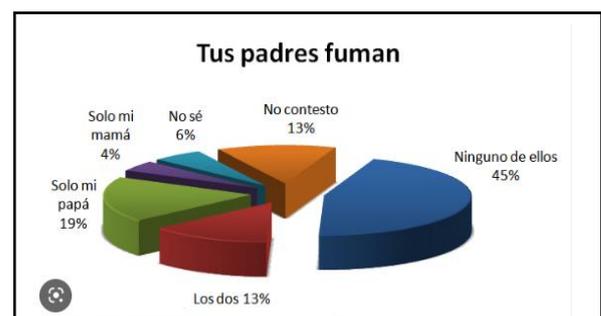
Además, en la última década, y en consonancia con lo que ocurre en todo el planeta, se observa en nuestro país un aumento exponencial del vapeo, lo que ha convertido al cigarrillo electrónico en una de las principales puertas de entrada al tabaquismo en los adolescentes de nuestro país.

Prácticamente la mitad de los estudiantes españoles de 14 a 18 años ha utilizado en alguna ocasión cigarrillos electrónicos según el registro ESTUDES 2018-2019 del Plan Nacional sobre drogas.



Los factores implicados en el inicio del consumo de tabaco en adolescentes son:

- a) **Factores ambientales:** El 48% declaró que fumaba su entorno (en especial la familia) y el 39.2% declaró que los amigos. Destaca que casi el 30% de los padres conocían que su hijo fumaba



- b) **Publicidad subliminal o indirecta en Internet:** La regulación de la publicidad “tradicional” (televisión, revistas, vallas publicitarias...) no ha impedido que las tabaquerías alcancen al público más joven. A pesar de las restricciones que prohíben la publicidad directa, la publicidad subliminal o indirecta es una de las grandes bazas de las tabaquerías.

En el mundo de las nuevas tecnologías el acceso a estas formas de publicidad puede llegar desde muy diferentes vías: videojuegos, redes sociales, *influencers*, *blogs*, vídeos de YouTube con “*reviews*” de diferentes marcas de cigarrillos o dispositivos electrónicos, series y películas, etc. Son múltiples las plataformas desde las que se ejerce una influencia y se modifica la percepción de lo que representa el tabaco, especialmente entre los adolescentes: liderazgo, estilo, atractivo, pertenencia al grupo, rebeldía...



Más allá de la publicidad tradicional (anuncios en TV, radio o prensa), las nuevas tecnologías están generando un nuevo espacio donde las empresas del tabaco pueden promocionar sus productos sin apenas restricciones. Internet es el espacio perfecto para esta industria.

Las nuevas estrategias del tabaco aprovechan que vivimos en una era digital con leyes analógicas para poder publicitarse, vender y crear nuevos dispositivos fuera de la regulación actual. Este nuevo modelo de publicidad se denomina *Paramarketing*, es decir, una mezcla de diferentes canales de comunicación aprovechando todos los recursos disponibles que Internet ofrece, desde donde pueden mostrar su producto sin restricciones o de manera subliminal. Al paramarketing las tabacaleras suman el efecto de la estrategia del “riesgo reducido” y del “mal menor”, que transmite la idea de que ahora fumar “es menos nocivo” y aporta una falsa sensación de seguridad.

La irrupción en el mercado de los nuevos productos del tabaco, con grandes campañas e inversiones en marketing, ha supuesto que las ventas de estos dispositivos (productos de tabaco calentado y vapors) crezcan año tras año, en especial, entre los consumidores más jóvenes.

- c) **Bajo precio:** Los estudios de mercado han demostrado que una de las medidas más eficaces para reducir el consumo es la subida de los precios. En la comunidad científica, está comúnmente aceptado que, en los países desarrollados, el aumento de un 10 % del precio del tabaco supone un descenso del 4% en la demanda del producto. Esto quiere decir que si en un país cada fumador consume 100 cajetillas de cigarrillos al año y el precio medio es de 5 euros, el aumento de 50 céntimos de euro provocará que cada fumador consuma 4 cajetillas menos al año.



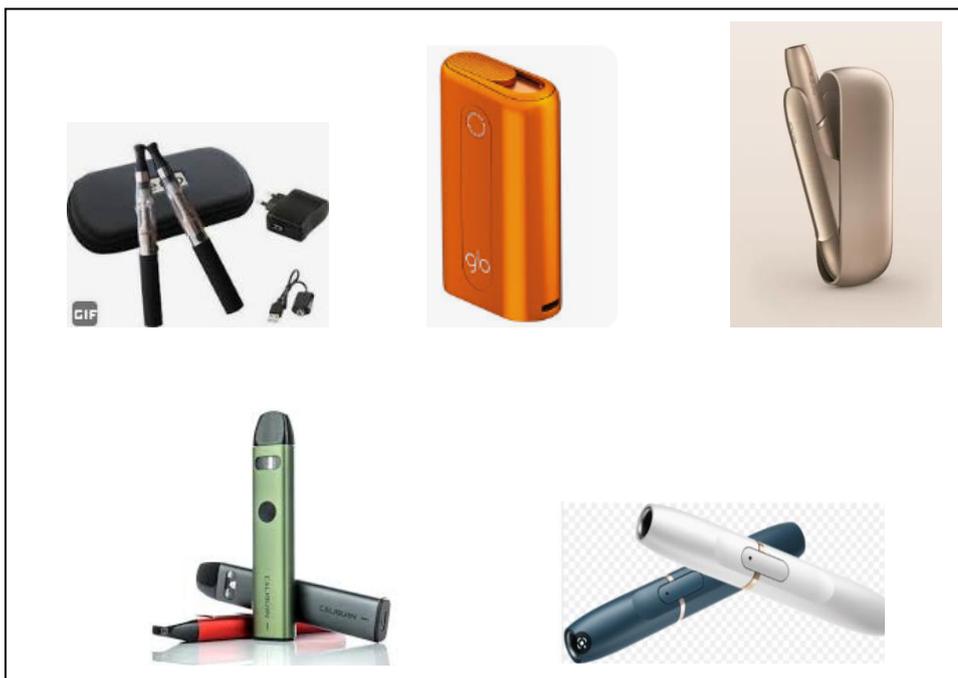
Evolución de las ventas de cigarrillos y de su precio. . Fuente: elaboración propia con datos del Comisionado para el Mercado de Tabacos y del INE

En este sentido puede comprobarse cómo, a escala mundial, los países con precios más elevados tienen menores prevalencias de consumo y de manera análoga ocurre lo contrario en países con precios más reducidos, entre ellos+ los países del este de Europa.

Países europeos con el tabaco más caro	Países con mayor porcentaje de fumadores
1 Irlanda: 12,81 €/paquete	1 Bulgaria: 28,7%
2 Francia: 9,70 €/paquete	2 Grecia: 23,6%
3 Finlandia: 8,60 €/paquete	3 Letonia: 22,1%
4 Países Bajos: 7,16 €/paquete	4 Alemania: 21,9%
5 Dinamarca: 6,92 €/paquete	5 Croacia: 21,8%
6 Bélgica: 6,40 €/paquete	6 Chipre: 21,2%
7 Alemania: 6,18 €/paquete	7 Eslovaquia: 20,4%
8 Suecia: 5,91 €/paquete	8 Austria: 20,2%
9 Malta: 5,39 €/paquete	9 España: 19,7%
10 Italia: 5,16 €/paquete	10 Malta: 19,4%
11 Austria: 5,15 €/paquete	11 Rep. Checa: 19,3%
12 Luxemburgo: 4,73 €/paquete	12 Hungría: 19,3%
13 Portugal: 4,64 €/paquete	13 Estonia: 18,9%
14 España: 4,53 €/paquete	14 Rumanía: 18,7%
15 Chipre: 4,36 €/paquete	15 Lituania: 18,4%
16 Estonia: 4,27 €/paquete	16 Polonia: 18,4%
17 Grecia: 4,19 €/paquete	17 Francia: 17,8%
18 Rumanía: 3,97 €/paquete	18 Eslovenia: 16,6%
19 Hungría: 3,93 €/paquete	19 Italia: 16,5%
20 Eslovenia: 3,81 €/paquete	20 Bélgica: 14,6%
21 República Checa: 3,80 €/paquete	21 Irlanda: 13,8%
22 Lituania: 3,76 €/paquete	22 Dinamarca: 11,7%
23 Croacia: 3,71 €/paquete	23 Portugal: 11,5%
24 Letonia: 3,67 €/paquete	24 Luxemburgo: 10,5%
25 Eslovaquia: 3,46 €/paquete	25 Noruega: 10,2%
26 Polonia: 3,32 €/paquete	26 Islandia: 7,5%
27 Bulgaria: 2,77 €/paquete	27 Suecia: 6,4%



d) Nuevas y atractivas formas de consumo: El diseño rabiosamente innovador de los nuevos dispositivos de tabaco electrónico y calentado representan un potente reclamo para los fumadores en especial los más jóvenes



6- LA LUCHA CONTRA EL TABACO

6.1- LA RESPUESTA DE LA CIENCIA

La “normalización” del consumo del tabaco a través del discurso del “mal menor” ha sido uno de los recursos empleados por las grandes tabaqueras desde hace más de un siglo para propagar su consumo.

Afirmaciones habituales de los fumadores son, sin embargo, fácilmente refutables, a la luz de los conocimientos científicos sobre la adicción tabáquica:

1. **Fumo porque “quiero”**: El consumo suele iniciarse a los 12-14 años, en niños aún inmaduros que se convierten en adictos a los 16-18 años.
2. **Fumo porque “me gusta”**: Fumo porque soy adicto; Tengo que fumar para controlar los síntomas derivados del síndrome de abstinencia
3. **Fumo porque “tengo los mismos derechos que el hombre”**: La mujer ha reproducido la misma curva de incorporación al tabaco que el hombre dibujó en el siglo XX y ya ha comenzado a sufrir de la misma manera sus consecuencias: un incremento exponencial de los casos de cáncer de pulmón y de otras patologías relacionadas con el tabaco en las últimas décadas.
4. **“Fumar me hace más atractiva”**: La publicidad y el cine han incorporado al inconsciente colectivo el tabaco como “metáfora erótica” en la mujer. En realidad, otro estudiado instrumento de dominación de las tabacaleras.
5. **“Fumar es una opción libre de adultos informados”**: La adicción al tabaco anula por completo la libertad y la capacidad de decisión del fumador que es adicto y dependiente del tabaco. No es una opción, es una necesidad.
6. **“Prohibir el tabaco es contraproducente”**: Se ha comprobado que las medidas coercitivas junto con la subida del precio del tabaco son las medidas más eficaces para reducir el consumo.
7. **“El fumador está perseguido por la sociedad”**: El tabaquismo pasivo es nocivo. Más de un millón de fumadores pasivos mueren al año en el mundo por el humo del tabaco. El 40% de los fumadores en España no respeta los espacios libres de humo y las multas previstas en estos casos rara vez se aplican. Es injusto que los no fumadores deban exponerse a los riesgos de los fumadores.

Acorraladas por las medidas restrictivas impuestas, las tabacaleras han desarrollado, desde los años 50 del siglo XX, diferentes estrategias de mercado (las llamadas estrategias de “reducción de daños”), destinadas a mantener el consumo en sus diversas formas.

Históricamente estas estrategias han ido evolucionando:

- Reducir el alquitrán y la nicotina (filtros y Light): esta estrategia ha conducido a que el fumador realice caladas más profundas que alcanzan la vía aérea más distal. Esto no ha reducido el número de cánceres, sino que ha determinado que afecten a áreas más periféricas del pulmón y que cambie su tipo anatomopatológico en las últimas décadas, de epidermoide a adenocarcinoma.
- Apoyar una limitación en el número y tamaño de los cigarrillos (cajetillas con menos unidades, venta de cigarrillos sueltos, comercialización de “cigarrillos” de menor calibre...). Igual que en el caso anterior, el fumador llevará a cabo más caladas y profundas, con el fin de compensar los niveles de nicotina en sangre que sigue necesitando.
- Ofertar nuevas formas de administración de tabaco, como el tabaco oral (*snus*, tabaco de mascar...): Se sabe que reduce el riesgo de enfermedad pulmonar, pero incrementa el riesgo de carcinomas orales y el riesgo obstétrico y cardiovascular
- Investigar y comercializar a gran escala cigarrillos electrónicos y PTC (productos de tabaco calentado): Es conocido que cuentan con componentes similares al cigarrillo convencional que han demostrado ya toxicidad a corto plazo y que empiezan a mostrar ya evidencias de toxicidad a largo plazo.

Las estrategias de “reducción de daños” promovidas por las tabacaleras han calado tan profundamente en la sociedad que han llegado a filtrarse incluso en prestigiosas instituciones científicas. Bajo el impacto de la enorme presión mediática y comercial de las tabacaleras, las prestigiosas guías NICE, publicadas anualmente por el *National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido*, han propugnado en sus recomendaciones sobre tratamiento del tabaquismo del año 2021, la autorización del uso de e-cigarrillos para ser prescritos a fumadores en el Reino Unido bajo el argumento de la “reducción de daños”.

The image shows a screenshot of the NICE guideline page for 'Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence'. The page title is 'Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence'. Below the title, it says 'NICE guideline [NG209] Published: 30 November 2021 Last updated: 16 January 2023'. There are navigation tabs for 'Guidance', 'Tools and resources', 'Information for the public', 'Evidence', and 'History'. The 'Guidance' tab is selected. On the left, there is a sidebar with 'Overview' and a list of recommendations: 'Recommendations on preventing uptake', 'Recommendations on promoting quitting', 'Recommendations on treating tobacco dependence', 'Recommendations on treating tobacco dependence in pregnant women', 'Recommendations on policy, commissioning and training', and 'Terms used in this guideline'. The main content area is titled 'Guidance' and includes a 'Download guidance (PDF)' link. It states '4 Quality standards' and provides a summary: 'This guideline covers support to stop smoking for everyone aged 12 and over, and help to reduce people's harm from smoking if they are not ready to [stop in one go](#). It also covers ways to prevent children, young people and young adults aged 24 and under from taking up smoking. The guideline brings together and updates all NICE's previous guidelines on using tobacco, including [smokeless tobacco](#). It covers [nicotine replacement therapy](#) and [e-cigarettes](#) to help people stop smoking or reduce their harm from smoking. It does not cover using tobacco products such as 'heat not burn' tobacco.' There is a 'Next' button on the right.

Como respuesta a estas guías, en junio del 2022, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) publicó el Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ante las estrategias de reducción de daño y lo hizo en la revista *Open Respiratory Archives*, con motivo del Día Mundial sin Tabaco, que se celebra cada 31 de mayo. En este documento la SEPAR advierte que los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco para calentar son adictivos, no son seguros y no sirven como método de reducción del daño. **“La reducción del daño es una falsa solución, al representar una estrategia comercial de la industria tabaquera para incrementar sus ventas dificultando el control del tabaquismo**, ya que retiene a los fumadores en el consumo de tabaco e impide que estos hagan intentos serios de abandono”.

El documento de la SEPAR representa el primer manuscrito de una gran sociedad científica (toda la comunidad iberoamericana de Neumología) ante la posición de las guías NICE. Las dos grandes conclusiones del documento son las siguientes:

- 1) la primera es que **“las estrategias de reducción del daño son métodos ineficaces para el control del tabaquismo**, mantienen a los fumadores en el consumo del tabaco y representan una oportunidad para la industria tabaquera en la venta de sus nuevos productos, como el tabaco calentado y el cigarrillo electrónico”.
- 2) la segunda es que **“el tabaco calentado y los cigarrillos electrónicos, pese a contener menos tóxicos que el tabaco convencional, no implica que hagan un menor daño**, por lo es **necesaria una regulación idéntica** a la que se aplica a aquél”.

Las razones que esgrime SEPAR, siempre basadas en la evidencia científica, son las siguientes:

- **“No existe un umbral de seguridad”**. **La presencia de una menor concentración de tóxicos en estos productos frente al tabaco convencional no implica un menor daño**”. Señala que, desde el ámbito médico, los profesionales deben aplicar el principio hipocrático, que “no es generar menor daño, sino no hacer daño”. Al respecto, el documento de posicionamiento de la *European Respiratory Society* expresa con claridad que “los pulmones fueron hechos para respirar aire puro y no aire contaminado de carcinógenos y toxinas”, explica, a su vez, el texto de posicionamiento de SEPAR.

- **La estrategia de algunas instituciones sanitarias de usarlos como método de reducción de daños no ha demostrado reducir la prevalencia de tabaquismo.** “El acceso a estos productos favorece el inicio en el consumo de tabaco para los no fumadores y dificulta el abandono de tabaco de los fumadores”, dice el documento.
- **“La reducción del daño representa una estrategia comercial de las tabaqueras, buscando incrementar las ventas de estos productos”.**
- Esta estrategia no es novedosa: ante la mayor conciencia sobre los perjuicios del tabaco por parte de la población de países desarrollados, la industria ya intentó vender otros productos alternativos al tabaco convencional, como el tabaco *light* o el tabaco con filtro, apreciándose las terribles consecuencias en los consumidores muchos años después. **“Esta forma de marketing de las tabaqueras incumple el artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS, que prohíbe a estas interferir en las políticas de control del tabaquismo”**, destaca el documento de posicionamiento.
- Hay suficiente evidencia científica de que **“se puede dejar de fumar con los tratamientos para el tabaquismo disponibles en la actualidad”**, mientras que **“no existen evidencias científicas probadas que demuestren que los cigarrillos electrónicos son eficaces para dejar de fumar”**.
- **“Las intervenciones terapéuticas basadas en el asesoramiento psicológico y el tratamiento farmacológico son las más eficaces para ayudar a los fumadores a dejar de serlo”** y **“triplican y, en ocasiones, cuatuplican las posibilidades de tener éxito en un intento de abandono en comparación con cuando no se utilizan”**. En cambio, hasta un 60-70% de los fumadores que utilizan cigarrillos electrónicos para dejar de fumar terminan convirtiéndose en fumadores duales.
- **Las estrategias de reducción de daño no han demostrado disminuir los efectos nocivos sobre la salud**, como disminuir los componentes nocivos del tabaco como la nicotina o el alquitrán (cigarrillo *light*) por parte de la industria tabaquera, disminuir el número de cigarrillos por parte de los fumadores, pasarse al tabaco de liar o sin humos (de mascar o *snus*), a los puros o a la pipa, y en la última década la nueva moda de los cigarrillos electrónicos o tabaco calentado. Sobre estos **e-cigarrillos y productos de tabaco calentado, “la evidencia científica acumulada en los últimos años concluye que estos nuevos dispositivos pueden ser dañinos para la salud”**

AGENDA País

NOTICIAS | AGENDA DESTACADOS

Salud

Reducir el daño a los fumadores, el controvertido plan ante el tabaquismo



El tabaco mata a más de 7 millones de personas en el mundo. La teoría de reducción del daño se centra en que la nicotina, si bien es adictiva, no es la causa principal de las enfermedades relacionadas con fumar y que la verdadera responsable es la combustión y aspirar el humo.



7- PRINCIPIOS DE LA LEGISLACION CONTRA EL TABACO

El convenio marco contra el tabaquismo de la OMS, al que está adscrita más del 90% de la población mundial y casi 200 países, fue promovido desde la OMS en los primeros años del siglo XXI, con el fin de impulsar a nivel GLOBAL una serie de MEDIDAS ESENCIALES de lucha contra el tabaco. Estas medidas han de ser respaldadas por los distintos gobiernos e ir acompañadas de iniciativas legislativas y restricciones que permitan alcanzar distintos objetivos:

1. Definir entornos libres de humo que protejan a los no fumadores del efecto tóxico del tabaco
2. Acompañar los productos del tabaco con advertencias gráficas impactantes
3. Erradicar por completo la publicidad (sea directa o indirecta)
4. Aumentar el precio de todos los productos del tabaco y sus impuestos
5. Facilitar el apoyo profesional y los tratamientos necesarios para el abandono

Periódicamente la OMS actualiza la información disponible de la epidemia tabáquica a nivel global con informes que evalúan el cumplimiento de estas medidas en los distintos países y promueve el cumplimiento de los objetivos pendientes.

En España, de acuerdo con las indicaciones establecidas por la OMS, han ido implantándose diferentes restricciones en el consumo de productos del tabaco:

En 2010 el BOE publica la Ley 42/2010 (que modifica la del 2005), para la regulación de la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco.



Esta ley prohibió el consumo de tabaco en lugares públicos cerrados (hostelería, salas de juego, hoteles, centro culturales y deportivos...) y ordenó una fuerte subida de los precios e impuestos del tabaco.

En 2023 el Ministerio de Sanidad va a promover una nueva reforma de la Ley del 2010 y sus borradores apuntan que traerá novedades importantes:

1. Una fuerte subida del precio del tabaco para equipararse con la mayoría de los países de Europa que en su mayoría doblan los precios de venta al público en España
2. La prohibición del tabaco en lugares públicos al aire libre: terrazas bares y restaurantes, grandes aglomeraciones (deporte, conciertos..), playas, plazas de toros etc
3. La prohibición del tabaco en el interior de los coches particulares si viajan menores o embarazadas

Queda pendiente de ver cuál será la posición de la nueva ley frente a objetivos todavía más ambiciosos, implantados ya en otros países de Europa en consonancia con normativa europea frente al tabaco del 2016:

1. Impedir que se muestren marcas en los envases del tabaco (cajetillas con “marca blanca”)
2. Regular la venta de los nuevos productos del tabaco y equiparar su carga fiscal al tabaco convencional
3. Potenciar la creación de unidades de deshabituación tabáquica y financiar los tratamientos farmacológicos empleados con este fin.

8- BASES CIENTIFICAS DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD TABÁQUICA

En contra de la creencia popular, fumar NO es un vicio, un hábito o una mala costumbre. El tabaquismo es una enfermedad crónica que se inicia sobre los 20 años y puede persistir durante toda la vida y que está catalogada en la clasificación CIE-9 dentro de los trastornos adictivos.

A pesar del intento de la industria tabaquera de normalizar el tabaquismo, FUMAR ES UNA ENFERMEDAD y desde luego FUMAR NO ES NORMAL. Hay que recordar que la población mundial no fumaba hasta inicios del siglo XX y hoy en día, la gran mayoría de la población mundial NO FUMA.

1. Códigos diagnósticos (clasificación CIE-9-MC)

Cuando los profesionales sanitarios aplican un tratamiento en pacientes dependientes del tabaco, se pueden utilizar los siguientes códigos diagnósticos. Se pueden encontrar en diferentes secciones de la clasificación CIE-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification*):

Trastornos mentales (290–319)

305.1 Trastorno por consumo de tabaco (dependencia del tabaco). Se aplica a casos en los que se consume tabaco a pesar de que supone un detrimento de la salud o del funcionamiento social, y a casos en los que existe dependencia del tabaco. Dado que el tabaco difiere de otras drogas por sus efectos psicótrópos, la dependencia del tabaco se incluye aquí y no como drogodependencia. Se excluye: Antecedente de consumo de tabaco (V15.82).

El mejor tratamiento del tabaquismo es la prevención pues se trata de una enfermedad adictiva cuyo abandono puede resultar difícil.

Más del 70% de los fumadores desea dejar de fumar pero la gran mayoría de ellos no encuentra los recursos sanitarios disponibles.

El abordaje de la enfermedad tabáquica desde el sistema sanitario debe hacerse a dos niveles:

1- Manejo transversal: Consejo médico/Intervención mínima.

Es imprescindible que desde TODAS las instancias relacionadas con la salud (enfermeras, médicos de atención primaria y de todas las especialidades, hospitales y centros de salud, centros de vacunación, quirófanos, servicios de urgencias, etc) SE INTERROGUE al paciente, cualquiera que sea el motivo de su consulta, SOBRE EL CONSUMO DE TABACO y se transmita al paciente fumador un MENSAJE OPORTUNISTA, CLARO E INEQUIVOCO sobre los beneficios del abandono del tabaco.

Ese mensaje se ha denominado “consejo médico” o “intervención mínima” antitabaco. Ha de ser de duración breve (apenas 2 ó 3 minutos), sencillo, empático y personalizado, aprovechando el motivo específico de consulta del paciente para recordarle los beneficios que el abandono del tabaco le reportará en el tratamiento del problema por el que acude.

Si se realiza de forma sistemática y oportunista se ha comprobado que el consejo médico antitabaco es muy COSTOEFECTIVO y obtiene por sí sólo una tasa de deshabituaciones al año de hasta un 5%. Su rendimiento es todavía mayor si se acompaña de folletos con información escrita sobre el abandono.

2- Manejo terapéutico integral especializado: Unidades de deshabituación tabáquica (UDT).

Las unidades especializadas para el tratamiento del tabaquismo permiten una aproximación integral a la enfermedad tabáquica integrada por tres grandes pilares:

- Una valoración médica (y neumológica) inicial exhaustiva y posteriormente, un seguimiento en consulta del proceso de deshabituación a lo largo de un periodo de 1 año
- El empleo de técnicas de apoyo psicológico (técnicas de refuerzo, desacondicionamiento, afrontamiento frente a situaciones de riesgo, etc)
- El tratamiento farmacológico adaptado a la severidad del tabaquismo y a las características del paciente.

9- LA UNIDAD DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER.

La Sección de Neumología del Hospital Morales Meseguer cuenta desde 2001 con una UDT, acreditada como tal por la Sociedad Española de Aparato Respiratorio en el año 2016.

Esta unidad se puso en marcha de la mano de dos de las neumólogas de la sección de Neumología tras un periodo de formación teórico-práctica en tabaquismo de dos años y de la obtención del título de Expertas en Deshabituación Tabáquica.

La implantación de los protocolos de trabajo, la organización de la unidad y la formación de enfermería especializada se desarrolló durante los primeros años por ambas neumólogas. En los 10 últimos años, por falta de recursos, la unidad viene siendo atendida por una de las neumólogas expertas en tabaquismo y una enfermera especializada.

En la actualidad la unidad atiende las interconsultas derivadas de los pacientes del propio hospital, en especial de Neumología, y aunque se intentó, no ha podido absorber toda la demanda de Atención Primaria generada por el área VI de salud que depende de nuestro hospital.

9.1- PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE FUMADOR

El protocolo de atención al paciente fumador remitido a la unidad consta de:

1- Valoración inicial

- Valoración de la fase del abandono y de la severidad del tabaquismo
- Evaluación clínica inicial con historia clínica completa, exploración física, espirometría, determinación de niveles de cooximetría
- Evaluación tabáquica específica:
 - Intentos previos y recaídas
 - Dependencia física (Test de Fagestrom), y psíquica (Test de Glover-Nilson)
 - Motivación (Test de Richmond)
 - Ansiedad
- Establecer DIA D: Día para el abandono completo del tabaco
- Apoyo psicológico: Dar información sobre técnicas de refuerzo, desacondicionamiento, afrontamiento frente a situaciones de riesgo, etc. Junto a refuerzo de las motivaciones.
- Tratamiento farmacológico: Terapia sustitutiva nicotínica combinada y citisina

2- Valoración inmediata tras Día D

Se valora si se alcanzó la abstinencia completa mediante la cooximetría en aire exhalado y se evalúa el grado de craving -necesidad de fumar- mediante un test de abstinencia. También se evalúa los efectos de la deprivación nicotínica y del tratamiento. Se insiste en las técnicas de apoyo psicológico y en reforzar la motivación.

3- Visitas de seguimiento durante un año.

Revisiones periódicas, inicialmente semanales y paulatinamente más distanciadas hasta completar el seguimiento.

En cada revisión se analiza la evolución de la abstinencia y se refuerzan los motivos para el abandono. Se revisa de forma sistemática:

- Abstinencia: se mide el CO exhalado mediante cooximetría, que ofrece una medida del consumo reciente de tabaco
- Se interroga sobre la existencia de recaídas
- Se valoran y tratan los síntomas por síndrome de abstinencia (ansiedad, insomnio, estreñimiento...)
- Se refuerzan las motivaciones
- Se refuerzan técnicas conductuales
- Se revisa cumplimiento de hábitos saludables
- Se pregunta por efectos secundarios del tratamiento

9.2- RESULTADOS DE LA UNIDAD

Desde el inicio de su andadura en el año 2001 han sido evaluados y tratados en la UDT de la sección de Neumología de nuestro hospital, 1985 pacientes.

La abstinencia al mes del abandono alcanzó cifras del 85% y al año de seguimiento de un 32.5%, lo que sitúa a nuestra unidad en la media de deshabituación al año de seguimiento respecto a otras unidades especializadas.

Durante su trayectoria, la UDT del hospital Morales Meseguer ha implementado circuitos de intervención en grupos de pacientes con patologías específicas:

- Pacientes hospitalizados en cardiología por eventos isquémicos agudos y tabaquismo activo
- Pacientes hospitalizados con EPOC agudizado y tabaquismo activo

En todos los casos las tasas de abandono han sido elevadas y en el seguimiento a 1 año se han mantenido en niveles superiores al 50%

En la actualidad se está desarrollando un protocolo de intervención en pacientes pendientes de cirugía digestiva programada y tabaquismo activo, con la finalidad de reducir las complicaciones postoperatorias atribuibles al tabaco en este grupo de pacientes.

Además de estas intervenciones en el ámbito hospitalario, la unidad ha organizado charlas y cursos informativos en los centros de atención primaria de nuestra área, en el Colegio de Médicos y también dirigidas a grupos de pacientes. Asimismo, ha publicado sus resultados en congresos médicos nacionales e internacionales.