

No al tabaco. ¡Se puede lograr!

A pesar que desde 1938 el demógrafo norteamericano Raymond Pearl ya había documentado la relación entre consumo de tabaco y acortamiento de vida, es solo a partir de 1950 cuando las

autoridades sanitarias, con base en los trabajos de Wynder, Graham, Doll y Hill, inician la lucha anti tabáquica, la cual se va afianzando en la medida que las diversas investigaciones van siendo incon-

trovertibles respecto a la asociación del hábito del tabaco con el cáncer de pulmón, la coronariopatía, el riesgo de accidente cerebrovascular, la vasculopatía periférica, los efectos sobre el feto, el riesgo del fumador pasivo y el cáncer oral entre otros.

Organismos como la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS se encargan de reforzar a partir de 1960, una legislación antitabáquica que hasta ese momento solo había mostrado preocupación por prohibir la venta a menores y por prevenir incendios en lugares públicos; los decenios de 1960 y 1970 asisten así al nacimiento de una legislación encaminada en últimas, a modificar las prácticas de quienes hasta ese momento venían trabajando en la fabricación, publicidad o venta de cigarrillos y a modificar el comportamiento de los fumadores.

La traducción en la práctica de esta nueva legislación fue la creación de mayores impuestos al tabaco, el aumento de su precio y la restricción estatal de la propaganda, medidas que de inmediato mostraron su efectividad en la reducción del consumo, sobre todo entre los jóvenes, siendo mayor el impacto en aquellos países que adoptaron una prohibición total respecto a la publicidad, como lo demostró el estudio Toxic Substances Board, de Nueva Zelanda, 1989. Otros aciertos de la legislación incluyeron advertencias obligatorias sobre la salud en los paquetes de cigarrillos, las cuales han venido evolucionando desde la tradicional y ya casi inoperante "Fumar es nocivo para la salud", hasta las más explicativas, firmes y eficaces como las vigentes en Suecia en 1992, cuyas cajetillas rezaban: "El humo del tabaco contiene muchas sustancias cancerígenas y el humo que inhalan los fumadores pasivos, es decir, quienes están cerca del fumador, contiene el nivel más alto de sustancias cancerígenas"¹.

Las disposiciones que prohíben la venta y consumo en edificios oficiales, escuelas, universidades, asilos, establecimientos cerrados dedicados al esparcimiento, estudios de radio y televisión, medios de transporte masivo y por supuesto, en hospitales, hicieron también parte de esa legislación.

Las multinacionales del tabaco no tardaron ingeniosamente en replicar todas estas normas que claramente afectaban sus intereses, y lo hicieron, en ocasiones, con tendenciosas campañas de subvención al deporte y al arte, en otras, con argucias

de mercadeo, publicitando marcas de ropa con el nombre de sus productos, ya fuera aprovechando la laxitud del aparato legislativo de algunos países o interpretando muy recursivamente las normas ya existentes al respecto, sobre todo en aquellas naciones donde solo existe una legislación parcial contra la propaganda; hasta aquí, y siendo muy generosos, el problema podría plantearse solo en términos de libertad individual y de libre comercio, pero las multinacionales, en un problema que ya raya con la ética, han ido más allá: empujadas por las medidas antitabáquicas de los países desarrollados, han dirigido sus campañas publicitarias, en busca de jugosos beneficios, hacia los países del tercer mundo²; países que no han resuelto aún sus necesidades básicas de salud, de nutrición y aún de complejas violencias políticas, y ya se ven bombardeados por una propaganda, que les muestra a sus ciudadanos un mundo irreal y que además, conociendo y utilizando el poder adictivo de la nicotina³, les crea falsas necesidades y los condena, en el mejor de los casos a "vivir" sus últimos años atados a una bala de oxígeno que muy probablemente el debilitado sistema de seguridad social no va a poder proporcionarles; todo ello con el agravante de enviar a estos países los productos con el más alto contenido de alquitrán: en 1980 el contenido de alquitrán de los cigarrillos vendidos en Filipinas era dos veces mayor que el de las mismas marcas vendidos en Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos de América⁴; lo anterior, sin ahondar en los daños ecológicos aparejados con la producción y consumo del tabaco⁵, ni en la amenaza de sanciones comerciales que en algunos casos han recibido países que han querido propiciar la exclusión de cigarrillos extranjeros⁶.

De continuar así las cosas, se calcula que para el año 2025, siete de las 10 millones de muertes anuales en el mundo por causa del tabaco, ocurrirán en países del tercer mundo⁷, los cuales deberemos asumir no solo la dolorosa pérdida de vidas humanas, en su mayoría jóvenes, sino también el desvío de recursos económicos que bien podrían ser destinados a otras necesidades, pero que deberán ser invertidos en la atención de una morbimortalidad a todas luces prevenible.

¿Estamos preparados para presentarle una batalla frontal al tabaquismo? las entidades encargadas de velar por la lucha antitabáquica en Colombia y entre ellas el recién conformado comité de tabaquismo creado por la pasada junta nacional de

neumología, están dispuestos a presentar esa lucha, compartiendo, junto con todos los neumólogos del país, la responsabilidad de analizar nuestra actual legislación antitabáquica, su operatividad y cumplimiento; de propiciar espacios académicos para el tratamiento del tema en colegios y universidades; de estimular programas educativos en los medios de comunicación y de liderar programas de educación continuada dirigidos a los médicos generales y a todo el recurso humano de la salud, donde se discutan las modalidades de prevención y de tratamiento que están a la orden del día para el manejo de sus pacientes fumadores, actitud necesaria si nos atenemos a los resultados de algunos estudios⁸ que han demostrado que el médico carece, no solo de tiempo y de incentivos económicos sino también de capacitación para llevar a cabo programas impactantes a nivel de consultorio respecto a cesación de tabaquismo.

El país, con sus autoridades sanitarias y aduaneras, deben entender que el problema no radica en si el cigarrillo es o no de contrabando, ya que tanto estos como los introducidos legalmente, también son causa de morbi-mortalidad, cuyos gastos de tratamiento superan con creces los supuestos beneficios que la industria proporciona en cuanto a generación de empleos y rentas para un país⁹⁻¹⁰.

Los odontólogos, mostrando también su preocupación por el tema, nos dejan ver otra cara del problema en su presente revisión sobre cáncer oral y tabaquismo, abriendo entre otras cosas, nuevos horizontes a la investigación, la cual posiblemente nos aclare porqué en su revisión la mayor asociación entre cáncer oral y tabaco se produjo en el área rural: existirá, como lo ha registrado la literatura, alguna relación con hábitos alimenticios, higiene dental, presencia de sustancias cancerígenas regionales o predisposición genética de ciertos grupos zonales? mientras se responden estas preguntas el equipo de salud oral puede, hacer una importante contribución en el campo de las campañas antitabáquicas, advirtiéndole claramente a su paciente fumador sobre los riesgos del cáncer oral, actitud que ha arrojado resultados muy positivos según lo registran algunas publicaciones^{12,13,14}.

Entendido todo lo anterior, podemos darle nuevamente vigencia a la frase acuñada en la reunión

Europea de lucha contra el tabaco realizada en Madrid en 1987, la cual adoptaremos a lo largo del año en un intento de nuestra revista por sumarse a esta lucha: **¡SE PUEDE LOGRAR !!!**

BIBLIOGRAFÍA.

1. Roemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. Segunda edición. Ginebra. organización mundial de la Salud. 1995:1-63
2. Dagli E. ¿Are low income countries targets of the tobacco industry? *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:113-8
3. Hurt RD, Robertson CR. Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: the Minnesota Tobacco Trial. *JAMA* 1998;280:1173-81
4. Roemer R. Control de las substancias nocivas presentes en el tabaco. Roemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo; segunda edición, Ginebra; OMS; 1995:63-73
5. Roemer R. Estrategias económicas; Roemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo: segunda edición, Ginebra; OMS; 1995:79-92
6. Heise L. Unhealthy alliance. With US government help, tobacco firms push their goods overseas. *Wordk-Watch*. 1988;1:19-28
7. Mackay J, Crofton J. Tobacco and the developing world. *Br Med Bull*. 1996;52:206-21
8. Coultas DB. The physician's role in smoking cessation. Samet J, Coultas D. Smoking cessation. In: *clinics in chest medicine*. 1991;12:4
9. Lewit EM. Economics of tobacco in developing countries: telling it like it is. In: Durston B, Jamrozik K. Tobacco and health 1990. The global war. Proceedings of the seventh world conference on tobacco and health, perth, health department of western Australia, pp 785-7
10. Warner KE, Fulton GA, Nicolas P, Grimes DR. Employment implications of declining tobacco product sales for the regional economies of the United States. *Jama* 1996;275:1241-6
11. Enwonwu CO, Meeks VI. Bionutrition and oral cancer in humans. *Crit Rev oral Biol Med*. 1995;6:5-17
12. Reilly J. Tobacco use assessment is a new, vital sign in dentistry. *J Mass Dent Soc*. 1997;6:25-7
13. Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *J Am Dent Assoc*, 1999;130:219-26
14. Skjoldebrand J, Gahnberg L. Tobacco preventive measures by dental care staff. An attempt to reduce the use of tobacco among adolescents. *Swed Dent J*. 1997;21:49-54

JOSÉ G. BUSTILLO PEREIRA
Editor Rev Colomb Neurol