SALVANDO VIDAS

UNA GUÍA PARA LOS DEFENSORES DE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL TABACO

3 **CAPÍTULO 1**
INTRODUCCIÓN

8 **CAPÍTULO 2**
BASES EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

18 **CAPÍTULO 3**
LA NICOTINA, UNA MOLÉCULA DESCONOCIDA

25 **CAPÍTULO 4**
PRODUCTOS UTILIZADOS EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PROVOCADOS POR EL TABACO

37 **CAPÍTULO 5**
ENTENDIENDO A LOS CONSUMIDORES DE NICOTINA

48 **CAPÍTULO 6**
ASPECTOS LEGALES EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

59 **CAPÍTULO 7**
EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

71 **CAPÍTULO 8**
BARRERAS ESTABLECIDAS EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

83 **CAPÍTULO 9**
EL VALOR DE LA ÉTICA CON RESPECTO A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

91 **CAPÍTULO 10**
CONCLUSIONES

96 **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

99 **APÉNDICE A**
DECLARACIONES DE APOYO CON RESPECTO A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

103 **APÉNDICE B**
ANÁLISIS CASUÍSTICO EN EL HEMISFERIO NORTE (INGLATERRA), EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

117 **APÉNDICE C**
ANÁLISIS CASUÍSTICO EN EL HEMISFERIO SUR (ÁFRICA Y ORIENTE MEDIO), EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

142 **APÉNDICE D**
GUÍA DE ASESORAMIENTO Y DE GESTIÓN DE OBJECIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

«Tobacco Harm Reduction 2020» es una publicación que está disponible en línea y cuyo contenido es gratuito, la cual, tiene como objetivo crear conciencia y apoyar la reducción de los daños producidos por el tabaco (por sus siglas en inglés – THR). Dicha publicación, sirve como un medio para prevenir las enfermedades relacionadas con el tabaco y la muerte prematura de los fumadores adultos.

Cualquier parte de la publicación se encuentra disponible para su descarga y uso posterior, no obstante, se agradece que se realice la debida atribución de la fuente.

Exigimos de nuestros lectores dos condiciones: la primera, que cuestionen los argumentos científicos de este libro y que, junto con nosotros, nos ayuden a fortalecer aquellas políticas que se basen en la mera evidencia. La segunda condición que pedimos, es que este contenido se utilice para apoyar con empatía a las personas que fuman y que, no pueden o no quieren, dejar de fumar. Nuestra intención es animarlos a que cambien sus cigarrillos actuales, los cuales son más dañinos y que se pasen a otros productos a base de nicotina, que sean menos dañinos y que no necesiten combustión

Esta publicación está dedicada a las asociaciones de «vapeadores» de todo el mundo.

La publicación THR del año 2020 ha sido redactada en colaboración con varios autores, para la «Africa Harm Reduction Alliance» (Asociación Africana para la Mitigación de los Daños), dicha publicación cuenta con el apoyo del doctor Delon Human y con el apoyo de «Health Diplomats».

CAPÍTULO 1

Reducción de los daños producidos por el tabaco: introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los productos q ue se basan en el tabaco han causado, tan solo en el siglo XX, 100 millones de muertes. Cada año ocurren, en todo el mundo, siete millones de muertes que están asociadas con el tabaco, de las cuales, el 80 % se relacionan con los consumidores de tabaco que se encuentran en aquellos países del mundo que cuentan con unos ingresos medios y bajos. Si las tendencias actuales continúan, se predice que MIL MILLONES de personas morirán de enfermedades relacionadas con el tabaco durante el siglo XXI.[1]

Foto realizada por Kelly Sikkema en Unsplash

FUMAR MATA, PERO NO LA NICOTINA
unque se considera que la nicotina es la principal sustancia adictiva que está presente en los productos del tabaco, también se asocia injustamente con las enfermedades y con la muerte que causan dichos productos.

"«Fumar es lo que mata y no la nicotina» [2]
dicha frase suena al estribillo de una canción y de hecho, podrá leerla muy a menudo en este libro, ya que esta creencia errónea, representa un obstáculo para reducir el daño que causan los productos basados en el tabaco.

Es muy importante comprender que la inhalación del humo, el cual se encuentra repleto de sustancias tóxicas,– y que se produce en aquellos productos del tabaco que necesitan combustión (como ocurre principalmente con los cigarrillos) – es la principal responsable de las enfermedades relacionadas con el tabaco y con las muertes prematuras. Existe una creencia en general que se sustenta en que todos los productos del tabaco parecen ser iguales y que, por tanto, el riesgo de fumarse un cigarrillo es el mismo que el de mascar tabaco, tal y como ocurre con el «snus»; al más puro estilo sueco o incluso cuando vapeamos un cigarrillo electrónico

No obstante, la ciencia no contradice dicha creencia. La gran cantidad de productos del tabaco y la nicotina que se encuentran a disposición de los consumidores varían ampliamente en lo relativo a sus riesgos y prestaciones.

This continuum of risk needs to be researched, clarified and, most importantly, communicated to consumers. Only then will individuals be able to make an informed choice and use nicotine more wisely.

LOS PRODUCTOS SIN TABACO (SIN COMBUSTIÓN) BASADOS EN LA NICOTINA OFRECEN UNA RESPUESTA Y NO UN PROBLEMA

La reducción de los daños producidos por el tabaco, ofrece un campo de actuación que puede ofrecer un respiro a aquellos fumadores que no desean o son incapaces de dejar de fumar. Existen nuevos tipos de sistemas carentes de combustión y de hecho, sistemas alternativos a la nicotina y también sistemas de dispensación de nicotina, que son en esencia, bastante menos perjudiciales que los cigarrillos.

La ciencia que subyace bajo la reducción de los daños producidos por el tabaco y sus productos, ofrece un método coherente a los fumadores que les permite reducir los daños originados por su consumo de tabaco. Lo anterior se consigue sustituyendo gradualmente aquellos productos que sean menos peligrosos por otros que, con mayor probabilidad, pudieran causar daños al organismo.

«La reducción de los daños producidos por el tabaco ofrece un campo de actuación que puede ofrecer un respiro a aquellos fumadores que no desean o son incapaces de dejar de fumar».

Lamentablemente, las comunidades de salud pública han estado tan centradas en crear un mundo «sin tabaco» que, por desgracia, no se le ha proporcionado ninguna oportunidad a la posibilidad de reducir los daños producidos por el tabaco (THR). Generalmente, este es un tema tabú para los profesionales de la salud – una verdad que, de hecho, es conocida por la mayoría, pero que, aun así, no se atreven a discutir

EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LOS profesionales sanitarios A LA HORA DE REDUCIR LOS DAÑOS RELACIONADOS CON EL TABACO
Otro elemento de vital importancia, a efectos de reducir los daños que se producen por el tabaco, es el papel que juegan los profesionales sanitarios, concretamente, los médicos. Los profesionales sanitarios desarrollan un papel fundamental a la hora de tomar las decisiones que están relacionadas con la salud de sus pacientes. También proporcionan el asesoramiento y los cuidados necesarios a una gran cantidad de consumidores del tabaco.

Este libro se dirige, principalmente, a los profesionales sanitarios y a los fumadores a los que prestan sus servicios, ya sean activos o pasivos. Los pacientes y los médicos suelen mantener una relación muy diferente a la que se mantiene en otras profesiones. En un mundo en el que existe un sobre exceso de información, los pacientes suelen acudir a sus médicos con la esperanza de obtener un asesoramiento de calidad y rigurosamente científico. Por ende, los médicos de familia suelen también convertirse en meros confidentes y amigos. Los médicos suelen aconsejar frecuentemente a los fumadores que dejen de fumar totalmente, lo que evidentemente, es un buen consejo.

No obstante, cabe tener en cuenta que hay más de mil millones de fumadores en todo el mundo, por lo que es poco probable que, cada paciente que visite a su médico, finalmente acabe siguiendo un consejo tan sencillo como el de dejar de fumar

BASES PARA DIVULGAR LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO
¿Qué ocurriría si los médicos o los profesionales sanitarios también se dedicasen a divulgar los beneficios que se desprenden a la hora de reducir los posibles daños a los fumadores? No se está, de hecho, perjudicando a los pacientes cuando no se les asesora sobre otras posibles opciones que están a su alcance y que podrían ayudarles a cambiar sus hábitos?

El dictamen médico más famoso en el que se ciñe el juramento hipocrático reza,**«en primer lugar, no perjudicar»**, recordatorio esencial, sin duda, de nuestra responsabilidad hacia los pacientes. En efecto, en nuestra sociedad actual la salud es importante, no obstante, también es fundamental que cada profesional de la salud sirva, de la mejor manera posible, a cada paciente al que le proporcione su atención médica.

Photo by Caique Silva on Unsplash

> **El famoso dictamen médico en el que se ciñe el juramento hipocrático reza, «en primer lugar, no perjudicar», lo que nos recuerda nuestra responsabilidad hacia los pacientes. Es fundamental que es fundamental que cada profesional de la salud sirva, de la mejor manera posible, a cada paciente al que le proporcione su atención médica».**

Si un paciente se fuma de 30 a 60 cigarrillos diarios y resultase ser un fumador empedernido que no tiene la intención o la fuerza de voluntad para dejar de fumar, ¿no le estaremos perjudicando al no hablarle sobre los fundamentos en los que se basa la reducción de los daños producidos por el tabaco y los distintos productos que puede utilizar a tales fines? Precisamente, esta es una de las cuestiones éticas que se tratarán en este libro.

MENSAJES SANITARIOS POCO CONCLUYENTES SOBRE LOS PRODUCTOS DEL TABACO

Un grave obstáculo, en lo relativo a la reducción de los daños producidos por el tabaco, radica en la utilización poco concluyente del lenguaje usado, al tiempo que se efectúa una divulgación poco precisa de la información que se dirige hacia los consumidores de los productos del tabaco y la nicotina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha

estado manteniendo durante todo el tiempo un discurso en el que «todos los tabacos matan» o en el que «el tabaco, siempre, resulta ser mortal, sin importar su variedad o presentación». Se pretende enfatizar los mensajes para dejar de fumar, lo cual es correcto, pero no debe olvidarse también que se están ignorando otros mensajes que benefician a la salud y que, de hecho, podrían divulgarse hacia los consumidores y hacia los profesionales sanitarios. Por lo general, lo anterior, conduce a la toma de decisiones incorrectas.

Imagínese lo que podría pasar si utilizásemos este tipo de mensajes poco concluyentes, en relación a los riesgos y a las medidas sanitarias, durante la presente pandemia del COVID-19. De la misma forma que no todos los virus son iguales, también deben diferenciarse claramente las diferentes categorías de los productos del tabaco y la nicotina, cuyos riesgos derivados, deban comunicarse a los legisladores y a los consumidores.

PONER TRABAS NO SIRVE DE AYUDA

A diario, los profesionales sanitarios practican cómo reducir los posibles daños. Se proporciona a los consumidores y a los pacientes unos sencillos consejos sanitarios, enfocados a la prevención, que les permitan evitar las enfermedades o reducir los posibles daños. En este sentido, se aconseja a las madres que esterilicen los biberones que utilizan al alimentar a sus bebés, se indica que se lleve siempre puesto el casco cuando se circula en bicicleta, se fomenta el uso de los profilácticos para mantener unas relaciones sexuales «más seguras» y se advierte a los conductores sobre las consecuencias de no utilizar los cinturones de seguridad. Algunas de estas recomendaciones, incluso se sustentan en la legalidad vigente. No obstante, cuando se trata del tabaco, parece que los profesionales sanitarios solo tienen un mensaje para divulgar, el de la abstinencia.

Imagínese que en un pabellón enorme se produce un incendio y que dentro hay 1.100 millones de personas. Ahora, imagine que los funcionarios bloquean las puertas de las salidas de incendios porque, sencillamente, no pueden garantizar la seguridad en el exterior.

Dicha analogía, bien podría servir como una descripción bastante precisa, en relación a cómo el control del tabaco, ha estado utilizando un enfoque erróneo, en lo que respecta a la nicotina y a la reducción de los posibles daños que pudiere producir. En este ejemplo, las personas representan a la población mundial de fumadores que se estima en 1100 millones de personas, las cuales, desean fumar cigarrillos, y que por ende, se están exponiendo al fuego todos los días. En virtud de lo anterior, los funcionarios y sus buenas intenciones, representan al conjunto de los sistemas de salud pública, los cuales, advierten a las masas que no abandonen el pabellón, porque la seguridad con respecto a la situación que existe en el exterior (parafraseando el ejemplo – la situación que existe en relación a los productos de nicotina que no necesitan combustión –), todavía, no ha podido demostrarse. Desafortunadamente, la cancioncilla cuya letra reza «no se han hecho las investigaciones suficientes» también implica que se produzcan consecuencias indeseables y mortales.

DETERMINANTES CLAVE PARA LA EXPANSIÓN DE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

La reducción de los daños producidos por el tabaco se fundamenta, ahora y siempre, en apartar de un riesgo continuo a los consumidores del tabaco, encaminándoles hacia unos productos que sean menos perjudiciales o hacia una ayuda que les permita dejar de fumar. Actualmente, dicha reducción de los daños no ha sido adoptada de forma universal, ni por los sistemas de salud pública ni por los consumidores a pie de calle. En cierta manera, este hecho se desprende del desequilibrio de cuatro factores fundamentales:

BASES CIENTÍFICAS:
Se ha prestado excesiva importancia a las bases científicas en las que se sustentan aquellos productos del tabaco que necesitan combustión y a la falta de importancia que subyace en las bases científicas relativas a la seguridad o a los riesgos, descuidándose también la funcionalidad y la eficacia de los productos basados en la nicotina que no necesitan combustión

CONSUMIDORES:
El mensaje de abstinencia (en lo que respecta al tabaco) solamente ha conseguido causar confusión entre los consumidores. En virtud de lo anterior, debería recalcarse la comprensión del consumidor, aceptando en mayor medida la posibilidad de reducir los posibles daños y, por consiguiente, fomentar el uso de los nuevos productos basados en la nicotina

POLÍTICAS:
El control del tabaco (que necesita combustión) ha dominado todas las formas legales existentes, especialmente desde que se adoptó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)

PRODUCTOS:
El aspecto más inverosímil, en lo que respecta al control del tabaco, radica en la falta de diferencia entre los riesgos que se derivan de los diferentes tipos de tabaco y de los productos basados en la nicotina. Centrándonos más en el desarrollo de los nuevos productos de carácter innovador, en lo que respecta a la nicotina, los cuales actúan más rápidamente y con una mayor eficiencia; cabe mencionar que, de hecho, beneficiarían considerablemente a la divulgación de la doctrina en base a la reducción de los daños causados por el tabaco.

Figura 1: Mundos diferentes: Salud pública frente a industrias del tabaco y la nicotina

MUNDOS DIFERENTES.
Podría decirse que una de las razones por las que la comunidad de la salud pública y la industria tabacalera nunca han tenido la oportunidad de verse cara a cara, es que ambas, se encuentran en mundos diferentes, lo que también reduce las posibilidades de un entendimiento mutuo. La industria del tabaco, como la mayoría de las compañías que producen bienes de rápido consumo (por sus siglas en inglés – FMCG) se concentra en todo lo relativo a los consumidores, lo que hace que sean unos genios del desarrollo y la mercadotecnia perjudiciales.

Cabe mencionar, que la comunidad de la salud pública gravita en torno al mundo de las investigaciones científicas y a la obtención de los fundamentos científicos. Por esta razón utilizan las pruebas científicas, para desarrollar una política que sea consistente con el público. Dada la yuxtaposición de dichos mundos diferentes, es evidente que se dilucida la existencia de un desequilibrio entre el desarrollo de las políticas del tabaco y la nicotina, la ciencia, los consumidores y los productos.

Si tan solo una de las dos comunidades tuviera en cuenta el punto de vista de la otra, podría entonces darse la posibilidad de poder aplicar la nicotina en la sociedad, consiguiendo la reducción de los daños producidos por el tabaco, de una manera más inteligente.

«La reducción de los daños producidos por el tabaco, es y siempre será, algo que esté relacionado con la transición y el cambio de los consumidores del tabaco, debido a los riesgos latentes, hacia otros productos que sean menos sirviendo también como una ayuda para dejar de fumar».

CONSUMIDORES – LAS VOCES IGNORADAS EN EL DEBATE SOBRE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO
Durante mucho tiempo, el debate sobre el control del tabaco se ha promulgado de forma paternalista. No se ha preguntado correctamente la opinión de los consumidores en relación al consumo del tabaco y la nicotina, se han ignorado preguntas tales como por qué fuman o «vapean» y si realmente desean dejar de fumar, tampoco se ha preguntado cuáles son sus necesidades. Este libro profundizará sobre estas cuestiones sin tapujos y comunicará las opiniones de los consumidores, puesto que en lo relativo a la reducción de los daños producidos por el tabaco, resulta vital conocer sus puntos de vista, sus experiencias y sus papeles principales. De hecho, los consumidores efectúan un papel muy importante en el desarrollo de los mensajes con connotaciones claras sobre la salud y los riesgos sobre las formas alternativas de usar la nicotina, a efectos de reducir los posibles perjuicios.

AÑOS 2020 Y 2021 – VITALES PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LAS POLÍTICAS FUNDAMENTALES, EN LO QUE RESPECTA A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL TABACO
Los años 2020 y 2021 representarán un período extremadamente importante en lo que respecta al control del tabaco y en lo relativo a la reducción de los daños que causa. Durante el 2020, la Unión Europea revisará la Directiva sobre los productos del tabaco (por sus siglas en inglés – TPD). Igualmente, las partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) organizarán próximamente, en noviembre del 2021, la así denominada «Conferencia de las Partes (COP9)», en los Países Bajos (Foro Mundial de La Haya, 2021). [3] Dado que, durante muchos años, la reducción de los daños producidos por el tabaco ha sido olvidada por el CMCT, sin duda, esta será la oportunidad de expandir la visión del CMCT, a efectos de poder recomendar unas políticas más precisas para los estados miembros, en todo lo relativo a la reducción de los daños producidos por el tabaco.

ÁMBITO DE ESTE LIBRO
El libro se encuentra disponible en Internet en formato PDF, se puede hacer clic para iniciar la descarga de los capítulos o de cualquier sección del libro. Hemos redactado este libro como parte de un repositorio de conocimientos de código abierto, en todo lo que respecta a la reducción de los daños producidos por el tabaco (por sus siglas en inglés – THR). Su principal audiencia se centra en los consumidores del tabaco y la nicotina, también se dirige hacia los que participan en las comunidades para la reducción de los daños y que se dedican a prestar su ayuda a los fumadores para que puedan dejar de fumar o bien para que puedan cambiarse a otros productos basados en la nicotina que sean menos dañinos.

Por ende, el libro mencionará aquellos aspectos que estén relacionados con dichas políticas, con la ciencia, con los consumidores y con los productos relativos a este campo de actuación. Además, divulgará los resultados de la investigación llevada a cabo durante el año 2020, en relación a los consumidores y su percepción en lo que respecta al «vapeo» (los cigarrillos electrónicos) y en lo relativo a aquellos productos del tabaco que necesiten calentarse. En virtud de lo anterior, confiamos en que se puedan establecer las bases de un trabajo conjunto, a efectos de prevenir las enfermedades relacionadas con el tabaco y con las muertes prematuras.

ASPECTOS QUE NO SE TRATAN EN ESTE LIBRO
Este libro no habla sobre los cigarrillos. La mayoría de las publicaciones escritas en relación al control del tabaquismo, tienden a centrar sus esfuerzos en lo que respecta a controlar el consumo del tabaco que necesita combustión –ser quemado– y, más concretamente, en todo lo relativo a los cigarrillos. En este libro se abordará, de forma consciente, un enfoque diferente y se concentrará en los dispositivos de dispensación de la nicotina, con sistemas carentes de combustión, muchos de los cuales son compatibles con los principios de la reducción de los daños producidos por el tabaco.

No es cuestión de hablar del pasado, sino de afrontar el futuro. Miles de investigadores están revisando en la actualidad los documentos internos de las empresas tabacaleras y de aquellas que producen productos basados en la nicotina, para encontrar posibles inconsistencias, falsedades y juegos sucios en sus declaraciones públicas, realizadas durante las últimas décadas. Normalmente, encontrar esta información se remonta a hechos históricos o a delitos menores y suelen concentrarse en los cigarrillos. Empero, este libro se orienta hacia el futuro, con la intención de buscar soluciones.

Los defensores más experimentados en lo que respecta al control del tabaco, siempre nos recuerdan cómo se utilizaban grupos destinados a la «demonización», cuya estrategia internacional centraba sus esfuerzos en combatir el tabaco. Se solía, por tanto, demonizar a la industria, posteriormente al producto y, finalmente, aislar a los consumidores. Esta treta ha tenido tanto éxito que muchos defensores del control del tabaco, todavía, continúan pensando y actuando de la misma forma. Ha llegado el momento de progresar vías de evaluación, abordando una implicación civil, constructiva y científica de las POLÍTICAS y de los PRODUCTOS del tabaco y la nicotina. Todas las partes interesadas deberían concluir que el objetivo, de existir alguno, debería centrarse en conseguir de la mejor manera, toda posible prevención de las enfermedades y las muertes que estén relacionadas con el tabaco, utilizando a tales fines la ciencia, unas políticas con la mesura adecuada y, finalmente, realizando la producción de unos productos más seguros a la hora de administrar la nicotina.

El propósito de este libro no radica en demonizar el tabaco o aquellas industrias que sean productoras de nicotina. Empero,su objetivo se centra en cambiar el enfoque de los profesionales sanitarios hacia aquellos fundamentos científicos que sean necesarios para respaldar adecuadamente a las POLÍTICAS y a los PRODUCTOS que puedan servir como un suministro de nicotina que ofrezca un menor riesgo para el consumidor.

REFERENCES

1. **World Health Organization [Internet]. Luxembourg: World Health Organization; 2019. Table 11.3 -youth surveys tobacco use and smoking 2019 [cited 2020 Sep 2]**
Available from: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

2. **Russell MJ. Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. BMJ [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2020 Aug 31]; 1:1430-1433.**
Available from: https://www.bmj.com/content/1/6023/1430

3. **WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): COP9 and MOP2 postponed to November 2021.**
Available from: https://www.who.int/fctc/mediacentre/news/2020/COP9-MOP2-postponed-nov-2021/en/

CAPÍTULO 2

Bases en relación a la reducción de los daños producidos por el tabaco

Foto realizada por Bayu Syaits en Unsplash

Probablemente siempre habrá personas que se dediquen a actividades que impliquen algunos riesgos. En las sociedades democráticas, normalmente se efectúan compensaciones. Por tanto, reducir los daños, representa una alternativa de salud pública muy importante frente a las prohibiciones».

Foto realizada por Alecsander Alves en

REDUCCIÓN DE LOS

¿EN QUÉ CONSISTE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS?

La reducción de los daños consiste en una estrategia de salud pública que se ha estado utilizando para reducir o minimizar los daños relacionados con un determinado comportamiento de riesgo, sin tener que eliminar necesariamente dicho comportamiento. Por tanto, dicho concepto admite que probablemente siempre haya personas que se dediquen a actividades que impliquen algunos riesgos. En las sociedades democráticas, normalmente se efectúan compensaciones. En virtud de lo anterior se desprende que, la reducción de los daños, representa una alternativa importante en lo relativo a la salud pública, frente a las prohibiciones tajantes y categóricas. A continuación, mostraremos algunos ejemplos:

- El uso de los condones y de otras medidas preventivas para tratar el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual;
- Los programas para la sustitución de las jeringuillas, a efectos de minimizar la propagación del VIH/SIDA, con el objetivo de reducir las enfermedades y las muertes de los consumidores
- de drogas; La disponibilidad de los alimentos bajos en grasa, en colesterol, en sodio y en azúcar (en vez de prohibirlos totalmente o decretar una reducción obligatoria de dichos artículos);
- Sex education for adolescents and condom distribution in schools to reduce teen pregnancies, rather than relying on abstinence as the only solution;
- La educación sexual dirigida a los adolescentes y la distribución de los condones en las escuelas, con el objetivo de reducir los embarazos en dichos colectivos, en lugar de obligarles a aplicar la abstinencia como la única solución posible;
- La reducción de las emisiones de carbono ambiental y los vertidos químicos (en vez de su prohibición total), para controlar y mejorar la calidad del aire y del agua, lo que incluye que se proporcione a la industria los incentivos necesarios para reducir dichas emisiones;
- Exigir el uso de los cinturones de seguridad, al igual que otras medidas de seguridad, en los vehículos de motor; Recetar metadona como un sustituto de la heroína;
- La existencia de leyes que regulen la utilización de los cascos en las motocicletas, para reducir la gravedad de las lesiones en la cabeza y
- Ofrecer programas de ayuda a los conductores que estén obligados a ello, para reducir las posibilidades de conducción en estado de embriaguez.

Antiguamente, la reducción de los daños se asociaba, generalmente, con los métodos que se utilizaban para tratar el consumo de las drogas, ya sean legales o ilegales. Dicho punto de vista también lo comparte la asociación Harm Reduction International (HRI), la cual, define el concepto de reducción de los daños como aquellas «políticas, programas y prácticas que, generalmente, tienen en mente la reducción de las consecuencias que sean adversas para la salud, para la sociedad y para la economía, en base al uso de drogas psicoactivas, ya sean legales o ilegales, sin que necesariamente se tenga que reducir el consumo de las mismas. La reducción de los daños beneficia, por ende, a las personas que consumen drogas, a sus familias y a la comunidad». [1]

¿POR QUÉ EL CONCEPTO DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS ES UN TEMA CONTROVERTIDO?

Lamentablemente, la reducción de los daños también ha generado muchos debates cargados de emoción y controversia. Hay que aceptar que siempre habrá personas que se involucren en conductas de riesgo, sin importar cuáles sean las consecuencias para ellos mismos o para los demás. Quienes apoyan las bases fundamentales en las que se sustenta el concepto de la reducción de los daños, desean, de hecho, reducir o mitigar los riesgos para la salud que están asociados con dichos comportamientos de riesgo, en vez de eliminarlos.

En este debate se vislumbran dos partes. Casi todo el mundo en las comunidades de salud pública, continúan defendiendo la abstinencia como el único objetivo defendible. La filosofía subyacente detrás de dicha defensa, nos dice que todos deberíamos trabajar para que podamos tener un mundo sin drogas o sin tabaco. En un estudio que se ha realizado recientemente, Alderman, Dollar y Kozlowski [2] manifestaron que la ética, en lo relativo a la salud pública, tiende a poner de manifiesto aquellas inquietudes que defienden la justicia social; excluyendo otras perspectivas morales que enaltecen a las autoridades científicas y a valores como la lealtad profesional y la pureza corporal. Sus puntos de vista resaltan la necesidad de una mayor conciencia, en lo que respecta a las reacciones emocionales y en lo relativo a aquellas motivaciones morales que subyacen tras el debate en torno al concepto de reducción de los daños.

Dicho lo anterior, cabe mencionar que continúa creciendo el número de quienes apoyan dicho concepto. Los pragmáticos, al principio suelen adoptar el concepto, ya que se dan cuenta de que para algunas personas, la abstinencia es un objetivo poco realista. No es menos cierto que, de hecho, algunas personas siempre seguirán practicando comportamientos de riesgo, como por ejemplo fumar o consumir drogas, por lo que se hace deseable que se trate de mitigar las consecuencias para dichas personas y también para quienes se vean afectados por dicho comportamiento.

Uno de los principios más importantes de la ética médica acuñado por Hipócrates reza «en primer lugar, no perjudicar». Bien es cierto que muchos podrían decir que, en realidad, el significado del médico griego no quería decir: «en primer lugar, haz el menor daño posible», ya que se aprecia claramente que existe un imperativo moral que trata de actuar para reducir el daño, si esa fuera la única opción disponible. A fin de cuentas, dicho principio es el que se aplica en la reducción del dolor de los enfermos terminales, situación en la cual, los médicos deben utilizar algunos medicamentos para aliviar el sufrimiento, incluso cuando el desenlace de la enfermedad se torna en incurable. Nadie se atrevería a sugerir que se suspenda el tratamiento aunque una enfermedad sea incurable.

CONFLICTOS EXISTENTES ENTRE LAS PERSONAS Y LOS INTERESES DE LA COMUNIDAD, EN LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

El concepto de reducción de los daños no hace más que resaltar el conflicto que se genera, frecuentemente, entre los intereses individuales y sociales, en lo relativo a la práctica de la medicina. La reducción de los daños, en sí misma, puede conseguirse tanto a nivel individual como social. Por ejemplo, cuando un médico aconseja a un paciente que sustituya el cigarrillo por el uso de una sustancia menos tóxica, como el «snus», podría conllevar a que se produzca una disminución clara de los posibles perjuicios en dicho paciente. No obstante, lo anterior no significa que se vaya a conseguir necesariamente un aumento claro de los beneficios para la sociedad. Esto ocurre porque los consumidores del «snus» seguirán utilizando el producto, en parte, para satisfacer su propia adicción a la nicotina. En consecuencia, lo que realmente implica una reducción del daño para el individuo, no necesariamente significa que se vaya a producir una disminución clara del daño que se pueda producir, a nivel general, en la sociedad.

Cuando un producto, someramente, es menos dañino, pero aun así una gran cantidad de la población lo sigue usando, el resultado podría conllevar a que se produzca un incremento del daño que se genere a la sociedad. No obstante, si existe una reducción importante de los riesgos, es probable que se produzca un beneficio para la salud pública, a pesar de existir un incremento de su uso. En este sentido, Kozlowski y sus colegas [3] manifiestan que:

«Las preocupaciones sobre la salud pública deberían poder triunfar sobre los derechos individuales, solamente cuando existan pruebas claras y convincentes de que se produzca un daño a la sociedad. Ante la falta de dicha evidencia, deben prevalecer los derechos individuales».

CÓMO DEFINE LA SALUD PÚBLICA EL CONCEPTO DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

En lo que respecta a la salud pública, el término de reducción de los daños (o minimización de los daños) se utiliza para denotar la reducción de unas consecuencias que sean nocivas y que estén vinculadas con una actividad de riesgo concreta. Es una forma de tratar con aquellos comportamientos que puedan dañar la salud del individuo en cuestión y de su comunidad. El objetivo de la reducción de los daños consiste en mejorar la salud del individuo y de su comunidad. En términos históricos, la reducción de los daños siempre se ha asociado con «actividades de riesgo», tales como el consumo de las drogas, las relaciones sexuales sin protección o la conducción bajo la influencia del alcohol. Lo anterior ha conllevado a que se desarrollen políticas de carácter público, que han sido pensadas para reducir las consecuencias nocivas de dichas actividades y de otras específicas que involucren un alto riesgo.

La razón de ser en la que se sustenta el concepto de reducción de los daños, admite y reconoce que dichas actividades de riesgo, probablemente no desaparecerán en el futuro, por tanto se hace deseable reducir el daño que puedan llegar a causar. Evidentemente, en la mayoría de los casos, lo ideal sería la total abstinencia, es decir, evitar completamente una determinada conducta de riesgo. Empero, frente a la ausencia de tal situación de preferencia, se podría llegar a utilizar un enfoque más pragmático que tenga como objetivo reducir los posibles perjuicios. Por ejemplo, ningún gobierno va a prohibir el esquí o circular en bicicleta, no obstante, recomienda el uso del casco e incluso lo hace obligatorio.

LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y EL CONCEPTO DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

La reducción de los daños siempre ha sido parte de la formación y la práctica de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, al higienizarse las manos antes de las intervenciones quirúrgicas y al asegurarse de que se eliminen correctamente los objetos afilados, ambos ejemplos, son la prueba de que, diariamente, se pone en práctica el concepto de reducción de los daños. Cuando se aconseja a los pacientes que bajen de peso o que consuman alcohol de manera responsable, ¿podríamos decir también que, con toda seguridad, se está poniendo en práctica la reducción de los daños? Incluso cuando se recetan medicamentos podríamos decir que también es una forma de reducción de los daños.

LAVARSE LAS MANOS COMO MÉTODO DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

Durante la pandemia del COVID-19, el lavado de manos se ha convertido en un ejemplo, a nivel mundial, de cómo puede aplicarse el concepto de reducción de los daños. Todos comprenden que algo tan sencillo como lavarse las manos minuciosamente, minimiza las posibilidades de contraer o transmitir el virus. En la actualidad, los profesionales sanitarios han recibido la formación adecuada para lavarse bien las manos, antes o después del contacto con sus pacientes o al estar en contacto con cualquier suciedad que se encuentre en las superficies. Irónicamente, hasta finales del siglo XIX, los principales representantes del ámbito sanitario, despreciaban a quienes defendían la higiene del lavado de manos y, en sentido figurado, no dudaban en «lavarse las manos» e ignorar las consecuencias para la sociedad y para la salud individual. La oposición a algo tan simple como lavarse las manos, a efectos de reducir los posibles daños – asombrosamente – continuó hasta finales del siglo XIX. Fue Louis Pasteur, fundador de la «teoría microbiana de la enfermedad», quien se quejó en 1879 de que los médicos eran los culpables de propagar los microbios mortales de las mujeres enfermas a las sanas. Pasteur se convirtió en un defensor acérrimo de la higiene, no obstante, al comienzo, sus esfuerzos recibieron como respuesta un claro escepticismo.

En la actualidad, lavarse las manos es un procedimiento médico estándar que se realiza en la medicina a diario. En Estados Unidos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC – por sus siglas en inglés), «Lavarse las manos es una de las formas más importantes para prevenir la propagación de las infecciones».

Es más, no ha sido hasta ahora cuando se ha llegado a reconocer que, un simple lavado de manos con jabón, es una de las formas más efectivas y económicas que se pueden utilizar para prevenir la transmisión de aquellas enfermedades que impliquen procesos diarreicos y neumonía. Ambas enfermedades, son las responsables de la mayoría de las muertes infantiles.

Cada año, más de 3,5 millones de niños mueren antes de cumplir los cinco años debido a la diarrea y la neumonía. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedica más tiempo y recursos a las tareas de prevención en este sentido, con iniciativas tales como un «Día mundial para el lavado de manos». [4] [5] [6]

El concepto de reducción de los daños, frecuentemente resalta la importancia del conflicto entre los intereses sociales e individuales en la práctica de la medicina. La reducción de los daños, per se, puede conseguirse a nivel individual y a nivel social.

BASES FUNDAMENTALES PARA LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

No concentrarse únicamente en la abstinencia

- La reducción de los daños apoya a todos aquellos que desean moderar o reducir su consumo a diferentes sustancias. Esto significa que no excluye ni conlleva como objetivo a la abstinencia; y que
- Los tratamientos a corto plazo orientados a la abstinencia gozan de unas bajas tasas de éxito. Por ejemplo, en el caso de los consumidores de opiáceos, dichos tratamientos conllevan a un alto número de sobredosis que se producen después del tratamiento.

Concentrarse en los riesgos y en los perjuicios

- Actuando con respuestas que reduzcan los riesgos, y que por ende, reduzcan o eviten también los daños;
- Las terapias para la de reducción de los riesgos suelen concentrarse en el comportamiento del individuo;
- Reconocer que la capacidad individual de poder cambiar el comportamiento también se encuentra influenciada por las pautas en común que siguen otros usuarios afines, así como por las actitudes y los puntos de vista de la comunidad en general; y que
- Las terapias para la reducción de los daños pueden Destinarse a las personas, a las comunidades y a la sociedad en general.

Ser pragmático

- Aceptar que el uso de las drogas (así como de otras sustancias nocivas, tales como el tabaco y el alcohol) es una característica que resulta común y duradera de la propia existencia de la humanidad;
- Reconocer que, si bien conlleva sus riesgos, el uso de sustancias tales como las drogas, el alcohol y el tabaco pueden llegar a proporcionar a los usuarios algunos beneficios que deban ser tenidos en cuenta, si la respuesta que se da a su uso es efectiva; y que
- El concepto de reducción de los daños admite que contener y reducir los daños relacionados con las drogas, el alcohol o el tabaco es una opción más viable que dedicar unos esfuerzos considerables para erradicar su consumo

Intentar maximizar el abanico de opciones que estén disponibles para las terapias

- Participar en aquellos procesos en los que se identifique, se analice y se evalúe la importancia de los daños que estén relacionados con el uso de las sustancias en cuestión. Evaluar los costes y los beneficios derivados de intentar reducirlos.

Con respecto a los valores humanitarios

- Aceptar la decisión individual de los consumidores cuando vayan a consumir drogas, tabaco o alcohol;
- No realizar ningún juicio moral que apoye o condene el uso de dichas sustancias;
- Respetar la dignidad y los derechos del consumidor. Concentrar los esfuerzos en ofrecer servicios que sean «fáciles de usar»; y
- •Admitir que, para muchos, el uso en base a la dependencia, es una realidad a largo plazo que se arraiga en sus vidas, por tanto, las acciones que se tomen, deberán afrontar su adicción reconociendo dicha realidad.

Priorizar objetivos

- Las respuestas que se ejerzan frente a la reducción de los daños y con respecto al uso de sustancias (como por ejemplo: las drogas, el alcohol o el tabaco) deben contemplar una jerarquía de objetivos estructurada. Principalmente, deben poner en el punto de mira el hecho de involucrar, proactivamente, a las personas, dirigiéndose hacia los grupos y las comunidades, a efectos de dar una respuesta a sus necesidades más urgentes, ante lo cual, deberán ofrecer unos servicios accesibles y fáciles de usar; y
- Conseguir lo más importante, unas metas que sean realistas, lo cual, representa un primer paso esencial hacia el consumo sin riesgo o hacia la abstinencia.

QUÉ FUTURO SE VISLUMBRA EN LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

La necesidad y los beneficios que se derivan de las prácticas y políticas en base a la reducción de los daños parecen ser algo de suma importancia. No obstante, el nivel de resistencia en los círculos de las comunidades de salud pública, con respecto al concepto de la reducción de los daños, en lo relativo al tabaco, al alcohol y a las drogas es, cuando menos, alarmante. Algunos de los miembros más importantes en los círculos sanitarios, todavía se lavan las manos aconsejados por una presunta inocencia (o incluso posiblemente en aras de la ignorancia), apartándose de los beneficios que el concepto y la práctica de la reducción de los daños podrían llegar a ofrecer a las personas y a las comunidades, en dichos círculos sanitarios.

No obstante, es alentador observar que se produzcan diferentes cambios en lo relativo a la reducción de los daños; cambios que, de hecho, dejen de avalarse en las discusiones moralistas y por el contrario, se concentren en la ciencia. A fin de cuentas, dicha tendencia será la única que pueda proporcionar un entorno más sólido para discutir y evaluar los posibles comportamientos de riesgo y los productos, además, también permitirá gestionar de la mejor manera dichos riesgos en nuestra sociedad actual.

La continuidad de la reducción de los daños como política, también dependerá de cómo las pruebas contrasten sus beneficios en torno al individuo y a la sociedad.

Lamentablemente, resulta cuando menos intolerable, la persistente indiferencia que empaña los posibles beneficios de la reducción de los daños, especialmente en la industria del tabaco. Si se demostrase que existen claros fundamentos científicos y beneficios, tanto para el individuo como para la sociedad, al ponerse en práctica el concepto de reducción de los daños, dicho concepto debería aceptarse plenamente por todos.

Photo by Spencer Selover on Pexels

ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DEL TABACO

Para entender mejor cómo se puede aplicar el concepto de reducción de los daños en las actividades relacionadas con el control del tabaco, lo primero que debe hacerse, es volver a evaluar en qué consiste el control del tabaco y en qué se diferencia, en yuxtaposición y en contraste, con dicho concepto.

Durante los últimos cincuenta años, los legisladores han estado trabajando para controlar el lastre que acarrean las enfermedades relacionadas con el tabaco.Dichas estrategias para el control del tabaco deben concentrarse, lo antes posible, en reducir las muertes prematuras y los daños más importantes, tales como por ejemplo: el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En base a lo anterior, puede observarse que la estrategia más eficaz para el control del tabaco, se fundamenta en cuatro elementos principales

1. Proporcionar grandes incentivos que impidan empezar a fumar.
2. Motivar y ayudar a las personas para que dejen de fumar.
3. Reducir el daño que se produce a los no fumadores, derivado de la exposición a las toxinas que se encuentran en el humo de los cigarrillos de otros fumadores.
4. Reducir los perjuicios a quienes continúen usando nicotina.

EL ENFOQUE TRADICIONAL EN LA POLÍTICA DE CONTROL DEL TABACO: MPOWER

El objetivo de un paquete de medidas, bien establecido, en lo relativo al control del tabaco, se concentra en cambiar la demanda existente de los productos del tabaco, mediante la implementación de los tres primeros elementos para el control del mismo, a los cuales, se hacía mención en el párrafo anterior.

La OMS y otras organizaciones utilizan, en algunas ocasiones, el acrónimo MPOWER – por sus siglas en inglés – para describir un paquete de medidas.[7] El paquete MPOWER consta de seis medidas clave que explicaremos y traduciremos a continuación:

- **M** (supervisar) las políticas para la prevención y el uso del tabaco
- **P** (proteger) a las personas del humo del tabaco
- **O** (ofrecer) la ayuda necesaria para que se deje de consumir tabaco
- **W** (concienciar) sobre los peligros del tabaco
- **E** (imponer) prohibiciones a la publicidad en lo relativo al tabaco
- **R** (aumentar) la creación e implantación de impuestos sobre el tabaco

Dichas medidas han contribuido a una disminución del tabaquismo, a partir de niveles muy altos, en los países desarrollados durante las décadas de los años 1950 y 1980. Dichas medidas, también constituyen la base del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS[8], cuyo objetivo se centra en desarrollar dichas medidas de una manera más consistente en los países que están en vías de desarrollo. Aunque eficientes, estas medidas están sujetas a restricciones en los recursos para su adopción, obstáculos para lograr su cumplimiento y limitaciones políticas.

En el corazón de estas medidas, se incluye un tema candente con la pregunta en el aire sobre «en qué medida» debería poder inmiscuirse el estado en relación a las decisiones individuales, si las prohibiciones para dejar de fumar se pudieran justificar en los espacios privados, tales como en los hogares, suscitándose además otras preocupaciones como el hecho de que se produzca un atraso evolutivo, en relación a los impuestos sobre el tabaco, lo cual podría dar lugar a la aparición de mercados negros e ilegales. Cada país controla estos problemas de manera diferente. El concepto de reducción de los daños, es el cuarto elemento que se mencionaba anteriormente en la lista estratégica para el control del tabaco. Lamentablemente, ha recibido menos atención y ha provocado cierta hostilidad por parte de algunos activistas que tienen en mira el control del tabaco.

En virtud de lo anterior, se ha discutido la posibilidad de que esto se deba a una confusión con respecto a los objetivos hacia los que se encaminan las políticas sobre el tabaco[9] – ya sea que se dirijan hacia reducir las enfermedades, reducir el consumo del propio tabaco, reducir el uso de la nicotina o, incluso, si dichas políticas hubiesen sido diseñadas para destruir a la industria tabacalera. Esta confusión importa porque tales objetivos pueden ser excluyentes en casos en los que los productos de la nicotina representan un riesgo de enfermedad mucho menor que el de fumar.

EL ENFOQUE DE LA REDUCCIÓN DE EN EL TABACO

Cuando se trata de poner en práctica la reducción de los daños producidos por el tabaco (abreviado por sus siglas en inglés – THR), el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)[Art. 1] de la OMS, apoya explícitamente la reducción de los daños con strategias para el control del tabaco[8]

(d) El «control del tabaco» implica una reducción de las estrategias que tengan como objetivo mejorar la salud de la población que consuma los productos del tabaco, mejorando también su salud cuando se expongan al humo del tabaco» (énfasis añadido).

textos de la CMCT se apoya esto, dicho enfoque sobre la reducción de los daños producidos por el tabaco todavía no se ha ampliado. en la convención. Tampoco se ha desarrollado ampliamente como una estrategia para el control del tabaco, recayendo su suerte en la mera casualidad.

CÓMO ENTENDER LAS CLAVES EXISTENTES SOBRE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO Una idea clave que recae sobre el tabaco y las estrategias sanitarias, consiste en averiguar aquello que finalmente haya producido el daño. Nicotina es la droga que se encuentra presente en el tabaco, razón además por la cual, la gente fuma tabaco.

No obstante, es necesario recalcar una vez más que la nicotina no es la principal causa del daño que se deriva del tabaquismo. Como ya comentábamos anteriormente, durante cuarenta años se pensó que[10]:

Hay que entender que la gente fuma por causa de la nicotina, pero que las muertes se producen por causa del alquitrán.

la nicotina no es la causante del cáncer, ni de las enfermedades cardiovasculares o de las afecciones respiratorias que minan la salud por el hábito de fumar.[11] La nicotina en estado puro no es completamente benigna, no obstante, debemos recordar también que se vende ampliamente como remedio medicinal y que, de hecho, no causa ninguna enfermedad grave.[12]

Las muchas décadas de experiencia que se encuentran detrás del «snus» sueco (un formato en que se suministra el tabaco y no produce humo), sugieren que el consumo del tabaco y la nicotina pueden conllevar a riesgos muy bajos cuando no se produce combustión.[13]

El director general de salud pública de los Estados Unidos realizó una evaluación detallada de los riesgos de la nicotina[14] y, aunque es posible medir muchos de sus efectos en el cuerpo, debe mencionarse que dichos efectos son triviales en comparación con los daños que se asocian inequívocamente con el tabaquismo.

«La reducción de los daños provocados por el tabaco se basa en tecnologías que puedan administrar la nicotina sin presencia de humo, lo cual, también se conoce como: sistemas alternativos para suministrar nicotina (por sus siglas en inglés – ANDS)».

Dicha perspectiva amplía las posibilidades del concepto existente de «la reducción de los daños provocados por el tabaco» – en el sentido de utilizar la nicotina como una droga levemente psicoactiva, sin que por ello se deriven consecuencias importantes para la salud, con respecto a la exposición del humo producido por el tabaco.

Lo anterior se basa en tecnologías que puedan administrar la nicotina sin presencia de humo, lo cual, también se conoce como: sistemas alternativos para suministrar nicotina (por sus siglas en inglés – ANDS). Dichos sistemas están evolucionando rápidamente, ya que los avances existentes en la tecnología de las baterías, son capaces de proporcionar, actualmente, una alta potencia y la densidad de energía suficiente en un formato miniaturizado, lo cual, funciona perfectamente desde un punto de vista comercial. Los así denominados ANDS (sistemas alternativos para suministrar nicotina) abarcan los productos basados en el vapor del tabaco, los inhaladores de nicotina, productos del tabaco calentados, los productos del tabaco sin presencia de humo y los productos novedosos de nicotina, que se consumen a través de la mucosa bucal. También hay ANDS que se definen más tradicionales, como por ejemplo es el caso del tabaco sin humo, el cual, se puede producir siguiendo unos estándares muy rigurosos que casi puedan eliminar todos los riesgos para la salud.

El concepto de reducción de los daños puede contribuir de manera muy importante a que se ejerza un correcto control del tabaco. Las personas que fuman visitan a menudo a los profesionales sanitarios, por el hecho de ser más propensos a las enfermedades. Un número importante de fumadores podrían clasificarse como fumadores «empedernidos», es decir, aquellos que han establecido el hábito de fumar desde hace mucho tiempo y que, sencillamente, no pueden o simplemente no quieren dejar de fumar. El concepto de la reducción de los daños producidos por el tabaco (THR por sus siglas en inglés) admite que existe este problema y, por tanto, ofrece a este tipo de fumadores una alternativa más pragmática.

Básicamente, el objetivo de la reducción de los daños producidos por el tabaco (THR para abreviar) radica en minimizar los daños y, de esa forma, poder reducir el total de la morbilidad y la mortalidad, sin que por esto se tenga que eliminar por completo el consumo del tabaco o de la nicotina.

BASE CIENTÍFICA Y DEFINICIONES EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

En la práctica, la THR centra sus objetivos en la sustitución de aquellos productos del tabaco que presenten un mayor riesgo (tales como los cigarrillos que necesitan combustión) por otros productos del tabaco y la nicotina que ofrezcan un riesgo menor. Estos últimos también abarcan los productos farmacéuticos que se ofrecen como terapia de reemplazo para la nicotina, los productos del tabaco sin humo – con bajo contenido en nitrosamina – y, finalmente, los cigarrillos electrónicos (también conocidos como vapeadores). Dicha sustitución entra totalmente en consonancia con los principios de reducción de los daños:

- El objetivo consiste en reducir los posibles daños que se puedan producir en la salud de los fumadores que no puedan o que, sencillamente no quieran, dejar de fumar;
- La intención principal radica en no detener el uso de la nicotina en su conjunto, pero, no obstante lo anterior, evitar los posibles daños al usuario y a quienes le rodean; y finalmente
- De ninguna manera, tiene como objetivo minimizar o reemplazar aquellos enfoques que se basan en la ciencia para prevenir la iniciación al tabaquismo, ni minimizar o reemplazar los programas para dejar de fumar; tampoco está entre sus objetivos desproteger de los no fumadores contra el humo de quienes fuman.

Dos publicaciones pioneras han permitido que se proporcione una base científica sólida en lo que respecta a la reducción de los daños producidos por el tabaco, de hecho, dichas publicaciones, han jugado un papel clave a la hora de ayudar a crear conciencia, esgrimiendo de manera más efectiva cuál es el concepto que subyace bajo la THR (reducción de los daños causados por el tabaco) y, lo que es más importante, cómo los profesionales sanitarios pueden aplicar dicho concepto. Citamos el nombre de ambas publicaciones a continuación:

- Clearing the Smoke (Limpiando el humo): una evaluación de las bases científicas para la reducción de los daños causados por el tabaco[16]; y
- Harm reduction in nicotine addiction (Reducción de los daños causados por la adicción a la nicotina): una ayuda para aquellas personas que no puedan dejar de fumar.[17]

Concretamente, debe mencionarse que, los profesionales sanitarios, están bien informados y de hecho ya están al tanto de estas informaciones, puesto que la THR ya incorpora todas las políticas y los métodos que ellos mismos utilizan, tanto en su ámbito profesional como en la sociedad, para reducir los daños causados por el tabaco. Lo anterior incluye los daños que sufren los consumidores del tabaco, al igual que los daños que se provocan a quienes están siendo afectados al inhalar el humo de otros fumadores

Foto realizada por «ThisIsEngineering»

CÓMO DEFINEN EL CONCEPTO DE THR OTRAS ORGANIZACIONES

La Asociación Americana de Médicos de Salud Pública (American Association of Public Health Physicians)[18] describen a la reducción de los daños causados por el tabaco de la siguiente manera:

«Se entiende por reducción de los daños, el tratar de alentar y permitir, que los fumadores reduzcan el riesgo de contraer enfermedades que estén relacionadas con aquellas enfermedades que estén provocadas por el tabaco y que puedan causar la muerte, animándoles a que se cambien a productos basados en el tabaco que sean menos peligrosos. Dicho cambio puede desarrollarse a corto o a largo plazo e incluso parcial o totalmente, debiendo entender siempre que, cada vez que se usa un producto que sea alternativo al tabaco, en sustitución del típico cigarrillo, se reduce el riesgo de las enfermedades que están relacionadas con el tabaco y que causan la muerte».

Teniendo en mente que la comunidad que defiende el concepto de reducción de los daños se ha centrado siempre y con mayor énfasis en el tema del abuso de las drogas, puede dilucidarse al respecto que, el concepto de reducción de aquellos daños que están relacionados con el tabaco, ha ampliado más si cabe, su corriente de pensamiento.

La posición que se establece en las declaraciones internacionales, con respecto a la reducción de los daños provocados por el tabaco (THR por sus siglas en inglés), afianza claramente sus puntos de vista sobre la reducción de dichos daños[4]:

"la nicotina, habiendo sido diseñada para reducir los terapias en relación a la reducción de daños, podrían incluir el uso de los productos del tabaco de exposición reducida y potencial (por sus siglas en inglés – PREP), la reducción del consumo y el cambio hacia una terapia de reemplazo de la nicotina a largo plazo (por sus sigles en inglés – NRT), el cambio hacia otros productos del tabaco carentes de humo, utilizando productos de reemplazo para conseguir una abstinencia temporal».

e hecho, comparan a los cigarrillos por su aspecto como si fueran «jeringuillas sucias», lo cual, no deja cuando menos de levantar cierto interés[4]:

«Los postulados que emergen tras dichas estrategias se traducen en que, la dependencia a la nicotina es un factor crítico, en virtud del cual, se sustenta la mayor parte del consumo de los productos del tabaco. No obstante, no es la nicotina la que causa la mayor parte del daño, sino más bien los otros 4000 elementos que se encuentran en el humo de los cigarrillos, de los cuales, 60 son carcinógenos ampliamente conocidos. Esbozando una analogía en relación con el uso de las drogas ilegales, los cigarrillos serían el equivalente a las «jeringuillas sucias». Por tanto, debe tenerse en cuanta la posibilidad de separar la droga, per se, del sistema de administración. Las estrategias que se han tenido en cuenta con respecto a la reducción de los daños producidos por el tabaco, examinan el potencial existente a la hora de cambiar, parcial o totalmente, el uso de los cigarrillos por otros sistemas, que sean menos dañinos, para el suministro de la nicotina».

En lo que respecta a los profesionales sanitarios, lo anterior, define las bases fundamentales en relación a la reducción de los daños producidos por el tabaco. En vez de insistir en la idea de aplicar una abstinencia absoluta en lo que respecta al tabaco y en lo relativo a todas las formas de nicotina, los profesionales sanitarios, deberían ayudar a quienes elijan fumar cigarrillos, para que puedan cambiar a maneras que sean menos peligrosas, en lo que respecta a la ingesta de nicotina

Los médicos con experiencia saben que es más fácil hablar que obrar. Igualmente, los pacientes exigen saber cuáles son los beneficios que obtendrán de dichos cambios. Merecen obtener una respuesta coherente y basada en pruebas científicas.

LOS PRINCIPIOS DE LA THR PARA AQUELLOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJAN DEMASIADO

Los pilares o puntos que se reconocen principalmente en relación a la reducción de los daños causados por el tabaco son:

FUNDAMENTOS PARA UN USO ADECUADO DE LA

PILAR 1
NO COMIENCE a consumir tabaco (concretamente no fume cigarrillos, porque es la forma más peligrosa de tabaco que existe)

PILAR 2
Si ya ha comenzado a consumir tabaco, DEJE DE HACERLO

PILAR 3
Proteger a los no fumadores de la EXPOSICIÓN al humo de quienes fumen. Como se indicó anteriormente, un cuarto pilar cuyo nombre reza, reducción de los daños producidos por el tabaco, se aboga firmemente en lo que respecta a la salud pública e individual.

PILAR 4
Si a alguien le resultase imposible dejar de fumar, deberá SUSTITUIR o CAMBIAR el consumo de los productos del tabaco, que sean más peligrosos y que necesiten combustión (como por ejemplo, los cigarrillos), por otros productos del tabaco que no necesiten combustión y que sean menos peligrosos en el suministro del tabaco y la nicotina (por ejemplo la nicotina farmacéutica – o – productos del tabaco que, por el contrario, no generen humo, tal como ocurre con el «snus»).

La mayoría de los profesionales sanitarios poseen ya unos buenos conocimientos sobre cómo proporcionar a los pacientes el asesoramiento adecuado sobre los productos. Por esta razón, se encuentran en una excelente posición para poner en práctica la THR, lo que permitirá que puedan ayudar a sus pacientes a que cambien a unas formas de administración del tabaco mucho menos peligrosas. Durante este proceso, los profesionales sanitarios podrán seguir los consejos del Institute of Medicine (IOM)[19], los cuales establecen lo siguiente:

«Un producto es capaz de reducir los daños causados si también reduce la mortalidad y la morbilidad total que están relacionadas con el tabaco, aunque el uso de dicho producto pueda implicar una exposición continua a sustancias tóxicas que estén relacionadas con el tabaco».

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS CLAVE QUE SE OBTIENEN EN RELACIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PROVOCADOS POR EL TABACO?

Beneficios individuales:

Los beneficios que obtienen los fumadores, muestran claramente, que la THR puede reducir la muerte y las enfermedades causadas por las sustancias tóxicas que se encuentran en el humo del tabaco

Para quienes no fumen, la THR les protege del humo pasivo de los fumadores, lo cual, a su vez, evita posibles modelos de conducta a seguir, que, sin duda, ejercen una poderosa influencia en los jóvenes.

Beneficios sociales:

La THR puede beneficiar a la sociedad de diferentes formas:

- Permite reducir la muerte y las enfermedades en las poblaciones nacionales y mundiales;
- Reduce también la pérdida de productividad y la pobreza debido al tabaquismo;
- Reduce los costes sanitarios;
- Ayuda a reducir el coste humano que implican los posibles efectos adversos; y además,
- Reduce también los incendios que son provocados por los fumadores irresponsables.

Existe una evidencia innegable que demuestra que, fumar cigarrillos, constituye la forma más peligrosa posible en la que se pueda consumir la nicotina.

Las formas no combustibles del tabaco son mucho menos dañinas que los cigarrillos; pero más peligrosas que la nicotina pura, que proporciona la industria farmacéutica en sus productos de nicotina.

De hecho, ha quedado ya demostrado que existe un continuo espectro de riesgo que está relacionado con las diferentes formas de suministro de la nicotina. No obstante, en lo que respecta a los usuarios de los productos del tabaco, descender gradualmente en dicho espectro de riesgo, reduce también el daño que se causan a sí mismos.

A nivel nacional, se suele citar con mayor frecuencia el ejemplo sueco, como prueba tangible del concepto de reducción de los daños y como prueba del impacto, socialmente positivo, que dicho concepto implica. Suecia tiene el uso más alto per cápita de un producto del tabaco, sin humo, llamado «snus»; dicho producto puede describirse como una bolsa de tabaco húmeda, que se asemeja bastante a una bolsita de té. Los usuarios colocan el producto en la boca, dentro del labio superior, entre el labio y las encías. Generalmente, los consumidores del «snuss» mantienen el producto dentro de sus labios, de 5 a 15 minutos, lo que les permite recibir la «dosis» de nicotina que desean.[20]

Dicho uso generalizado del «snus», en comparación con el consumo de cigarrillos, ha sido reconocido como un ejemplo enérgico, en lo que respecta a la reducción de los daños causados por el tabaco. Por ejemplo, las tasas de cáncer de pulmón en los hombres suecos son significativamente más bajas que las de Noruega, país el cual, tiene unas tasas más altas de tabaquismo.[6]

Independientemente de la existencia de varios artículos importantes, que ya tratan este tema en concreto, existe un conjunto muy importante de pruebas epidemiológicas que respaldan dichas afirmaciones. *(La epidemiología es la rama de la medicina que se encarga del estudio de las causas, así como de la distribución y del control de las enfermedades en las poblaciones).*

La popularidad y el uso generalizado del «snus» en Suecia, Noruega y Canadá, ha sido el centro de cientos de estudios de salud pública a lo largo de muchas décadas. Dichos estudios, han confirmado el impacto que implica el «snus» en la reducción de los daños causados a las personas, lo que se traduce también, probablemente, en un menor daño para la sociedad.

Otro trabajo de investigación muy importante destaca los beneficios que se obtienen de la reducción de los daños causados por el tabaco. En al año 2018, Levy – y otros –[21] utilizaron un proceso de modelado de simulación para demostrar las posibles muertes que se habían evitado en los Estados Unidos al reemplazar los cigarrillos tradicionales por los cigarrillos electrónicos.

En su estudio, reconocieron que la comunidad para el control del tabaco se ha dividido, con respecto al papel que juegan los cigarrillos electrónicos, en lo que respecta al control del tabaco. No obstante, de acuerdo con sus previsiones, una estrategia para reemplazar el tabaquismo con el así denominado «vapeo», produciría unos beneficios muy importantes que se traducirían en obtener años de vida, incluso teniendo en cuenta previsiones pesimistas con respecto al cese, a la iniciación y a los daños relativos.

La reducción de los daños provocados por el tabaco sigue siendo un tema controvertido[22,23], pero que, a su vez, continua aumentando el número de pruebas que demuestran que podría ser un elemento transformador, en lo que respecta a la reducción de la carga de las enfermedades, de hecho, en la actualidad, muchos científicos reconocen en este sistema la oportunidad inherente de obtener una reducción rápida, en lo que respecta al riesgo de las enfermedades.[24]

«Existe una gran cantidad de pruebas que indican que, el concepto de reducción de los daños provocados por el tabaco, podría ser un elemento transformador, en lo que respecta a la reducción de las cargas de morbilidad».

REFERENCES

1. **Harm Reduction International (HRI) [Internet]. HRI; 2020 What is harm reduction? [cited 2020 Sep 2].**
Available from: https://www.hri.global/what-is-harm-reduction

2. **Alderman J, Dollar KM, Kozlowski LT. Understanding of anger, contempt, and disgust in public health policy disputes: Applying moral psychology to harm reduction debates. J Public Health Policy [Internet] 2010 Apr [cited 2020 Sep 2]; 31(1):1-16.**
Available from: https://link.springer.com/article/10.1057/jphp.2009.52

3. **Kozlowski LT, O'Connor RJ, Edwards BQ. Some practical points on harm reduction: What to tell your lawmaker and what to tell your brother about Swedish snus. Tob Control. 2003; 12:372-373.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/12/4/372.full.pdf

4. **Fewtrell L, Kaufmann RB, Kay D, Enanoria W, Haller L, Colford, JM. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: A systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2020 Sep 2]; 5(1):42-52.**
Available from: https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(04)01253-8/fulltext

5. **Curtis V, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: A systematic review. Lancet Infect Dis [Internet]. 2003 May 1 [cited 2020 Sep 2]; 3:275-281.**
Available from: https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(03)00606-6/fulltext

6. **Ensink J. WELL fact sheet: Health impact of handwashing with soap [Internet]. WELL; 2007 Apr 02 [cited 2020 Sep 2].**
Available from: https://www.lboro.ac.uk/orgs/well/resources/fact-sheets/fact-sheets-htm/Handwashing.htm

7. **World Health Organization [Internet]. Tobacco free initiative (TFI): MPOWER; 2013 [cited 2016 Jul 18].**
Available from: https://www.who.int/tobacco/mpower/en/

8. **World Health Organization. Framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf ;jsessionid=C2AA36D0A77C222 EBBCC794FBF3652E5?sequence=1

9. **Bates C. Who or what is the World Health Organization at war with? The Counterfactual [Internet]. 2016 May 23 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.clivebates.com/who-or-what-is-the-world-health-organisation-at-war-with/

10. **Russell MJ. Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. BMJ [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2020 Aug 31]; 1:1430-1433.**
Available from: https://www.bmj.com/content/1/6023/1430

11. **Health and Social Care Information Centre. Statistics on smoking: England 2014. 2014 Oct 8 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub14xxx/pub14988/smok-eng-2014-rep.pdf

12. **Farsalinos KE, Polosa R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: A systematic review. Ther Adv Drug Saf [Internet]. 2014 Feb 13 [cited 2020 Aug 31]; 5(2):67–86.**
Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2042098614524430

REFERENCES (cont.)

13 **Lee PN, Epidemiological evidence relating snus to health–an updated review based on recent publications, Harm Reduct J [Internet]. 2013 Dec 6 [cited 2020 Aug 31]; 10(article 36).**
Available from: https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-10-36

14 **US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - 50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. 1081 p. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf

15 **Russell MJ. Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. BMJ [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2020 Aug 31]; 1:1430-1433.**
Available from: https://www.bmj.com/content/1/6023/1430

16 **Stratton K, Shetty P, Wallace R, Bondurant S, editors. Clearing the smoke: Assessing the science base for tobacco harm reduction. Washington (DC): Institute of Medicine, National Academy Press; 2001.**

17 **Royal College of Physicians. Harm reduction in nicotine addiction: Helping people who can't quit [Internet]. London: RCP; 2007.**
Available from: https://www.heartland.org/_template-assets/documents/Vaping%20Studies/1-26-2017/Harm-Reduction-in-Nicotine-Addiction.pdf

18 **American Association of Public Health Physicians. AAPHP resolution and white paper: The case for harm reduction for control of tobacco-related illness and death. American Association of Public Health Physicians; 2008 Oct 26.**
Available from: https://www.aaphp.org/Resources/Documents/20081026HarmReductionResolutionAsPassedl.pdf

19 **Stratton K, Shetty P, Wallace R, Bondurant S, editors. Clearing the smoke: Assessing the science base for tobacco harm reduction - executive summary. Tob Con [Internet]. 2001; 10:189-195.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/10/2/189

20 **Wikipedia [Internet]. Wikimedia Foundation; 2020 Snus; [updated 2020 Sep 2; cited 2020 Sep 2].**
Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Snus#:~:text=Swedish%20snus%20is%20a%20moist,pouches%20known%20as%20portion%20snus.

21 **Levy DT, Borland R, Lindblom EN, Goniewicz ML, Meza R, Holford TR et al. Potential deaths averted in USA by replacing cigarettes with e-cigarettes. Tob Con [Internet]. 2017 Oct [cited 2020 Sep 2]; 27(1).**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/18

22 **Abrams DB. Promise and peril of e-cigarettes: Can disruptive technology make cigarettes obsolete? Jama [Internet]. 2014 Jan 8 [cited 2020 Aug 31]; 311(2):135-136.**
Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1812971

23 **Maziak W. Potential and pitfalls of e-cigarettes – Reply. Jama [Internet]. 2014 May 14 [cited 2020 Aug 31]; 311(18):1922–1923.**
Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1869204

24 **Letter to Dr Margaret Chan, Director General WHO. Reducing the toll of death and disease from tobacco – tobacco harm reduction and the Framework Convention on Tobacco Control. 2014 May 16 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://nicotinepolicy.net/documents/letters/MargaretChan.pdf

CAPÍTULO 3

Nicotina: Una molécula malentendida

Aunque la nicotina puede ser adictiva, no es causante de enfermedades. Punto.[1] Ciertos estudios han demostrado esto desde hace mucho tiempo. Por lo tanto, como herramienta para reducir el daño, la nicotina es un sustituto extremadamente útil para el tabaco de combustión. El mundialmente reconocido investigador en farmacología de la nicotina en seres humanos y veterano en el control del tabaco en el Centro para la Investigación y Educación en Control del Tabaco de la Universidad de California, Dr. Neal Benowitz, señala que «Si mucho, la nicotina desempeña un papel pequeño como factor de enfermedades inducidas por fumar.» [1] [2]

Fotografía de Ryoji Iwata en Unsplash

Fotografía de Ümit Bulut en Unsplash

Lamentablemente, aún persisten mitos significativos sobre la nicotina entre médicos y público por igual.[1] La percepción errónea sobre los daños de la nicotina entre profesionales de la salud es inaceptable y contraria a los intereses de sus pacientes.

En la encuesta de Patel et al.[1] [3] de 2013 en la Universidad de Louisville, Kentucky, participaron 826 miembros académicos de las escuelas de Medicina, Salud Pública, Odontología y Enfermería (57 % de los encuestados fueron hombres). De los participantes, el 38 % consideró que incluso sin fumar, la nicotina es un factor de alto riesgo de ataques cardíacos y embolias. Además, el 50 % consideró la propia nicotina como un factor de riesgo moderado.

Para casos de cáncer, el 38 % de los académicos consideraron la nicotina como un factor de alto riesgo, y 37 %, como un factor de riesgo moderado. Estos porcentajes fueron 32 % y 40 %, respectivamente, para el cáncer de boca. Los profesores de género masculino encuestados parecieron moderadamente mejor informados que sus contrapartes de género femenino, pues los profesores hombres fueron más propensos a evaluar los cigarrillos como de mayor riesgo que la nicotina (por índice de probabilidad de 1,88 a 2,30).[1] [3]

En 2019, Ferrara et al.[1] [4] llevaron a cabo una encuesta en línea a 256 residentes de salud pública en la Unión Europea (143 mujeres y 106 hombres). De los encuestados, el 62 % sostuvo que la propia nicotina causa cáncer, y más del 72 % consideró que la aterosclerosis es causada por la nicotina.

Si los profesionales de la salud no entienden la nicotina, ¿cómo podemos esperar que el público sepa que la nicotina no es causante de enfermedades? Considérese, por ejemplo, que en el Reino Unido, 40 % del público cree que la nicotina ocasiona tipos de cáncer relacionados con fumar.[1] [5]

Los fumadores tanto hombres como mujeres sostienen ampliamente la percepción errónea de que la nicotina causa enfermedades. Esto podría explicar, en parte, la relativa baja utilización de la terapia de reemplazo de la nicotina (TRN).[1] [6]

Un estudio de 2016 con 1 047 clientes en los servicios de apoyo para dejar de fumar en el Reino Unido halló que incluso entre los fumadores que eligen la TRN como tratamiento, un porcentaje tan bajo como 6,0 % (IC 4,3, 8,3) seguían usando la TRN en el seguimiento de un año, lo que denota el limitado éxito de las TRN como sustitutas.[1] [7]

De acuerdo con Abrams et al.[1] [8], es fundamental distinguir las consecuencias de la adicción a la nicotina de las preocupaciones sobre el daño causado a adultos fumadores: «Hay que disipar la equivocada pero popular creencia de que la nicotina es factor de riesgo de enfermedad y de cáncer, en lugar del humo de la combustión.»

Sin duda, hay una urgente necesidad de que los profesionales de la salud y el público tengan acceso a información precisa sobre el perfil de riesgo y la base de evidencias para el uso terapéutico y recreativo de la nicotina.[1]

Los pacientes que valoran la nicotina no son solo aquellos que intentan dejar de fumar recurriendo a la terapia de reemplazo de la nicotina. También se trata de quienes consideran útil la nicotina para mejorar la productividad, incrementar la concentración y reducir la ansiedad. Otro grupo de pacientes que fuma como manera de lidiar con su enfermedad sufre de ciertas condiciones de salud mental, como depresión, desórdenes de déficit de atención y esquizofrenia. Es de suponerse que la ingesta de nicotina les proporciona parte de los beneficios que experimentan.

Los pacientes con esquizofrenia tienen una alta tasa de consumo de cigarrillos. Presentan carencias significativas de procesamiento sensorial que los efectos agudos de la nicotina inhalada pueden mejorar. En un estudio reciente, Dulude et al.[9] mostraron que la nicotina concentrada puede ayudar a normalizar ciertos aspectos del procesamiento de la memoria sensorial en pacientes con esquizofrenia. Esto podría tener implicaciones para la comprensión de la relación íntima entre fumar tabaco y la esquizofrenia. Asimismo, podría acentuar la necesidad de desarrollar farmacoterapias con nicotina para aliviar las deficiencias de la memoria sensorial en casos de esquizofrenia.

No obstante, el mayor problema de salud pública es que casi una quinta parte de las personas consumen nicotina a través de fumar cigarrillos. Aunque los peligros de fumar están bien documentados, los fumadores no dejarán el hábito, sin importar los impuestos elevados, las restricciones para el uso, la reprobación social ni el conocimiento de que están dañando la salud propia y de terceros.

¿POR QUÉ SE LLAMA NICOTINA?

El nombre nicotina se debe a Jean Nicot de Villemain, un diplomático y erudito francés que fungió como embajador de Francia en Portugal de 1559 a 1561. Le fascinaba el uso que hacían los portugueses del tabaco rapé. En cierto momento envió a París hojas y semillas de tabaco, las cuales originalmente provenían de Brasil, debido al interés que tenía en su uso medicinal.

También describió los efectos de la planta del tabaco como «panacea», un término referente a la diosa griega de la curación. Se le consideraba un remedio para todas las enfermedades. El rapé obtenido de la planta del tabaco se volvió muy popular en París, especialmente entre la gente adinerada. Con el tiempo, la planta del tabaco se conoció como Nicotiana tabacum,[10] mientras que su ingrediente activo pasó a llamarse nicotina.[11]

«La nicotina obtiene su nombre de Jean Nicot de Villemain, un diplomático y erudito francés que fue embajador de Francia en Portugal de 1559 a 1561.»

ORÍGENES Y ESTRUCTURA BIOQUÍMICA DE LA NICOTINA

De manera sorpresiva, la nicotina se encuentra en diversas plantas, como tomates, berenjenas e incluso patatas. Sin embargo, las mayores cantidades se encuentran en la planta del tabaco. Es interesante advertir que, aunque el tabaco había sido usado durante siglos, los científicos lograron identificar el ingrediente activo de la planta del tabaco en el laboratorio recién a comienzos del siglo XIX.

Dos investigadores, Cerioli y Vauquelin, extrajeron con éxito una sustancia aceitosa de la planta, que primero llamaron «nicotanine» en honor a Jean Nicot. Después, en 1828, Posselt y Reimann, dos investigadores de la Universidad de Heidelberg, purificaron el extracto y lo llamaron «Nikotin». En su forma pura, la nicotina es un líquido aceitoso de color amarillo pálido. La fórmula de la nicotina, $C_{10}H_{14}N_2$, se estableció en 1840 y desde entonces fue posible sintetizar el compuesto en el laboratorio. Los productos del tabaco contienen cientos de sustancias, mientras que el humo que se general al quemarlos contiene más de 6 000 sustancias nocivas tóxicas. Sin embargo, el factor común en todos los tipos de productos del tabaco es la nicotina, ya sea fumada on en presentaciones sin humo.[12] [13]

CÓMO ABSORBE EL CUERPO LA NICOTINA

Para el profesional de la salud, es importante conocer el mecanismo básico de absorción y distribución de la nicotina en el cuerpo. La nicotina se descompone en el hígado por el citocromo P450, el cual también metaboliza activamente muchas otras sustancias.

Esto debe tenerse en cuenta al prescribir nicotina para uso medicinal a los pacientes. El principal producto metabolizado de la nicotina es la cotinina, que es secretada por los riñones. Los riñones secretan aproximadamente 10 % de la nicotina sin procesar, un factor clave que debe recordarse cuando se trata de pacientes con deficiencia renal. La nicotina también es secretada en la saliva y la leche materna, y atraviesa la placenta.

«Se estima que la nicotina del tabaco que se fuma alcanza el cerebro unos 10 segundos más rápido queun medicamento administrado por vía intravenosa.»

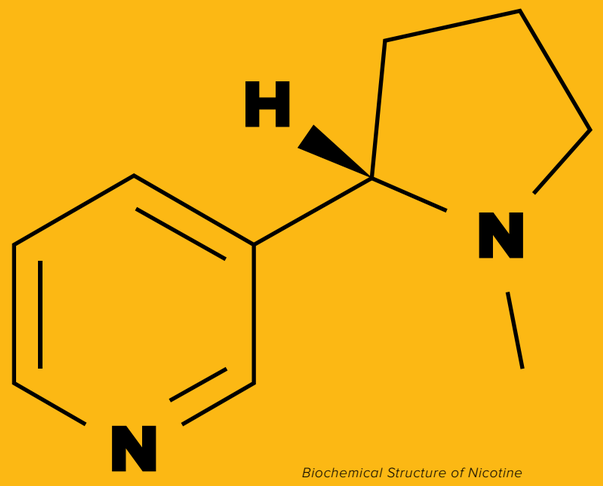
El principal efecto de la nicotina en el cuerpo se debe a la estimulación directa de los receptores nicotínicos de acetilcolina presentes en la médula adrenal, el sistema nervioso central y el músculo esquelético.

El primer efecto estimulante de la nicotina ocurre cuando la estimulación de la glándula suprarrenal conduce a la liberación de adrenalina. La adrenalina incrementa la glucemia y la respiración, y causa vasoconstricción (estrechamiento de las arterias), lo que deriva en una presión sanguínea y frecuencia cardíaca mayores. En el corazón, tiene el potencial de causar arritmias (frecuencia cardíaca irregular), mientras que la vasoconstricción puede causar angina. En el cerebro, esta estimulación (en especial a través del circuito de recompensa de la dopamina) produce los sentimientos de relajación y euforia. También despierta la agudeza y estado de alerta.

Debido al efecto positivo general de la nicotina en el cerebro (en especial respecto a la agudeza, el estado de alerta y al concentración), puede ser peligroso forzar a algunos pacientes que tienen trabajos de alto rendimiento, como pilotos, cirujanos y operadores de maquinaria pesada, a dejarla de forma repentina. La pérdida de concentración y alerta combinada con los síntomas de la abstinencia puede ser bastante peligrosa.[14]

Puesto que la nicotina pasa por un metabolismo exhaustivo en el cuerpo, la separación de la nicotina en seis metabolitos (principalmente en el hígado) permite a los científicos medir objetivamente el éxito del abandono del tabaco. La cotinina tiene la mayor concentración de metabolitos de la nicotina en la sangre y a menudo se usa para verificar si un paciente realmente ha dejado de fumar.

También tiene una vida media en el plasma más larga que la de la nicotina (16-20 horas), por lo que es útil solicitar esta prueba de laboratorio cuando resulta necesario.[15]



Biochemical Structure of Nicotine

LA NICOTINA COMO LA PRINCIPAL SUSTANCIA ADICTIVA DEL TABACO

La nicotina brinda a sus consumidores un «golpe» o «ráfaga» que es más fuerte al fumar cigarrillos. Esta es una razón por la que la nicotina es tan adictiva cuando se consume a través de cigarrillos. Sin embargo, otros factores también contribuyen a las propiedades adictivas de la nicotina.

Como señala el Dr. Neal Benowitz,[2] «La adicción al tabaco (igual que todas las adicciones a fármacos) implica la interacción de farmacología, factores aprendidos o condicionados, genética, y factores sociales y ambientales (incluido el diseño y la mercadotecnia de los productos del tabaco).»

Quizá algunos profesionales de la salud se pregunten por qué es tan difícil usar nicotina medicinal para disuadir a sus pacientes de fumar cigarrillos; la respuesta yace en cómo el cuerpo absorbe, distribuye y descompone la nicotina. Mientras que la absorción de nicotina a partir productos farmacéuticos como la goma de mascar puede requerir unos minutos, los niveles arteriales de nicotina se llevan apenas unos 20 segundos para llegar al máximo después de cada calada de un cigarrillo. Por increíble que parezca, se estima que la nicotina del tabaco fumado alcanza el cerebro unos 10 segundos más rápido que la de un fármaco administrado por vía intravenosa.[16]

Tal efecto es enfatizado por el hecho de que, de acuerdo con Benowitz,[2] fumar es «una forma sumamente eficiente de administrar medicamentos», ya que la rapidez con que la nicotina inhalada se absorbe y entra en el cerebro refuerza los efectos de la droga.

Incluso si se compara con drogas duras como la cocaína y la morfina, la nicotina es de cinco a diez veces más potente en términos de su capacidad para producir efectos conductuales y psíquicos asociados con el potencial adictivo en seres humanos, incluidas las mediciones de placer y satisfacción.[16]

En contraste, las diversas formas de nicotina medicinal (TRN o terapias de reemplazo de la nicotina) dosifican la nicotina mucho más lentamente.[17] Las TRN se diseñaron específicamente para minimizar su potencial adictivo.

RIESGOS DE LA NICOTINA MEDICINAL

El uso de la terapia de reemplazo de la nicotina durante los últimos 20 años o más ha producido la mejor evidencia en el ámbito de pruebas clínicas y estudios observacionales de que la nicotina es una droga segura.[18][19]

Si bien las TRN pueden tener algunos efectos locales adversos, estos se vinculan más con la forma en que se ingiere la nicotina. Por ejemplo, quienes usan por primera vez las bolsas de snus sueco tienden a informar una sensación incómoda de ardor e irritación local en la boca.

Aunque no hay evidencia clara de que la nicotina pueda tener efectos cardiovasculares agudos, se le ha asociado con efectos cardiovasculares adversos tales como palpitaciones.[20][21]

El uso de nicotina medicinal en el largo plazo puede implicar algunos riesgos[22]:

- El efecto directo en los vasos sanguíneos puede causar disfunción endotelial; sin embargo, diversos estudios han mostrado que no hay incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular entre las personas que continúan fumando a la par que utilizan nicotina medicinal, o en pacientes con enfermedad cardiovascular que consumen nicotina medicinal.
- Deficiencias en la cicatrización de heridas.
- Potencial neurotoxicidad en el feto en desarrollo.

¿LA NICOTINA MEDICINAL CAUSA CÁNCER?

Los médicos pueden esperar que los pacientes les pregunten si la nicotina medicinal causa cáncer. Este es un debate en curso, y hay evidencia contradictoria de que la nicotina podría favorecer el crecimiento de tumores malignos en seres humanos.[23][24]

Algunos ex fumadores que optan por el tabaco sin humo pueden presentar un mayor riesgo de cáncer de pulmón que los fumadores que dejan el tabaco por completo. Sin embargo, la exposición a nitrosaminas específicas del tabaco (NAET) del tabaco sin humo, a diferencia de la nicotina, podría ser responsable del mayor riesgo de cáncer de pulmón o contribuir a este. La experiencia en Suecia es otro argumento contra la idea de que la nicotina es carcinógena. Una vida de uso de snus entre hombres suecos no ha incrementado el riesgo de ningún tipo de cáncer salvo el de páncreas.[25]

Aún más persuasivo es el revolucionario informe de 2007 a cargo del Royal College of Physicians del Reino Unido, *«Harm Reduction in Nicotine Addiction: Helping people who can't quit»*. (Reducción del daño en la adicción a la nicotina: Ayudando a quienes no la pueden dejar).

Se concluye que [26]: *«No hay evidencia directa de que la TRN sea carcinógena ni de que influya en el riesgo de otras enfermedades comúnmente relacionadas con fumar en seres humanos.»* En comparación con el riesgo al que están sometidos los fumadores de cigarrillos, los profesionales de la salud pueden quedar tranquilos de que sus pacientes podrían usar productos de la nicotina tales como TRN de forma segura.

EXPERIENCIA DE LAS COMPAÑÍAS TABACALERAS Y PRODUCTORAS DE NICOTINA

Aunque la comunidad de salud pública a menudo lo pasa por alto, un dato importante sobre la nicotina es que las empresas de tabaco y productos de la nicotina tienen una comprensión profunda de esta. De hecho, durante mucho tiempo han usado ese conocimiento para su propio beneficio comercial. El jefe de investigación sobre la nicotina de Philip Morris Tobacco Company, William L. Dunn, ha resumido el efecto l de a nicotina de esta forma:[27][28]

> **“«En comparación con el riesgo al que están sometidos los fumadores de cigarrillos, los profesionales de la salud pueden quedar tranquilos de que sus pacientes podrían usar productos de la nicotina tales como terapias de reemplazo de la nicotina de forma segura.»**

«El cigarrillo debería concebirse no como un producto, sino como un empaque. El producto es la nicotina... Pensad en el paquete de cigarrillos como un contenedor del suministro diario de nicotina... Pensad en el cigarrillo como el dispensador de una dosis unitaria de nicotina... Pensad en una calada de humo como el vehículo de la nicotina... El humo, sin duda, es el vehículo óptimo de la nicotina, y el cigarrillo, el dispensador óptimo de humo.»

Por regla general, los datos científicos obtenidos por la industria del tabaco no se consideran fiables. Sin embargo, su pericia y datos científicos relativos a la nicotina podrían contribuir a hallar soluciones para reducir el daño por fumar tabaco.

REFERENCES

1. **O'Leary R, Polosa R. Tobacco harm reduction in the 21st century. DAT [Internet]. 2020 Jul [cited 2020 Aug 27]; ahead-of-print.**
Available from: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-02-2020-0007/full/html

2. **Benowitz NL. Nicotine addiction. N. Engl. J. Med [Internet]. 2010 Jun [cited 2020 Aug 27]; 362(24):2295-2303.**
Available from: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra0809890

3. **Patel D, Peiper N, Rodu B. Perceptions of the health risks related to cigarettes and nicotine among university faculty. Addict Res Theory [Internet]. 2012 Jun [cited 2020 Aug 27]; 21(2):154-159.**
Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/16066359.2012.703268

4. **Ferrara P, Shantikumar S, Cabral Verı´ssimo V, Ruiz-Montero R, Masuet-Aumatell C, Ramon-Torrell JM. Knowledge about e-cigarettes and tobacco harm reduction among public health residents in Europe. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019 Jun [cited 2020 Aug 27]; 16(12):1-13.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6617304/

5. **McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L, Robson, D. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England; 2018. 243 p**
Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf

6. **Black A, Beard E, Brown J, Fidler J, West R. Beliefs about the harms of long-term use of nicotine replacement therapy: Perceptions of smokers in England. Addiction [Internet]. 2012 May [cited 2020 Aug 27]; 107(11):2037-2042.**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2012.03955.x

7. **Shahab L, Dobbie F, Hiscock R, McNeill A, Bauld, L. Prevalence and impact of long-term use of nicotine replacement therapy in UK stop-smoking services: Findings from the ELONS study. Nicotine Tob Res [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Aug 27]; 20(1):81-88.**
Available from: https://www.researchgate.net/publication/308600023_Prevalence_and_Impact_of_Long-term_Use_of_Nicotine_Replacement_Therapy_in_UK_Stop-Smoking_Services_Findings_From_the_ELONS_Study

8. **Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins, LK, Niaura, RS. Harm minimization and tobacco control: Reframing societal views of nicotine use to rapidly save lives. Annu. Rev. Public Health [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 27]; 39(1):193-213.**
Available from: https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-040617-013849

9. **Dulude L, Labelle A, Knott VJJ. Acute nicotine alteration of sensory memory impairment in smokers with schizophrenia. Clin Psychopharmacol [Internet]. 2010 Oct [cited 2020 Aug 27]; 30(5):541-548.**
Available from: https://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2010/10000/Acute_Nicotine_Alteration_of_Sensory_Memory.9.aspx

10. **Borio G. The history of tobacco part I [Internet]. History Net; 1997 [cited 2010 Aug].**
Available from: http://www.historian.org/bysubject/tobacco1.htm

11. **Henningfield JE, Zeller M. Nicotine psychopharmacology research contributions to United States and global tobacco regulation: A look back and a look forward. Psychopharmacology [Internet]. 2006 May [cited 2020 Aug 27]; 184(3-4):286–91.**
Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16463054/

12. **Ghosheh OA, Dwoskin LP, Miller DK, Crooks PA. Accumulation of nicotine and its metabolites in rat brain after intermittent or continuous peripheral administration of [2'- (14) C] nicotine. Drug Metab Dispos [Internet]. 2001 Oct [cited 2020 Aug 27]; 29:645–51.**
Available from: https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.976.8895&rep= rep1&type=pdf

REFERENCES (cont.)

13 **Crooks PA, Dwoskin LP. Contribution of CNS nicotine metabolites to the neuropharmacological effects of nicotine and tobacco smoking. Biochem Pharmacol [Internet]. 1997 Oct [cited 2020 Aug 27]; 54:743-53.** Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006295297001172?via%3Dihub

14 **Giannakoulas G, Katramados, A, Melas N, Diamantopoulos I, Chimonas E. Acute effects of nicotine withdrawal syndrome in pilots during flight. Aviat Space Environ Med [Internet]. 2003 Mar [cited 2020 Aug 27]; 74(3):247-51.** Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12650272/

15 **Benowitz NL, Kuyt F, Jacob P, Jones RT, Osman AL. Cotinine disposition and effects. Clin Pharmacol Ther [Internet]. 1983 Nov [cited 2020 Aug 27]; 34:604–11.** Available from: https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/clpt.1983.222

16 **Rose JE, Behm FM, Westman EC, Coleman RE. Arterial nicotine kinetics during cigarette smoking and intravenous nicotine administration: Implications for addiction. Drug Alcohol Depend [Internet]. 1999 Sep [cited 2020 Aug 27]; 56:99-107.** Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10482401/

17 **Hukkanen J, Jacob P, Benowitz NL. Metabolism and disposition kinetics of nicotine. Pharmacol Rev [Internet]. 2005 Apr [cited 2020 Aug 27]; 57:79-115.** Available from: https://www.researchgate.net/publication/7998594_Metabolism_and_Disposition_Kinetics_of_Nicotine

18 **West R, DiMarino ME, Gitchell J, McNeill A. Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation. Tob Control [Internet]. 2005 Jun [cited 2020 Aug 27]; 14:166–71.** Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/14/3/166.full.pdf

19 **Silagy C, Lancaster T, Stead L, Amant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2004 [cited 2020 Aug 27]; (3):CD000146.** Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub2/full

20 **Zevin S, Jacob P, Benowitz NL. Dose-related cardiovascular and endocrine effects of transdermal nicotine. Clin Pharmacol Ther [Internet. 1998 Jul [cited 2020 Aug 27]; 64:87–95.** Available from: https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0009-9236%2898%2990026-1

21 **Dacosta A, Guy JM, Tardy B, Gonthier R, Denis L, Lamaud M, et al. Myocardial infarction and nicotine patch: A contributing or causative factor? Eur Heart J [Internet]. 1993 Dec [cited Aug 27]; 14(12):1709–1711.** Available from: https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/14/12/1709/488055

22 **Benowitz NL, editor. Nicotine safety and toxicity. New York: Oxford University Press; 1998.** Available from: https://global.oup.com/academic/product/nicotine-safety-and-toxicity-9780195114966?cc=za&lang=en&

23 **Cooke JP, Bitterman H. Nicotine and angiogenesis: A new paradigm for tobacco-related diseases. Ann Med [Internet]. 2004 Feb [cited 2020 Aug 27]; 36:33–40.** Available from: https://www.researchgate.net/publication/7141745_Nicotine_and_angiogenesis_A_new_paradigm_for_tobacco-related_diseases

24 **Heeschen C, Jang JJ, Weis M, Pathak A, Kaji S, Hu RS, et al. Nicotine stimulates angiogenesis and promotes tumor growth and atherosclerosis. Nat Med [Internet]. 2001 Jul [cited 2020 Aug 27]; 7:833-839.** Available from: https://www.nature.com/articles/nm0701_833

REFERENCES (cont.)

25 **Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: Implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. Clin Pharmacol Ther [Internet]. 2008 May [cited 2020 Aug 27]; 83(4): 531-541.** Available from: https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/clpt.2008.3

26 **Royal College of Physicians. Harm reduction in nicotine addiction: Helping people who can't quit [Internet]. London: RCP; 2007.** Available from: https://www.heartland.org/_template-assets/documents/Vaping%20Studies/1-26-2017/Harm-Reduction-in-Nicotine-Addiction.pdf

27 **Hurt RD, Robertson CR. Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: The Minnesota Tobacco Trial. J Am Med Assoc [Internet]. 1998 Oct [cited 2020 Aug 27]; 280(13):1173-1181.** Available from: https://doi.org/10.1001/jama.280.13.1173

28 **Bates C, Jarvis M, Connolly GN. Tobacco additives: Cigarette engineering and nicotine addiction. London: ASH; 1999.** Available from: https://www.researchgate.net/publication/242598454_Tobacco_Additives_Cigarette_Engineering_and_Nicotine_Addiction

CAPÍTULO 4

Productos utilizados en la reducción de los daños causados por el tabaco

El consumo masivo de productos del tabaco y la nicotina ha mostrado un patrón cíclico muy interesante desde el siglo XVII. Durante dicho siglo, la pipa fue el producto de tabaco que se prefería en Europa, no obstante, el rapé lo superó a principios del siglo XVIII. Posteriormente, fueron los cigarros los que tomaron el control del mercado, a finales del siglo XVIII. Después, siguieron los cigarrillos enrollados a mano, momento en el cual se utilizaron los restos del papel de los cigarros para liar los cigarrillos.

En cualquier caso, el cambio radical se produjo a principios de la década de 1880, con la introducción de la máquina de Bonsack (para liar los cigarrillos). Dicha máquina para liar los cigarrillos representó una «innovación desestabilizadora» que cambió la industria tabacalera para siempre. Rápidamente fue capaz de reemplazar el ritual de enrollado manual del tabaco, por lo que el cigarrillo producido en masa se convirtió en un producto de moda para la época. Los cigarrillos y muy concretamente, los cigarrillos blancos, se convirtieron en el producto dominante, a nivel mundial, de toda la industria tabacalera.[2]

Foto realizada por Joshua Earle en Unsplash

Photo by cottonbro from Pexels

EL TABACO COMBUSTIBLE: CONOCER EL PRODUCTO PARA ENTENDER EL PROBLEMA

Antes de analizar aquellos productos que sean potencialmente menos dañinos que el tabaco tradicional, es importante volver a analizar los cigarrillos, sin duda, un producto que disfruta de un enorme éxito comercial, pero que, no obstante, también es uno de los productos más mortíferos de todos los tiempos, por desgracia.

- Distribución: los cigarrillos representan el producto del tabaco que goza del mayor consumo, lo que también los convierte en un medio para el suministro de la nicotina. De todos los productos del tabaco que se venden, el 92 % son cigarrillos (se consumen aproximadamente unos 6,3 billones de cigarrillos al año). Aunque la mayoría de los cigarrillos se fabrican industrialmente, también es cierto que algunos se lían a mano. Cada día se fuman más de 15 mil millones de cigarrillos en todo el mundo. En la actualidad, uno de cada tres cigarrillos que se están fumando en el mundo, está siendo fumado en China.

- Modo de acción: los cigarrillos se encienden y el humo es inhalado hacia los pulmones, lugar donde se absorbe muy rápidamente pasa al torrente sanguíneo. Fisiológicamente, esto significa que la nicotina entra rápidamente en la sangre arterial, lo que hace que el suministro de nicotina llegue al cerebro en segundos. Un cigarrillo produce un «impacto» potente o un «subidón» para el fumador – el cual, es mucho más eficaz y rápido que cualquier otro dispositivo existente para el suministro de la nicotina, lo que incrementa enormemente su potencial adictivo.[3][4] Cada cigarrillo contiene un promedio de 10a 12 mg de contenido en nicotina.

«Un cigarrillo produce en el fumador un *impacto* potente o lo que se conoce como un *subidón* , creando dicho efecto de forma mucho más eficaz y rápida, en comparación con cualquier otro producto existente para el suministro de la nicotina, lo que incrementa enormemente su potencial adictivo».

- Perfil de riesgo: los cigarrillos representan el sistema de suministro de nicotina más peligroso que existe en el mercado, ya que causan daños en casi todas las partes del cuerpo. Los cigarrillos son los responsables del 90 % de todos los cánceres, del 30 % de todas las enfermedades cardíacas y del 30 % de todas las enfermedades pulmonares obstructivas y crónicas.[5]

Y SIN COMBUSTIÓN, A TRAVÉS PRODUCTOS A BASE DE NICOTINA: UNA SOLUCIÓN RAZONABLE

En el ámbito sanitario, el innovador descubrimiento de los antibióticos produjo un efecto enorme en los sistemas de salud pública, salvando a cientos de millones de vidas gracias a los medicamentos, lo cuales, demostraban ser capaces de poder combatir con éxito las enfermedades bacterianas. Igualmente, las estatinas también desarrollaron un papel fundamental en la prevención de los altos niveles de colesterol y en lo relativo a las enfermedades cardiovasculares. No obstante, los cambios positivos no siempre tienen que sustentarse en nuevos inventos. De hecho, sin tener que inventar algo nuevo también podemos modificar los productos ya existentes para mejorar la salud o, al menos, para reducir los daños; lo cual, también puede transformar la sociedad de una manera positiva.

> **«Estamos en la cima de una tendencia que se acelera, con unos productos especiales basados en la nicotina, que lo cambiaran todo. Los consumidores exigen unos nuevos productos basados en la nicotina que sean mucho menos dañinos, exigiendo además que sean fáciles de usar, eficaces y que tengan una acción rápida, con la intención de poder utilizarlos como sustitutos de los cigarrillos».**
> *– Dr. Delon Human, director general de la Africa Harm Reduction Alliance (AHRA) – «Asociación Africana para la Mitigación de los Daños»*

Dado este panorama cambiante, es importante que los profesionales sanitarios tengan, al menos, un conocimiento básico de los productos basados en el tabaco y la nicotina que se encuentran disponibles en la actualidad. Es incluso mas importante que comprendan los riesgos que están relacionados con el uso de los diferentes productos ya existentes. Es necesario volver a recalcar que, entre las diferentes categorías de productos, existe una gran diferencia en el perfil de riesgo, diferencia que incluso se encuentra presente dentro de las propias categorías.

«Los datos epidemiológicos nos dicen que los productos del tabaco que suministran nicotina, pueden llegar a variar considerablemente en cuanto a la nocividad de los mismos. Dentro de cada categoría de producto existe una variación (algunas veces bastante amplia) en lo que respecta a las dosis y a la forma de uso, no obstante, los extremos de dicho espectro difieren en lo relativo a la nocividad en cantidades muy importantes.» [1][6]

SISTEMAS ALTERNATIVOS PARA EL SUMINISTRO DE LA NICOTINA (ANDS)

Una creciente gama de tecnologías puede brindar una dosis aceptable o satisfactoria de nicotina sin combustión. Estos sistemas alternativos para el suministro de la nicotina (por sus siglas en inglés – ANDS) están evolucionando rápidamente, en parte, debido a los avances que se están produciendo en la tecnología de las baterías, los cuales, proporcionan una alta potencia y la densidad de energía suficiente; todo ello en una forma compacta que se integra perfectamente en los productos de consumo. Hay también más sistemas del tipo ANDS que son tradicionales, como por ejemplo el tabaco sin humo, los cuales, eliminan casi todos los riesgos para la salud y pueden elaborarse con unos altos estándares de calidad.

Por favor, tenga en cuenta que las ilustraciones que se indican a continuación muestran solo los productos del 2020 y no pretenden ofrecer un conjunto completo de todos los productos que están disponibles en la actualidad.

Productos con

Fusión de los

Productos del tabaco que

Sin humo

Inhaladores de tabaco

Productos novedosos basados en la nicotina

Sistemas alternativos para el suministro

Los productos basados en el vapor utilizan una batería para calentar líquidos con aromatizantes, que contienen nicotina de tipo farmacéutico junto con un diluyente inerte (tal como el propilenglicol). Gracias a lo anterior, se crea un aerosol de pequeñas gotas de líquido que contiene nicotina, dicho aerosol es inhalado por el consumidor, por lo que la nicotina se absorbe en la boca, en la garganta y en los pulmones. Dichos productos se suministran de formas variadas y diferentes:

- Los dispositivos de primera generación se parecen más a los cigarrillos y, normalmente, suelen ser desechables;
- Los dispositivos de segunda generación se parecen más a bolígrafos grandes; ambos son reutilizables y rellenables con líquidos o con cartuchos que contienen líquidos;
- Los dispositivos de tercera generación son modulares y se encuentran disponibles en una amplia variedad formas, tamaños y diferentes tipos de potencia. Los usuarios pueden comprar por separado baterías, resistencias para el calentamiento, líquidos y otros componentes para finalmente montar su propio sistema. La última generación de cigarrillos electrónicos está compuesta por dispositivos modulares de tipo cápsula,
- similares a los bolígrafos, con líquidos que se suministran en unos cartuchos que tienen forma de cápsula.
- Otros dispositivos que utilizan el vapor son los narguiles electrónicos, las pipas de agua electrónicas, las pipas electrónicas con diseño convencional y, por supuesto, los cigarrillos electrónicos.
- Dichos dispositivos llevan nicotina e imitan un equivalente al tabaco, pero en vez de utilizarse tabaco en el proceso, usan electricidad para calentar y un líquido limpio

Los inhaladores y los inhaladores como terapia para el reemplazo de la nicotina (por sus siglas en inglés – NRT) utilizan la presión del gas para crear un aerosol, que posteriormente el usuario puede inhalar sin necesitar ningún proceso de calentamiento.

Los productos del tabaco que pueden ser calentados utilizan una batería u otra fuente de calor para calentar el tabaco, la finalidad radica en crear un vapor que absorba la nicotina y los sabores del tabaco. Estos productos tienen como objetivo imitar de la mejor manera posible lo que se siente al fumar, pero evidentemente, con un riesgo mucho menor.

Los productos del tabaco que no producen humo se chupan o se mastican en lugar de ser fumados. Dichos productos existen desde hace muchos años y algunos de ellos son tradicionales, como por ejemplo el toombak que se consume en Sudán. Los riesgos del tabaco que no produce humo surgen de las impurezas o de los agentes peligrosos que se encuentran en el propio tabaco; no obstante, dichos elementos pueden controlarse en el proceso de curado y mediante la pasteurización.

Los productos más novedosos basados en la nicotina pueden suministrar esta sustancia utilizando diferentes formatos, como por ejemplo los chicles, las pastillas, los parches transdérmicos, las películas, los líquidos y las bolsas. Algunos de estos productos se venden como productos farmacéuticos, mientras que otros se encuentran en el mercado como productos de consumo de venta libre.

En su conjunto, todos estos productos emergentes y ya consolidados se suman a una posible perturbación importante del mercado mundial de cigarrillos, que se estima en 800 mil millones de dólares. No existe solamente una poderosa justificación de salud pública que aliente a perturbar el comercio mundial de cigarrillos, ya que también existe una potente justificación económica.

Se hace necesario volver a analizar la literatura científica actual sobre las principales categorías de los productos del tabaco y la nicotina. Dichos productos se utilizan ampliamente como unos productos de «riesgo potencialmente reducido», tal y como se describe en resumen, en la excelente revisión narrativa de la obra «Tobacco Harm Reduction in the 21st Century» – La reducción de los daños causados por el tabaco en el siglo XXI, de O'Leary y Polosa.[1]

EL TABACO «SNUS» Y SIN HUMO (POR VÍA ORAL)

El «snus» se ha utilizado en Suecia y en otros países escandinavos durante más de 200 años. Este producto se parece a una bolsita de té, ya que el propio «snus» es un producto del tabaco que se consume por vía oral, el cual, contiene tabaco procesado (normalmente pasteurizado) y envasado en una bolsita de papel. Para consumirlo, el usuario coloca la bolsa en la boca, entre la encía y la mejilla. Hay que tener en cuenta que el «snus» no es lo mismo que el rapé suelto o tabaco en polvo, tampoco tiene semejanza con el tabaco para mascar o para mojar.

Debido a la pasteurización, el «snus» contiene un nivel muy bajo de nitrosaminas y de otros compuestos del tabaco que puedan causar enfermedades relacionadas con el tabaco.[1][7] Otro punto importante a favor del «snus» en cuanto a la reducción de los daños, es que su uso no genera exposición al humo pasivo del tabaco. Puede apreciarse también el potencial de reducción de los daños del «snus» a nivel de la población.

En un análisis casuístico comparativo, Ramström y Wikmans [8] compararon las tasas de mortalidad que están relacionadas con el tabaquismo entre los usuarios masculinos del «snus» en Suecia, en contraste con las tasas de mortalidad en general, también de los hombres, pero en otros países europeos en los que el «snus» está prohibido.

Al analizar los datos del año 2004, en relación al Informe mundial de la OMS sobre la mortalidad atribuible al tabaco, se puedo apreciar que ambas poblaciones tenían una prevalencia similar en el consumo diario del tabaco. No obstante, los hombres suecos de entre 60 y 69 años no solo tenían las tasas más bajas de muerte por cáncer de pulmón (87 por cada 100 000) en contraste con la media de la Unión Europea (220 por cada 100 000), sino que también tenían las tasas más bajas de muerte cardiovascular (72 frente a 170 por cada 100 000). [1][8]

Aunque la prevalencia de las mujeres, usuarias habituales del «snus» es también mucho menor que la de los hombres en Suecia (el 4 % en comparación con el 19 % según datos del año 2015), resulta bastante interesante que los datos demuestren que la aceptación del «snus» por parte de los fumadores de ambos sexos, haya provocado un alto nivel de descenso del tabaquismo, desprendiéndose unas cifras al respecto del 71,6 % en lo que respecta a las mujeres y del 76,3 % en lo relativo a los hombres.[1][9]

Además, el consumo habitual del «snus» por parte de los jóvenes parece ofrecer un factor protector contra el consumo del tabaco tradicional.

Dichos datos resultan incluso más frecuentes entre las mujeres jóvenes ya que: solo el 8,2 % de las chicas y el 17,6 % de los chicos que consumían «snus» con regularidad, finalmente, acabaron desarrollando unos hábitos diarios de tabaquismo.[1][9]

A nivel individual, el ensayo multicéntrico de ocho semanas de Meier – y otros –[10] fue un estudio en el cual se realizó un control aleatorio y en el que participaron 150 fumadores adultos (85 hombres y 65 mujeres). En el estudio se comparó el uso habitual de los cigarrillos, una sustitución parcial del «snus» con cigarrillos y la sustitución completa del «snus».[1][10]

Finalmente, concluyeron que la sustitución completa del «snus» reduce la exposición a los componentes nocivos de la acroleína, el crotonaldehído, el acrilonitrilo y la acrilamida, pero no a otros componentes (como por ejemplo a la nitrosamina cetona [NNK], al óxido de propileno y al fenantreno).[1][10] Además, los usuarios que solamente consumieron «snus» – en comparación con el grupo de fumadores – tenían unos niveles – mucho más bajos de monóxido de carbono (eCO), el cual, implica un factor de riesgo cardiovascular.

El 22 de octubre del 2019, la Agencia de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés – USFDA) validó los valores del «snus» en relación a la reducción de los daños, al otorgar a la Swedish Match USA, Inc. una «directriz de riesgo modificada» en lo relativo a ocho productos del snus de la marca.[1][11]

La USFDA ha establecido una categoría para aquellos productos que hayan demostrado, con pruebas, que ofrecen unos riesgos reducidos. En dicha categoría, el «snus» de la Swedish Match, ha sido el primer conjunto de productos del tabaco con riesgo modificado (por sus siglas en inglés – MRTP) que ha recibido la aprobación de la USFDA.[1][11] En virtud de lo anterior, la USFDA comunicó la existencia de «pruebas científicas que están disponibles, las cuales incluyen – además – estudios epidemiológicos que han sido desarrollados a largo plazo y que demuestran que, en comparación con el consumo de cigarrillos y concretamente, en lo que respecta al uso exclusivo de dichos productos del tabaco, sin humo, se ha observado que presentan un menor riesgo de producir cáncer de boca, enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón, embolias, enfisema y bronquitis crónica».[1]
La USFDA indicó además que los productos sin humo que se venden en los Estados Unidos presentaban unos niveles mucho más altos de dos carcinógenos: la N-nitrosonornicotina (NNN) y la nitrosamina cetona (NNK).[1][11]

Obtener de la USFDA una designación del tipo MRTP para los productos representa un proceso largo y riguroso, que puede acabar sin éxito en cualquier momento.[1] Primero se realiza una reunión previa con el comité asesor y científico encargado de los productos del tabaco, posteriormente, se presenta una revisión, concretamente, una revisión sustantiva en la que se abre un período para los comentarios y, finalmente, se lleva a cabo una determinación final.[1][12] Incluso después de la aprobación, se deben realizar unos informes posteriores en relación a la comercialización y a la renovación.

Dicha presentación debe enviarse para cada producto individual. En esta presentación se incluyen todos los informes, con las pruebas efectuadas, que haya realizado la compañía, además, se deben adjuntar los estudios sobre la población y los efectos en relación a la salud individual, también se incluye el empaquetado del producto propuesto, el etiquetado y la publicidad.[1][12] Igualmente, se debe incorporar a la presentación un conjunto de pruebas realizadas a los productos, que demuestren cómo los clientes están usando el producto realmente y que evalúen, además, la comprensión de los riesgos del producto que tienen los clientes.[1][12]

Independientemente del «snus», también existen otros productos del tabaco que no tienen humo y que muestran claras pruebas en relación a la reducción de los daños. En un estudio del 2019, en el que participaron más de 46000 hombres que comprendían un rango de edad establecido entre 40 a 79 años y que fue efectuado desde el 1987 al 2010 (por la US National Health Interview Survey – el Sondeo Nacional de Encuestas para la Salud de los Estados Unidos), no se pudo demostrar que se produjeran aumentos en la mortalidad entre los consumidores del tabaco sin humo, en comparación con los que nunca habían fumado, debido a los problemas cardiovasculares, a todos los tipos de cánceres y en relación a los tumores malignos.[1][13]

Dado que los productos del tabaco que se consumen por vía oral (los cuales pueden diferir de un país a otro) implican unos niveles considerablemente diferentes de riesgo en relación a contraer cáncer oral[14], su eficacia puede variar, en lo relativo a la reducción de los daños producidos por el tabaco.[1][14]

Un ejemplo asombroso, con respecto a la diferencia considerable en el riesgo, se puede encontrar en el estudio realizado por Ryman – y otros –[15], en el que participaron 879 personas de los pueblos yup'ik de Alaska (en total, 406 hombres y 468 mujeres). En el estudio se analizó el uso del «iq'mik» (un tabaco sin humo hecho con ceniza de los árboles). Según mostraron las múltiples pruebas realizadas de los biomarcadores, en este estudio de cinco años de duración, se pudo averiguar que los usuarios del «iq'mik» tienen un menor riesgo de efectos negativos en lo relativo a su salud cardiometabólica, en comparación con los no fumadores.[1][15]

PRODUCTOS CALENTADOS DEL TABACO

Los productos calentados del tabaco (también conocidos como los del «calor que no quema»), utilizan un contenedor controlado electrónicamente en el que se aplica calor al tabaco en formato de palillos, en formato «plug» (tabaco prensado) o en cápsulas. El usuario coloca el producto del tabaco en un soporte y aspira de la misma manera que lo haría con los cigarrillos o con los puros.

Algunos ejemplos de estos productos que no necesitan combustión son el «IQOS» (de Philip Morris International), el «glo» (de la British American Tobacco) y el «Ploom TECH» (de la Japan Tobacco International).

Existen algunas pruebas de que, si bien los productos calentados del tabaco ofrecen algún potencial para reducir los daños provocados por el mismo, también es cierto que no proporcionan tanta reducción de las sustancias tóxicas como ocurre con el caso de los cigarrillos electrónicos.[1][18]

Algunos de los estudios que ilustran las posibles reducciones con respecto a la exposición de los productos calentados del tabaco, en comparación con los cigarrillos, son los siguientes [1]:

- En un ensayo clínico en el que participaron varias personas, concretamente 12 fumadores adultos (6 hombres y 6 mujeres) se pudo observar que no experimentaron un aumento en los niveles de eCO (los cuales implican un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares) después de realizar un uso poco prolongado de un producto calentado del tabaco[19];
- En un ensayo (en el que participaron 20 hombres y 10 mujeres) se encontró un aumento pequeño, de hecho, mínimo, en los niveles de eCO[20];
- Una evaluación toxicológica de los productos, la cual se efectuó con un procedimiento canadiense, en el que participa una «máquina para realizar el proceso de fumado», pudo encontrar unos niveles de aldehídos que se estimaban, aproximadamente, entre un 80 a un 95 % más bajos, en comparación con los cigarrillos, en lo relativo a los compuestos orgánicos volátiles, el valor encontrado se situaba, aproximadamente, entre un 97 a un 99 % inferior[21]; finalmente
- Otro estudio toxicológico, el cual se efectuó utilizando el análisis del margen de exposición, indicó que un producto calentado del tabaco, fue capaz de reducir los riesgos que se sufren de exposición, frente a nueve de los veinte compuestos más tóxicos que se encuentran en el tabaco.[22]

LOS PRODUCTOS CALENTADOS DEL TABACO AUMENTAN SU POPULARIDAD

Los productos calentados del tabaco están ganando popularidad a nivel mundial, esto está ocurriendo especialmente en Japón y en Corea del Sur.[1] De hecho, Japón controla el 90 % del mercado mundial de los productos calentados del tabaco.[1][23]

No obstante, en el 2018, la prevalencia de usuarios en el último mes fue de tan solo el 2,7 % de la población, siendo los hombres los usuarios predominantes (concretamente un 76,0 % de hombres frente a un 24,0 % de mujeres).[1][24]

Los fumadores japoneses encuentran especialmente atractivos los productos calentados del tabaco, ya que eliminan el olor al humo pasivo de otros fumadores, junto con el rechazo social que lo acompaña.[1][25][26]

Las ventas surcoreanas de los productos calentados del tabaco se cifraron en el año 2017 en un total de 79 millones de paquetes. Dicha cifra aumentó a un total de 332 millones de paquetes en el 2018[23], además, se espera que las ventas aumenten en un 21 % anual.[27]

Otros mercados importantes, con respecto a los productos calentados del tabaco, también han sido capaces de registrar un rápido aumento de las ventas, desde el año 2017 al año 2018; por ejemplo, con un incremento del 300 % en Italia y de más del 500 % en Rusia.[1][28]

Foto realizada por «bantersnaps» en Unsplash

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (COMO SISTEMAS PARA EL SUMINISTRO ELECTRÓNICO DE LA NICOTINA O «ENDS» – por sus siglas en inglés)

Como producto, los cigarrillos electrónicos, funcionan calentando un elemento que vaporiza una solución líquida (apta para el dispositivo electrónico) la cual consiste principalmente en glicerol, propilenglicol, agua destilada y aromatizantes (los cuales pueden contener, o no, nicotina).

El proceso de calentamiento genera un aerosol (vapor) que el usuario inhala, lo cual, también se conoce como vapeo. El diseño y la eficiencia que desempeñan los cigarrillos electrónicos, en lo relativo al suministro de la nicotina, ha mejorado sustancialmente desde que se introdujeron en el mercado, allá por el año 2006.[1]

En la actualidad, existen tres diseños o generaciones de cigarrillos electrónicos[1]:

- La de los productos desechables;
- La de los dispositivos recargables y reutilizables que los usuarios llenan con líquido, introduciéndolo en su sistema de tipo tanque; y
- La de los dispositivos reutilizables, a los que se conectan cartuchos precargados (conocidos como «cartuchos» o «cápsulas»), tales como por ejemplo el JUUL.

El diseño actual de muchos dispositivos de cigarrillos electrónicos permite al usuario regular su potencia y modificar la temperatura de calentamiento.[1] La popularidad mundial de los cigarrillos electrónicos también ha aumentado de manera importante, de hecho, las cifras arrojan unos datos claros, unos siete millones de usuarios en el 2011 frente a los 41 millones de usuarios en el 2018.[1][29]

La Unión Europea regula los cigarrillos electrónicos a través de su Directiva de Productos para el Tabaco 2014/40/UE, mientras que en los Estados Unidos están regulados por la – así denominada – Normativa de Observación, conocida en inglés como «Deeming Rule» (la cual fue publicada el 5 de mayo del 2016).[1][30]

Fuera de los Estados Unidos y de la Unión Europea, ningún otro país que permita la venta de cigarrillos electrónicos ha promulgado unos requisitos de seguridad para los productos que vayan más allá de regular el contenido de la nicotina. [1,30] Cabe mencionar que, unos nuevos estudios, están ofreciendo unas pruebas realmente prometedoras en lo que respecta a los cigarrillos electrónicos y el potencial que ofrecen para la reducción de los daños.[1]

En el 2019, un ensayo controlado de forma aleatoria[31] y en el que participaron 886 personas motivadas que pudieron dejar de fumar (en total 460 hombres y 424 mujeres), el cual se realizó por el «Servicio Nacional de Salud para Dejar de Fumar del Reino Unido», comparó los cigarrillos electrónicos y los inhaladores como terapia para el reemplazo de la nicotina (NRTs – por sus siglas en inglés), obteniendo éxito, en lo relativo a dejar de fumar, en el plazo de un año.

Mediante un proceso de verificación bioquímica, el ensayo definió dicho cese como un éxito, ya que no se consumieron más de cinco cigarrillos después de la segunda semana, calculándose también los abandonos como fracasos del tratamiento (análisis de intención de tratamiento).[1][31]

Puedo averiguarse que la tasa de abandono de los cigarrillos electrónicos fue del 18,0 % en comparación con una tasa de abandono del 9,9 % en relación a la terapia de reemplazo de la nicotina (NRT por sus siglas en inglés). (Riesgo Relativo (RR) 1,83; Intervalos de Confianza (IC) 1,30, 2,58; p <0,001; 85 % de potencial).[1][31]

En el seguimiento que se realizó en el transcurso de un año, el 80 % de los participantes (63 de 79) que consiguieron obtener una abstinencia de un año con los cigarrillos electrónicos, todavía los usaban.[1][31] Lo anterior muestra una posible pista sobre la eficacia de los cigarrillos electrónicos en lo que respecta a prevenir posibles recaídas.[1]

El ensayo multifuncional de Shahab – y otros – [32] involucró a 181 participantes (110 hombres y 71 mujeres) utilizándose pruebas bioquímicas para los biomarcadores de exposición en cinco grupos de 36 a 37 participantes.

Se trataba exclusivamente de usuarios de cigarrillos, de usuarios de cigarrillos electrónicos (>6 meses en lo que respecta a dejar de fumar), de usuarios de terapias de reemplazo de la nicotina (NTR) (>6 meses en lo que respecta a dejar de fumar), de usuarios duales – tanto de cigarrillos como de cigarrillos electrónicos – y de usuarios duales – tanto de cigarrillos como de terapias para el reemplazo de la nicotina (NTR).[1][32]

Los usuarios que solo consumían cigarrillos electrónicos tenían unos niveles de nitrosamina específica del tabaco (NNAL) significativamente más bajos en comparación con todos los demás grupos, lo que equivale a una reducción del 97 % comparándolos con los usuarios que solamente consumían cigarrillos que necesitaban combustión.[1][32]

Un descubrimiento realmente importante ha mostrado una disminución del biomarcador de 1,3-butadieno (BDE) en relación a los usuarios que solo usaban cigarrillos electrónicos: 11,0 % (IC 7,5; 16,1) en comparación con el de los fumadores[1][32], debiendo tenerse en cuenta que el BDE es la mayor fuente de riesgo causante del cáncer que está presente en los cigarrillos.[1][33]

Además, los niveles de acrilonitrilo presentes en los usuarios de los cigarrillos electrónicos solo registraron un 2,9 % (IC 1,7; 4,7) en comparación con el de los fumadores [1][32], lo cual muestra un resultado extremadamente positivo, ya que el acrilonitrilo es la segunda fuente más alta causante del riesgo de cáncer para los fumadores.[1][33]

Si bien los biomarcadores no muestran las tasas de las enfermedades, cabe mencionar que reducir de manera importante la exposición, en lo que respecta a los usuarios de los cigarrillos electrónicos, también representa un marcador positivo en lo relativo a la reducción de los daños producidos por el tabaco. El uso de los cigarrillos electrónicos (en comparación con el hábito tradicional de fumar) también elimina los niveles elevados del monóxido de carbono que se exhala, lo cual implica un factor de riesgo importante en relación a las enfermedades cardiovasculares, según quedó demostrado en un ensayo clínico que se realizó a 30 participantes (20 hombres y 10 mujeres).[1][20]

Aunque los biomarcadores no muestran las tasas de las enfermedades, reducir de manera importante la exposición, en lo que respecta a los usuarios que solamente consumían cigarrillos electrónicos, también representa un marcador positivo en lo relativo a la reducción de los daños producidos por el tabaco. El uso de los cigarrillos electrónicos (en comparación con el hábito tradicional de fumar) también elimina los niveles elevados del monóxido de carbono que se exhala, lo cual implica un factor de riesgo importante en relación a las enfermedades cardiovasculares, según quedó demostrado en un ensayo clínico que se realizó a 30 participantes (20 hombres y 10 mujeres)[1][20]

Tal y como ya se discutió, cuando se trata de dejar de fumar, la recaída representa un problema muy común.[1] El estudio del 2018 realizado por Giovenco y Delveno[34] indica la efectividad del uso de los cigarrillos electrónicos para prevenir las recaídas. Ambos basaron su estudio en los datos combinados de los años 2014 y 2015, provenientes del Sondeo Nacional de Encuestas para la Salud de los Estados Unidos (con un 53,6 % de hombres).

Gracias a su estudio, descubrieron que los usuarios que consumían cigarrillos electrónicos a diario, mostraban una mayor prevalencia al hecho de haber dejado de fumar durante los seis años anteriores, en comparación con aquellos fumadores que nunca habían usado cigarrillos electrónicos: 52,2 % frente al 28,2 %, APR: 3,15 [2,66; 3,73].

Después de efectuar un ajuste mediante covariables, el uso diario de los cigarrillos electrónicos mostró con consistencia la correlación independiente más fuerte en relación a dejar de fumar, no mostrándose variaciones según el género.[1][34] «Después de efectuar un ajuste mediante covariables, el uso diario de los cigarrillos electrónicos mostró con consistencia la correlación independiente más fuerte en relación a dejar de fumar, no mostrándose variaciones según el género.»[1]

La pregunta entonces es la siguiente: «¿cómo podrían prevenirse las recaídas con la utilización de los cigarrillos electrónicos? Un estudio cualitativo realizado a 40 vapeadores del Reino Unido (constituido por un total de 20 hombres y 20 mujeres) sugiere una posible solución al respecto: «para algunos, el uso de los cigarrillos electrónicos puede sustituir los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y aquellos relacionados con la identidad, que disfrutaban previamente en relación al hecho de fumar». [35]

Por tanto, el uso de los cigarrillos electrónicos es especialmente adecuado para ayudar a prevenir, a largo plazo, las posibles recaídas del tabaquismo. Igualmente, la sustitución de los cigarrillos electrónicos por el hábito tradicional de fumar, también podría quedar respaldada por estos factores.[1][35]

TERAPIA DE REEMPLAZO DE LA NICOTINA (NRT) O NICOTINA MEDICINAL

Los profesionales sanitarios están más familiarizados con este tipo de nicotina, la cual, también se conoce con el nombre de nicotina medicinal. La nicotina medicinal (NRT – por sus siglas en inglés) está disponible en diferentes formatos:

TIPO DE PRODUCTO	SUMINISTRO DE NICOTINA
Chicles, *disponibles en dosis de 2 y 4 mg*	La dosis sistémica real es 1 mg; utilizando un chicle de 2 mg y 2 de mg; utilizando un chicle de 4 mg.[36]
Parches transdérmicos	La dosis, normalmente, es de 15 mg durante 16 horas o de 21 mg durante 24 horas.[37]
Aerosoles nasales	Este tipo de medicación se absorbe en la circulación sistémica más rápidamente que cualquier otra NRT. Proporciona 0,5 mg de nicotina por cada espray de 0,5 ml.
Inhaladores de nicotina	Cada cartucho contiene 10 mg de nicotina. La dosis sistémica, en promedio, libera 2 mg.[38]
Pastillas de nicotina	2-4 mg de nicotina. La absorción es similar a la que se produce con los chicles de nicotina.[39]

Se ha demostrado que la terapia de reemplazo de la nicotina es un elemento clave para dejar de fumar y que puede utilizarse en casi todos los casos, excepto cuando el uso de los medicamentos con nicotina esté contraindicado.[40][41].

No es sorprendente; por tanto, que los Ministerios de Salud y la Organización Mundial de la Salud hayan alentado a los médicos y a los profesionales sanitarios de todo el mundo, para que ofrezcan su ayuda médica a aquellos pacientes que quieran dejar de fumar.

«En la actualidad, no existen pruebas concluyentes a partir de ensayos clínicos o de estudios observacionales, que indiquen que las NRT, puedan ser la causa de cualesquiera de los principales problemas de salud que están relacionados con el tabaquismo, lo cual incluye también el cáncer de pulmón».

PERFIL DE RIESGO DE LAS NRT

Al igual que ocurre con cualquier fármaco, el uso prolongado de las NRT puede llegar a ofrecer más información sobre otros posibles efectos secundarios, los cuales, deberán tener en cuenta los profesionales sanitarios, para que puedan ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

Las amplias investigaciones realizadas sobre las NRT, tanto en la fase previa de vigilancia para la comercialización como en la posterior a la comercialización, indican que se han reconocido los siguientes efectos secundarios en relación a estos productos[42]:

- ***Efectos cardiovasculares*** – no se han encontrado mayores riesgos de enfermedades cardiovasculares en los pacientes con problemas cardiovasculares que utilizan las NTR. No obstante, la nicotina tiene un efecto directo sobre los vasos sanguíneos, lo cual, también puede afectar a la cicatrización de las heridas[43];
- ***Toxicidad para el feto en desarrollo*** – es posible que pueda haber un vínculo entre el uso de las NRT y que se presenten ciertas complicaciones durante el embarazo, en relación al síndrome de muerte súbita del lactante. No obstante, el riesgo sigue siendo mucho menor que el riesgo de seguir fumando[44];
- ***Nicotina y cáncer*** – este tema está plagado de mitos, por eso precisamente debemos fomentar activamente que los profesionales sanitarios se centren en bases científicas consistentes, a efectos de que puedan desempeñar un papel decisivo en lo que respecta a la rehabilitación mediante la nicotina. Es inconcebible que haya persistido durante tanto tiempo la ceguera colectiva que existe en relación a la nicotina. En vez de abordar esta sencilla pregunta: «¿causa cáncer la nicotina o no lo causa?», hemos permitido que se sigan propagando los mitos e incluso hemos ido moldeando las percepciones que tenemos de la nicotina, aceptándolas como una forma de «sabiduría».

En la actualidad, no existen pruebas concluyentes a partir de ensayos clínicos o de estudios observacionales, que indiquen que las NRT, puedan ser la causa de cualesquiera de los principales problemas de salud asociados con el tabaquismo, incluyendo también el cáncer de pulmón.[45]

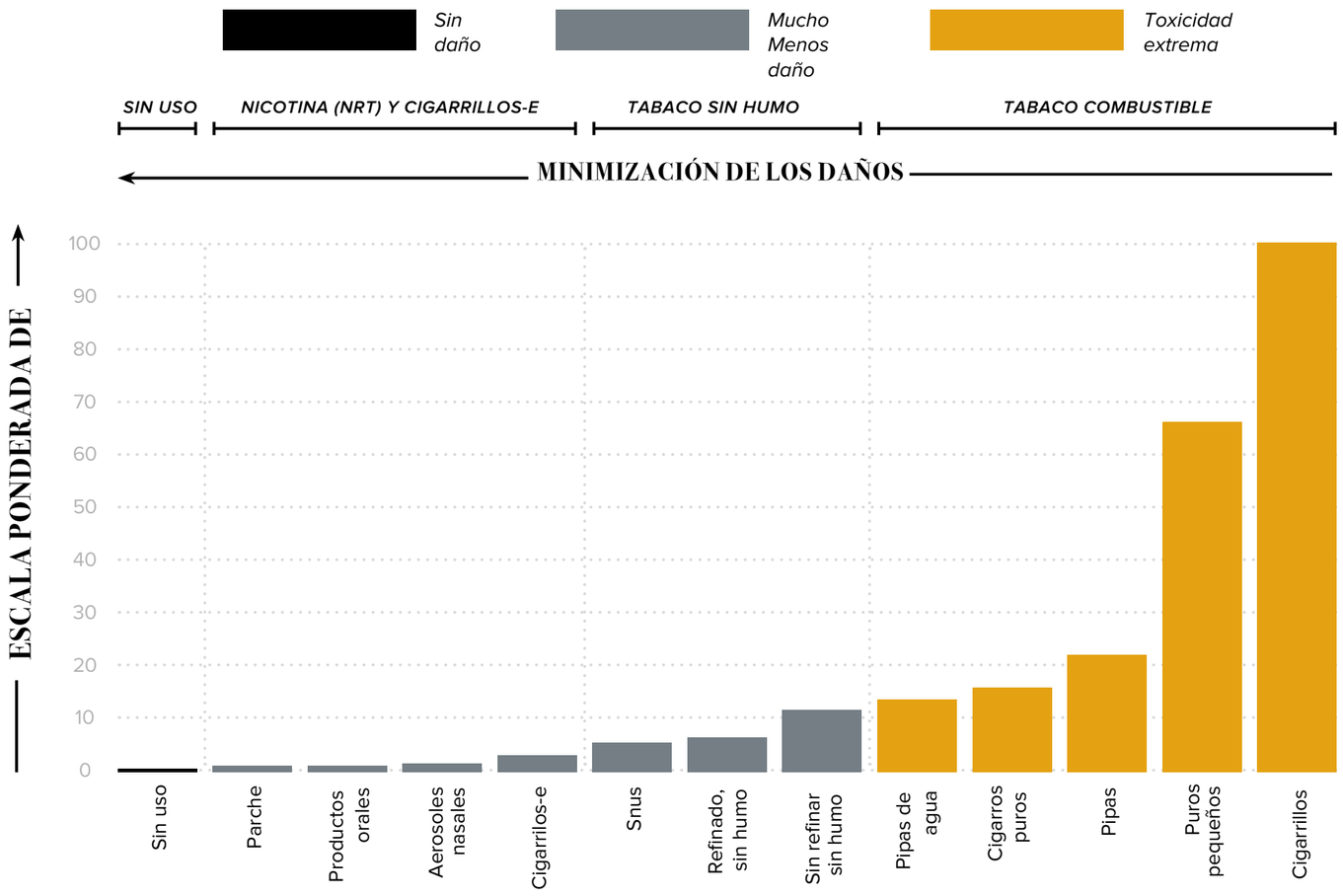


Figura 1: productos representados a lo largo del continuo y en relación a la minimización de los daños.[46][47]

RIESGO CONTINUO

Para situar los productos antes mencionados en el contexto de los posibles daños relativos que puedan producir, el desarrollo del daño continuo (Figura 1) se muestra, en primer lugar según Nutt – y otros –[47], y queda modificado con permiso de Abrams – y otros–.[46]

La continuidad de los daños producidos, ilustra, en gran medida, la opinión de que ninguno de estos productos es completamente seguro. En cualquier caso, los cigarrillos electrónicos son bastante menos dañinos que los cigarrillos que necesitan combustión. Las NRT han demostrado ser suficientemente seguras, por lo que la mayoría de los organismos reguladores que controlan la aprobación de los medicamentos, han aprobado su uso como una estrategia aceptable para dejar de fumar, reduciendo de esa forma, la morbilidad y la mortalidad, como consecuencia del tabaquismo.

REFERENCES

1. **O'Leary R, Polosa R. Tobacco harm reduction in the 21st century. DAT [Internet]. 2020 Jul [cited 2020 Aug 27]; ahead-of-print.**
Available from: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-02-2020-0007/full/html

2. **Hilton M. Smoking in British popular culture 1800-2000. Manchester: Manchester University Press, 2000.**

3. **Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL, Grayson RF, London ED. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. Drug Alcohol Depend [Internet]. 1993 Jun [cited 2020 Aug 27]; 33(1):23-29.**
Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/037687169390030T

4. **Gourlay SG, Benowitz NL, Forbes A, McNeil JJ. Determinants of plasma concentrations of nicotine and cotinine during cigarette smoking and transdermal nicotine treatment. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 1997 [cited 2020 Aug 27]; 51(5):407-414.**
Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs002280050222.pdf

5. **NTP (National Toxicology Program). Report on carcinogens. 14th ed. Research Triangle Park, NC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2016.**
Available from: https://ntrl.ntis.gov/NTRL/dashboard/searchResults/titleDetail/PB2005104914.xhtml

6. **Gray N, Henningfield JE, Benowitz NL, Connolly GN, Dresler C, Fagerstrom K, et al. Towards a comprehensive long-term nicotine policy. Tob. Control [Internet]. 2005 Jun [cited 2020 Aug 27]; 14:161-165.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/14/3/161

7. **O'Connor RJ, Cummings KM, Rees VW, Connolly GN, Norton KJ, Sweanor D, et al. Surveillance methods for identifying, characterizing, and monitoring tobacco products: Potential reduced exposure products as an example. Cancer Epidem Biomar [Internet]. 2009 Dec [cited 2020 Aug 27]; 18(12):3334-3348**
Available from: https://www.researchgate.net/publication/40446680_Surveillance_Methods_for_Identifying_Characterizing_and_Monitoring_Tobacco_Products_Potential_Reduced_Exposure_Products_as_an_Example

8. **Ramström L, Wikmans T. Mortality attributable to tobacco among men in Sweden and other European countries: An analysis of data in a WHO report. Tob Induc Dis [Internet]. 2014 Sep [cited 2020 Aug 27]; 12(1):1-4.**
Available from: http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Mortality-attributable-to-tobacco-among-men-in-Sweden-and-other-European-countries,67115,0,2.html

9. **Ramström L, Borland R, Wikmans T. Patterns of smoking and snus use in Sweden: Implications for public health. Int. J. Environ. Res. [Internet]. 2016 Nov [cited 2020 Aug 27]; 13(11):1-14.**
Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/4807/f3f90507905990951de310eb121511f388d.pdf?_ga=2.97620767.1813419720.1598612519-1473629323.1598612519

10. **Meier E, Lindgren BR, Anderson A, Reisinger SA, Norton KJ, Jensen J, et al. A randomized clinical trial of snus examining the effect of complete versus partial cigarette substitution on smoking-related behaviors, and biomarkers of exposure. Nicotine Tob Res [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Aug 27]; 22(4):473-481.**
Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/22/4/473/5445258?redirectedFrom=fulltext

11. **US Food and Drug Administration. FDA grants first-ever modified risk orders to eight smokeless tobacco products. 2019 Oct 22 [cited 2020 Aug 27].**
Available from: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-first-ever-modified-risk-orders-eight-smokeless-tobacco-products

12. **US Food and Drug Administration. Modified risk tobacco products. 2020 Feb 12 [cited 2020 Aug 27].**
Available from: https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/modified-risk-tobacco-products#summary

13. **Rodu B, Plurphanswat N. Mortality among male smokers and smokeless tobacco users in the USA. Harm Reduct J [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Aug 27]; 16(1):1-9.**
Available from: https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-019-0321-7

14. **Asthana S, Labani S, Kailash U, Sinha DN, Mehrotra R. Association of smokeless tobacco use and oral cancer: A systematic global review and meta-analysis. Nicotine Tob Res [Internet]. 2018 May [cited 2020 Aug 27]; 21(9):1162-1171.**
Available from: https://academic.oup.com/ntr/article/21/9/1162/4998035

REFERENCES (cont.)

15 **Ryman TK, Boyer BB, Hopkins SE, Philip ., Thompson B, Beresford, SA, et al. Association between iq'mik smokeless tobacco use and cardiometabolic risk profile among yup'ik Alaska native people. Ethnic Health [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 Aug 27]; 23(5);488-502.**
Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557858.2017.1280136

16 **Philip Morris International. The U.S. FDA authorizes PMI's IQOS as a modified risk tobacco product [press release] (2020 Jul 7) [cited 2020 Aug 27].**
Available from: https://www.pmi.com/media-center/news/u.s.-fda-authorizes-pmi-s-iqos-as-a-modified-risk-tobacco-product

17 **St. Helen GS, Jacob P III, Nardone N, Benowitz NL. IQOS: Examination of Philip Morris International's claim of reduced exposure. Tob Con 2018 Nov [cited 2020 Aug 27]; 27(suppl 1):s30-s36.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/Suppl_1/s30

18 **McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L, Robson, D. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England; 2018. 243 p**
Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/684963/Evidence_review_of_e-cigarettes_and_heated_tobacco_products_2018.pdf

19 **Caponnetto P, Maglia M, Prosperini G, Busa B, Polosa, R. Carbon monoxide levels after inhalation from new generation heated tobacco products. Respir Res [Internet]. 2018 Aug [cited 2020 Aug 27]; 19(1):1-4.**
Available from: https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-018-0867-z#:~:text=Findings%20from%20tobacco%20industry%20reports,)%20%5B13%2C%2014%5D

20 **Adriaens K, Van Gucht D, Baeyens F. IQOSTM vs e-cigarette vs tobacco cigarette: A direct comparison of short-term effects after overnight-abstinence. Int J Env Res Pub He [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Aug 27];15(12):1-20.**
Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/15/12/2902

21 **Mallock N, Pieper E, Hutzler C, Henkler-Stephani F, Luch A. Heated tobacco products: A review of current knowledge and initial assessments. Front Pub Hlth [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 Aug 27]; 7(287):1-8.**
Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00287/full

22 **Lachenmeier DW, Anderson P, Rehm J. Heat-not-burn tobacco products: The devil in disguise or a considerable risk reduction? IJADR [Internet] 2018 Jul [cited 2020 Aug 27]; 7(2):8-11.**
Available from: https://ijadr.org/index.php/ijadr/article/view/250

23 **Filter Magazine. Rise of heat-not-burn products coincides with a decrease in cigarette sales." Filter Mag [Internet]. 2019 Jan 29 [cited 2020 Jan 15].**
Available from: https://filtermag.org/rise-of-heat-not-burn-products-correlates-with-decreasein-cigarette-sales/

24 **Sutanto E, Miller C, Smith DM, O'Connor RJ, Quah AC, Cummings KM, et al. Prevalence, use behaviors, and preferences among users of heated tobacco products: findings from the 2018 ITC Japan survey. Int J Env Res Pub He [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Aug 27]; 16(23):1-18.**
Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/16/23/4630

25 **Hair EC, Bennett M, Sheen E, Cantrell J, Briggs J, Fenn Z, et al. Examining perceptions about IQOS heated tobacco product: Consumer studies in Japan and Switzerland. Tob Con [Internet]. 2018 Nov [cited 2020 Aug 27]; 27(suppl 1):s70-s73.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/Suppl_1/s70

26 **Tabuchi T, Gallus S, Shinozaki T, Nakaya T, Kunugita N,Colwell B. Heat-not-burn tobacco product use in Japan: Its prevalence, predictors and perceived symptoms from exposure to secondhand heat-not-burn tobacco aerosol. Tob Con [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Aug 27]; 27(e1):e25-e33.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/e1/e25.share

REFERENCES (cont.)

27 **Korea Times. Korea world's no. 2 heated tobacco market. Korea Times [Internet]. 2020 Jul 19 [cited 2020 Jan 15].**
Available from: https://www.koreatimes.co.kr/www/tech/2019/07/693_271976.html

28 **Passport. Tobacco, database, Euromonitor international. 2020.**
Available from: https://go.euromonitor.com/passport.html

29 **Jones L. Vaping: how popular are e-cigarettes? BBC News [Internet] 2019 Sep 15, [cited 2019 Dec 10].**
Available from: https://www.bbc.com/news/business-44295336

30 **Institute for Global Tobacco Control. Country laws regulating e-cigarettes: A policy scan. Baltimore MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2020 [cited 2020 Aug 27].**
Available from: https://www.globaltobaccocontrol.org/e-cigarette_policyscan

31 **Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. NEJM [Internet]. 2019 Feb [cited 2020 Aug 27]; 380(7):629-637.**
Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1808779

32 **Shahab L, Goniewicz ML, Blount BC, Brown J, McNeill A, Alwis, KU, et al. Nicotine, carcinogen, and toxin exposure in long-term e-cigarette and nicotine replacement therapy users: A cross-sectional study. Ann In Med [Internet]. 2017 Sep [cited 2020 Aug 27]; 166(6):390-400.**
Available from: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M16-1107

33 **Fowles J, Dybing E. Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke. Tob Con [Internet]. 2003 Dec [cited 2020 Aug 27]; 12(4):424-430.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/12/4/424

34 **Giovenco DP, Delnevo CD. Prevalence of population smoking cessation by electronic cigarette use status in a national sample of recent smokers. Addict Behav [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Aug 27]; 76:129-134.**
Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460317302915?via%3Dihub

35 **Notley C, Ward E, Dawkins L, Holland R. The unique contribution of e-cigarettes for tobacco harm reduction in supporting smoking relapse prevention. Harm Reduct J [Internet]. 2018 Jun [cited 2020 Aug 27]; 15(1):1-12.**
Available from: https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0237-7

36 **Stepanov I, Jensen J, Hatsukami D, Hecht S. Tobacco specific nitrosamines in new tobacco products. Nicotine Tob Res [Internet]. 2006 Apr [cited 2020 Aug 27]; 8(2):309-13.**
Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/8/2/309/1166845?redirectedFrom=fulltext

37 **Ballin SD. "Smokefree" tobacco and nicotine products: Reducing the risks of tobacco related disease [internet]. Washington DC: Alliance for Health Economic and Agriculture Development; 2007 Nov [cited 2010 Aug].**
Available from: http://www.tobaccoatacrossroads.com/2007report/071128_Ballin%20Report_final.pdf

38 **American Association of Public Health Physicians. AAPHP resolution and white paper: The case for harm reduction for control of tobacco-related illness and death. American Association of Public Health Physicians.; 2008 Oct 26.**
Available from: https://www.aaphp.org/Resources/Documents/20081026HarmReduction-ResolutionAsPassedl.pdf

39 **Zeller M, Hatsukami D. The strategic dialogue on tobacco harm reduction: A vision and blueprint for action in the United States. Tob Con [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 Aug 27]; 18(4):324-32.**
Available from: https://tobacco-control.bmj.com/content/18/4/324

40 **The Lung Association. Making quit happen: Canada's challenges to smoking cessation in 2008 [Internet]. Ottawa: The Lung Association; 2008 May 27 [cited 2010 Aug].**
Available from: http://www.lung.ca/media-medias/news-nouvelles_e.php?id=113

REFERENCES (cont.)

41 **Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence [Internet]. US Dept of Health and Human Services; 2008 May [cited 2010 Aug].**
Available from: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf

42 **Treatobacco.net [Internet]. Safety section. Key findings on NRT and cardiovascular disease; 2019 Jan 31 [cited 2010 Aug].**
Available from: http://www.treatobacco.net/en/page_171.php

43 **Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: Implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. Clin Pharmacol Ther [Internet]. 2008 May [cited 2020 Aug 27]; 83(4): 531-541.**
Available from: https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/clpt.2008.3

44 **Benowitz NL. Cigarette smoking and cardiovascular disease: Pathophysiology and implications for treatment. Prog Cardiovasc Dis [Internet]. 2003 Jul-Aug [cited 2020 Aug 27]; 46(1):91-111.**
Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii 45.

45 **Royal College of Physicians. Harm reduction in nicotine addiction: Helping people who can't quit [Internet]. London: RCP; 2007.**
Available from: https://www.heartland.org/_template-assets/documents/Vaping%20Studies/1-26-2017/Harm-Reduction-in-Nicotine-Addiction.pdf

46 **Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS. Harm minimization and tobacco control: Reframing societal views of nicotine use to rapidly save lives. Annu Rev Public Health [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2020 Aug 31]; 39:193–213.**
Available from: https://europepmc.org/article/pmc/pmc6942997#free-full-text

47 **Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, et al. Estimating the harms of nicotine-containing products using the MCDA approach. Eur Addict Res [Internet]. 2014 Sep [cited 2020 Sep 8]; 20:218-225.**
Available from: https://www.karger.com/Article/Pdf/360220

CAPÍTULO 5

Entendiendo a los consumidores de los productos para la reducción de los daños causados por el tabaco

Foto realizada por Nicholas Green en Unsplash

Photo by Ben Duchac on Unsplash

¿QUIENES SON LOS CONSUMIDORES DE LOS PRODUCTOS DEL TABACO Y POR QUÉ SE LES HA DESHUMANIZADO?

En el 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que el número de consumidores de los productos del tabaco se estima en 1.100 millones de personas, de las cuales la mayoría fuma cigarrillos.[1] Desde entonces y en el año 2018 ha publicado en su informe mundial, en relación a las «tendencias sobre la prevalencia en el consumo del tabaco, para los años 2000 al 2025» (trends in prevalence of tobacco use 2000-2025), tercera edición, que, en conjunto, el consumo mundial de tabaco se ha estimado en una cifra de 1.337 millones.

En dicho informe, la OMS también indicó que «la mayoría de las muertes relacionadas con el tabaco ocurren en los países que disponen de unos ingresos bajos y medios, zonas que son el punto de mira de las industrias tabacaleras y en las que ejercen una intromisión muy intensa en lo que respecta al marketing.»[2]El número de consumidores de cigarrillos está creciendo, especialmente en los países que tienen unos ingresos bajos y medios.

A pesar de que los profesionales sanitarios están dando lo mejor de sí mismos y del trabajo de los legisladores en lo relativo al control del tabaco, se espera que el número total de fumadores alcance los 1.600 millones en el 2025.[3]

Cabe mencionar que, la mayoría de los nuevos fumadores, provienen de grupos socioeconómicos desfavorecidos, por lo que no solamente son más propensos a fumar, sino que también fuman más y son más adictos. Especialmente preocupante es que los niños que crezcan en los hogares más desfavorecidos, tengan más probabilidades de empezar a fumar y de comenzar a una edad más temprana.

La inhalación del humo pasivo también es más importante en estos grupos.[4][5] Merece la pena recordar el hecho de que, el tabaco, fue la causa principal de 100 millones de muertes en el siglo XX.

Aproximadamente 4,9 millones de personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el tabaco. Las estimaciones para el futuro afirman que, la mayoría de las 150 millones de muertes que ocurrirán por fumar y que se esperan en todo el mundo durante los próximos 20 años, se suscitarán en personas que están consumiendo cigarrillos hoy en día. La mayoría de estas muertes se pueden prevenir.

LA NECESIDAD DE UN DISCURSO CENTRADO EN EL CONSUMIDOR Y EN EL PACIENTE

Los datos epidemiológicos pueden deshumanizar fácilmente a aquellas personas a las que se refieran. Por tanto, al tratar de averiguar quién es el consumidor de tabaco realmente, es de vital importancia mantener un enfoque que se centre en la persona o en el paciente.

El Dr. Don Berwick, exdirector en los Estados Unidos de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS), acuñó la célebre frase una atención médica «centrada en el paciente».[6] Lo cual hizo en respuesta a una tendencia, la cual, puede observarse en la actualidad y muy comúnmente en los entornos hospitalarios; dicha tendencia muestra que los pacientes se convierten en números dentro de los sistemas de atención médica, por lo que el entorno y los trabajadores sanitarios pueden llegar a desarrollar una cierta «hostilidad hacia el paciente». El Dr. Berwick tenía toda la razón al castigar a semejante tendencia. De hecho, desarrolló tres máximas que deben seguirse en lo que respecta a proporcionar una atención centrada en los pacientes, las cuales, también pueden ser de aplicación al debate existente sobre la reducción de los daños[6]:

(i) «Las necesidades del paciente son lo primero».Seguir
(ii) lema «nada sobre mí y sin mí».
(iii) «Cada paciente es único e irrepetible».

La última máxima del Dr. Berwick puede desarrollarse aún más y explicarse de la siguiente forma: «la obligación (en la medida en que cada paciente individual esté debidamente informado y así lo desee) de la transparencia, la individualización, el reconocimiento, el respeto, la dignidad y la elección, en todos los aspectos y sin excepción alguna; siempre relacionados, no obstante, con la propia persona, con las circunstancias y con las relaciones humanas en lo relativo al cuidado de la salud».[6]

En lo que respecta al consumo de tabaco, tiene sentido que se mantenga un enfoque centrado en el consumidor, lo que permite facilitar, a su vez, una mejor comprensión de los derechos de la salud de cada consumidor individual, en lo relativo a los productos del tabaco. No obstante, en aras de lo anterior, primero se debe tener una mejor comprensión de los diferentes tipos de consumidores que existen en relación al tabaco.

REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS CONSUMIDORES: PRODUCTOS PARA LA JULIO DE 2020 SONDEO DE POR EL TABACO

Precisamente porque se suele ignorar la opinión generalizada de los consumidores, se tuvo que encargar a Kantar, una compañía dedicada a la consultoría empresarial, a las encuestas y a los estudios de mercado de ámbito internacional, que realizara, en julio de 2020, un estudio en varios países, con la intención de examinar el uso y las actitudes en lo relativo al vapeo, los productos del tabaco que necesitan calentarse y los igarrillos.

El trabajo de campo de 2020 se llevó a cabo en seis países: Indonesia, México, Canadá, Italia, Japón y España. La encuesta recopiló los datos correspondientes a las personas que usaban cigarrillos electrónicos u otros productos del tabaco. Como expertos independientes en lo que respecta a la percepción de los consumidores, la firma «56 Degree Insight» proporcionó el apoyo correspondiente para el diseño de la encuesta, para su análisis y, además, en todo lo relativo a la comunicación de sus resultados.

Las preguntas cubrieron una amplia variedad de temas, los cuales, incluyeronel uso actual y la percepción que se obtiene de los productos, lo cual también incluyó las actitudes relativas hacia dejar de fumar y los métodos utilizados para ayudarse a dejar de fumar. Algunos de los aspectos más importantes que se desprenden de las averiguaciones clave de la encuesta de Kantar, son los siguientes:

USO Y MOTIVACIONES

Un gran porcentaje de los consumidores que fuman cigarrillos, que vapean o que utilizan productos del tabaco que necesitan calentarse, también utilizan muchos productos diferentes. Por ejemplo, en el conjunto de estos seis países, el 41 % de quienes vapean, también optaron por usar productos del tabaco que necesitan calentarse.

Muchas de las personas que vapean también fuman cigarrillos, lo cual, pudo apreciarse claramente en Italia y en España, lugares en los que, más de la mitad de las personas que vapean, también fuman, además, más de seis cigarrillos a la semana.

Si bien una de las principales razones para elegir el uso de los cigarrillos electrónicos, radica en ayudar a los fumadores a que puedan reducir la cantidad de su consumo de tabaco, también es cierto que, aproximadamente, solamente un tercio de todos los consumidores que vapean en estos seis países, optaron por tales intenciones, en lo relativo a reducir su consumo de tabaco. Existe una base de proporciones similares que demuestra que, los consumidores eligen vapear porque les gusta el sabor o porque lo encuentran relajante y agradable.

> «En comparación con otros productos (como por ejemplo, el tabaco que se consume por vía oral y los que necesitan calentarse), la gente se inclina mucho más a utilizar el vapeo, para intentar encontrar una ayuda que les permita dejar de fumar».

En todos estos seis países, la mayoría de los que usaban vapeadores para ayudarse a reducir su adición al tabaquismo, habían intentado dejar de fumar anteriormente en varias ocasiones. El enfoque más común que utilizaron en todos sus intentos anteriores fue el de «dejar de fumar inmediatamente».

Concretamente, solo un porcentaje muy pequeño de los usuarios que utilizaban vapeadores en estos seis países, continuaron comprando cigarrillos electrónicos, después de que un profesional de la salud les aconsejara no hacerlo. En los casos anteriormente mencionados, solo recibieron este consejo aquellos que lo habían solicitado con anterioridad. No obstante, en comparación con otros productos (es decir, con los productos del tabaco que necesitan calentarse), la gente se inclina mucho más a utilizar el vapeo, para intentar encontrar una ayuda que les permita dejar de fumar. En contraposición a lo anterior, es más probable que utilicen los productos del tabaco que necesitan calentarse, para proteger a otras personas del humo pasivo.

CONSUMO Y APROBACIÓN DE TERCEROS

Se pudieron encontrar diferencias muy importantes entre grupos de familiares y amigos, y entre los países participantes en el sondeo, en lo que respecta al uso de los cigarrillos, al uso de los vapeadores y en lo relativo a los productos del tabaco que necesitan calentarse. Dichas variaciones ocurrieron en mayor medida en Indonesia y en México, no obstante, en Japón fueron mucho menores.

Los niveles de aprobación también reflejaban ampliamente los niveles de uso por parte de los familiares y los compañeros. A rasgos generales, Indonesia y México manifestaron tener una aprobación más positiva en lo relativo a todos los productos.

Normalmente, el vapeo recibe unas calificaciones de aprobación más altas en comparación con fumar cigarrillos, con utilizar productos del tabaco que necesitan calentarse o con los productos del tabaco que se consumen por vía oral, cabe mencionar también que, un gran porcentaje creyó que una parte importante de la población desaprobaría la utilización de vapeadores. La proporción que esperaba obtener una mayor desaprobación entre los compañeros resultó ser más alta en Canadá

PERCEPCIONES DE RIESGO

En general, aunque más personas creen, en el conjunto de los seis países antes mencionados, que los cigarrillos electrónicos son menos dañinos que los cigarrillos convencionales de tabaco, todavía una minoría importante sigue sin considerar que sea este el caso. De hecho, alrededor de dos quintas partes (el 41 %) de los encuestados, consideraron que los cigarrillos electrónicos eran igualmente dañinos o incluso más dañinos que los cigarrillos tradicionales de tabaco.

El porcentaje que consideró que los cigarrillos electrónicos son iguales de dañinos o incluso más dañinos que los cigarrillos tradicionales, es mucho mayor en Indonesia y Canadá, pero mucho menor en Japón. De todo lo anterior se desprende que, un gran porcentaje de personas todavía sigue percibiendo varios riesgos para la salud que están vinculados al vapeo. Concretamente, los riesgos que se perciben están relacionados con los problemas respiratorios y con las adicciones, no obstante, también existen algunas preocupaciones en relación a los posibles ingredientes perjudiciales, los problemas cardíacos y el cáncer.

Aproximadamente la mitad de los entrevistados en los seis países conocían los problemas relacionados con el vapeo, tanto en su propio país, como en cualquier otro lugar. Como muestra de dichas averiguaciones, lo anterior ocurrió en mayor medida en Canadá e Indonesia, donde se suscitó un mayor nivel de preocupación en relación a que los dispositivos de vapeo hubieran estado usando ingredientes ilegales.

En general, los participantes consideraron que los productos del tabaco que necesitan calentarse gozan de un rango de riesgo similar para la salud en comparación con los productos de vapeo. Sus preocupaciones en lo relativo a la salud, se centraban, principalmente en los problemas respiratorios; dicha preocupación se enfatizó especialmente entre los participantes de Canadá e Indonesia.

Se puedo averiguar también que los participantes de los seis países anteriormente mencionados, tenían una percepción, en lo relativo al daño que provoca fumar cigarrillos, que atribuía como iguales, los daños que se producen al quemar tabaco, igualándolos a los que se podrían sufrir consumiendo nicotina.

ANÁLISIS A LOS CONSUMIDORES. JULIO DE 2020 Y LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL TABACO

Aunque muchos vapeadores actualmente utilizan los cigarrillos electrónicos para ayudarse a dejar de consumir los cigarrillos convencionales, no es este siempre el caso de todos los usuarios que eligen el vapeo como una opción en sus vidas. Los consumidores, son la expresión clara de una diversidad de razones diferentes, tales como disfrutar o relajarse cuando están fumando cigarrillos o, simplemente, cuando están consumiendo otros productos del tabaco.

Generalmente, si bien es más probable que el vapeo reciba una mejor aprobación entre los compañeros y la familia, en comparación con fumar los cigarrillos tradicionales o con utilizar aquellos productos del tabaco que necesiten calentarse, también cabe destacar que, muchas personas que vapean, sienten que van a recibir un cierto rechazo cuando van a usar cigarrillos electrónicos. Esto dato se destaca más en algunos países frente a otros (por ejemplo, en

Canadá, el 33 % declaró que la población en general desaprueba el vapeo). Parece que existe cierta incertidumbre a la hora de comprender los riesgos que están asociados con el vapeo, ya que hasta el 50 % de los usuarios perciben que los riesgos del vapeo son similares a los de fumar cigarrillos. Esta falta de entendimiento, en lo relativo a la fuente del daño causante, a la hora de fumar cigarrillos, puede explicarse parcialmente por aquellos consumidores que vapean, los cuales, tienen la misma probabilidad de percibir que los daños se deben a la nicotina, en vez de a la combustión del tabaco.

A rasgos generales, puede decirse que dichos resultados sugieren que es necesario trabajar más, a efectos de poder aumentar la conciencia sobre los verdaderos riesgos y sobre las fuentes de los mismos, que indefectiblemente, están asociados con el hecho de fumar cigarrillos, así como con el uso de otros productos del tabaco; riesgos los cuales, deberían contrastarse de forma certera, con los riesgos que están asociados al vapeo, ya que son mucho más limitados. Debería ser una prioridad corregir estas percepciones erróneas.

ALGUNOS CONSUMIDORES NECESITAN MÁS NICOTINA QUE OTROS

Necesitamos empatizar con aquellos consumidores que sienten que no pueden «funcionar» si no están fumando. Si bien dichas personas provienen de todos los niveles de la sociedad, no es menos cierto que, determinados grupos, tienen una prevalencia al tabaquismo realmente alta. Entre dichos grupos se incluyen personas de bajos ingresos, los trabajadores que efectúan trabajos manuales, los reclusos y las personas que sufren problemas psicológicos.

Problemas de salud mental. Los consumidores con problemas de salud mental son mucho más propensos a fumar, especialmente aquellos que tienen trastornos psicóticos:

- Hasta un 80 % de las personas con esquizofrenia se declaran fumadores[7];
- Las personas con trastorno por déficit de atención en adultos (por sus siglas en inglés – ADD)[8], las personas con trastornos alimentarios y con trastornos por el abuso de sustancias[9] tienen más probabilidades de ser fumadores.
- Un 70 % de las personas con trastornos psicóticos que viven en las instituciones de salud mental, son fumadores. Más de la mitad de estas personas fuman considerablemente, lo que se puede definir como consumir más de 20 cigarrillos al día.[10]
- En el Reino Unido, se ha descubierto que las personas con episodios de trastornos depresivos y neuróticos (tales como las fobias o los trastornos obsesivo-compulsivos) tienen el doble de probabilidades de fumar, en comparación con aquellos que no sufren trastornos neuróticos.[11]

Presos: casi el 80 % de los presos en Inglaterra y Gales fuman.[12]

Entornos laborales:los trabajos manuales y rutinarios, están relacionados con una mayor prevalencia al tabaquismo.

Los trabajadores manuales consumen un promedio de 15 cigarrillos al día, en comparación con aquellos fumadores que se encuentran en grupos directivos y profesionales, los cuales suelen consumir 12 cigarrillos al día.[5]

Foto por Nicholas Swanson en Unsplash

¿REALMENTE QUIEREN DEJAR DE FUMAR LOS

Las investigaciones a nivel mundial demuestran que, aproximadamente el 70 % de los consumidores de tabaco, con el paso del tiempo, quieren dejar de fumar. Por ejemplo, en el Reino Unido, aproximadamente dos tercios de los fumadores, sin importar de qué grupo social provengan, quieren dejar de fumar.[10] Aproximadamente la mitad de las personas con problemas de salud mental, también quieren dejar de fumar.[13]

LOS CONSUMIDORES PUEDEN ENCONTRAR EXTREMADAMENTE DIFÍCIL DEJAR DE FUMAR

Los profesionales sanitarios suelen ser los testigos habituales de la angustia que experimentan los pacientes que deciden dejar de fumar. Todavía recuerdo, cuando era niño, ver a mi propio padre tirado por el suelo de la sala de estar, con la cara completamente pálida, mientras intentaba dejar de fumar de golpe. Finalmente y después de siete intentos, consiguió dejar de fumar. Dicho número, representa más o menos, el número en promedio que se desprende del número de intentos fallidos, en lo relativo a dejar de fumar. Número de intentos los cuales, suelen experimentar aquellos fumadores que se embarcan en la difícil tarea de dejarlo.

Cuando trabajaba en un gran hospital académico, tuve la oportunidad de ver a muchos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave (EPOC), como consecuencia del tabaquismo, de hecho, estos pacientes acudían a la sala de emergencias para recibir atención de urgencia. Después de media hora de recibir una infusión intravenosa y de administrárseles inhaladores para ayudarles a dilatar sus vías respiratorias, totalmente constreñidas, me pareció alarmante que algunos de estos fumadores aprovecharan la primera oportunidad después de haberse recuperado para salir a la calle y encender un cigarrillo.

Necesitamos tener empatía al considerar la difícil situación que sufren aquellos que intentan dejar de fumar. Los síntomas de abstinencia a la nicotina no son para los pusilánimes. Dichos síntomas pueden incluir depresión, ansiedad, irritabilidad, dificultad para concentrarse, insomnio, inquietud, dolor de cabeza y un aumento del peso corporal.[14]

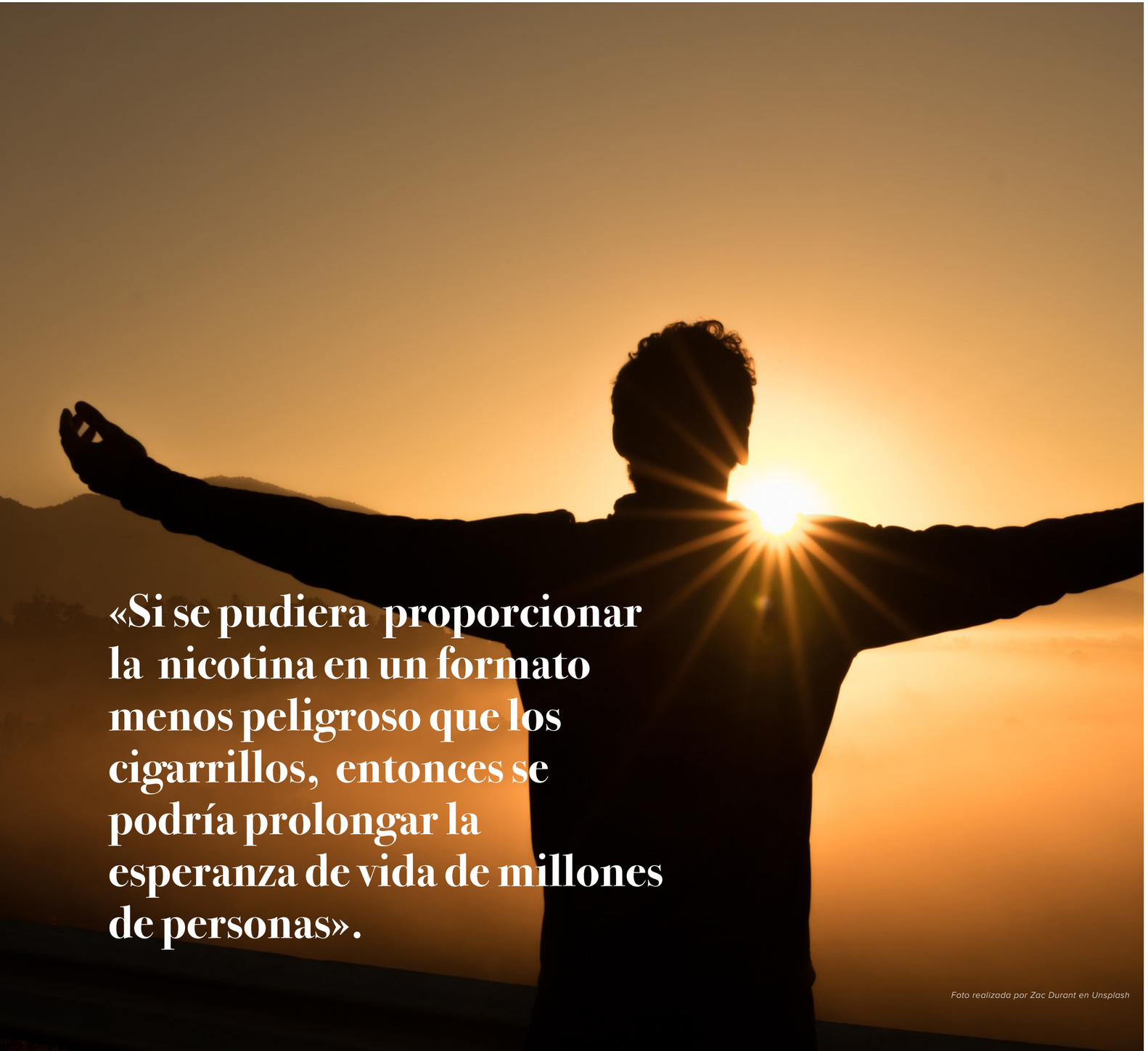
La Asociación Estadounidense de Psiquiatría identifica claramente la abstinencia a la nicotina como un trastorno psiquiátrico.[14] Dichos síntomas de abstinencia, hacen que la mayoría de los fumadores que intentan dejar de fumar vuelvan a fumar a diario. La mayoría de los fumadores admiten que no solo echan de menos la nicotina, sino también los rituales y los aspectos sociales que les aporta el consumo de tabaco.[15][16][17]

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos Considera que la dependencia del tabaco es una enfermedad crónica, manifestando que «la mayoría de los consumidores persisten en el consumo de tabaco durante muchos años, atravesando, por lo general, múltiples períodos de remisión y recaídas».[18]

Las estadísticas que muestran el número de intentos fallidos a la hora de dejar de fumar, por sí mismas, son realmente desalentadoras. En un año cualquiera, aunque incluso más del 70 % de los fumadores quieren dejar de fumar, tan solo el 44 % de ellos intenta dejar de fumar realmente y por desgracia, tan solo del 4 al 7% termina consiguiéndolo.[19][20]

«Dejar de fumar es la cosa más sencilla del mundo. Lo sé muy bien porque ya lo he hecho miles de veces».
–Mark Twain

Quizás necesitemos redefinir el concepto de «dejar de fumar correctamente». No deberíamos emitir una dicotomía tan estricta que divida el problema en dos partes, tales como «dejarlo o no dejarlo». Prochaska – y otros –[21] sugieren que dejar de fumar es un proceso o bien una serie de pasos con éxito, que hacen cambiar la forma de pensar del fumador, desde el «no quiero dejarlo» hacia una vida sin tabaco. Muchos pacientes necesitan un «itinerario bien definido para dejar de fumar», en vez de parar, tal como les sugeriría que hagan si vieran una señal de stop. Algunas veces, los fumadores utilizan este camino repetidamente en cada empeño y esfuerzo que ponen para dejar de fumar, camino el cual, es de sobra conocido y transitado, por aquellos fumadores que lo intentan.



«Si se pudiera proporcionar la nicotina en un formato menos peligroso que los cigarrillos, entonces se podría prolongar la esperanza de vida de millones de personas».

Foto realizada por Zac Durant en Unsplash

LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA NO AFRONTAN EL DAÑO QUE SE CAUSA A LOS FUMADORES QUE NO PUEDEN DEJAR DE FUMAR

Resulta realmente lamentable que, en general, la comunidad de los profesionales de la salud pública nunca se haya tomado en serio las medidas para la reducción de los daños causados por el tabaco. Lo anterior ocurre, a pesar de existir una evidencia convincente que respalda tales medidas y que fue presentada por organismos de renombre, tales como el Royal College of Physicians (RCP) y el Institute of Medicine (IOM). Es por tanto absolutamente fundamental, que se considere tener en cuenta aquellas estrategias que se dimanan de la reducción de daños, estableciendo una r edefinición más sutil del concepto de dejar de fumar, ya que las políticas de salud pública muestran escaso o ningún apoyo a quienes se encuentran en el intento y en medio de un proceso de abandono fallido. Los profesionales sanitarios deben contemplar, como prioridad fundamental, que se provoquen nuevos daños en el futuro a la salud de dichos fumadores.

«La investigación y el desarrollo, el marketing y fomentar unos riesgos que sean mucho menores en los productos a base de nicotina, debería ser un asunto prioritario en las agendas para la salud pública».

a la nicotina. Si se pudiera proporcionar la nicotina en un formato menos peligroso que los cigarrillos, se podría prolongar la esperanza de vida de millones de personas, evitando además, unos gastos muy importantes en lo relativo a la salud pública. that the main reason people smoke is because of addiction to nicotine. If nicotine can be provided in a less hazardous form than cigarettes, hundreds of millions of lives will be extended and significant public health care. expenditure avoided.

Conseguir una reducción de los daños a nivel general, es un componente fundamental para la vida cotidiana y, por ende, un factor muy importante en materia sanitaria. Lamentablemente, en el caso del tabaco, estos principios no se han aplicado. De hecho, la investigación, el desarrollo, el marketing y fomentar unos productos a base de nicotina que ofrezcan unos riesgos mucho menores, debería ser un asunto prioritario en las agendas para la salud pública. Gracias a lo anterior, se podría ayudar a aquellos fumadores que no puedan dejar de fumar, reduciendo, por tanto, el daño que el tabaco les está causando en su salud.

ACEPTACIÓN DEL CONSUMIDOR DE LOS PRODUCTOS DE NICOTINA QUE CAUSAN MENOS DAÑOS

Como sugiere el sondeo Kantar, el cual se realizó en el año 2020 y se dirigió hacia los consumidores, una gran cantidad de países de todo el mundo están mostrando una mayor aceptación de aquellos productos que se destinan a la reducción de los daños causados por el tabaco. Tanto la comunidad de salud pública como los fabricantes de los productos de nicotina deben preguntarse el «por qué» y actuar en consecuencia. La aceptación de los productos de la nicotina por parte del consumidor puede depender de varios factores. Bien es cierto que en la actualidad, las investigaciones realizadas al respecto o bien son inadecuadas o demuestran una comprensión escasa de la situación. De lo anterior, pueden dilucidarse los siguientes factores:

- Aceptabilidad social del producto, especialmente en lo relativo la sustitución de los rituales, los cuales, muestran una vinculación grupal entre los fumadores, al tiempo que están relacionados con el placer de consumir cigarrillos.
- La capacidad del producto para poder aliviar los síntomas que se producen como consecuencia de la abstinencia a la nicotina, siendo lo más común que se administre rápidamente la dosis correcta de nicotina y durante el tiempo necesario, a efectos de controlar
- cualquier antojo. El coste del producto.
- La disponibilidad: tanto geográficamente como en lo relativo a una amplia distribución y facilidad de acceso a los productos.
- La posibilidad de acceder a múltiples marcas de productos.
- La satisfacción general del consumidor (por ejemplo: basada en el sabor del producto, en su funcionalidad y en el éxito que tenga, etc.)
- Las creencias sobre la seguridad que ofrecen los productos de nicotina alternativos: durante mucho tiempo, los consumidores han creído que la nicotina es un componente nocivo que está presente en los cigarrillos y que, por tanto, puede causar enfermedades cardíacas, cáncer y enfermedades respiratorias, al igual que otras enfermedades originadas por el tabaco.
- Los fumadores suelen mostrarse escépticos en relación al buen funcionamiento de las terapias para el reemplazo de la nicotina (por sus siglas en inglés – NRT), no obstante, también sobrestiman enormemente sus probabilidades de éxito en lo relativo a dejar de fumar. Dicha sobreestimación hace que los fumadores estén menos predispuestos a comenzar con una NRT, por lo que suelen ser más pesimistas acerca de la eficacia de este método. La creencia anterior se afianza todavía más, en aquellos casos en los que ya hubo un intento fallido para dejar de fumar, usando una NRT. Las NRT se ven inmersas en dichos factores, lo cual no hace más que minar su potencial, lo que a su vez también se refleja en la población.[22][23]

LA COMUNICACIÓN Y LA ALFABETIZACIÓN SANITARIA

Podría decirse que los niveles inadecuados de comunicación con los consumidores, constituyen el corazón de muchos de los problemas que están relacionados con el control del tabaco. Lo anterior, también es la principal razón para que el concepto de reducción de los daños causados por el tabaco se encuentre en un estado de aparente «orfandad». Generalmente, los consumidores son incapaces de poder tomar una decisión informada, con respecto a los diferentes productos que existen como alternativa a los cigarrillos. Esto se debe simplemente a que no se les ha educado, indicándoles correctamente los riesgos que están relacionados con los diferentes productos o bien sencillamente, porque su conocimiento, general en relación a las cuestiones sanitarias, de por sí, ya era inadecuado.

Una buena comunicación sanitaria *«consiste en ofrecer una amplia variedad de actividades, tanto activas como pasivas, las cuales, puedan informar e influir en aquellas decisiones que afecten al individuo, además de a la salud pública. Podría decirse que las comunicaciones sanitarias se desarrollan en un campo de actividad híbrido, el cual, se basa en los principios y en las investigación que se desarrollan a partir de las prácticas del marketing, de las relaciones públicas, del periodismo y de las comunicaciones en sí mismas; basándose también en la medicina clínica y en la salud pública. Consiste en el estudio y en el ejercicio de los mensajes mediados y de persona a persona, los cuales, se absorben en múltiples niveles y ecosistemas, centrándose en aquellas influencias que están relacionadas con la salud y con los resultados»"*[24][25]

Sin duda alguna, la calidad actual de las comunicaciones sanitarias es pobre; no siendo capaz de mandar un mensaje claro con respecto a los riesgos que ofrecen los productos del tabaco, en comparación con los beneficios que ofrece el concepto de reducción de los daños causados por el tabaco. No obstante, los profesionales sanitarios tienen la oportunidad de poder rectificar dichas deficiencias.

Por alfabetización sanitaria se entiende, aquella capacidad de la persona para poder obtener la información, procesarla y, finalmente, actuar en consecuencia. Un conjunto consolidado de pruebas demuestra que, una alfabetización sanitaria deficiente, conlleva a elegir unas opciones que son menos saludables, también conlleva a incorporar unos comportamientos que ofrecen un mayor riesgo, una peor salud, un mayor número de hospitalizaciones y mayores costes en lo que respecta a la atención médica. De hecho, un importante número de personas, tanto en los países desarrollados como en aquellos que están en vías de desarrollo, suelen tener un conocimiento deficiente en materia sanitaria. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se estima que alrededor de 90 millones de adultos, es decir, la mitad de la población adulta, carecen de las habilidades de alfabetización necesarias (del conocimiento necesario) para utilizar, de forma eficaz, los sistemas de atención médica presentes en los Estados Unidos.

Tomando como base el ejemplo anterior y aplicándolo a los productos del tabaco y la nicotina, actualmente existe lo que podría describirse como un *«analfabetismo en relación a la nicotina»*. Este problema no solo salpica a los consumidores, sino también a los profesionales sanitarios que los atienden. La comprensión y el conocimiento actual que se tiene sobre los riesgos de la nicotina en comparación con sus beneficios, así como el papel potencial que juega en el concepto de reducción de los daños, es algo que podría mejorarse enormemente.

Para conseguir lo anterior, podría llevarse a cabo[26]:

- Better training of health professionals in tobacco and nicotine science;
- La circulación y distribución de literatura impresa que esté simplificada y que
- sea visualmente más atractiva; utilizando a tales fines unas técnicas de comunicación basadas en las tecnologías actuales;
- Una mejor educación dirigida a los educadores y a los proveedores de atención médica; y finalmente
- Una atención que proporcione la asistencia necesaria para poder utilizar adecuadamente los sistemas de atención médica.

PARTICIPACIÓN DE LOS INTERESADOS

Las partes interesadas clave son aquellas que ejercen una influencia importante en, o que se ven importantemente afectadas por, el resultado de un debate o de un trabajo, en un asunto con el que guarden relación. Por tanto, es entendible que los consumidores de los productos del tabaco sean también considerados como partes interesadas clave, en lo que respecta al desarrollo de las políticas, de los productos y de la ciencia que subyace bajo dichos productos al usarlos, no obstante y por desgracia, cuando los legisladores legislan, no suelen preguntarle al pueblo.

«Aún de un enemigo puede el humano aprender sabiduría.» – Aristófanes

Podría decirse que lo mismo se aplica a la THR, en relación a la actual falta de existencia de un discurso que cuente con el contenido necesario y que se desarrolle entre las comunidades de salud pública y los consumidores de los productos del tabaco. Si bien es cierto que hay ONGs y otras sociedades basadas en la constitución de sus miembros que representan los puntos de vista del consumidor, debe mencionarse también, que ninguna de ellas se ha involucrado lo suficiente, como para ejercer un compromiso serio, en el que se obligue a todas las partes interesadas, ya sean individuales o pertenecientes a diferentes grupos, con sus respectivos intereses, para se impliquen lo suficiente, ofreciendo finalmente un debate del que se puedan obtener resultados

Resulta cuando menos esclarecedor, estudiar los datos históricos que se desprenden de la campaña internacional que se centró en implementar un mejor tratamiento para los pacientes con VIH/SIDA. Hasta la década de 1990, a muchos pacientes con VIH les resultaba difícil poder tener acceso a los tratamientos con terapia antirretroviral. Dados los costes anuales y exorbitantes que implicaban dichos tratamientos, quedó de manifiesto que dicha situación representaba un problema, aparentemente insuperable, para la los sistemas de salud pública. Muchos expertos en lo relativo al SIDA concluyeron que el éxito que se obtuvo para que los tratamientos del VIH/SIDA pudieran ser más asequibles y accesibles, fue posible gracias al activismo de los pacientes

Los pacientes con VIH/SIDA no estaban dispuestos a aceptar la situación actual, en la que se les negaba toda consideración en los sistemas de salud pública. De hecho, fueron los funcionarios de salud pública quienes decidieron qué políticas debían desarrollarse e incluso qué productos podrían ayudarles, en vez de entrar en discusiones sobre estos temas con los mismos pacientes. Gracias a su compromiso y activismo, los pacientes lograron crear conciencia sobre su enfermedad, movilizando los recursos existentes; lo que, a su vez, les permitió aumentar el acceso a los tratamientos disponibles. Quizás los consumidores de los productos del tabaco puedan seguir este ejemplo y abogar a las autoridades para que se desarrollen unas mejores políticas, que les puedan ayudar a dejar de fumar y que defiendan el concepto de reducción de los daños y los recursos para llevarlo a cabo.

LOS CONSUMIDORES Y SUS DERECHOS

Un aspecto de gran importancia en lo que respecta al debate existente sobre el concepto de reducción de los daños causados por el tabaco y que, de hecho, casi ha sido olvidado, nos muestra que los consumidores tienen el derecho humano y fundamental de acceso a la salud. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)[27]afirma que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida, adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, lo cual incluye… la atención médica y los servicios sociales necesarios…»

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) encarna aún más el derecho humano a la salud.[28][29]]

Este derecho humano se utilizó con éxito para que los pacientes que padecían y que estaban luchando contra el VIH/SIDA pudieran tener acceso al tratamiento. El concepto de la reducción de los daños provocados por el tabaco (THR, por sus siglas en inglés) bien podría ser la siguiente área de aplicación en el que ejerza su influencia dicho pacto.

En efecto, el derecho a la salud se establece claramente en el PIDESC como *«el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental»*.

Además, el artículo 12 del PIDESC requiere que los países ayuden a hacer realidad este derecho a los ciudadanos, tomando las medidas que permitan garantizar:

- «La mejora de todos los aspectos relativos a la higiene ambiental e industrial;
- La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y de otro tipo; y finalmente
- La creación de unas condiciones que aseguren a todos, el acceso a los servicios médicos y la atención médica correspondiente, en caso de enfermedad».

De lo anterior se desprende entonces que los países deben proporcionar el acceso y la información para fomentar el desarrollo de aquellos que sean más vulnerables y que por tanto, tengan una menor capacidad para poder controlar sus propios comportamientos en lo relativo a la salud. El concepto de la reducción de los daños provocados por el tabaco (por sus siglas en inglés – THR) encaja claramente dentro de esta categoría, ya que el acceso a una menor cantidad de productos del tabaco que sean peligrosos, ayudaría a que las personas puedan limitar el daño en lo relativo al uso del tabaco, sin eliminar por completo su consumo.

Una vez más, surge la cuestión de los derechos individuales frente a los derechos sociales. Si dichos derechos se aplicaran a la reducción de los daños, se plantearía un problema. De hecho, el concepto de reducción de los daños, incluso podría aumentar el número de usuarios a nivel de la población. No obstante, Kozlowski – y otros – sostienen que esta no debería ser la base sobre la cual debamos juzgar un enfoque basado en los derechos humanos. El derecho a la salud se centra en el individuo como persona; y no puede entenderse por tanto, como un derecho a la salud pública.[30][31]

Si se aplica este derecho humano a la salud, en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS), es evidente que el susodicho convenio marco no afronta adecuadamente esta situación. Esto ocurre, a pesar del hecho de que la OMS ha reconocido que la adicción a la nicotina es una enfermedad y que *«la dependencia a la nicotina representa, inequívocamente, una barrera importante en lo relativo a poder parar con éxito»*[32]

Se prevé que ocupe un lugar clave en los debates, tanto el principio de reducción de los daños como el derecho humano fundamental de acceso a la salud, en lo relativo a todos los consumidores de los productos del tabaco; en lo que respecta al concepto de reducción de los daños, cabe mencionar que es un tema que se abordará en detalle, como un pilar básico de la CMCT OMS.

REFERENCES

1. **World Health Organization [Internet]. Global health observatory (GHO) data: Prevalence of tobacco smoking; 2020 [cited 2020 Sep 1].** Available from: https://www.who.int/gho/tobacco/use/en/

2. **World Health Organization. WHO launches new report on global tobacco use trends [press release]. 2019 Dec 19 [cited 2020 Sep 1].** Available from: https://www.who.int/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends

3. **World Bank. Curbing the epidemic: Governments and economics of tobacco control. Washington DC: World Bank; 1999 May. 140 p. Report No.: 19638. [document on the Internet]. Washington DC: World Bank; 1999 [cited 2010 Aug].** Available from: http://documents1.worldbank.org/curated/en/914041468176678949/pdf/multi-page.pdf

4. **Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of health behaviours: The case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2005.** Available from: https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/cprof:oso/9780198565895.001.0001/acprof-9780198565895-chapter-11

5. **Goddard E. General household survey 2005: Smoking and drinking among adults, 2005. London: Office for National Statistics; 2005 [cited 2020 Sep 1].** Available from: http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/UK%20alcohol%20reports/ghs2005-smoking-and-drinking-report.pdf

6. **Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. Health Aff [Internet]. 2009 [cited 2020 Sep 1]; 28(supple 1):w555-w565.** Available from: https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.28.4.w555

7. **McNeill A. Smoking and mental health: A review of the literature. London: SmokeFree London; 2001. [cited 2020 Sep 1].** Available from: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/d?doi=10.1.1.622.6748&rep=rep1&type=pdf

8. **Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. J Subst Abuse [Internet]. 1995 [cited 2020 Sep 1]; 7(3):373-378.** Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0899328995900306

9. **Pomerleau CS, Ehrlich E, Tate JC, Marks JL, Flessland KA, Pomerleau OF. The female weight-control smoker: A profile. J Subst Abuse [Internet]. 1993 [cited 2020 Sep 1]; 5(40):391-400.** Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/089932899390007X

10. **Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households: OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain report 1. London: HMSO; 1995.**

11. **McNeill A. Smoking and patients with mental health problems. London: NHS Health Development Agency; 2004.**

12. **Da Silva N, Cowell P, Chow T. Updated and revised prison population projections 2005-2011: England and Wales. British Home Office; 2005.** Available from: http://www.justice.gov.uk/publications/docs/omcs2006.pdf

13. **Godfrey C, Parrott S, Coleman T, Pound E. The cost-effectiveness of the English smoking treatment services: Evidence from practice. Addiction [Internet]. 2005 Mar 7 [cited 2020 Sep 1]; 100(Suppl 2):70-83.** Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2005.01071.x

14. **American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed (text revision). Washington, DC: APA; 2000. p. 244-247. [cited 2020 Aug 31]** Available from: https://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr

REFERENCES (cont.)

15 **US Department of Health and Human Services, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking: Nicotine addiction - A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1988.**

16 **Hughes JR, Higgins ST, Hatsukami DK. Effects of abstinence from tobacco: A critical review. In: Annis Hm, Cappel HD, Glaser FB, Goodstadt MS, Kozlowski LT, editors. Research advances in alcohol and drug problems: Volume 10. New York, NY: Plenum Press; 1990:317-398.**
Available from: https://www.springer.com/gp/book/9780306432958

17 **al'Absi M, Amunrud T, Wittmers LE. Psychophysiological effects of nicotine abstinence and behavioral challenges in habitual smokers. Pharmacol Biochem Behav [Internet]. 2002 [cited 2020 Sep 1]; 72(3):707-716.**
Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091305702007396?via%3Dihub

18 **Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence [Internet]. US Dept of Health and Human Services; 2008 May [cited 2010 Aug].**
Available from: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf

19 **Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults, 2006. MMWR [Internet]. 2007 Nov 9 [cited 2020 Aug 31]; 56(44):1157-1161.**
Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5644a2.html

20 **Hughes J, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction [Internet]. 2004 Jan [cited 2020 Aug 31]; 99(1):29-38.**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2004.00540.x

21 **Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot [Internet]. 1997 Sep-Oct [cited 2020 Sep 1]; 12:38-48.**
Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/0890-1171-12.1.38

22 **Bansal MA, Cummings KM, Hyland A, Giovino GA. Stop-smoking medications: who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? Nicotine Tob Res [Internet]. 2004 [cited 2020 Sep 1]; 6(Suppl 3):S303-S310.**
Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/6/Suppl_3/ S303/1084703?redirectedFrom=fulltext

23 **Shiffman S. Underutilization of evidence-based medications and misperceptions of NRT safety. Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Preconference Symposium: Increasing access to effective treatments: The case for more flexible regulatory policy. Austin, TX; 2007 Feb 21.**

24 **Cline RJ. At the intersection of micro and macro: Opportunities and challenges for physician-patient communication research. Patient Educ Couns [Internet]. 2003 May [cited 2020 Sep 1]; 50(1):13-16.**
Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399103000739?via%3Dihub

25 **Brodie M, Foehr U, Rideout V, Baer N, Miller C, Flournoy R, et al. Communicating health information through the entertainment media: A study of the television drama ER lends support to the notion that Americans pick up information while being entertained. Health Aff [Internet]. 2001 [cited 2020 Sep 1]; 20(1):192-199.**
Available from: https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.20.1.192

26 **Apfel F, Jacobson K, Parker R, Taylor J, Boyle T, Groves J, et al. WHCA action guide on health literacy: Evidence and case studies pt. 2. Compton Bishop: WHCA; 2010.**

27 **United Nations. The universal declaration of human rights. UN; 1948 [cited 2010 Aug].**
Available from: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

28 **United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN; 1976 [cited 2020 Aug 1].**
Available from: https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx

REFERENCES (cont.)

29 **Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12). UN Doc. E/C.12/2000/4; 2000.**
Available from: https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf

30 **Kozlowski LT. Harm reduction, public health, and human rights: Smokers have a right to be informed of significant harm reduction options. Nicotine Tob Res [Internet]. 2002 Dec 1 [cited 2020 Sep 1]; 4(Suppl 2):S55-S60.**
Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/4/Suppl_2/S55/1117103?redirectedFrom=fulltext

31 **Kozlowski LT, Edwards BQ. "Not safe" is not enough: Smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. Tob Con [Internet]. 2005 [cited 2020 Sep 1] ;14(Suppl 2):ii3-ii7.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/14/suppl_2/ii3

32 **World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998.**
Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42049

CAPÍTULO 6

Aspectos legales de la reducción de los daños producidos por el tabaco

Las administraciones de salud pública, por iniciativa propia, llevan controlando el tabaco, como mínimo, unos 50 años; a pesar de todo este tiempo, los productos que contienen más nicotina, los cigarrillos, son los que gozan de una menor regulación, mientras que los productos de la nicotina medicinal, que de hecho son los menos peligrosos, suelen ser los productos que más controles de regulaciones sufren. Esta actitud no solamente carece de sentido; sino que, además, no ayuda en absoluto, ni al beneficio de los propios pacientes, ni al conjunto de los sistemas de salud pública.

Foto realizada Nigel Tadyanehondo en Unsplash

Se necesita un cambio importante en la forma de regular a todos los productos que contengan tabaco y nicotina, lo cual, permitirá animar a los fumadores para que dejen de fumar o, al menos, para que puedan cambiar a unos productos que sean menos perjudiciales».

Photo by Daoudi Aissa on Unsplash

LAS REGULACIONES ACTUALES DIFICULTAN EL CONTROL DE LA ADICCIÓN AL TABACO Y LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

Dejar de fumar representa un gran desafío para todos – supone un gran desafío para los fumadores que desean dejar de fumar, para los profesionales de la salud que los ayudan, para los sistemas de atención médica e incluso para los legisladores. El hecho de que todos los que hayan decidido dejar de fumar puedan sufrir importantes síntomas de abstinencia, con implicaciones de carácter físico, emocional y psicológico, es algo de lo que ya se tiene constancia.[1]

También sabemos que, aunque más del 70 % de los fumadores quieren dejar de fumar, tan solo del 4 al 7 % consigue lograrlo.[2][3] Los rituales que se asocian al hecho de fumar y los aspectos sociales del tabaquismo, hacen que dejar de fumar sea aún más difícil.[4]

En virtud de lo anterior, sería razonable suponer que la legislación sobre la nicotina, tanto a nivel internacional como nacional, debería establecerse de manera tal, que[5] apoye y mejore el abandono del hábito de fumar, estableciendo las estructuras que permitan ejercer una reducción de los daños, en lo relativo a los productos y servicios que ofrece la industria.

Desafortunadamente, esto no es así. Por esta razón, la primera de las tres secciones de este capítulo, se concentra en unos objetivos que se orientan hacia la legislación, concretamente, hacia la legislación con respecto a los cigarrillos electrónicos y en base a aquellos elementos que permitan establecer un sistema adecuado, que fomente las legislaciones pertinentes.

OBJETIVOS EN BASE A LA LEGISLACIÓN

Los principios fundamentales para la legislación y regulación del tabaco y la nicotina, deben:

- Estar basados en la ciencia;
- Ser proporcionales con respecto al grado de riesgo al que se enfrenta el consumidor;
- Tener unas regulaciones más restrictivas, las cuales deberán aplicarse, lógicamente, a los productos más dañinos;
- En contraste a lo anterior, tener unas regulaciones que sean menos restrictivas, como también es lógico, para los productos que sean menos dañinos; y finalmente
- Proteger a los jóvenes con respecto a su iniciación en este hábito o incluso evitar que utilicen cualquier producto que esté basado en el tabaco o la nicotina.

Abrams – y otros –[5] piden que se realice, ahora mismo, una legislación que permita «salvar la vida de los fumadores» al tiempo que, además, se proteja a la juventud del hábito de fumar. El desafío fundamental, en base a esto, consiste en implementar unas políticas que maximicen el flujo neto, en relación al hábito de fumar, dirigiendo dicho flujo hacia el consumo de unos productos que sean más seguros o incluso hacia no fumar en absoluto. Se puede y se debe encontrar un equilibrio que permita proteger a los jóvenes, sin que por ello se tenga que desalentar al uso de una nicotina que sea más limpia y que se destine a los fumadores que no pueden o que, simplemente, no quieren dejar de consumir dicha sustancia.[6,7,8,9,10,11]

En lo que respecta al control del tabaco, es difícil conseguir este equilibrio. Esto se debe a que el público y los consumidores necesitan recibir una clara diferenciación de los riesgos, lo cual se puede conseguir con una comunicación de los riesgos diferente y que esté orientada con respecto a las diferentes categorías de los productos. Igualmente, es necesario incentivar a las empresas, para que creen unos nuevos productos que sean menos dañinos.

Lamentablemente, incluso en aquellos casos en los que existen una gran cantidad de pruebas epidemiológicas, los productos que son menos dañinos, todavía están prohibidos o desacreditados. Pongamos como ejemplo el «snus» sueco. La Organización Mundial de la Salud (OMS) todavía describe públicamente al «snus» sueco como «una alternativa que no es segura en relación al consumo de tabaco», a pesar de existir una gran cantidad de pruebas que demuestran lo contrario. [12,13,14,15] En base a estas recomendaciones, muchos países todavía siguen prohibiendo el «snus» sueco.

La razón que se esconde tras este escepticismo radica en la propia desconfianza que ejercen las industrias tabacaleras. Dichas industrias han sido acusadas de socavar el control del tabaco y de engañar a los consumidores sobre los verdaderos peligros que implica fumar cigarrillos – para obtener más información al respecto, consulte los datos aportados por el Royal College of Physicians, Capítulo 9, pág. 135-45.[11]

Es alentador, no obstante, que la Agencia de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés – USFDA) haya otorgado a la Swedish Match una «directriz de riesgo modificado», en lo relativo a ocho productos del snus de su marca. Si fuese cierto que el «snus» pudiese servir de ayuda para prevenir aquellas enfermedades que estén relacionadas con el tabaco, previniendo por ende las posibles muertes, entonces, la legislación actual debería permitirlo, debiendo respaldarse en las pruebas que ya han sido aportadas por la ciencia.

LEGISLACIÓN Y REGULACIÓN SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Una de las categorías de los productos basados en la nicotina, que no utilizan la combustión y que, además, está registrando uno de los crecimientos más rápidos de la industria, es el cigarrillo electrónico, también conocido como «cigarrillos-e» (o incluso como «e-cigarrillos»). Otra frase con la que se puede denominar a estos productos, incluso forma parte del repertorio de la OMS, pudiendo ser catalogados como unos «sistemas para el suministro electrónico de la nicotina» (ENDS).

Los entornos legislativos que trabajan dentro de esta categoría, deben conseguir los siguientes objetivos:

- Garantizar que los cigarrillos electrónicos y que los productos que utilicen el vapor, sean los más seguros posibles, sin que por ello se tenga que poner en riesgo su atractivo como alternativas al consumo del tabaco; y finalmente,
- Garantizar que no se comercialicen de manera tal, que aumente el daño total que pudieren causar a la población, lo cual incluye, además, la posible captación de los jóvenes o de aquellos no fumadores, que de no haber sido captados, no hubieran comenzado a fumar.

No obstante, debe tenerse en cuenta que el objetivo no consiste en evitar, a toda costa, que todos los jóvenes utilicen los cigarrillos electrónicos. De hecho, incluso puede haber un beneficio importante para la salud de aquellos jóvenes que utilicen los cigarrillos electrónicos, si tal actividad representa una alternativa al tabaquismo u otro comportamiento que pueda ser perjudicial.

Los legisladores deben tener como meta conseguir el «punto óptimo»[5] de intervención regulatoria, que permita, a su vez, generar la debida confianza entre los consumidores, eliminando del mercado las empresas comercializadoras que actúen deshonestamente, así como los productos defectuosos. Cabe mencionar también, que una intervención de dicho calibre, no debe imponer costes, cargas y restricciones que aplasten a los sectores más pequeños de la industria, mediante el cambio radical de los productos que ya se encuentran disponibles, lo cual, también obstaculizaría la innovación. La figura 1 que se muestra a continuación, ilustra el concepto de dicha relación.

APORTE DE LAS REGULACIONES PARA EL CONSUMIDOR DE CIGARRILLOS-E (CONCEPTUAL)

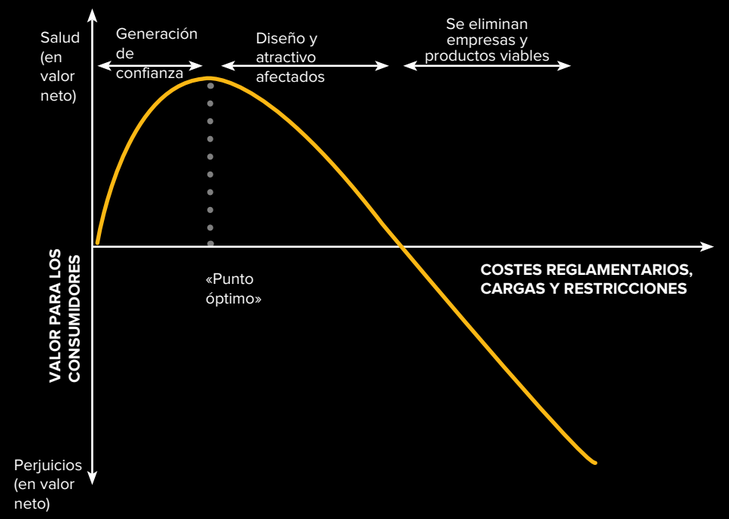


Figura 1: Encontrando el punto óptimo

ELEMENTOS PARA UN ADECUADO RÉGIMEN DE REGULACIONES

Un régimen regulatorio que ofrezca la legislación más ventajosa para los consumidores, optaría por defender un sutil equilibrio que permita proteger el círculo comprendido por los consumidores, los que no son consumidores y los posibles consumidores, limitando los riesgos para todos ellos, frente a unos posibles perjuicios.

Un régimen de regulaciones que sea razonable y proporcionado (lo que podríamos denominar como el «punto óptimo») podría cubrir muchos de los siguientes puntos y podría llegar a desarrollarse con el tiempo.

Si bien la siguiente lista no pretende ser exhaustiva, sí que es capaz de describir los principales aspectos que deben tenerse en cuenta en las regulaciones:

Líquidos

- Obligatoriedad en los líquidos de utilizar nicotina y diluyentes de calidad farmacéutica;
- Los sabores, como requisito mínimo, deberán tener calidad alimentaria;
- Prohibición de los ingredientes que se sepa que son cancerígenos, mutagénicos y tóxicos para la reproducción o bien que actúen como sensibilizantes respiratorios;
- Confirmación de los estándares o umbrales de pureza para los contaminantes en los líquidos;
- Los productos deberán ceñirse a sus descripciones y contener, exactamente, aquel contenido que haya sido declarado en relación a la nicotina y los sabores;
- Adoptar un estándar de gestión de calidad para los envases, a efectos de que sean a prueba de niños, por ejemplo, posibilidad de adaptar el estándar ISO8317; y finalmente
- Incluir una fecha de caducidad.

Compañías

- Las compañías deberán proporcionar su domicilio social para que se pueda identificar a las «personas responsables»;
- Sería deseable que utilicen un estándar de gestión de la calidad, por ejemplo, el ISO9000; y finalmente
- Los productos deberán utilizar el etiquetado correspondiente, a efectos de proporcionar formas que permitan identificarlos y retirarlos.

Dispositivos

- Deberán contar con las especificaciones correspondientes en materia de seguridad eléctrica para garantizar que los cargadores y el conjunto de las baterías sean seguros;
- Además, deberán disponer de las especificaciones correspondientes en materia de seguridad térmica;
- Los materiales utilizados en los dispositivos deberán haber sido probados para el uso alimentario; y finalmente
- Se deberán tener en cuenta los posibles umbrales operativos para los dispositivos, como por ejemplo, la máxima temperatura que puedan alcanzar.

Marketing y publicidad

- La literatura de los productos deberá ser verdadera, tendrá que estar respaldada por pruebas y no podrá ser engañosa;
- Dicha literatura, deberá contener, además, unas advertencias razonables en relación con la toxicidad y la adicción;
- Las temáticas y los mensajes atractivos como medio vehicular para los menores de 25 años deberían restringirse;
- Las ventas deberían realizarse solamente a los adultos; y finalmente
- Al igual que ocurre con cualquier producto en el que la edad sea un factor primordial, se deberá realizar una verificación de la edad, cuando se efectúen ventas en línea y en las tiendas físicas.

Control de pruebas

- Cualquier control de pruebas que se haga, deberá respaldar los objetivos que se establezcan en virtud de la legislación vigente y deberá seguir las decisiones que hayan sido tomadas en base a las regulaciones; además,
- Dicho control de pruebas deberá centrarse en la calidad de los líquidos y de los dispositivos, en vez de concentrarse en las mediciones de vapor.

Vapeo en los lugares públicos

- La prohibición del vapeo por ley o mediante una prohibición general es algo que está totalmente injustificado: cabe recordar que la prohibición de fumar por ley, se basa en los daños materiales que se puedan ocasionar a otros
- Existen muchos lugares, momentos, acontecimientos y circunstancias donde el acto de vapear puede ser razonable, deseable o Incluso comercialmente adecuado: por tanto, una prohibición general no debería descartar tales circunstancias;
- Los propietarios y los gestores de los locales deberían poder decidir ellos mismos su propia política, razonando al respecto con una información adecuada [lo cual debe incluir el valor de bienestar que se puede ofrecer a quienes vapean y a los fumadores]. También deberán indicar claramente si el vapeo está permitido o no; [16] y finalmente
- Las personas que vapeen deberán afrontar el hecho de vapear en público como una cuestión de etiqueta, ejerciendo el debido respeto a los demás.

CASOS EN LOS QUE LA CARENCIA DE REGULACIÓN PUEDE SER UN OBSTÁCULO, EN VEZ DE UNA AYUDA

LA EXISTENCIA DE UNA REGULACIÓN DEFICIENTE, SUPONE UN RIESGO PRIMORDIAL PARA LA SALUD PÚBLICA

Las regulaciones deficientes y excesivas, implican uno de los riesgos principales que salpican a los desarrollos de los cigarrillos electrónicos, los cuales, generalmente, son realmente positivos. Al desarrollar las regulaciones correspondientes, existe un factor fundamental que esconde una «doble repercusión negativa»: cuando se actúa con dureza contra los cigarrillos electrónicos, también se está siendo duro con una alternativa, que de hecho, es muy competitiva y también actúa contra los cigarrillos convencionales.

Existe el peligro de que los reguladores y los funcionarios gubernamentales que sean reacios, puedan poner en práctica un enfoque excesivo en lo relativo a los riesgos residuales que estén asociados con los productos de vapeo; no obstante, al actuar de esta manera, harán que dichos productos sean mucho menos efectivos y también menos atractivos como alternativas tangibles contra el consumo de tabaco. Al adoptar dicha postura, de hecho, aumentarán los riesgos en general para la salud, ya que estarán induciendo a la consecuencia involuntaria de consumir tabaco como algo adicional y continuado.

«No existe razón alguna para que se tengan que regular los sistemas alternativos para el suministro de la nicotina como algo que no son, es decir, como si fueran productos del tabaco, venenos o medicinas».

LAS CONSECUENCIAS INESPERADAS SOBRE LAS REGULACIONES EJERCERÁN UN FACTOR DOMINANTE

La siguiente tabla ilustra claramente cómo las medidas en lo que respecta a las regulaciones, po drían llegar a causar unas consecuencias nocivas no intencionadas, tales como: proteger el comercio de los cigarrillos convencionales, provocando incluso un mayor consumo de tabaco, lo que de otro modo sería imposible. Es evidente que lo anterior es un motivo de preocupación importante, ya que es probable que en base a dichos actos, se superen con creces las consecuencias de la mayoría de propuestas que se están desarrollando en la actualidad en relación a las regulaciones.

CONSECUENCIAS INESPERADAS Y PLAUSIBLES CUANDO LAS REGULACIONES SON EXCESIVAS

POLÍTICA	CONSECUENCIAS INESPERADAS Y PLAUSIBLES
COSTES ELEVADOS PARA PODER CUMPLIR CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE U OBSTÁCULOS PARA ENTRAR EN EL MERCADO	Una pérdida en la diversidad de los productos implicará que los consumidores sean incapaces de personalizar la experiencia que perciben al vapear, lo que dificulta también que puedan encontrar productos que les gusten. Por tanto, es posible que los consumidores perciban dicha experiencia como menos satisfactoria, lo que a su vez, hará que continúen fumando o que incluso puedan recaer. Cuando todo esto ocurra, es posible que un mercado negro (o quizás gris en una versión más suavizada) comience a desarrollar productos que no seguirán la legislación vigente, lo cual podría destruir a los productores responsables de la producción nacional, creando un comercio paralelo para satisfacer la demanda. Los regímenes de autorización que sean engorrosos y caros, también dificultan y encarecen la innovación. Como consecuencia de lo anterior, habrá pues menos innovación y experimentación en lo que respecta a las preferencias de los consumidores.
PROHIBICIÓN DE LOS MENSAJES RELATIVOS A LA SALUD O A LOS RIESGOS	Cuando se actúa de esta manera, se le niega a los fumadores una información veraz proveniente del mundo real sobre los riesgos correspondientes, lo que, incluso puede llegar a aumentar todavía más el consumo de tabaco. Es indiscutible que los cigarrillos electrónicos son una opción mucho más segura que los cigarrillos convencionales: el debate pues, recae en decidir el porcentaje (95-100 %) con respecto al menor riesgo que ofrecen. En virtud de lo anterior, se está generando un nivel regulatorio realmente alto e innecesario, lo cual, pone trabas a las comunicaciones veraces, oscureciendo, por tanto, aquellos beneficios que sean más importantes para el consumidor, a partir del consumo en sí mismo. Los responsables en relación a decidir si se debería permitir que se puedan declarar las propiedades saludables de los productos, normalmente, actúan de forma «reacia» y suelen estar preocupados por lo que podría salir mal, si se permitiese publicar tal información. No obstante, rara vez prestan la misma atención al error que se desprende de un «falso negativo» como: la pérdida del beneficio que surge cuando se rechazan afirmaciones que son totalmente válidas.
RESTRICCIONES EN RELACIÓN A LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO	Reducen la capacidad de las marcas de cigarrillos electrónicos para competir con los cigarrillos convencionales (los cuales gozan de mayores beneficios en el mercado), lo que también disminuye los medios para comunicar la propuesta de valor añadido que ofrecen a los fumadores. Debido a lo anterior, es posible que se reduzcan las diferentes formas existentes para comunicar las innovaciones o que no se puedan construir marcas que generen la debida confianza. Si se someten a un control excesivo, los productos pueden volverse carentes de interés y estériles, lo cual también disminuye su atractivo. Casi toda la publicidad que se hace de los cigarrillos electrónicos muestra una forma de publicidad que se orienta contra el tabaquismo, todo lo cual se está haciendo sin recibirse fondos públicos y sin ninguna solicitud formal por parte de los gobiernos; sería una estupidez que se detengan todos estos esfuerzos gastando dinero público en su lugar.

POLÍTICA	CONSECUENCIAS INESPERADAS Y PLAUSIBLES
RESTRICCIONES SOBRE LA INTENSIDAD DE LA NICOTINA EN LOS LÍQUIDOS	Los fumadores, son incapaces de disfrutar una experiencia satisfactoria con la nicotina durante las primeras etapas en las que se está produciendo un cambio o mientras están aprendiendo a vapear. Una vez ocurrido lo anterior vuelven a fumar o abandonan el vapeo. Es posible que los fumadores empedernidos o más dependientes puedan encontrar poco gratificantes los cigarrillos electrónicos, por tanto, es evidente, que se están negando unos productos que podrían ser más eficaces, a aquellos que están en un mayor riesgo. Dichas restricciones también pueden conllevar a que los consumidores acaben optando por el mercado negro o por realizar «mezclas en sus casas» con líquidos que tengan una alta concentración. Debe tenerse en cuenta que, todo lo anterior, también impediría el éxito en la innovación de productos como el Juul, los cuales, utilizan líquidos par dispositivos electrónicos, con una alta concentración (~5 %).
PROHIBICIÓN DE SABORES	Es cierto que todos los cigarrillos electrónicos y los líquidos están aromatizados con algo, ya que de esta forma, se consigue aportar un elemento clave a su atractivo. Muchos exfumadores manifiestan haber cambiado a diferentes sabores de tabaco, como un método para intentar alejarse permanentemente del hábito de fumar. Existe un riesgo importante con respecto a la falta de disponibilidad de los diferentes sabores, ya que podría llegar a provocar una recaída entre los usuarios de los cigarrillos electrónicos, lo cual, también hará que un menor número de fumadores se cambien a esta modalidad. Además, lo anterior, también puede conllevar a nuevas situaciones con respecto a obtener en el mercado negro la carencia de sabores existente o incluso a mezclas del tipo «hágalo usted mismo», lo cual, puede ser peligroso. Incluso en el caso de los jóvenes, puede darse la posibilidad de que, cualquier atracción que puedan sentir hacia los sabores, permita alejarles también del consumo de los cigarrillos convencionales, hecho el cual podría serles beneficioso; de todo lo anterior, puede dilucidarse claramente que obligar a una prohibición sería cuando menos perjudicial.
PROHIBICIONES DE LAS VENTAS EN LÍNEA	Debido a que las opciones, en lo que respecta al vapeo, son muy diversas, se sigue dando el caso de que la cantidad de usuarios sigue siendo bastante baja, al tiempo que la evolución tecnológica continúa desarrollándose rápidamente, por lo cual, adoptar internet como modelo de negocio es muy importante. Gracias a lo anterior, se podrá proporcionar una mayor variedad y comodidad a los usuarios, sin necesidad de que miles de tiendas tengan que cargar con grandes existencias en su inventario, ya lastrado por una lenta rotación. Si los usuarios se ven obligados a comprar en los establecimientos «tradicionales», pero no tienen una tienda especializada cerca, es probable que contemplen todas sus opciones como algo bastante limitado, percibiendo el acto de vapear de forma mucho menos atractiva.

CONSECUENCIAS POSIBLES INESPERADAS DE UNA REGULACIÓN EXCESIVA (CONT.)

POLÍTICA	CONSECUENCIAS INESPERADAS Y PLAUSIBLES
MERCADOS NEGROS, EN RELACIÓN A LAS CARGAS DEBIDO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE LEGALIDAD Y A OTROS COSTES	Los mercados negros emergen en respuesta a unas regulaciones que son restrictivas o costosas, también aparecen como consecuencia de las cargas que implican los impuestos. Los mercados negros cumplen la función de compensar unas políticas mal diseñadas en lo que respecta a algunos aspectos y es probable que surjan a medida que se implemente la Directivas sobre los productos del tabaco (por sus siglas en inglés – TPD). No obstante, estos mercados también causan daños al comercio, al transporte y a la manipulación de los líquidos de alta concentración; también afectan a la calidad del producto y suelen ser la causa de un etiquetado deficiente, lo cual, produce envases de mala calidad. Los mercados negros aumentan los riesgos que, en principio, deberían poder mitigar las políticas.
ADVERTENCIAS PARA LA SALUD	Las advertencias deben contemplar que se informe correctamente sobre los posibles riesgos, lo cual, permitirá a su vez que los usuarios puedan tomar unas decisiones en base a una información de calidad. Las advertencias de salud alarmistas, incluso si son literalmente correctas, pueden llegar a ser engañosas y ser mal interpretadas por el público. Cabe mencionar que lo anterior ha ocurrido comúnmente en el caso del tabaco que no genera humo (por ejemplo, con mensajes como «Este producto no ofrece una alternativa segura al tabaco»). Las advertencias que no comunican adecuadamente los riesgos que están asociados, también subestiman los riesgos que implica fumar o bien minimizan la ventaja de cambiar hacia otros productos. Dichas advertencias, pueden ocultar mensajes mucho más importantes, en relación a comparar los riesgos con el tabaco tradicional; mensajes los cuales, no se ofrecen en las comunicaciones oficiales. Las advertencias sobre la nicotina, pueden exacerbar un conjunto de percepciones erróneas sobre el papel que, en realidad, juega la nicotina en lo que respecta a las enfermedades (papel el cual, es mínimo).
LIMITACIONES EN EL TAMAÑO DEL CONTENEDOR Y DEL DEPÓSITO	Dichos límites harían que la experiencia de vapear sea mucho más incómoda y menos atractiva para los fumadores. También exigen más requisitos en lo que respecta al llenado, aumentando las probabilidades de quedarse sin líquido – lo que a su vez provoca las circunstancias adecuadas para una posible recaída. Normalmente, el riesgo de intoxicación no se gestiona limitando el tamaño de los envases (por ejemplo, limitando los envases de los medicamentos o del alcohol).

POLÍTICA	CONSECUENCIAS INESPERADAS Y PLAUSIBLES
PROHIBICIÓN DE VENTAS A MENORES DE 18 AÑOS	Existe un apoyo casi universal a esta política. No obstante, unos estudios llevados a cabo en los Estados Unidos, pudieron averiguar que, en aquellas zonas donde se había prohibido la venta de los cigarrillos electrónicos a los menores de 18 años, la disminución del consumo de tabaco, ocurrió de forma más lenta, en comparación con otras zonas en las que no estaba prohibido. No obstante, merece la pena destacar que las NRT (terapias de reemplazo de la nicotina), están disponibles para las personas mayores de 12 años en algunas jurisdicciones, ya que, los fumadores jóvenes también deben dejar de fumar. No se debe suponer que el principio de «reducción de los daños» deba comenzar a los 18 años de edad
RESTRICCIONES Y REQUISITOS PARA EL DISEÑO DE LOS PRODUCTOS – TESTEO Y TRÁMITES BUROCRÁTICOS	Existen numerosos cambios sutiles que pueden aplicarse al diseño de los productos, los cuales, abarcan la seguridad, el atractivo que generan y los costes. Por ejemplo, un producto perfectamente seguro que nadie quiere comprar puede ser peor para la salud, ya que debido a su falta de ventas, es posible que más personas fumen tabaco tradicional. Unas regulaciones excesivas en lo que respecta al diseño, pueden llegar a imponer unos costes altos, también cargas y restricciones, al tiempo que ralentizan las innovaciones y expulsan fuera del mercado, a los productos de calidad y, por ende, a las empresas que los producen. Todo esto ocurre, además, según van apareciendo las «trabas que imponen los requisitos legales en base a las regulaciones». Unas regulaciones que exijan un conjunto de especificaciones muy exigentes, tenderán a favorecer a los productos tradicionales que se mercantilizan de forma masiva y que están fabricados por las empresas tabacaleras o farmacéuticas. Las regulaciones pueden modificar negativamente el mercado y reducir el ritmo de las innovaciones
PROHIBICIÓN DEL USO DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN LOS LUGARES PÚBLICOS	Actuar de esta manera, disminuye la propuesta de valor que aportan los cigarrillos electrónicos para los usuarios y convierte el acto de vapear como algo «anormal»; a pesar de que es una opción mucho menos arriesgada, todo lo cual, disminuye también, el atractivo de vapear en comparación con el consumo de tabaco tradicional. Podría darse el caso de que se promueva una recaída hacia el tabaco tradicional, por parte de los usuarios ya existentes que vapean, si no se pueden mantener los niveles adecuados de nicotina o bien si quienes vapean, se unen a la hora de socializar, a los fumadores que se encuentran fumando en el exterior.

POLÍTICA	CONSECUENCIAS INESPERADAS Y PLAUSIBLES
CONTROLES EN RELACIÓN A LA «ADICCIÓN»	Cuando se ejerce este control, también se limita el impacto psicoactivo que provoca la nicotina, por ejemplo, al controlarse la farmacocinética (PK), la acidez, los aditivos, etc. Cuando se restringe la capacidad de los cigarrillos electrónicos debido a dichos riesgos, también se suscita la aparición de ciertas dificultades, ya que algunos fumadores tienen problemas para reemplazar los cigarrillos convencionales, lo que también implica cambios que favorecen la reducción a la dependencia, en vez de reducirse las enfermedades graves, como sería deseable. El problema de la «responsabilidad debido al abuso» es la razón por la que las NRT (terapias de reemplazo de la nicotina) no han tenido tanto éxito.
AUMENTO DE LOS IMPUESTOS A LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS	Reduce el incentivo económico, en relación al cambio que supone dejar de fumar los cigarrillos tradicionales, para pasarse al vapeo, a menos que también se aumenten los impuestos de los cigarrillos tradicionales. No obstante, si dichos impuestos se aumentan demasiado, inducirán a los usuarios a otras formas de comportamiento involuntario, como por ejemplo: comprar en el mercado negro, cambiarse al tabaco de liar o incluso a la creación de industrias artesanales, que produzcan los líquidos para los cigarrillos electrónicos, en sus propios garajes. También podría favorecerse la proliferación de unos medicamentos para dejar de fumar que sean menos efectivos, en términos medios y en comparación a las NRT (las cuales, por cierto, reciben un descuento del IVA totalmente injustificado en el Reino Unido).[17] Cuando se establecen regímenes fiscales en este sentido, se generan unos costes, tanto para las autoridades como para los fabricantes; dichos costes se traspasan, a su vez, a los consumidores, lo que, indefectiblemente, perjudica a la demanda y reduce la sensibilidad de los usuarios frente a los precios, en lo que respecta al aumento de dichos precios en los cigarrillos. Si los impuestos se creasen de forma proporcional a los riesgos, probablemente, serían tan bajos que recaudarlos incluso podría no merecer la pena, por esta razón, puede observarse que, cualquier impuesto sobre el vapeo, por su propia naturaleza, es desproporcionado.

EL RIESGO DE LAS CONTRAMEDIDAS DIRIGIDAS HACIA EL USUARIO, COMO MEDIO PARA SUPERAR LOS DEFECTOS EN LAS REGULACIONES

Los legisladores tienen las manos atadas. Existe un control regulatorio excesivo y una legislación que está orientada a eliminar del mercado los productos que los usuarios desean, debido a esto, se alienta a que los propios usuarios se rebelen, al tiempo que se mina la percepción que tienen de las regulaciones existentes, en relación a los posibles efectos para su salud o bienestar. Implementar una regulación que sea equilibrada es mucho mejor, ya que permite evitar el desarrollo de los mercados negros (o en una versión más suave – grises) que no estén regulados, evitándose también la creación de productos «en casa».

Foto realizada por Steven Lasry en Unsplash

PERCEPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) se define a sí mismo como un «tratado basado en pruebas que reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible». Dados los desafíos ya existentes en lo relativo a la regulación de los productos de la nicotina, se podría haber esperado que la propia OMS intentara corregir dichos desequilibrios regulatorios.

Lo anterior podría hacerse recomendando a los estados miembros de la OMS que alienten, permitan y faciliten un mayor uso de la nicotina, como una herramienta para dejar de fumar y también para reducir los posibles daños. Lamentablemente, hasta el momento, no se ha puesto en práctica esta oportunidad.

La OMS se ha centrado, casi exclusivamente, en la cesación del hábito de fumar y, en lo que respecta a los cigarrillos electrónicos, (también conocidos como ENDS – sistemas para el suministro electrónico de la nicotina), casi ha asumido un papel de activismo. Se encuentra, por tanto, en un riesgo latente de tergiversar y comunicar mal los riesgos existentes y las bases científicas en las que se sustentan los ENDS.[18]

El enfoque preferido de la OMS consiste en clasificar estos productos utilizando una vía doble, es decir, como si fueran medicamentos y también como si fueran tabaco, lo que les abre la puerta para poder aplicar las medidas restrictivas que se imponen en el tratado sobre el tabaco de la OMS (el Convenio Marco para el Control del Tabaco).[19,20] Además, también están deseosos de incluir dichos productos dentro de los objetivos de la ONU, en lo que respecta a la reducción de un 30 % del consumo de tabaco, para el año 2025.[21]

Esta política, podría hacer imposible que se puedan alcanzar dichos objetivos, ya que por su propia naturaleza se está negando también la forma más probable y evidente de alcanzarlos. Como resultado de la postura de la OMS, 53 de los los mejores expertos mundiales, escribieron[22] a la susodicha organización en mayo del 2014, implorando que adoptara un enfoque más constructivo.

En noviembre del 2021, las partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) organizarán próximamente, la así denominada «Conferencia de las Partes (COP9)», en los Países Bajos (Foro Mundial de La Haya, 2021). Dicho encuentro, clave sin duda, para la formulación de políticas de gran importancia, tendrá la oportunidad de abordar los siguientes aspectos:

- Las brechas existentes en lo relativo al CMCT, analizándose qué aspectos deberían actualizarse.
- Dicha reestructuración se aplicará específicamente al concepto de reducción de los daños. De hecho, ya se reconoce en el artículo 28 del CMCT, que se necesitan urgentemente más detalles concretos y estímulos;
- Aquellas acciones que ya se hayan acordado deberán acelerarse, tales como las ya tomadas en lo relativo a dejar de fumar; y finalmente
- Se tratará la necesidad de incluir a los grupos minoritarios, como las mujeres, también se analizará la utilización de unas políticas fiscales que estén basadas en las pruebas.

En la COP9, se espera que la OMS aproveche la oportunidad de estar a la altura de su propia declaración de objetivos.

«Dados los desafíos existentes en lo relativo a la regulación de los productos de la nicotina, se podría haber esperado que la propia OMS intentara corregir dichos desequilibrios regulatorios.»

REFERENCES

1. **American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed (text revision). Washington, DC: APA; 2000. p. 244-247. [cited 2020 Aug 31]**
Available from: https://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr

2. **Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults, 2006. MMWR [Internet]. 2007 Nov 9 [cited 2020 Aug 31]; 56(44):1157-1161.**
Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5644a2.htm

3. **Hughes J, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction [Internet]. 2004 Jan [cited 2020 Aug 31]; 99(1):29-38.**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2004.00540.x

4. **Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence [Internet]. US Dept of Health and Human Services; 2008 May [cited 2010 Aug].**
Available from: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf

5. **Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS. Harm minimization and tobacco control: Reframing societal views of nicotine use to rapidly save lives. Annu Rev Public Health [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2020 Aug 31]; 39:193–213.**
Available from: https://europepmc.org/article/pmc/pmc6942997#free-full-text

6. **Abrams DB. Potential and pitfalls of e-cigarettes – Reply. Jama [Internet]. 2014 May 14 [cited 2020 Aug 31]; 311(18):1922-1923.**
Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1869204

7. **Abrams DB. Promise and peril of e-cigarettes: Can disruptive technology make cigarettes obsolete? Jama [Internet]. 2014 Jan 8 [cited 2020 Aug 31]; 311(2):135-136.**
Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1812971

8. **Bates C. 2017. Rethinking nicotine: Implications for U.S. federal tobacco policy. Counterfactual Discuss. Pap. [Internet]. London; 2017. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.clivebates.com/documents/FDAReformJune2017.pdf

9. **Biener L, Hargraves JL. A longitudinal study of electronic cigarette use among a population-based sample of adult smokers: Association with smoking cessation and motivation to quit. Nicotine Tob Res [Internet]. 2015 Feb [cited 2020 Aug 31]; 17(2):127-133.**
Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/17/2/127/2858056?redirectedFrom=fulltext

10. **McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H. E-cigarettes: An evidence update. London: Public Health England; 2015. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/733022/Ecigarettes_an_evidence_update_A_report_commissioned_by_Public_Health_England_FINAL.pdf

11. **Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. London: RCP; 2016. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0

12. **Kozlowski LT, Abrams DB.. Obsolete tobacco control themes can be hazardous to public health: The need for updating views on absolute product risks and harm reduction. BMC Public Health [Internet]. 2016 May 24 [cited 2020 Aug 31]; 16(article 432).**
Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3079-9#citeas

REFERENCES (cont.)

13 **Kozlowski LT, Edwards BQ. 2005. "Not safe" is not enough: Smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. Tob Con [Internet]. [cited 2020 Aug 31]; 14(Suppl 2):ii3-ii7.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/14/suppl_2/ii3

14 **Kozlowski LT, O'Connor RJ. 2003. Apply federal research rules on deception to misleading health information: An example on smokeless tobacco and cigarettes. Public Health Rep [Internet]. 2003 May-Jun [cited 2020 Aug 31]; 118(3):187-192.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497534/

15 **Marlatt GA, Witkiewitz K. Update on harm-reduction policy and intervention research. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2010 [cited 2020 Aug 31]; 6:591-606.**
Available from: https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438

16 **Action on Smoking and Health (ASH) [Internet]. Will you permit or prohibit e-cigarette use on your premises?; 2015 Oct 15. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://ash.org.uk/information-and-resources/briefings/will-you-permit-or-prohibit-e-cigarette-use-on-your-premises/

17 **Brown J, Beard E, Kotz D, Michie S, West R. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: A cross-sectional population study. Addiction [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 31]; 109(9):1531-1540.**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.12623

18 **Bates C, WHO position on ENDS: A critique of the use of science and communication of risk. 2014 Oct. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://nicotinepolicy.net/documents/briefings/WHOpapercritique.pdf

19 **World Health Organization. Electronic nicotine delivery systems: Report by WHO - Report to the COP-6 of the FCTC. 2014 Sep. 13 p. FCTC/COP/6/10 Rev.1 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-en.pdf

20 **World Health Organization. Decision: Electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems. 2014 Oct 18. 2 p. FCTC/COP6(9). [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(9)-en.pdf

21 **Bates, C. WHO plans e-cigarette offensive. The Counterfactual [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.clivebates.com/who-plans-e-cigarette-offensive/

22 **Letter to Dr Margaret Chan, Director General WHO. Reducing the toll of death and disease from tobacco – tobacco harm reduction and the Framework Convention on Tobacco Control. 2014 May 16 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://nicotinepolicy.net/documents/letters/MargaretChan.pdf

CAPÍTULO 7

Evidencia científica sobre la reducción del daño por tabaco (RDT)

Fotografía de Louis Reed en Unspalsh

POR QUÉ LA BASE DE EVIDENCIAS SOBRE LA REDUCCIÓN DEL DAÑO POR TABACO ES IMPORTANTE

En el ámbito del control del tabaco, la política basada en evidencias cede muy fácilmente ante la búsqueda de evidencias con un tinte político. A menudo, son factores ideológicos y políticos más que la ciencia rigurosa los que definen la política oficial. Considerése, por ejemplo, que algunos gobiernos prohíben los cigarrillos electrónicos ¡pero permiten la venta de cigarrillos tradicionales!

En realidad, los legisladores toman el camino fácil en vez seguir métodos científicamente probados para medir los costos y beneficios que los productos de reducción del daño por tabaco generan en la salud pública. Lo que suelen hacer es subrayar los riesgos indeterminados de un nuevo producto de RDT, aplicar el principio de precaución y buscar las regulaciones más estrictas posibles para limitar el acceso y uso de productos de la nicotina menos dañinos. Es frustrante la cortedad de miras de este enfoque.

EL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN: MAL ENTENDIDO Y MAL UTILIZADO

Gran parte del discurso político se ha enfocado en aplicar el principio de precaución en el reconocimiento de incertidumbres residuales respecto de los principales riesgos a la salud de los productos libres de tabaco. La obvia limitación de productos relativamente nuevos es que resulta imposible tener una epidemiología que abarque varias décadas. Sin embargo, el principio de precaución requiere una aplicación disciplinada. Por ejemplo, la interpretación de la Unión Europea[1] subraya la necesidad de una evaluación integral que considere:

- Proporcionalidad entre las medida adoptadas y el nivel de protección elegido.
- Una aplicación no discriminatoria de las medidas.
- Armonización de las medidas con medidas similares ya adoptadas en situaciones similares o que tengan enfoques similares.
- Análisis de los beneficios y los costos de actuar o de la falta de acción.
- Revisión de las medidas a la luz de los desarrollos científicos

En esta lista, tiene especial relevancia el requerimiento de evaluar las consecuencias tanto de actuar como de no actuar. En otras palabras, este debe consistir en los daños plausibles que surgirían de restringir los que, seguramente, son productos menos dañinos en un mercado dominado por los cigarrillos.

Es inevitable una evaluación de riesgos basada en lo que se conoce. Esto significa examinar no solo los riesgos del producto, sino también los riesgos que podrían surgir de políticas con un fundamento supuestamente precautorio. Los riesgos de fumar son enormes y

el mal diseño de las regulaciones para productos libres de humo puede fácilmente fomentar el hábito de fumar. Por este motivo, los criterios para la restricción de alternativas más seguras deberían ser más laxos. Lo anterior tendría que basarse en la incertidumbre respecto a riesgos futuros que son desconocidos, inverosímiles o probablemente menores que los de fumar.

> **«En el ámbito del control del tabaco, la política basada en evidencias cede muy fácilmente ante la búsqueda de evidencias con un tinte político.»**

El principio de precaución es más relevante cuando los riesgos son sistémicos, irreversibles, acumulativos o graves. Es por eso que, originalmente, el principio ganó relevancia en el ámbito de la toma de decisiones ambientales.

Sin embargo, tales condiciones no se aplican a los productos libres de humo, cuyos riesgos específicos pueden combatirse cambiando el comportamiento del usuario o mediante reglamentación retroactiva. Por lo tanto, no es razonable aplicar el principio de precaución al elaborar la política contra los daños por tabaco si no hay un escrutinio riguroso ni se consideran todos los aspectos científicos en la regulación.[2]

POR QUÉ LA BASE DE EVIDENCIAS SOBRE LA REDUCCIÓN DEL DAÑO POR TABACO ES IMPORTANTE

Si la RDT puede evitar muertes y enfermedades relacionadas con el tabaco, se requiere más investigación para que tal estrategia se popularice e integre en las políticas global y nacionales para el control del tabaco.

La cuestión es cuáles objetivos de investigación hay que alcanzar. Curiosamente, los objetivos enumerados en el informe pionero del Institute of Medicine (IOM) de 2001, «Clearing the Smoke».[3] siguen siendo vigentes:

- Los fabricantes tienen el incentivo necesario para desarrollar y comercializar productos que reduzcan la exposición a sustancias tóxicas del tabaco y que tengan buenas posibilidades de reducir el riesgo de enfermedades relacionadas con el tabaco.
- Los consumidores tienen información abundante y precisa sobre las consecuencias conocidas, probables y potenciales de usar estos productos.
- La difusión, publicidad y etiquetado de estos productos están estrictamente regulados para evitar declaraciones falsas o engañosas, sean explícitas o implícitas.
- Los efectos de usar productos de riesgo potencialmente reducido sobre la salud y el comportamiento son monitoreados continuamente.
- Se lleva a cabo investigación básica, clínica y epidemiológica para conocer su potencial de reducción del daño en individuos y poblaciones
- La reducción del daño se implementa como parte de un amplio programa nacional para el control del tabaco que resalta la abstinencia como vehículo de prevención y tratamiento.

¿EXISTE EL ACUERDO DE UN PROGRAMA MUNDIAL SOBRE LA REDUCCIÓN DEL DAÑO POR TABACO?

La Convención Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reiterado que este es un tratado internacional «basado en evidencias», es decir, acoge investigación de una red de varios actores y multinacional. Incluso dentro de su marco de acción, aborda la investigación, vigilancia y tecnología en artículos específicos (22 a 24, Parte IV del CMCT).[4]

La pregunta, no obstante, es si de verdad hay un programa de investigación transnacional sólido para el control del tabaco (incluida la reducción del daño). Desafortunadamente, la respuesta es que no lo hay. A pesar de que la 10ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud se enfocó en desarrollar prioridades para la investigación en control del tabaco,[5] estas no han sido financiadas apropiadamente ni perseguidas de forma sostenible. Hubo algunas excepciones, como el programa de apoyo a la investigación mundial en salud de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos.[6]

Debido a esta falta de un programa de investigación aceptado internacionalmente, han surgido brechas de investigación significativas en muchos países, sobre todo en el ámbito de la RDT. Lo anterior es más evidente aún en países de ingresos bajos y medios. Alcanzar los objetivos del CMCT en escala global (incluidos los relativos al abandono del hábito y la reducción del daño), puede lograrse llevando a cabo investigación en entornos predefinidos y aplicando los resultados en escala mundial. El Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo[7] describe este método de forma eficazmente.

Fotografía de National Cancer Institute en Unsplash

PRIORIZANDO LA PARA AYUDAR A COMPROBAR LOS BENEFICIOS DE LA RDT

ABANDONO

Dejar de fumar sigue siendo la prioridad de la salud pública mundial. El artículo 14 del CMCT declara que todas las partes «deben adoptar medidas eficientes para fomentar el abandono del consumo de tabaco y adecuar el tratamiento contra la dependencia del tabaco».[4] Es indudable que tal objetivo no ha sido alcanzado, y esto tendrá consecuencias fatales para quienes potencialmente podrían dejar de fumar pero no tienen acceso a los mejores métodos para ello o carecen de información al respecto.

Incluso en Estados Unidos, uno de los países más desarrollados del mundo, el informe de la Oficina del Cirujano General indica que las medidas para combatir el hábito de fumar no han sido implementadas con eficiencia.[8] Un ejemplo notable es que, a pesar de que los fumadores en el Reino Unido optan más frecuentemente por cigarrillos electrónicos para dejar de fumar, los métodos farmacéuticos más comúnmente disponibles para este fin siguen siendo en extremo ineficientes, con tasas de abandono de entre 5 y 8% en la marca de un año.[9]

Para corregir esta anomalía, es imperativo que los profesionales de la salud e investigadores especifiquen claramente las tasas de abandono. Desafortunadamente, esta información no está disponible en las bases de datos médicas basadas en evidencias, tales como Cochrane Collaboration o incluso el informe M-Power de la OMS. Sin exponer el contexto del relativo fracaso del enfoque farmacéutico tradicional hacia el abandono, no es posible reconocer completamente el verdadero valor de los productos para la reducción del daño por tabaco.

Aparte de la pobre innovación en cuanto al abandono del tabaquismo, debe profundizarse en la cuestión del acceso. La posibilidad de dejar de fumar para toda la población debería ser una prioridad, y solamente la investigación estricta puede identificar las brechas. Dos ejemplos de grupos para los que hace falta investigación son los fumadores con enfermedades mentales y con tuberculosis. En las personas con tuberculosis, las tasas de tabaquismo exceden el 31 % en algunos países,[10] mientras que en personas con esquizofrenia, las tasas a menudo rebasan el 70 %.[11] Sin programas para el dejar el hábito personalizados y accesibles a disposición de estos grupos, el resultado serán mayores tasas de mortalidad debidas al uso del tabaco.

CONSUMO ENTRE LA JUVENTUD

Otra prioridad de salud pública mundial es evitar la iniciación en la nicotina entre los jóvenes. Esto incluye prohibir la venta de productos que contengan nicotina a personas menores de la edad permitida por ley, así como evitar la mercadotecnia agresiva y depredadora dirigida a los jóvenes. Se requiere investigación para entender mejor el contexto del comportamiento adolescente, ya que tomar riesgos es la norma durante la adolescencia. Lo anterior se debe a la competencia entre una red socioemocional sólida en el cerebro y una red de control cognitivo inmadura.[12]

Tratándose de cualquier producto del tabaco o de la nicotina, como un cigarrillo electrónico, la toma de riesgos entre los adolescentes puede ser resultado de la presión social o de querer mejorar el estado de ánimo. Si los estudios existentes muestran que el consumo actual de cigarrillos electrónicos es atribuible sobre todo a la experimentación, se necesitarán más estudios para determinar si este consumo lleva a una adopción de largo plazo, lo cual no parece ser el caso.[13]

Otro problema importante es la forma en que los estudios miden el consumo actual de cigarrillos electrónicos entre los jóvenes, en especial si consideran como prevalencia «cualquier uso en los últimos 30 días». Es fundamental utilizar métricas más precisas para determinar la frecuencia de uso entre los jóvenes e investigar la posibilidad de dependencia temprana a la nicotina. Lo mismo vale para la llamada «teoría de la droga de entrada» aplicada al uso de cigarrillos electrónicos, según la cual estos supuestamente llevan al consumo de cigarrillos. Ninguna de estas hipótesis ha sido escrutada ni probada adecuadamente.

IMPACTO DE LA IMPOSICIÓN TRIBUTARIA Y LA PROHIBICIÓN DE SABORES

Impuestos más elevados pueden disuadir a los consumidores de usar productos de RDT menos dañinos y, de manera contraproducente, llevar a un consumo regular de cigarrillos. Países como Arabia Saudí y los Emiratos Árabes Unidos (EAU) imponen esquemas fiscales a los productos de RDT que a los cigarrillos tradicionales.[14] Por lo tanto, es importante desarrollar políticas tributarias basadas en la evidencia. Se requiere investigación para que los gobiernos pueden sopesar con objetividad todos los beneficios y costos de los productos de RDT en la salud pública.

El mismo principio es aplicable a las prohibiciones de sabores, que pueden perjudicar la adopción de productos de RDT y derivar en pérdidas no previstas para la salud pública. Es necesaria una vigilancia continua para monitorear estos posibles efectos negativos. Esto implicaría utilizar comparaciones entre países con y sin prohibiciones a los productos con vapor para determinar los efectos demográficos respecto a la reducción del daño, el abandono del hábito, y las tasas de morbilidad y mortalidad.

INVESTIGACIÓN ENFOCADA EN LOS CONSUMIDORES

La investigación enfocada en los consumidores debería convertirse en una necesidad del programa de investigación en RDT, especialmente durante la pandemia de COVID-19. Esta investigación deberá determinar las razones, frecuencia y métodos de consumo, así como la presencia de consumo dual para cada producto de RDT. Asimismo, debería incluir estudios cualitativos para entender las razones del consumo dual.

Además, se requiere investigación longitudinal para evaluar la eficacia de los productos de RDT para reducir el consumo y el abandono del tabaco. También debería considerar las diferencias culturales a fin de comprender mejor cuando los fumadores transitan con éxito de los cigarrillos a los productos de RDT.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Sin embargo, hay más puntos en los que hace falta investigación. Se requieren estudios clínicos con una metodología sólida para el uso de productos de RDT tanto en el corto como en el largo plazo (como snus, cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado) para verificar sus correspondientes efectos sobre la salud.

Estos estudios pueden ser muy útiles para una mejor diferenciación de riesgos entre las diversas categorías de productos de RDT. A su vez, esto con suerte llevará a una regulación –e incluso imposición tributaria– más proporcionada y enfocada en los riesgos.

Específicamente, debe reforzarse el respaldo científico para la diferencia entre el tabaco combustible o no combustible y los productos de la nicotina. Hasta la fecha, los datos de ventas de la industria de abastecimiento (para comparar y validar las tasas de prevalencia, consumo de productos de RDT y posibles beneficios de la RDT) no han sido aprovechados lo suficiente.

ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

Siempre que se habla sobre el potencial reductor del daño o sobre los productos de RDT, es importante considerar una serie de cuestiones políticas tanto en el plano individual como en el demográfico. Estas incluyen:

- La relativa toxicidad y riesgos de cualquier producto de RDT en comparación con los cigarrillos.
- El uso simultáneo de productos de RDT y cigarrillos con el potencial de una mayor exposición a sustancias tóxicas.
- Mayor prevalencia del consumo de productos de RDT debida a una creciente adopción entre personas que nunca consumirían tabaco ni nicotina.
- Mantenimiento del uso de productos de RDT en consumidores que de otra forma habrían abandonado o recaído en el tabaquismo.
- Potencial como producto de entrada hacia o desde el consumo de cigarrillos.

INVESTIGACIÓN ENFOCADA EN LOS PRODUCTOS

Las agencias reguladoras requieren este tipo de investigación cuando las empresas solicitan el registro de productos o buscan obtener una declaración de riesgos modificada. Esto suele abarcar una infraestructura de evaluación de riesgos para medir la disminución de las emisiones, de la exposición y, finalmente, de los riesgos.

Hay un consenso cada vez mayor respecto a que los distintos productos de dosificación de nicotina se ubican en un espectro de riesgos y que la mayoría de aquellos que no queman tabaco parecen ser significativamente menos riesgosos que fumar cigarrillos.

Sin embargo, es difícil validar este hecho científicamente. Esto se aplica especialmente a las diversas categorías nuevas de productos con riesgo potencialmente reducido, como los cigarrillos electrónicos. (SEDN), productos de tabaco calentado (PTC) y los

La epidemiología es el punto de referencia para demostrar el riesgo reducido de estos productos, pero el problema es que tomaría de 25 a 30 años recopilar datos correspondientes a muchas de las enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco. Los requisitos de investigación para evaluar estos productos incluyen los siguientes:

- Ensayes in vitro con tejido humano de la patogenia de enfermedades atribuibles al tabaco.
- Biomarcadores humanos de exposición y efecto, y relación entre estos biomarcadores y el riesgo de enfermedad
- Métodos y medidas para estudios clínicos y epidemiológicos de corto plazo, incluidas pruebas de percepción de los consumidores.
- Vigilancia o estudios de largo plazo posteriores a la mercadotecnia para determinar el impacto de los productos de RDT en el ámbito demográfico.
- Investigación conductual para determinar cómo se usan estos productos mediante pruebas a dichos productos en un entorno realista.
- Estudios químicos para establecer el contenido de vapor o aerosol en comparación con el humo de un cigarrillo
- Estudios biológicos en laboratorio para evaluar lo que el vapor o aerosol le hace a las células humanas. Nuevamente, esto tendría que compararse con el efecto que tiene fumar en las células humanas.
- Estudios demográficos para determinar cómo un producto específico puede afectar la salud de la población, para lo cual comúnmente se usan modelos de simulación.

Fotografía de Lance Anderson en

IDENTIFICANDO LA MALA CIENCIA

Han aparecido diversos artículos alarmistas que atacan específicamente a los cigarrillos electrónicos. En esta sección exponemos algunas cuestiones relevantes sobre los cigarrillos electrónicos, mencionando los datos correspondientes para ayudar en la evaluación del trabajo científico abordado. Si bien no se pretende que los profesionales de la salud se conviertan en científicos expertos, resulta útil considerar algunos de los aspectos más complejos detrás de los esfuerzos científicos.

Es importante diferenciar peligro y riesgo.

Las sustancias pueden ser peligrosas, pero si la exposición del cuerpo humano es baja, puede no haber riesgo o haber un riesgo insignificante.

RIESGO = PELIGRO × EXPOSICIÓN

SUSTANCIAS QUÍMICAS IDENTIFICADAS EN EL VAPOR O EN LOS LÍQUIDOS DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Evaluación del grado de exposición: IA este respecto, cuestionarse si los estudios muestran una exposición potencialmente dañina a estas «sustancias químicas tóxicas identificadas» y si indican las cantidades.

Dicho de otra manera, «la dosis hace el veneno». La gente está expuesta continuamente a miles de agentes potencialmente tóxicos, pero no sufren ningún daño gracias a que el cuerpo tiene defensas contra la mayoría de los casos de exposición hasta cierto punto. El volumen de la sustancia química tóxica y el grado de exposición que genera son importantes, y deben alcanzar un nivel que justifique prestarle atención.

Por ejemplo, parece que ni siquiera fumar causa daño irreversible para la esperanza de vida si se deja el hábito antes de los 35 años de edad.[15] Así, para alguien que comenzó a fumar a los 15, esto podría significar 20 años de una posible exposición al humo de cigarrillos sin riesgo de mortalidad elevado.[15]

Nivel de riesgo comparado con fumar: En muchos estudios no se mencionan las exposiciones al vapor de cigarrillos electrónicos en el contexto adecuado, es decir, no se incluye la comparación con el consumo de cigarrillos en las mediciones o en el texto de los informes. Puesto que, en su enorme mayoría, los fumadores o ex fumadores usan los cigarrillos electrónicos para reemplazar los cigarrillos, conviene utilizar el riesgo de fumar como el principal punto de referencia para analizar el efecto de estos productos sobre la salud. Si se detecta una sustancia química tóxica en el vapor del cigarrillo electrónico pero a una concentración 1 000 menor que en el humo de un cigarrillo tradicional, esa sería una ventaja para casi todos los usuarios.

Comparación entre riesgos: Quizá no se desea hacer una comparación con el cigarrillo tradicional, pero sí comparar la exposición al vapor con dejar de fumar por completo o con nunca haber fumado.Sin embargo, considérese que como nada es cien por ciento seguro, habría que establecer una comparación justa con la vida cotidiana.

Por ejemplo, cuando alguien declara que los cigarrillos electrónicos presentan un cierto grado de riesgo, ¿ha hecho comparaciones válidas con los límites de exposición en el trabajo? También podrían cotejarse los niveles de contaminantes residuales permitidos en fármacos o alimentos aprobados con licencia con los de los cigarrillos electrónicos.

Condiciones operativas: ¿Las mediciones de los cigarrillos electrónicos se hicieron en condiciones operativas realistas similares a aquellas en que los usarían los usuarios normales? Muchos de los hallazgos publicados se basan en un sobrecalentamiento de los líquidos para luego medir los productos susceptibles de degradación térmica, como el formaldehído. No obstante, los usuarios de vapeadores nunca experimentan tales condiciones, porque el sobrecalentamiento del líquido afecta su composición química y le da un sabor muy desagradable.

Adecuación de los sustitutos usados para medir el riesgo: Por ejemplo, las llamadas a centros de atención por envenenamiento con cigarrillos electrónicos no se corresponden con un riesgo sustancial. Productos novedosos como los cigarrillos electrónicos pueden dar pie a más llamadas a centros de atención por envenenamiento, pero este no es un indicador fiable de los riesgos reales.

En términos absolutos, tal incremento podría ser insignificante. Como ejemplo, un aparente rápido incremento en el número de llamadas a centros de atención por envenenamiento en Estados Unidos, relacionadas con cigarrillos electrónicos y sus líquidos, se debieron en realidad a la mayor atención de los medios y un mercado en rápido crecimiento. Tales llamadas totalizaron alrededor de 0,2 % de todas las llamadas en 2014; en contraste, las llamadas correspondientes a medicamentos y líquidos de limpieza doméstica fueron 100 veces más (dos órdenes de magnitud). Otros sustitutos inapropiados son las encuestas de opinión pública y la toma de postura de las organizaciones.

Analogías con buena intención, pero erróneas: Algunos estudios utilizan comparaciones equivocadas para sugerir que algo en el vapor de los cigarrillos electrónicos es dañino porque resultó ser dañino en alguna otra circunstancia. Por ejemplo, la química agresiva y compleja de las partículas ultrafinas del humo del tabaco o gases del diésel pueden volverlas nocivas, pero las partículas ultrafinas de cigarrillos electrónicos (gotículas de aerosol líquido) tienen características químicas y físicas completamente distintas. Por lo tanto, no tienen fundamento las afirmaciones reiteradas de que las partículas del vapor de los cigarrillos electrónicos son dañinas debido únicamente a su tamaño.

INFORMES DE EFECTOS ADVERSOS DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN LA SALUD

¿Vapear fue la causa? Debería tener que determinarse si hay pruebas de que vapear ocasionó o contribuyó con la enfermedad. Por ejemplo, unos cuantos casos de neumonía lipoidea han sido atribuidos erróneamente al vapor de cigarrillos electrónicos, pero estos no pudieron haber sido la causa. Si bien no deben descartarse los posibles riesgos a la salud relacionados con e-c los cigarrillos electrónicos, hay que ser precavidos antes de afirmar que estos ocasionaron un efecto tal en la salud.

Impacto de haber fumado anteriormente: Si los pacientes que usan vapeadores desarrollan una enfermedad, hay que preguntarse si su historial como fumadores o con otros factores de riesgo de enfermedad fueron considerados adecuadamente como una posible causa. El riesgo de cáncer y enfermedad cardíaca atribuible a haber fumado no desaparece al optar por vapeadores o dejar completamente el cigarrillo, pero nadie diría que dejar de fumar causa cáncer. (Como un ejemplo notable, los CDC mostraron a una fumadora de muchos años en una publicidad antivapeo e intentaron culpar su enfermedad pulmonar a haber adquirido recientemente el hábito de vapear).

Evidencia del daño: Determinar si el estudio un cambio físico en el cuerpo o en el cerebro, más que un cambio físico que ocasiona un problema de salud u otro daño. Es especialmente importante tener cuidado al considerar hallazgos de la neurociencia y afirmaciones relativas al daño, daño cerebral o adicción. El cerebro responde a estímulos, los cuales pueden ser muy emocionantes de observar en imágenes de resonancia magnética. Sin embargo, no significan que esté teniendo lugar un suceso dañino.

Impacto comparado con fumar: Cuestionarse si se desarrollaron efectos negativos para la salud en medio de las enormes ganancias en materia de reducción de riesgos graves para la salud entre quienes transitaron de fumar a vapear.

Estudio de cultivos cerebrales: Determinar si el estudio incluyó pruebas de citotoxicidad. Estas pruebas, que se llevan a cabo en tejido humano en laboratorio, son útiles para comparar la toxicidad de distintas sustancias en un entorno controlado y pueden incluirse en evaluaciones de riesgos.

Sin embargo, el hecho de que las células de semejantes estudios mueran no prueba la existencia de riesgo para la salud humana ni que las células del cuerpo humano también morirán o se volverán cancerosas. Esto se debe a que las células vivas del cuerpo poseen varias formas de defensa que los cultivos celulares no. Muchos estudios in vitro detectan daño celular por exposición (p. ej., a la nicotina), pero ni los estudios en humanos ni la epidemiología han detectado riesgos graves de enfermedad.

Otro problema con los estudios celulares es encontrar un sustituto realista para la exposición del tejido humano. Si, por razones de experimentación, el estudio ha utilizado el equivalente a 100 veces el nivel que los seres humanos experimentarían, no pueden sacarse conclusiones sobre la salud humana de allí. Así, es necesario reconocer si los hallazgos de un estudio dan cuenta o no de las limitaciones de trabajar con cultivos celulares. El blog del Dr. Konstantinos Farsalinos proporciona más información interesante sobre los estudios celulares.[16]

Uso de animales: Cuidado con proyectar resultados de estudios animales en el ámbito humano, en especial si los animales son muy diferentes (p. ej., roedores, en vez de primates). Suele haber enormes diferencias entre la susceptibilidad toxicológica de distintos animales, así como diferencias fisiológicas entre humanos y animales. Asimismo, hay que ser cautos y no malinterpretar ciertos tipos de estudios con animales, pues algunos de estos son criados específicamente para tener mayor susceptibilidad al cáncer por motivos de investigación.

Si usted es periodista, profesional de la salud o investigador, se le recomienda ampliamente leer el artículo «Por qué los periodistas deberían dejar de publicar estudios realizados con ratones.»[17]

Fotografía de veeterzy en

JUVENTUD, CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y EL EFECTO DROGA DE ENTRADA

Definición adecuada del consumo: Cuando un estudio informa un alto nivel de consumo de cigarrillos electrónicos (p. ej., «el 16 % de los adolescentes utilizan cigarrillos electrónicos»), los siguientes puntos resultan pertinentes:

- ignorar el criterio de «alguna vez». Este es un simple indicador de experimentación entre los jóvenes, y no brinda información significativa sobre el riesgo.
- Cuestionar la frecuencia de consumo si el estudio menciona el consumo actual. Un estudio de 2014 en Estados Unidos ha señalado que el 11,9 % de los estudiantes de bachillerato consumió cigarrillos electrónicos durante los últimos 30 días. Sin embargo, 45,4 % de estos solamente habían utilizado cigarrillos electrónicos 1 o 2 días, mientras que solo el 9,7 % (de 11,9 % = 1,1 % de estudiantes de bachillerato) consumieron los productos todos los días.
- Menos tabaquismo, más vapeo: Si la mayor tasa de vapeo está sustituyendo a los cigarrillos tradicionales, esto puede ser algo positivo. En Estados Unidos, las tasas de tabaquismo entre adolescentes han caído rápidamente en la medida en que el uso de vapeadores aumentaba.
- Nivel de uso de nicotina: Los datos de Estados Unidos indican que solo el 22 % consumieron nicotina la última vez que usaron un cigarrillo electrónico.

Efectos positivos del mayor uso de cigarrillos electrónicos: Considerar si los autores del estudio han hablado sobre si los cigarrillos electrónicos están desplazando al tabaquismo, es decir, ayudando a los adolescentes a dejar de fumar; es posible incluso que sean una alternativa a iniciarse en el hábito de fumar. En otras palabras, ¿han tenido en cuenta los autores la posibilidad, antes de descartarla, de que la entrada sea más bien una «salida»?

Precisión en las conclusiones de una aparentemente alta coincidencia entre el comportamiento de fumar y el de vapear: Un estudio descubre una fuerte asociación entre dos comportamientos: A (vapear) y B (fumar); por ejemplo, el índice de probabilidad. Hay cuatro mecanismos que pueden explicar lo que está sucediendo:

I. A ocasiona B: este es el «efecto droga de entrada».
II. IB ocasiona A: esta es una «causalidad invertida». Los fumadores jóvenes intentan dejar de fumar o reducir su dependencia del cigarrillo. Su consumo de cigarrillos electrónicos solo tiene lugar porque fuman.
III. C (un tercer factor o conjunto de factores) ocasiona tanto A como B: esta es una «responsabilidad compartida» o «factor de confusión». Los mismos motivos que llevan a los adolescentes a fumar pueden estar llevándolos a vapear (p. ej., padres fumadores, carácter rebelde).
IV. Aleatoriedad: La muestra no es representativa de la población.

Los escenarios 2 y 3 son explicaciones positivas de la asociación, que quizá signifiquen que fumar está siendo desplazado por vapear.

Definición de un efecto droga de entrada: : Cuestionar si los autores del estudio han insinuado un «efecto droga de entrada» sin explicar lo que quieren decir. Como ejemplo, una entrada nociva de vapear a fumar surge cuando una persona que no habría desarrollado un persistente hábito de fumar en ausencia absoluta de cigarrillos electrónicos consume, de hecho, cigarrillos electrónicos.

Como resultado, esta persona desarrolla un persistente tabaquismo. El problema con este escenario (si sucediera en la realidad) es que sería difícil detectar un efecto droga de entrada. Ello se debe a que es necesario saber qué podría haber sucedido en ausencia de cigarrillos electrónicos, una cuestión que pocos investigadores proponentes de este tipo de afirmaciones aborda.

Suposiciones sobre el comportamiento previo como la causa de un comportamiento posterior: Cuestionar si los autores han supuesto que el orden en que los adolescentes prueban fumar y vapear por primera vez es relevante para determinar un efecto droga de entrada. En realidad, esto es irrelevante.

Lo que importa, en cambio, es si vapear ocasiona que el tabaquismo se convierta en un hábito persistente cuando, de otro modo, no habría sido así. Si alguien vapea antes de fumar, tendría que determinarse lo que la persona habría hecho en un mundo sin cigarrillos electrónicos y la probabilidad de que fuesen fumadores en dicho universo.

AFIRMACIONES DE QUE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS PERPETÚAN EL TABAQUISMO Y REDUCEN LAS TASAS DE ABANDONO

El éxito en dejar de fumar depende del producto, del usuario y de su situación: Cuando un estudio afirma mostrar un menor abandono del tabaquismo entre personas que vapean, las preguntas clave que deben responderse son:

- **¿Qué comportamiento examinó el estudio?** ¿Se observó si los usuarios de cigarrillos electrónicos estaban intentando dejar de fumar? Si no, entonces es incorrecto caracterizar los resultados como «eficiencia» en el abandono del tabaquismo
- **¿Hay evidencia de confusión de características?** ¿Quienes usan cigarrillos electrónicos tienen las mismas características que la muestra general? De forma alternativa, ¿podrían haber sido más dependientes, estar menos motivados, etc.? ¿Ya habían fracasado en dejar de fumar de alguna otra forma?
- **¿Hay causalidad invertida?** Si el uso de cigarrillos electrónicos es más alto en fumadores que en personas que dejaron de fumar recientemente, ¿esto se debe a las preferencias de los fumadores o a los cigarrillos electrónicos?
- **¿Cuán válidas son las mediciones de resultados?** ¿El estudio limitó las mediciones de resultados a «dejar de fumar» pero omitió incluir «reducir el consumo significativamente» como un posible beneficio?

El impacto depende del atractivo: Considerar si los cigarrillos electrónicos están llegando a una sección de la población fumadora que de otra manera ni siquiera intentaría dejar el hábito, incluso si la tasa de abandono es menor que, por ejemplo, en las clínicas para dejar de fumar.

Descripción de «consumo dual»: Los niveles altos de «consumo dual» (fumar y vapear) no son problemáticos a menos que los autores puedan demostrar que, de otro modo, los usuarios duales habrían dejado de consumir (algo que nadie ha hecho hasta el momento). Es inevitable que muchas personas tengan ambos hábitos, al menos durante un tiempo, salvo si hubiese una «fórmula mágica» que funcionase al instante para cualquier persona.

No obstante, los usuarios duales obtienen un beneficio, ya que seguramente habrá una reducción en su exposición a toxinas y una mayor probabilidad de que abandonen el cigarrillo tarde o temprano. Es interesante notar que aproximadamente 93 % de las personas dejan de fumar siendo usuarios duales, incluso si el proceso engloba abandonar, recaer, volver a intentar y repetir el ciclo.[18]

Beneficios de reducir el consumo: : Los estudios que miden la reducción del consumo sin una fuente alternativa de nicotina son sustitutos no confiables para conocer el efecto de reducir el consumo con una fuente alternativa o nicotina limpia. En ausencia de fuentes alternativas de nicotina, los fumadores «compensan» fumando más y consumiendo más tabaco para mantener su dosis de nicotina. Hay relativamente pocos estudios que involucren a personas que han reducido su consumo usando una fuente de nicotina de reemplazo.

Pruebas aleatorias controladas insuficientes: : Las pruebas aleatorias controladas (PAC) suelen ser consideradas como el modelo a seguir para la obtención de evidencia, y en muchos casos lo son. Sin embargo, las PAC funcionan mejor en intervenciones simples (donde un factor puede mantenerse constante y se mide su impacto), como por ejemplo en la ingesta de un medicamento prescrito o al usar un cierto método de enseñanza.

Puesto que vapear engloba varios aspectos complejos y dinámicos, las PAC no son un método de estudio adecuado. Tienen limitaciones a la hora de abordar aspectos polifacéticos, como las cambiantes razones para vapear o fumar cigarrillos electrónicos, el aumento en el consumo, revisiones a productos y cambios en los usuarios cuando prueban productos distintos.

Si bien las PAC pueden diseñarse para abordar algunas o todas las cuestiones de la RDT por separado, tienen dificultad para considerarlas todas en conjunto. Las encuestas observacionales, estudios grupales, estudios de caso y testimonios aportan mayor valor a la evidencia base.

SABORES Y MERCADOTECNIA DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS DIRIGIDOS A NIÑOS

Suponer lo obvio: Cuestionar si los autores simplemente han supuesto y aseverado que un producto con características posiblemente infantiles (p. ej., que usa «goma de mascar» como el nombre de su sabor) será atractivo para los adolescentes y que los fabricantes han hecho esto a propósito con dicha intención. Revisar si hay datos que apoyen tal afirmación.

¿La preferencia por un sabor ha sido interpretada erróneamente como causa de mayor vapeo?Cuando alguien decide comenzar a vapear, debe elegir un sabor, ya que casi todos los productos para vapear tienen algún tipo de sabor. Sin embargo, esto no significa que su preferencia les haya llevado a vapear en primer en lugar.

Beneficios de un sabor atractivo: Si vapear atrae principalmente a los fumadores jóvenes, ¿podría un sabor o descripción del sabor persuadirlos de sustituir los cigarrillos combustibles por productos de vapeo menos dañinos?

¿Los adolescentes realmente están tratando de enfatizar su inmadurez? ? ¿Han demostrado los autores que la disponibilidad de sabores ocasionó un uso de cigarrillos electrónicos que de otra forma no habría tenido lugar? Es necesario considerar que quizá los adolescentes prefieran imitar comportamientos adultos.

Interpretación errónea de la edad: ¿Existe alguna interpretación errónea de la mercadotecnia de un producto dirigida a fumadores de 25-30 años o a adultos con un estilo retro, irónico o nostálgico?

Verdadero propósito de la publicidad de cigarrillos electrónicos: Considerar si la mercadotecnia de cigarrillos electrónicos no es en realidad una forma de publicidad antitabaquismo y, por lo tanto, potencialmente benéfica.

INCERTIDUMBRE Y ATRACTIVO EN TORNO AL «ENFOQUE

Comprender lo que se sabe: Cuando los investigadores o activistas dicen: «No sabemos lo suficiente», ¿han leído los principales análisis de evidencias? ¿Están al día en el conocimiento científico y pueden resumirlo? Declaraciones como estas pueden revelar la poca disposición a comprometerse con lo que se sabe o a aceptarlo.

Conocimiento experto:¿Alguien que no conoce demasiado es realmente un experto? Considerar si sería más útil consultar a verdaderos expertos en vez de a las personas que afirman no saber mucho o nada.

Preguntar lo imposible: No se puede mirar tan adelante en el futuro y medir los efectos que vapear tendrá sobre la salud dentro de unas décadas. Por lo tanto, es insincero e inviable exigir tal conocimiento sobre cualquier producto nuevo. Deberíamos usar la información existente para hacer las mejores evaluaciones de riesgos (p. ej., datos sobre la química del vapor, impactos en la salud en el corto plazo) y contraponerlos con ciertos conocimientos disponibles sobre fumar.

La incertidumbre es un hecho: Es justo decir que todo diseño de políticas involucra hacer buenos juicios de cara a la incertidumbre con base en lo que se sabe, más que quedarse paralizados ante lo desconocido.

El principio de precaución no tiene sentido en este contexto: Es insensato confiar en quienquiera que adopte el enfoque precautorio para justificar la onerosa regulación de los productos de RDT fundamentándose en evidencia incompleta. Prohibir estos productos, obstaculizar el acceso a ellos o aplicar una cautela excesiva sobre una «base de precaución» podría privar a los fumadores de beneficios significativos para su salud.

¿SE HA HECHO UNA RECOMENDACIÓN CONFIABLE DE POLÍTICA EN ALGÚN ARTÍCULO QUE INCLUYA DATOS FACTIBLES?

Ir más allá de la investigación: Cuestionar si los autores han hecho recomendaciones de política no justificadas y no apoyadas en sus hallazgos. A menudo, los investigadores y algunas revistas suponen que la publicación de un artículo científico es una licencia para hacer recomendaciones de política, aun si la política no ha sido el tema del artículo.

Seguir las disciplinas de la práctica legislativa: Muy pocos artículos científicos hacen lo suficiente para justificar una recomendación de política. Puesto que la información científica es solo un elemento del diseño de políticas, es necesario analizar si los autores han elaborado una evaluación de impactos y hecho una valoración económica para hacer recomendaciones de políticas.

¿Han analizado las consecuencias imprevistas e incorporado consideraciones distributivas, éticas y legales? Determinar si tienen un enfoque basado en principios para el uso de la ley, de restricciones a la libertad y para justificar el gasto público.

Sesgo en las posiciones políticas: Cuestionar si las posiciones políticas que los autores han adoptado revelan un «sesgo de investigador», es decir, un programa oculto para apoyar ciertas medidas políticas. Los sesgos con respecto a políticas pueden socavar la objetividad del trabajo.

Ignorar las consecuencias imprevistas:Cuestionar si los autores han sido rigurosos al considerar las consecuencias imprevistas. Los autores suelen pasar por alto las consecuencias imprevistas que podrían surgir de sus ideas sobre políticas. Algunos ejemplos son:

- Prohibir la publicidad de cigarrillos electrónicos podría «ocultar» las alternativas al tabaquismo o hacerlas menos atractivas.
- Poner enormes advertencias en los cigarrillos electrónicos podría llevar a los fumadores a creer que son más peligrosos de lo que en realidad son.
- Prohibir los sabores podría reducir el atractivo para ciertos adultos y llevarlos a recaer en el tabaquismo.
- Prohibir el vapeo en lugares públicos podría hacer que la gente no deje de fumar y luego recaiga.

La incertidumbre es un hecho:
Es justo decir que todo diseño de políticas involucra hacer buenos juicios de cara a la incertidumbre con base en lo que se sabe, más que quedarse paralizados ante lo desconocido.

Fotografía de Ave Calvar Unsplash

COMPROMISO CIENTÍFICO Y UN ENFOQUE DE «TODA LA SOCIEDAD»

La Organización de las Naciones Unidas ha hecho una invitación a adoptar un enfoque que englobe conceptos como «toda la sociedad», «todo el gobierno», «acción multisectorial» y «de diversos actores» para evitar y controlar las enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaco.

Si bien los gobiernos desempeñan un papel clave en el control del tabaco, no pueden terminar con el tabaquismo por sí solos..

Juntos, una regulación razonable y equilibrada, la demanda de los consumidores y los productos innovadores podrán hacer realidad el potencial de la reducción del daño por tabaco. Se requieren conversaciones entre las partes interesadas (y en especial, el compromiso de la parte científica) para alcanzar esta situación en la que todos ganan.

La falta de ciencia proveniente de la industria sigue siendo la principal complicación en el ámbito científico. Mientras que algunos de los investigadores y de los trabajos científicos mejor calificados se encuentran en la industria, el artículo 5.3 del CMCT impide el discurso científico.[4]

Por ejemplo, el informe del Índice Mundial de Interferencia de la Industria Tabacalera de STOP[19] señala: «El artículo 5.3 es considerado como la columna vertebral de la convención, y su importancia no puede dejar de subrayarse»; y «[la] industria tabacalera debe desnormalizarse».

Dicho en palabras simples, la ciencia del tabaco y de la nicotina es compleja y no puede desarrollarse sin la participación de todas las partes interesadas.

REFERENCES

1. **Commission of the European Communities. Communication from the commission on the precautionary principle. Brussels: European Commission; 2000. 28 p. Report No.: COM(2000) 1 (final). [cited 2020 Sep 3]**
Available from: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2000:0001:FIN:EN:PDF

2. **Bates CD. Ten perverse intellectual contortions: A guide to the sophistry of anti-vaping activists. The Counterfactual [Internet]. 2018 Apr 6 [cited 2020 Sep 3].**
Available from: https://www.clivebates.com/ten-perverse-intellectual-contortions-a-guide-to-the-sophistry-of-anti-vaping-activists/#s4.7

3. **Stratton K, Shetty P, Wallace R, Bondurant S, editors. Clearing the smoke: Assessing the science base for tobacco harm reduction - executive summary. Tob Con [Internet]. 2001; 10:189-195.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/10/2/189

4. **World Health Organization. Framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.C794FBF3652E5?sequence=1

5. **Samet JM, Yach D, Taylor C, Becker K. Research for effective global tobacco control in the 21st century: Report of a working group convened during the 10th world conference on tobacco or health. Tob Con [Internet]. 1998 Mar [cited 2020 Sep 3]; 7(1):72-77.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/7/1/72

6. **Yach D, Pratt A, Glynn TJ, Reddy KS. Research to stop tobacco deaths. Globalization Health [Internet]. 2014 May 21 [cited 2020 Sep 3]; 10(1):39.**
Available from: https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-10-39

7. **Council on Health Research for Development. Essential national health research and priority setting: Lessons Learned. Geneve: COHRED; 1997. 75 p. Report No.: COHRED Document 97.3**
Available from: www.cohred.org/downloads/586.pdf

8. **US Department of Health and Human Services. Smoking cessation: A report of the surgeon general. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2020. 70 p. Report No.: NLM WM 295. [cited 2020 Sep 3].**
Available from: www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf

9. **World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017. 135 p.**
Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. **Mahishale V, Patil B, Lolly M, Eti A, Khan, S. Prevalence of smoking and its impact on treatment outcomes in newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients: A hospital-based prospective study. Chonnam Med J [Internet]. 2015 Aug 17 [cited 2020 Sep 3]; 51(2):86-90.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543154/

11. **National Institute on Drug Abuse. Do people with mental illness and substance use disorders use tobacco more often?; 2020 Jun 9.**
Available from: https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/do-people-mental-illness-substance-use-disorders-use-tobacco-more-often

12. **Steinberg L. Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. Curr Dir Psychol Sci [Internet]. 2007 [cited 2020 Sep 3]; 16(2):55-59.**
Available from: https://psycnet.apa.org/record/2007-06124-001

REFERENCES (cont.)

13 **Collins LK, Villanti AC, Pearson JL, Glasser AM, Johnson AL, Niaura RS, et al. Frequency of youth e-cigarette, tobacco, and poly-use in the United States, 2015: Update to Villanti et al., "Frequency of Youth E-Cigarette and Tobacco Use Patterns in the United States: Measurement Precision Is Critical to Inform Public Health." Nicotine Tob Res [Internet]. 2017 Oct [cited 2020 Sep 3]; 19(10):1253-1254.**
Available from: https://academic.oup.com/ntr/article/19/10/1253/3748287

14 **Yurekli, AA. Economics of tobacco taxation toolkit. Washington, DC: World Bank; 2018. 243 p.**
Available from: http://documents.worldbank.org/curated/en/238861522243274209/pdf/124696-REVISED-P154568-IDNTobaccoExciseAssessment.pdf

15 **Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland, I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ [Internet]. 2004 May [cited 2020 Sep 3]; 328:1519.**
Available from: https://www.bmj.com/content/328/7455/1519

16 **Farsalinos, K. Cell studies on e-cigarettes: Don't waste your time reading (at least most of) them. E-cigarette research [Internet]. 2015 May 28.**
Available from: http://www.ecigarette-research.org/research/index.php/whats-new/whatsnew-2015/213-cell

17 **Buck, S. Why journalists should stop publishing studies conducted with mice. Arnold Ventures [Internet]. 2016 Apr 8.**
Available from: https://www.arnoldventures.org/stories/stop-publishing-mouse-studies/

18 **Treatobacco.net [Internet]. Effective smoking cessation support/treatment includes a range of interventions; 2015 [cited 2020 Sep 3].**
Available from: http://www.treatobacco.net/en/page_148.php

19 **Assunta, M. Global Tobacco Industry Interference Index 2019: Executive summary - Ways the tobacco industry interferes in tobacco control around the world. Bangkok: GGTC; 2019.**
Available from: https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/2019/10/Global-TII-Index_ExecutiveSummary.pdf

CAPÍTULO 8

Barreras establecidas en relación a la reducción de los daños producidos por el tabaco

Foto realizada por Zo Razafindramamba en Unsplash

¿POR QUÉ EXISTE UNA OPOSICIÓN A LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO (THR)?

Con el potencial que ofrece el concepto de reducción de los daños provocados por el tabaco (THR) para prevenir las enfermedades que están relacionadas con el tabaco y las muertes prematuras, es posible que quienes defiendan la THR cometan el error de querer ser comprendidos, antes de realizar el debido esfuerzo en intentar comprender el razonamiento que se esconde tras las críticas que se vierten contra la THR. En virtud de lo anterior, es importante comprender los dos argumentos principales que esgrimen los críticos de la THR:

- Los riesgos para los usuarios y los posibles consumidores, derivados de la exposición al vapor; y finalmente.
- Los riesgos para la población, los cuales, surgen en virtud de los cambios en el comportamiento a la hora de fumar o con respecto al uso de la nicotina en los cigarrillos electrónicos.

Lamentablemente, con el sensacionalismo de los medios, estos argumentos pueden llegar a alcanzar unas consecuencias no deseadas, a lo anterior hay que sumar un conjunto de regulaciones y prohibiciones draconianas que también lideran esta campaña. No obstante, cabe mencionar que, el efecto más dañino es el que recae sobre el fumador adulto. En vez de dejar de fumar o cambiarse a productos que se ciñan a la reducción de los daños causados por el tabaco, los cuales son menos dañinos, lo que hacen es que continúan fumando el producto más dañino posible: los cigarrillos convencionales. Con toda la sarta de mensajes contradictorios que existen y la incapacidad de los líderes mundiales, en materia de salud pública, para comunicar los riesgos existentes con una mayor precisión, ¿quién puede culpar a los fumadores?

RIESGOS DERIVADOS DE LA EXPOSICIÓN AL VAPOR

Nadie debería afirmar que el vapeo es completamente saludable. Es posible que así sea, no obstante, aseverar algo de este calibre es algo que no se puede hacer sin tener la debida constancia tras muchos años de datos recopilados. No obstante, tampoco es necesario que el vapeo sea inofensivo o completamente seguro, para incursionar profundamente en los riesgos de las enfermedades, si las personas se cambian a este sistema abandonando el hábito tradicional de fumar.

Los estudios de la química de los líquidos y los vapores muestran rastros de contaminantes, así como productos de degradación térmica que son potencialmente dañinos. No obstante, dichos elementos se encuentran a unos niveles que se estiman, generalmente, en dos órdenes de magnitud más bajos que los del humo del cigarrillo, por lo que, puede apreciarse que es poco probable que representen un problema que sea una amenaza latente. Los críticos de los cigarrillos electrónicos citan habitualmente unos estudios que hablan de la presencia de sustancias nocivas, no obstante, debemos recordar que el riesgo está determinado por el nivel de exposición y no simplemente por la presencia de una sustancia peligrosa. Además, debe tenerse en cuenta que, los niveles bajos de las sustancias peligrosas están presentes en casi todo lo que consumimos. Una vez revisada la documentación bibliográfica más completa hasta el momento, puede concluirse que[1]:

> ***En la actualidad y en virtud del conocimiento que se tiene sobre la química de los líquidos y de los aerosoles, que están asociados con los cigarrillos electrónicos, puede dilucidarse que, no existe evidencia alguna que demuestre que el vapeo pueda producir exposiciones inhalables a contaminantes del aerosol, que justifiquen la existencia de preocupaciones en lo relativo a la salud, si se siguen las normas que se utilizan para garantizar la seguridad de los lugares de trabajo. En lo relativo a las personas colindantes, es posible que las exposiciones se midan incluso en órdenes de magnitud mucho menores, por tanto, no deberían suscitarse mayores preocupaciones.***

Algunos comunicadores de los medios destacan los siguientes problemas para que se sostenga el hecho de que los cigarrillos electrónicos sean perjudiciales.

Nicotina

La droga activa en el tabaco no es la principal causa de los daños cuando se está fumando, por tanto, no puede pensarse que lo sea en el vapeo. Durante cuatro décadas se ha entendido que «la gente fuma por causa de la nicotina, pero las muertes, no obstante, se producen por causa del alquitrán».[2] La nicotina no es una de las causas del cáncer, ni tampoco de las enfermedades cardiovasculares o de las afecciones respiratorias que encabezan la lista de los efectos secundarios derivados por el hábito de fumar.[3]

En cualquier caso, si es cierto que la nicotina en estado puro no es completamente benigna, no obstante, se vende ampliamente como remedio medicinal y, de hecho, no causa ninguna enfermedad grave.[4] El director general de salud pública de los Estados Unidos ha realizado una evaluación detallada sobre los riesgos de la nicotina[5] y, aunque es posible medir muchos de sus efectos en el cuerpo, dichos efectos son triviales en comparación con el hábito de fumar, por tanto: en lo que

Intoxicación por

Se han registrado una pequeña cantidad de situaciones, en personas o incluso en mascotas que han ingerido líquidos de nicotina, ante lo cual, algunos críticos han tratado de caracterizar dichos riesgos, relacionándolos con cierto número de llamadas a los centros de intoxicaciones. No obstante, un análisis actual demuestra que la toxicidad de la nicotina, quizás es incluso 20 veces menor que la que se cree que tiene.[6] Aunque es cierto que las llamadas a los centros de toxicología de los Estados Unidos están aumentando en proporción con el crecimiento y con la conciencia que el público va tomando en relación a los cigarrillos electrónicos y sus líquidos para recarga, también es cierto que dichas llamadas representan tan solo una pequeña fracción de las llamadas que se reciben en relación a los problemas que causan los medicamentos, los cosméticos, los productos de limpieza domésticos, etc.[7,8] Frente a lo anterior, existe una medida de protección muy sencilla: insistir en el hecho de que se produzcan envases a prueba de niños, para los cuales ya existe una normativa ISO.[9]

Partículas ultrafinas

Se ha llegado a afirmar que las gotas de aerosol que están presentes en el vapor de los cigarrillos electrónicos ejercen un efecto similar en el cuerpo al que producen las partículas que están presentes en el humo del tabaco o en los tubos de escape de los coches diésel.[10] Estas afirmaciones carecen de sentido, ya que la química de las partículas que están en el vapor es completamente diferente, debiendo entenderse que es la toxicidad de las partículas la que causa daño, en el caso del humo del tabaco y en lo relativo a la contaminación ambiental. Puede entenderse por tanto, que dichos argumentos carecen de sentido.[11]

Formaldehído

En Japón surgió una noticia que comunicaba que el vapor de los cigarrillos electrónicos podría contener hasta diez veces más formaldehído que el humo de los cigarrillos tradicionales. Lo cierto es que, este resultado único e irregular, no fue publicado ni verificado por nadie.

TEs casi seguro que el dispositivo probablemente lo hubiera causado, al calentarse y secarse. Cuando se estudiaron más a fondo los resultados publicados, una visión en conjunto, demostró la existencia de unos niveles de formaldehído que se estimaban entre 6 y 50 veces más bajos que los que se encuentran en los cigarrillos.[12] Este error se propagó, repitiéndose en una carta publicada por el «New England Journal of Medicine».[13]

Dicha carta afirmaba que los riesgos de cáncer relacionados con el formaldehído de los cigarrillos electrónicos, eran de 5 a 15 veces más altos que los de los cigarrillos tradicionales, no obstante, el experimento cometió el error garrafal de hacer funcionar el vaporizador en condiciones de «calada en seco» , situación a la cual, ningún usuario humano estaría expuesto jamás.[14] Visto lo anterior, no se detectó formaldehído en unas condiciones normales de funcionamiento.

Es importante recordar que los cigarrillos contienen miles de sustancias químicas que no están presentes en los cigarrillos electrónicos, también debe tenerse en cuenta que el formaldehído está ampliamente presente en el medio ambiente. Podemos encontrar formaldehído en los productos que tenemos en nuestras casas, tales como en los pegamentos y en los conservantes que se utilizan en algunos medicamentos, también en algunos cosméticos y en otros productos de consumo, tales como en los productos para lavar los platos y en los suavizantes de las telas.

Carcinógenos y tóxicos

Es inevitable, los carcinógenos se encuentran en casi todas partes. Por ejemplo, volviendo al año 1998, uno de los líderes en la materia dijo que[15]: «Se han descrito más de 1000 sustancias químicas en el café: 27 de ellas han sido analizadas y 19 han demostrado ser cancerígenas para los roedores. De hecho, los vegetales que comemos contienen miles de pesticidas naturales, que los protegen de los insectos y de otros depredadores: 64 de ellos han sido analizados y 35 han demostrado ser cancerígenos para los roedores».

La pregunta a tener en cuenta es si algún carcinógeno está causando exposiciones a ciertos niveles y a través de determinadas vías que puedan representar un riesgo material. Si bien es cierto que se encuentran sustancias tóxicas en el vapor de los cigarrillos electrónicos, también es cierto que dichas sustancias se encuentran a unos niveles mucho más bajos que en el caso del humo del tabaco. El estudio más grande que se haya realizado sobre las sustancias tóxicas presentes en el vapor[16] concluyó que: «los niveles de las sustancias tóxicas eran de 9 a 450 veces más bajos que en el caso del humo de los cigarrillos tradicionales y que, por tanto, en muchos casos, eran comparables a las trazas que se encontraron en el producto de referencia».

Muchas de las toxinas más importantes que se encuentran en el humo de los cigarrillos tradicionales, sencillamente, no están presentes en el vapor, en unas cantidades que se puedan medir. Los datos sobre toxicidad y carcinogenicidad son consistentes con la afirmación de que vapear es, realmente, mucho más seguro que fumar.

Metales pesados

Ciertamente, se pueden encontrar trazas de metales en el vapor de algunos cigarrillos electrónicos, no obstante, cuando se encuentran se aprecian unos niveles tan bajos que no representan un riesgo latente, eso quiere decir que, son equivalentes o inferiores a los niveles encontrados y permitidos en los medicamentos[4]: «un usuario medio estaría expuesto a unas cantidades que se sitúan entre 4 a 40 veces menores, en lo que respecta a la mayoría de los metales, y en comparación con la dosis máxima diaria que se permite, en lo relativo a las impurezas presentes en los medicamentos". Si hubiesen unas regulaciones que gestionen los materiales que se utilizan en la fabricación de los dispositivos, dichas cifras se reducirían todavía más.

Irritación de los

Un estudio realizado en febrero del 2015 [17] expuso a un conjunto de ratones al vapor de los cigarrillos electrónicos concluyendo que: «la exposición al cigarrillo electrónico provoca un deterioro de las defensas antimicrobianas en los pulmones» (de los ratones). De hecho, dicho estudio interpretó exageradamente y en gran medida, la posible aplicación a los seres humanos de un estudio que había sido realizado con ratones[18], debe mencionarse que, no se midieron los impactos del humo del tabaco con fines comparativos y que, además, no se tuvo en cuenta que la exposición a los radicales libres fue 150 veces menor, en comparación con aquellos que normalmente se encuentran en el momento de fumar.[19]

RIESGOS PARA LA POBLACIÓN

A medida que se va haciendo más evidente que los cigarrillos electrónicos ofrecen a los fumadores una reducción muy importante de los posibles riesgos, los detractores de los mismos, también han centrado su atención en unos argumentos que involucran a la «población». Dicho punto de vista establece que, aunque vapear es mucho menos peligroso para una persona en comparación con el acto de fumar, es posible que pudiera ser más peligroso a nivel de la propia población, ya que, de alguna forma, también es capaz de influir en la forma en que las personas fuman. Por ejemplo:

- Mediante demostraciones visibles que muestran un comportamiento similar al del consumo de tabaco o comercializándolo bajo lemas como «volver a normalizar» el consumo de tabaco;
- Vapear puede evitar que las personas dejen de fumar porque no experimentan la incomodidad de una abstinencia temporal o bien porque no se sienten bajo tanta presión social; y finalmente
- Vapear podría representar una «puerta de entrada» al consumo de tabaco en lo que respecta a los adolescentes, además, los «sabores pensados para atraer a los niños» podrían utilizarse para captarlos, haciéndolos en una primera etapa adictos a la nicotina y, finalmente, al hábito de fumar.

No existe razón alguna para creer que dichas afirmaciones puedan ser reales, pareciendo más bien que tan solo obedecen a argumentos tácticos de campaña.

Renormalising smoking

Los principales expertos del Reino Unido que dedican sus esfuerzos a detener el consumo de tabaco, también gestionan en Inglaterra la vigilancia del mercado de los productos de la nicotina; finalmente concluyeron que[20]:

Las pruebas existentes entran claramente en conflicto con la opinión de que los cigarrillos electrónicos están minando el control que se ejerce contra el tabaco, lo que también podría acuñarse bajo el término de «volver a normalizar» el consumo del tabaco, ya que bien podrían estar contribuyendo a una reducción en la prevalencia del tabaquismo a través de un mayor éxito en lo relativo a dejar de fumar.

La hipótesis más plausible y obvia muestra que los cigarrillos electrónicos están actuando adecuadamente como alternativa al hábito de fumar; ya que ofrecen una puerta de salida al consumo de tabaco y normalizan, a su vez, unas alternativas que son más seguras frente al tabaquismo.

Marketing que se parece al marketing de los cigarrillos: han habido quejas con respecto a algunos anuncios de cigarrillos electrónicos, ya que se parecían a los que se utilizaban en la publicidad de los cigarrillos tradicionales.[21,22]

De hecho, no resulta sorprendente ni tampoco indeseable que algunos anuncios tengan un aspecto parecido. Esta situación se debe a que los anunciantes están pidiendo a los fumadores que cambien su conducta en lo relativo a fumar, orientándolos hacia alternativas que sea mucho menos perjudiciales en lo relativo al consumo de tabaco.

Si un etiquetado similar consigue mejorar la efectividad de su atractivo para los fumadores, también se está contribuyendo entonces a crear unas mejores condiciones para la salud. Hay que tener en cuenta que el uso de las marcas de tabaco en el marketing de los cigarrillos electrónicos (lo que se conoce como «expansión de marca») es ilegal en Europa y en la mayoría de las jurisdicciones donde la publicidad del tabaco está prohibida, por tanto, se entiende claramente que las únicas marcas visibles actúan como rivales de los cigarrillos tradicionales.

Una normativa publicada recientemente en el Reino Unido controla la publicidad de los cigarrillos electrónicos, de la misma manera que se controla la publicidad de las bebidas alcohólicas. Se trata, por tanto, de un enfoque proporcionado[23,24], el cual, contrasta favorablemente con la prohibición casi total que la Unión Europea (UE) podría imponer en el futuro.

Reduced quitting

Cuando el abandono del hábito de fumar se ha estudiado adecuadamente y los resultados se han interpretado correctamente, puede observarse que no hay indicio alguno de que los cigarrillos electrónicos hayan actuado como un factor que incite a reducir el abandono del hábito de fumar, de hecho, un observador que actúe de forma neutral no debería defender esta hipótesis.[25] La encuesta más completa a nivel mundial, es la «Smoking Toolkit Survey» de Inglaterra (Sondeo Instrumental del Tabaco)[20], la cual, concluyó en enero del 2015 que «las tasas de abandono del hábito de fumar son incluso más altas que en los años anteriores. Es posible que los cigarrillos electrónicos hayan ayudado a dejar de fumar el año pasado, aproximadamente a 20000 fumadores, que de otra manera, no hubieran sido capaces de dejar dicho hábito».

Efectos de «puerta

Muchos activistas y algunos funcionarios públicos han manifestado que hay un aumento del uso de los cigarrillos electrónicos entre los adolescentes, por lo que han sugerido que representan un riesgo al que han tildado como «puerta de entrada»: es decir, que su finalidad es la de inducir a consumir más tabaco. En ninguna parte existe prueba alguna que apoye esta hipótesis.

De hecho, los cigarrillos electrónicos atraen principalmente a los fumadores ya existentes. Es evidente que la «propuesta de valor» que ofrecen se decanta más sólida entre los fumadores actuales, en base a sus crecientes preocupaciones en lo relativo a su salud, entre otros aspectos. Los datos no hacen más que confirmar estas expectativas, por ejemplo, la Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido afirma que[26]:

Los cigarrillos electrónicos son utilizados, casi exclusivamente, por fumadores y exfumadores. Casi ninguno de los que nunca habían fumado cigarrillos eran consumidores de cigarrillos electrónicos.

No obstante, esta situación no ha sido capaz de detener una mala interpretación de los datos existentes. Por ejemplo, en el año 2013, en los Estados Unidos, los resultados de los Datos de la Encuesta Nacional sobre el Tabaquismo en los Jóvenes, mostraron un aumento en el uso de los cigarrillos electrónicos, lo cual, generó una amplia cobertura mediática.[27] Según comentó un alto funcionario de salud pública:

Esta situación, plantea la preocupación de que puedan haber jóvenes que encuentren en los cigarrillos electrónicos, un posible punto de entrada para el uso de los productos del tabaco tradicionales, lo cual también incluye a los cigarrillos.

En cualquier caso, los datos de este estudio, no pudieron respaldar el efecto de puerta de entrada al que se aludía y del que se pueda esperar que se genere un aumento del uso de los cigarrillos electrónicos entre los adolescentes, lo cual, también habría podido reflejar un aumento de su uso entre los adultos. De hecho, se observó que la prevalencia del hábito de fumar en los adolescentes de los Estados Unidos, disminuyó drásticamente a medida que iba aumentando el uso de los cigarrillos electrónicos, ya que su uso estaba completamente enfocado hacia los fumadores ya existentes.[28]

La Figura 1 que se muestra a continuación, indica los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC – por sus siglas en inglés).

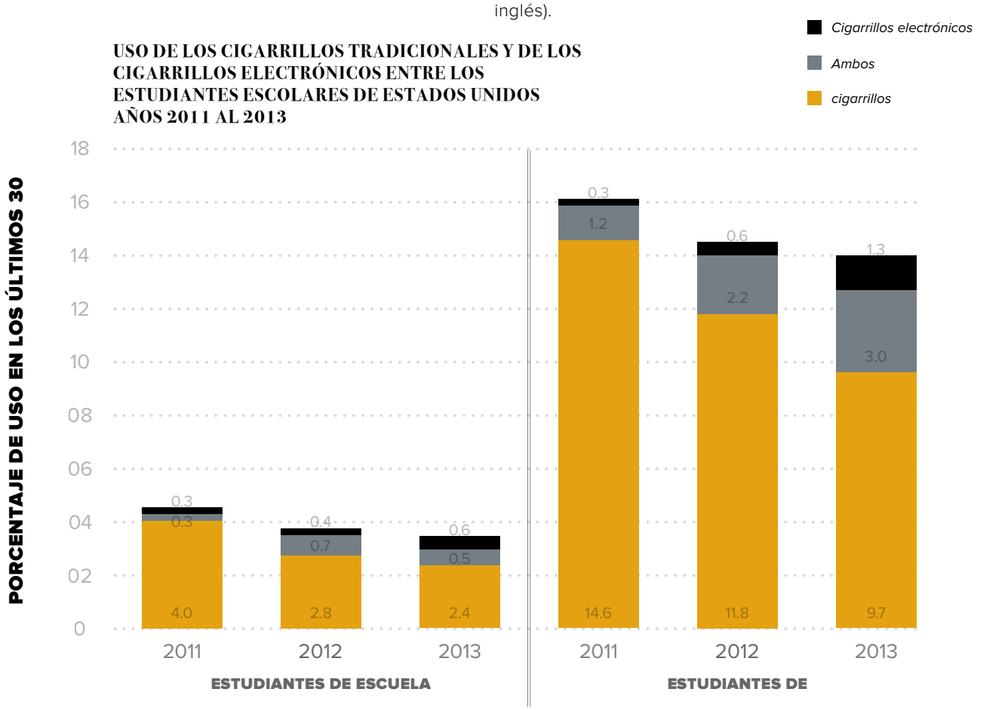


Figura 1: uso de los cigarrillos tradicionales y de los cigarrillos electrónicos entre los estudiantes de las escuelas de Estados Unidos (años 2011 al 2013)[29]

Fuente: datos proporcionados en bruto por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en relación a los Datos de la Encuesta Nacional sobre el Tabaquismo en los Jóvenes (NYTS). Análisis de los datos y gráficos realizados por Brad Rodu

Se pudieron observar unos efectos similares en Francia y se confirmaron en los Estados Unidos en la encuesta cuyo nombre reza «Monitoring the Future» (Controlando el Futuro)[30]. Si bien es cierto que se pudo observar un aumento en el uso de los cigarrillos electrónicos, también es cierto que se encontraron unas tasas récord que eran bajas y un descenso en el récord de las disminuciones anuales, en lo relativo al consumo «diario» de cigarrillos y en el consumo de «los últimos 30 días», todo ello en los años 2013 al 2014 y entre los adolescentes.[31] En síntesis, puede presenciarse un aumento en el uso de los cigarrillos electrónicos, el cual, entra en consonancia con un incremento en los adultos, no obstante, también puede apreciarse una fuerte disminución en el consumo de los cigarrillos tradicionales. Estas razones son más que suficientes para ser positivos y no dan cabida a «echarle la culpa de todo» a los cigarrillos electrónicos, describiéndolos como si fueran un problema.

Comprensión y definición de los efectos conocidos como «puerta de entrada»

Es difícil encontrar defensores del efecto (o fenómeno) conocido como «puerta de entrada», que a su vez, puedan definir con rigor lo que realmente quieren decir y cómo planean medir dicho fenómeno. Establecer las bases para detectar un efecto de «puerta de entrada» es difícil en la práctica. Para ello, sería necesario poder demostrar tangiblemente que, el período en el que se utilizaron los cigarrillos electrónicos, fue la causa y razón por la que alguien, finalmente, acabó desarrollando un hábito de fumar completamente consolidado. No basta con mostrar que el aumento del uso de los cigarrillos electrónicos ha coincidido, también, con el aumento del consumo de tabaco tradicional[32], ya que podría haber razones independientes que den lugar a estas tendencias o bien un factor común que las impulse.

Tampoco es suficiente demostrar que una persona utilizó los cigarrillos electrónicos primero y que, posteriormente, comenzó a fumar, cuando no pudo tener a su alcance los cigarrillos electrónicos, ya que es posible que, simplemente, hubieran comenzado a fumar igualmente. Otra posibilidad digna de mención radica en que, el uso de los cigarrillos electrónicos entre adolescentes, realmente, desempeña un papel protector, ya que previene o incluso desvía la aparición del hábito de fumar cigarrillos tradicionales, de forma continuada. Se requiere tener cierto cuidado al extraer conclusiones causales a partir de los datos de observación, en lo que respecta al uso de los cigarrillos electrónicos; no obstante, todas las afirmaciones sobre la detección de un posible efecto de «puerta de entrada» no serán capaces de detectar dichos problemas.

Sabores al gusto infantil, para atraer a

A menudo se afirma, como si fuera algo obvio, que los sabores con características «atrayentes para los jóvenes» también atraerán a los adolescentes. No existen pruebas para creer esto, tan solo son meras aseveraciones. En realidad, pensar de esta manera, es contrario al sentido común, ya que la mayoría de los adolescentes imitan el comportamiento de los adultos y de hecho, no están interesados en reforzar su condición de niños. El único estudio que fue capaz de analizar las preferencias de los jóvenes, en base a los sabores de los cigarrillos electrónicos, encontró, de hecho, un interés extremadamente bajo en ellos (véase la figura 2, la cual se muestra a continuación).

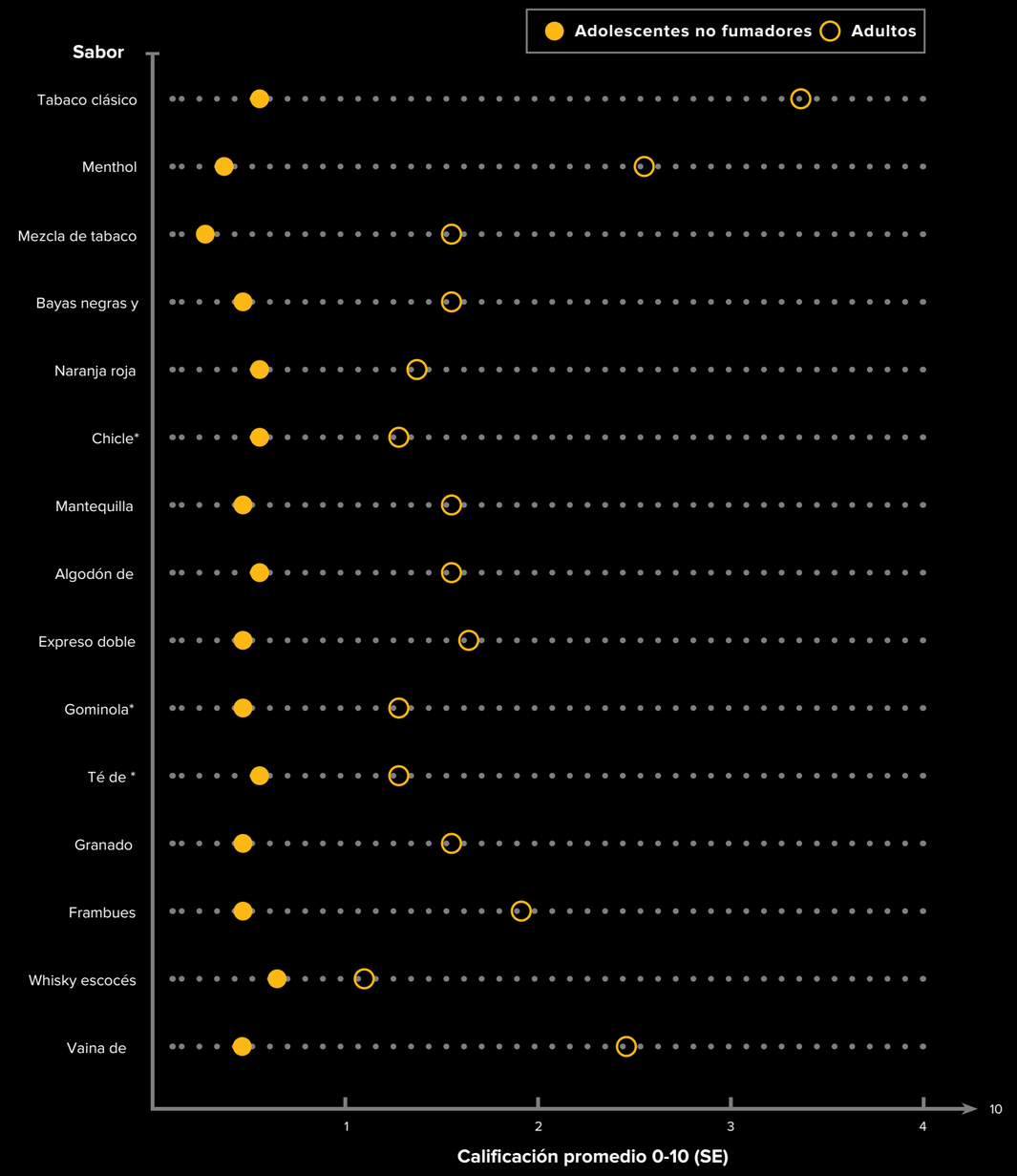
Se pidió a los adolescentes que calificaran su interés, utilizando una escala del 0 al 10, en lo que respecta al uso de los cigarrillos electrónicos y se les ofreció una lista de sabores. Como resultado, mostraron un interés mínimo (promedio = 0.41 sobre 10), mucho menos que en el caso de los fumadores adultos (1.73 sobre 10), por lo que su interés no varió mucho entre los sabores presentados.[33] Según los adolescentes iban revelando algunas de sus preferencias, los dos sabores que más destacaron fueron el del «whisky escocés de malta» y el del «tabaco clásico».

Otros estudios han podido confirmar que los adultos se sienten atraídos por unos sabores que, supuestamente, bien podrían asociarse más con la juventud, algunos de los nombres de estos sabores son «explosión de cerezas» y «espiral de frutas». Por ejemplo, en una encuesta llevada a cabo entre los miembros del foro de usuarios de cigarrillos electrónicos más grande del mundo (el «E-Cigarette Forum», cuya página web es: https://www.e-cigarette-forum.com/) se pudo averiguar que las frutas, representan la categoría de sabor más popular.[34] En otra encuesta similar en la que se preguntaba sobre los sabores a más de 4519 usuarios, pudo averiguarse que el 44 % de ellos utilizaba el sabor de tabaco, el 32 % prefería el sabor a mentol/menta, el 61 % prefería los sabores dulces, el 15 % se decantaba por sabores a frutos secos, el 69 % prefería los sabores de fruta, el 37 % optaron por sabores de bebidas y el 22 % restante eligieron otros sabores. [35]Quienes no sean usuarios deben comprender que los sabores son un aspecto importante del vapeo y también una parte integral de la experiencia de vapear. De hecho, representan una parte esencial, en lo que respecta a abandonar el hábito de fumar tabaco tradicional. Los que cambian al principio, tienden a inclinarse hacia los sabores del tabaco, no obstante, gradualmente se van pasando a sabores que no están relacionados con el tabaco, lo cual, generalmente suele indicar un cambio permanente que muestra un posible abandono del hábito de fumar cigarrillos convencionales.

La perpetuidad de una adicción: «la nicotina es nicotina y solo nicotina»

Dentro de la comunidad de salud pública, un grupo bien establecido de defensores de la «abstinencia absoluta», considera que es inaceptable cualquier tipo de consumo de tabaco. Para ellos, consumir tabaco perpetuaría una adicción, que en sí misma es una enfermedad. Algunas veces, sus puntos de vista parecen casi absolutistas y rayan en lo imposible. Como era de esperar, atribuyen la mayor parte de la culpa de la epidemia del tabaquismo a la nicotina. Si de ellos dependiese, probablemente dirían que la mayoría de las sociedades que han implementado completamente las medidas de control del tabaco, ya han podido disfrutar de una disminución en la prevalencia del tabaquismo.

Barreras establecidas en relación a la reducción de los daños producidos por el tabaco



FFigura 2: estudio comparativo en relación a la preferencia del sabor de los cigarrillos electrónicos; estudio realizado entre

Foto realizada por John Towner en Unsplash

VIENDO A TRAVÉS DE LA CONTROVERSIA

Es cierto que se vierten muchos argumentos en contra de los cigarrillos electrónicos, no obstante, casi sin excepción alguna, todos ellos contienen fallos en relación a los posibles riesgos, fallos los cuales, pueden inducir a error a los usuarios. En una editorial de la revista «Addiction»[36], el profesor Robert West destapó seis fallos típicos (o quizás «tácticas» para quienes crean que dicha forma de actuar es deliberada).

Merece la pena destacar aquellas formas en las que se está utilizando mal la ciencia, ya que, gracias a esto, los lectores podrán estar en una mejor posición a la hora de evaluar los mensajes existentes.

Fallo a la hora de cuantificar: por ejemplo, con afirmaciones que indican que el vapor de los cigarrillos electrónicos contiene toxinas, lo que, a su vez, da la impresión de que son tan peligrosos como los cigarrillos tradicionales; esto lo hacen sin indicar que, generalmente, las concentraciones, en comparación con las del humo del tabaco, suelen estar presentes en unos órdenes de magnitud inferiores.

Fallo al no tener en cuenta los factores de confusión y la causalidad inversa: por ejemplo, al argumentar que el uso de los cigarrillos electrónicos reduce las posibilidades de dejar de fumar, porque en las encuestas transversales, la prevalencia del uso de los cigarrillos electrónicos es mayor en los fumadores, al comparar dicho dato con los exfumadores recientes.

Fallo en los informes selectivos: por ejemplo, al centrarse en unos estudios que parecen mostrar los efectos nocivos, ignorando aquellos efectos que no lo son.

Tergiversación en la medición de los resultados: por ejemplo, al afirmar que el uso de los cigarrillos electrónicos es frecuente entre los jóvenes, utilizando para tales fines, unos datos sobre la proporción que se basan en quienes lo han intentado alguna vez, con lo que, al final, consiguen crear la impresión engañosa de que todos ellos, son los usuarios actuales de los cigarrillos electrónicos.

Juego partidista de dobles estándares, en relación a lo que debe ser aceptado como prueba: por ejemplo, al aceptar sin crítica alguna, las conclusiones derivadas de estudios observacionales que muestran incongruencias importantes, ya que dichos estudios manifiestan que los cigarrillos electrónicos están causando daños, pero descartan, no obstante, otros estudios similares o incluso mejor realizados, que parecen demostrar lo contrario.

Desacreditar las fuentes: por ejemplo, al manifestar que los investigadores que han recibido apoyo financiero de los fabricantes de cigarrillos electrónicos (e incluso de aquellas empresas que no fabrican cigarrillos electrónicos) han sido «claramente comprados» y que, por tanto, no se puede confiar en los resultados de sus estudios, mientras que se presentan a sí mismos como si no tuvieran conflictos de intereses, cuando en realidad, su postura profesional y moral, muestra un importante interés personal.

EL CASO DEL «SNUS» – UN EJEMPLO ADMONITORIO

Muchos argumentos, siguiendo un estilo similar, en lo que respecta a la población, se hicieron por precaución en el año 1992, como por ejemplo, cuando se realizó la prohibición del «tabaco oral» en toda la UE, a pesar de ser menos peligroso que fumar, entre un 95 al 100 %.

Cuando dicha prohibición entró en vigor, se concedió a Suecia una exención a la prohibición. De hecho, el formato de producto del tabaco oral que se conoce como «snus», es la razón por la que Suecia cuenta, sobradamente, con la tasa más baja de consumo de tabaco de la UE, es decir: un 13 % de los adultos suecos frente al 28 % de la media de la UE.[37] El «snus» ofrece tres efectos principales que pueden apreciarse en Suecia y en Noruega: se utiliza para dejar de fumar; se utiliza para sustituir el consumo de tabaco; y finalmente, desvía a los jóvenes de un posible comienzo en lo relativo a fumar. Gracias a lo anterior, puede entenderse que permite proporcionar una «prueba de concepto», más que convincente, en lo que respecta a la reducción de los daños provocados por el tabaco, al tiempo que ofrece una advertencia sobre los efectos perversos de las regulaciones existentes. También ha podido demostrar que, en realidad, los activistas del control del tabaco estaban preparados para montar una campaña contra un producto que, de hecho, ha logrado reducciones auténticas en lo relativo a las enfermedades y a las muertes prematuras.

PREOCUPACIÓN POR LA INDUSTRIA DEL TABACO

Otra fuente de preocupación que alimenta a los críticos se sustenta en el posible papel negativo de las industrias tabacaleras, lo cual, no es sorprendente dado su historial. En la actualidad y en la práctica, se hace difícil poder averiguar cuál podría ser dicho papel, si la industria de los cigarrillos electrónicos sigue manteniéndose competitiva. Es un hecho que los cigarrillos electrónicos amenazan el antiguo modelo de negocio basado en los cigarrillos tradicionales, modelo en el cual, se sustenta la industria tabacalera. Para sobrevivir a estos cambios, la industria deberá acceder al mercado (como ya lo está haciendo), fabricando unos productos que sean de alta calidad y que representen unas alternativas más atractivas, en lo que respecta al consumo de tabaco tradicional; de lo contrario, se arriesgarán a perder su participación en el mercado de la nicotina recreativa, frente a otras empresas de cigarrillos electrónicos que utilicen, o no, tabaco. Por su propia naturaleza, es más fácil que puedan convertirse en unos promotores muy importantes de un nuevo cambio, sustituyendo el hábito tradicional de fumar con el vapeo; siendo más que posible que dicho cambio se sustente en una competitividad basada en el mercado.

El peligro real que emerge de las empresas tabacaleras tiene su razón en unas regulaciones que son excesivamente opresivas. Debido a lo anterior, es posible que se pueda eliminar la posible competencia que ejerzan aquellos competidores que sean más ágiles o innovadores, lo cual ofrece unas condiciones adecuadas a las empresas tabacaleras, para que sigan contando con un oligopolio que está protegido por unas barreras regulatorias que, de por sí, ya dificultan la entrada al mercado. Irónicamente podríamos decir que, es posible que dicha situación, incluso esté avalada por las propias organizaciones sanitarias. Lamentablemente, muchas organizaciones y miembros de los sistemas de salud pública están haciendo todo lo posible para que esto suceda. No obstante, el verdadero problema es que no siempre se dan cuenta de que cuando se está protegiendo a las empresas tabacaleras de la competencia, en realidad, se están dando las bases para unos posibles efectos y no para la consecución de sus objetivos.[38,39]

Foto realizada por Roman Kraft en Unsplash

LAS TECNOLOGÍAS QUE IMPLICAN GRANDES CAMBIOS, TAMBIÉN DESAFÍAN A LA SALUD PÚBLICA

Los cigarrillos electrónicos han cambiado las reglas del juego, permitiendo por primera vez a los fumadores que puedan tomar, ellos mismos, el control de sus riesgos; por ejemplo, en el Reino Unido, han mejorado enormemente el bienestar de cientos de miles de ciudadanos.

Por tanto, los cigarrillos electrónicos no solo han desafiado a la propia industria tabacalera, sino también a los intereses de los sectores públicos y de la sociedad civil, los cuales, o bien no han desarrollado ningún papel al respecto, o han ejercido una conducta hostil, en un intento de creciente popularidad. Muchos fumadores y consumidores que han optado por vapear, han mostrado su perplejidad dada la hostilidad de los sectores de la salud pública, en lo que respecta al concepto de reducción de los daños causados por el vapeo o por el tabaco. Como análisis de lo anterior, podrían valorarse las siguientes explicaciones:

- ***La del «no lo hemos dicho nosotros»:*** los productos y los beneficios que ofrecen el concepto de reducción de los daños, han surgido gracias al libre albedrío de los productores y de los consumidores, en aquellos mercados que no están regulados adecuadamente. Nadie en los sistemas de salud pública ha dado su aprobación ni tampoco se les ha solicitado tal aprobación, ya que no se necesita gasto público alguno, por lo cual, los sistemas de salud pública no podrían seguir ejerciendo su influencia controladora.
- ***Hostilidad hacia el sector privado:*** culturalmente hablando, los sistemas de salud pública se inclinan hacia el paternalismo y a todo lo que esté relacionado con el estado o con actividades no lucrativas. Por esa razón, de forma completamente instintiva desconfían siempre del sector privado y del capitalismo, lo cual hace que se sientan incómodos con la idea de que sean los propios consumidores los que tengan el control.
- ***Motivos contraculturales:*** el sistema actual para ejercer un control sobre el tabaco está repleto de medidas coercitivas, tales como: restricciones, sanciones, impuestos (regresivos), campañas basadas en el miedo, medicalización del consumo de tabaco y un largo etcétera. El enfoque de la reducción de los daños no actúa de forma crítica, antes al contrario, sirve como «puente para el nexo entre las personas», permitiéndoles juzgar sus propios intereses y preferencias.
- ***Motivos ocultos:*** algunos funcionarios que desarrollan su actividad en el control del tabaco, de por sí, ya tienen una orientación que se inclina hacia los derechos de «quienes no fuman», en vez de pensar en la «salud de la población»; estos individuos, ya tienen claro sus propios objetivos. Al igual que ocurre con cualquier tema que involucre a las drogas de uso recreativo, existen muchos actores que desempeñan un papel determinado – entre los anteriores, se incluyen los ya conocidos como «prohibicionistas», su perfil puede definirse como el de las personalidades de las autoridades competentes que se muestran ofendidas («porque son los médicos los que más saben»), también podemos encontrar a los que les preocupa la pureza corporal[40].
- ***Conflictos de intereses:*** los centros de enseñanza para la salud pública, sus bases científicas y sus sistemas de defensa en lo relativo a la salud pública, están inmersos, todos ellos, en una gran cantidad de problemas, entre los cuales, podemos describir los prejuicios ideológicos, su posición ya condicionada, la cual está basada en la defensa de los intereses de los donantes, a los cuales respetan y sus posiciones de índole político, las cuales ya han sido dictadas por las organizaciones benéficas, también se respeta a quienes proporcionan donaciones desde los entornos farmacéuticos. Muchas de estas personas y organizaciones son bastante propensas a la insularidad, con una mentalidad de pensamiento que podría describirse como grupal o corporativista.
- ***Enfoque de la industria del tabaco:*** muchos activistas y académicos han definido su lucha posicionándose en consonancia con la industria del tabaco. Su punto de vista asume que, lo que les pueda ser perjudicial a ellos, podría no obstante, ser beneficioso para la salud. Actuar de esta forma conduce a un pensamiento letárgico y confuso, en lo que respecta a la reducción de los daños producidos por el tabaco.

Ben es cierto que, no todas las personas u organizaciones implicadas exhiben, per se, todas o algunas de estas características. No obstante, resulta necesario esbozarlas aquí, para poder enfatizar el peligro que implica asumir que, cualquier persona que desarrolle su profesión en la salud pública o que se dedique a proteger la salud, esté de hecho, actuando de una manera totalmente racional y en interés de la salud.

AFRONTANDO LAS CRÍTICAS CLAVE / LAS OPINIONES DE LOS RESPONSABLES EN FUNCIONES: LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Controlar el tabaco ha suscitado la creencia de que los profesionales de la salud y, concretamente los médicos, pueden ejercer una enorme influencia en las elecciones de los consumidores. No obstante, es cierto que pueden desempeñar un papel muy influyente en cualquier comunidad, en lo relativo a la reducción del consumo de tabaco. De hecho, durante la primera mitad del siglo pasado, los propios médicos fueron los primeros en empezar a fumar, no obstante, también fueron el primer grupo social que se concentró en dejar de fumar. Esta situación se debió principalmente a la investigación del Dr. Richard Doll, cuyo artículo del 1950[41] en el British Medical Journal (BMJ) fue el que, básicamente, inició el movimiento para el control del tabaco. En este artículo, se estableció de manera contundente en los médicos, el vínculo existente entre el consumo de los cigarrillos y el cáncer de pulmón.

Igualmente, ya ha quedado claro que cuando son los médicos quienes toman la iniciativa y dejan de fumar ellos mismos, también suelen aconsejar a los pacientes que dejen de fumar, lo cual hace, a su vez, que defiendan un cambio en las políticas existentes, tras lo cual se inician las acciones pertinentes. El Dr. Derek Yach, exdirector ejecutivo de la OMS, afirma que [42] *«los médicos fueron, de hecho, un factor clave para generar un avance en los Estados Unidos y en los países de la OCDE, lugares en los cuales, las tasas de tabaquismo habían caído de manera constante a lo largo de varias décadas. En estos países, las tasas de consumo de tabaco entre los médicos disminuyeron, tras lo cual, una década más tarde, las tasas de tabaquismo también disminuyeron en la población en general. En muchos de los principales países que cuentan con ingresos bajos y medios, las tasas del consumo de tabaco entre los médicos, siguen siendo extremadamente altas. En consecuencia, las voces y la defensa que puedan ejercer los propios médicos son bastante débiles. Hasta que esta situación cambie, el progreso será lento».*

Queda claro que los futuros médicos y los responsables en materia sanitaria dependerán de que esta generación haya efectuado uno juicio sabio, habiendo ofrecido los consejos adecuados, a los pacientes adecuados, en el momento adecuado. En lo que respecta a los médicos actuales que se encuentran en activo, las pruebas son claras: ¡deben incorporar el concepto de reducción de los daños, en el desarrollo de sus funciones como médicos, sin demora alguna!

CONSECUENCIAS DE LA OPOSICIÓN A LA THR

La oposición a los productos que se destinan a la reducción de los daños causados por el tabaco (THR – por sus siglas en inglés), ha tenido consecuencias reales e impactantes en todo el mundo, puesto que ha limitado el potencial de dichos productos para prevenir las enfermedades y las muertes que están relacionadas con el tabaco.

PROHIBICIONES AMPLIAS

Los cigarrillos electrónicos están prohibidos completamente en 30 países, no obstante, otros siete países solo han prohibido los cigarrillos electrónicos que contienen nicotina.[43] Los productos del tabaco que necesitan calentarse están prohibidos en seis países[44], mientras que el «snus» está prohibido en Australia, en Nueva Zelanda y en los países de la Unión Europea (excepto en Suecia). Como era de esperar, dichas prohibiciones han dado lugar a un floreciente comercio ilegal de dichos productos, por ejemplo, en Australia y en relación a aquellos productos que contienen líquidos aptos para los dispositivos electrónicos, conocidos como «e-liquid».[45]

IMPUESTOS

Los impuestos ejercen un impacto muy importante en el comportamiento del consumidor. De hecho, han demostrado constantemente ser una de las herramientas de salud pública más eficaces para dejar de fumar. Si se imponen unos impuestos altos a los productos para la reducción de los daños causados por el tabaco, será entonces menos probable que los consumidores se cambien a estos productos, lo que hará que continúen fumando los cigarrillos tradicionales, que son, por cierto, unos productos mucho más dañinos. Hasta el año 2020, 14 países han estado aplicando impuestos a los cigarrillos electrónicos.[43,44]

Resulta realmente preocupante que la Oficina Nacional de Investigación Económica[46] en los Estados Unidos, haya realizado un estudio para determinar si los altos impuestos que se aplican a los cigarrillos electrónicos, podrían haber disuadido a los fumadores en sus intentos para dejar de fumar. Su conclusión más evidente pudo determinar que, fueron los altos impuestos aplicados a los cigarrillos electrónicos los que, finalmente, consiguieron aumentar las tasas del consumo de tabaco entre los adultos, lo que también redujo sus intenciones para dejar de consumirlo.

SENSACIONALISMO DE LOS MEDIOS

El ejemplo más preocupante de «noticias falsas» o de tergiversación grave en los medios de comunicación, puede encontrarse, cuando se aireo en los Estados Unidos, a finales del 2019, la existencia de un brote de casos graves y agudos que presentaban lesiones pulmonares y muertes. Durante varios meses, los medios de comunicación culparon a los cigarrillos electrónicos (los productos del vapeo) como la causa de las «lesiones pulmonares que estaban asociadas con el uso de los cigarrillos electrónicos o productos para el vapeo (por sus siglas en inglés – EVALI)». Dichas afirmaciones representaron una historia falsa que se mantuvo durante meses, los informes que se publicaban en los medios de comunicación carecían de todo fundamento y estuvieron circulando en una gran cantidad de periódicos, en las noticias de la televisión y en la radio.[47]

La causa real de este brote fue el uso del acetato de la vitamina E, un agente espesante que se encontraba en los líquidos de tetrahidrocannabinol (THC) que se producían en los mercados negros e ilegales, evidentemente, dichos líquidos se consumieron con los vaporizadores. Pese a lo anterior, una vez esclarecidos los hechos, no se publicitaron con el mismo rigor como cuando comenzó la explosión de las noticias falsas

Hablando claramente, puede observarse que no todas las personas u organizaciones que están implicadas en materia de salud pública, son capaces de poder mostrar, todos o algunos de los puntos de vista anteriormente indicados. No obstante, en estos momentos y lamentablemente, el efecto neto que puede percibirse, nos muestra que los productos para la reducción de los daños provocados por el tabaco, todavía, siguen valorándose mayoritariamente con una perspectiva negativa.

Es imperativo, por tanto, que se establezcan sin demora alguna, unas bases científicas que sean consistentes y que estén acompañadas de una comunicación responsable de los riesgos, junto con unas regulaciones que sean totalmente razonables, en lo relativo a los productos que se destinen a la reducción de los daños causados por el tabaco (THR). Actuando de esta manera se podrá conseguir el objetivo principal: prevenir las enfermedades que están relacionadas con el tabaco y con las muertes prematuras

Foto realizada por Kenrick Mills en

REFERENCES

1. **Burstyn I. Peering through the mist: Systematic review of what the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks. BMC Public Health [Internet]. 2014 Jan 9 [cited 2020 Aug 31]; 14(article 18).**
Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-18

2. **Russell MJ. Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. BMJ [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2020 Aug 31]; 1:1430-1433.**
Available from: https://www.bmj.com/content/1/6023/1430

3. **Health and Social Care Information Centre. Statistics on smoking: England 2014. 2014 Oct 8 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub14xxx/pub14988/smok-eng-2014-rep.pdf

4. **Farsalinos KE, Polosa R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: A systematic review. Ther Adv Drug Saf [Internet]. 2014 Feb 13 [cited 2020 Aug 31]; 5(2):67–86.**
Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2042098614524430

5. **US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - 50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. 1081 p. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf

6. **Mayer B. How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century. Arch Toxicol [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep4]; 88(1):5-7.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880486/

7. **Mowry JB, Spyker DA, Cantilena LR, McMillan L, Ford M. 2013 Annual report of the American Association of Poison Control Centers' national poison data system (NPDS): 31st Annual Report. J Clin Toxicol [Internet]. 2015 Jan 6 [cited 2020 Sep 4]; 52(10):1032-1283.**
Available from: https://www.tandfonline.com/doi/f

8. **Bates C. Keep calm it's only poison. The Counterfactual [Internet]. 2015 Jan 26 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.clivebates.com/keep-calm-its-only-poison/

9. **ISO [Internet]. Geneva: ISO. ISO 8317:2003: Child-resistant packaging - Requirements and testing procedures for reclosable packages; 2003 Apr. [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.iso.org/standard/30674.html

10. **World Health Organization. Electronic nicotine delivery systems: Report by WHO - Report to the COP-6 of the FCTC. 2014 Sep. 13 p. FCTC/COP/6/10 Rev.1 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-en.pdf

11. **Bates C. Scientific sleight of hand: Constructing concern about 'particulates' from e-cigarettes. The Counterfactual [Internet]. 2014 Nov 17 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.clivebates.com/scientific-sleight-of-hand-constructing-concern-about-particulates-from-e-cigarettes/

12. **Farsalinos K. Electronic cigarette aerosol contains 6 times LESS formaldehyde than tobacco cigarette smoke. E-cigarette Research [Internet]. 2014 Nov 27 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: http://www.ecigarette-research.com/web/index.php/whats-new/whatsnew-2014/188-frm-jp

13. **Jensen RP, Luo W, Pankow JF, Strongin RM, Peyton DH. Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. N Engl J Med [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 4]; 372:392-394.**
Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1413069

14. **Bates C. Spreading fear and confusion with misleading formaldehyde studies. The Counterfactual [Internet]. 2015 Jan 241 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.clivebates.com/spreading-fear-and-confusion-with-misleading-formaldehyde-studies/

15. **Ames BN, Gold LS. The prevention of cancer. Drug Metab Rev [Internet]. 2008 Sep 22 [cited 2020 Sep 4]; 30(2):201-223.**
Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/03602539808996309

REFERENCES (cont.)

16 **Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. Tob Con [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 Sep 4]; 23(2):133-139.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/2/133

17 **Sussan TE, Gajghate S, Thimmulappa RK, Ma J, Kim J-H, Sudini K, et al. Exposure to electronic cigarettes impairs pulmonary anti-bacterial and anti-viral defenses in a mouse model. PLoS One [Internet]. 2015 Feb 4 [cited 2020 Sep 4]; 10(2):e0116861.**
Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0116861

18 **Siegel, M. New study reports adverse effects of e-cigarette aerosol on mouse respiratory epithelial cells. Tobacco Analysis [Internet]. 2015 Feb 5 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: http://tobaccoanalysis.blogspot.com/2015/02/new-study-reports-adverse-effects-of-e.html

19 **Farsalinos K. A new study in mice provides no information for smokers but verifies e-cigarettes are less harmful. E-cigarette Research [Internet]. 2015 Feb 5 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: http://www.ecigarette-research.org/research/index.php/whats-new/whatsnew-2015/192-ecig-mice

20 **West R, Brown J, Beard E. Trends in electronic cigarette use in England: Smoking tool kit study. Smoking in England [Internet]. 2014 Jun 13.**
Available at: http://www.smokinginengland.info/latest-statistics/

21 **Tobacco Unfiltered. 7 ways e-cigarette companies are copying big tobacco's playbook. Tobacco Unfiltered [Internet]. 2013 Oct 2 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.tobaccofreekids.org/blog/2013_10_02_ecigarettes

22 **De Andrade M, Hastings G. The marketing of e-cigarettes: A UK snapshot. Tob Con Blog [Internet]. 2013 Apr 6 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://blogs.bmj.com/tc/2013/04/06/the-marketing-of-e-cigarettes-a-uk-snapshot/

23 **Advertising Standards Authority (ASA). The CAP code: The UK code of non-broadcast advertising and direct & promotional marketing. London: ASA; 2010.**
Available from: https://www.asa.org.uk/uploads/assets/47eb51e7-028d-4509-ab3c0f4822c9a3c4/The-Cap-code.pdf

24 **Advertising Standards Authority (ASA). The BCAP code: The UK code of broadcast advertising. London: ASA; 2010.**
Available from: https://www.asa.org.uk/uploads/assets/846f25eb-f474-47c1-ab3ff571e3db5910/2828d080-b29f-4b6c-8de66fbc7a6cd1f8/BCAP-Code-full.pdf

25 **Letter to Dr Margaret Chan, Director General WHO. Reducing the toll of death and disease from tobacco – tobacco harm reduction and the Framework Convention on Tobacco Control. 2014 May 16 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://nicotinepolicy.net/documents/letters/MargaretChan.pdf

26 **Office for National Statistics (ONS). Adult smoking habits in Great Britain, 2013. Newport: Office for National Statistics; 2014 Nov 25 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/compendium/opinionsandlifestylesurvey/2015-03-19adultsmokinghabitsingreatbritain2013

27 **CDC Newsroom. E-cigarette use more than doubles among U.S. middle and high school students from 2011-2012 [press release]. 2014 Nov 25 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.cdc.gov/media/releases/2013/p0905-ecigarette-use.html

28 **Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco product use among middle and high school students — United States, 2011 and 2012. MMWR [Internet]. 2013 Nov 15 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6245a2.htm

REFERENCES (cont.)

29 **Bates C. Cigarette and E-cigarette use among US school students [image on Internet]. [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.clivebates.com/documents/CDCNYTS.png

30 **Le Houezec, J. According to a new survey, youth smoking decreased during the last 4 years while e-cig used increased. Le blog de Jacques Le Houezec [Internet]. 2014 May 16 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: http://jlhamzer.over-blog.com/2014/05/according-to-a-new-survey-youth-smoking-decreased-during-the-last-4-years-while-e-cig-used-increased.html

31 **Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman J G, Schulenberg JE. Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2014. Ann Arbor, Mi: Institute for Social Research, the University of Michigan; 2015 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/137913/mtf-overview2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

32 **Goniewicz ML, Gawron M, Nadolska J, Balwicki L, Sobczak A. Rise in electronic cigarette use among adolescents in Poland. J Adolesc Heal [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2020 Sep 4]; 55(5):713-715.**
Available from: https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(14)00310-3/abstract

33 **Shiffman S, Sembower MA, Pillitteri JL, Gerlach KK, Gitchell JG. The impact of flavor descriptors on nonsmoking teens' and adult smokers' interest in electronic cigarettes. Nicotine Tob Res [Internet] 2015 Oct [cited 2020 Sep 4]; 17(10):1255-62.**
Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25566782/

34 **McLaren N. Big survey 2014 - Initial findings eliquid. Vaping [Internet]. 2014 Jul 17 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://vaping.com/blog/data/big-survey-2014-initial-findings-eliquid/

35 **Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Spyrou A, Voudris V. Impact of flavour variability on electronic cigarette use experience: An internet survey. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 Sep 4]; 10(12):7272-7282.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881166/#:~:text=The%20majority%20reported%20that%20restricting,to%20reduce%20or%20quit%20smoking.

36 **West R. Electronic cigarettes: Getting the science right and communicating it accurately. Addiction [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Sep 4]; virtual edition on e-cigarettes.**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/13600443/homepage/electronic_cigarettes.htm

37 **European Commission. Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: European Commission; 2015 May [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf

38 **Sweanor,D. Big tobacco's little helpers. The Counterfactual [Internet]. 2015 Jan 27 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.clivebates.com/big-tobaccos-little-helpers

39 **Bates, C. Turning the tables on public health: Let's talk about the risks they create. The Counterfactual [Internet]. 2014 Jul 3 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.clivebates.com/turning-the-tables-on-public-health-lets-talk-about-risk/

40 **2. Alderman J, Dollar KM, Kozlowski LT. Understanding of anger, contempt, and disgust in public health policy disputes: Applying moral psychology to harm reduction debates. J Public Health Policy [Internet] 2010 Apr [cited 2020 Sep 2]; 31(1):1-16.**
Available from: https://link.springer.com/article/10.1057/jphp.2009.52

41 **Doll, R. Smoking and carcinoma of the lung. BMJ [Internet]. 1950 [cited 2020 Sep 4]; 2:739.**
Available from: https://www.bmj.com/content/2/4682/739

REFERENCES (cont.)

42 **Satapathy, S. Expert urges innovations in tobacco control. Asia Times [Internet]. 2020 Aug 30 [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://asiatimes.com/2020/08/expert-urges-innovations-in-tobacco-control/

43 **Institute for Global Tobacco Control [Internet]. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2020. Country laws regulating e-cigarettes: A policy scan; 2020 May 18 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.globaltobaccocontrol.org/node/14052

44 **Institute for Global Tobacco Control [Internet]. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2020. Countries that regulate heated tobacco products; 2020 Jun. [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.globaltobaccocontrol.org/sites/default/files/heated_tobacco_regulations_jun_2020_final.pdf

45 **Hall W, Gartner C. Should Australia reconsider its ban on the sale of electronic nicotine delivery systems? Lancet Respir Med [Internet]. 2014 Aug [cited 2020 Sep 4]; 2(8):602-604.**
Available from: https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(14)70155-9/references

46 **Saffer H, Dench DL, Grossman M, Dave DM. E-cigarettes and adult smoking: Evidence from Minnesota. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2019 Dec. Working Paper 26589. [cited 2020 Sep 4].**
Available from: https://www.nber.org/papers/w26589

47 **Gartner C, Bonevski B, Hall W. Miscommunication about the causes of the US outbreak of lung diseases in vapers by public health authorities and the media. Drug Alcohol Rev [Internet] 2020 Jan 20 [cited 2020 Sep 4]; 39(1):3-6.**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dar.13024

CAPÍTULO 9

La reducción de los daños causados por el tabaco es una opción ética

Foto realizada por Gustavo Espíndola en Unsplash

Foto realizada por TUBARONES PHOTOGRAPHY en

El debate sobre el control del tabaco ha ignorado considerablemente los elementos éticos que subyacen tras el concepto de reducción de los daños. Muchos problemas de salud que están relacionados con el tabaco, implican a su vez, múltiples facetas y dilemas , éticos, ante los que no hay respuestas fáciles. Los médicos y los profesionales de la salud, normalmente, no están preparados para gestionarlos completamente, al sopesar el control que se ejerce sobre el tabaco y cómo se podría aplicar el concepto de reducción de los daños provocados por el tabaco. El objetivo de este capítulo consistirá en informar y en fortalecer una mentalidad ética, alentando en los médicos y en los profesionales de la salud, un método de trabajo que actúe en consecuencia con el control del tabaco y también en relación a la reducción de los daños provocados por el tabaco.

La salud pública y las políticas actuales son las que, básicamente, dirigen todo lo relativo con el control del tabaco. Ambas tienden a enfatizar la promoción en materia sanitaria e intentan encontrar soluciones a largo plazo en lo relativo a los problemas de salud que están presentes en la sociedad. En virtud de lo anterior, podría decirse que la interacción entre el médico y el paciente es bastante diferente. Son pocos los pacientes que esperan de sus médicos que vayan a salvar el mundo. En vez de esto, lo que los pacientes realmente quieren es que se concentren en sus propios problemas de salud y que se les ofrezca la curación, incluso... ¡inmediatamente, si fuera posible!

Podría decirse entonces que, el control del tabaco, es el resultado de un producto natural, que nace en la propia mentalidad de aquellos sistemas de salud pública que ejercen sus funciones en la población. El concepto de reducción de los daños causados por el tabaco, no obstante, parece aportar un método de descarga, en lo relativo a la aplicación de la atención médica en los pacientes. Por tanto, los profesionales sanitarios de atención primaria, deberían encontrar dicho concepto como algo mucho más fácil de poder evaluarse, especialmente, al concentrarse en el papel potencial que ofrece un enfoque basado en los principios y en una visión pragmática, a la hora de aplicar el concepto de reducción de los daños, en lo relativo a cómo se está gestionando el consumo de tabaco.

Lamentablemente y hasta ahora, la mayoría de las partes interesadas, han ignorado en gran medida los aspectos éticos en relación al consumo del tabaco. Dicha aseveración incluye también a los médicos, quienes afirman que la ética es uno de los pilares de la profesión médica. De hecho, fue el propio Hipócrates quien se refirió a un pilar básico de la ética médica y la relación entre el médico y el paciente: ***«en primer lugar, no perjudicar».***

Teniendo en cuenta su sabiduría, ¿hemos considerado las implicaciones éticas en las que se basan los enfoques actuales para ejercer su control sobre el tabaco? Existen una gran cantidad de pruebas que indican que, en términos generales, el control del tabaco ha sido algo beneficioso para la salud pública y para la sociedad. No obstante, en contraposición a lo anterior, ¿podría debatirse la opinión de que dicho control haya causado, en realidad, algún tipo de daño a determinadas personas que necesitasen una solución para su adicción al tabaquismo? La respuesta es que «sí», no obstante, cuando se plantea esta pregunta es casi un sacrilegio, lo cual no debe impedir nuestro juicio crítico; recordemos pues, cuál es la esencia de la ética: evaluar lo que es moral y lo que es correcto.

Como miembro de la comunidad para el control del tabaco, recuerdo cuantas frases se han acuñado ya, en las cuales, se reflejaba un mundo sombrío y en el que las cosas o bien eran blancas o negras; mundo en el cual se ilustraba y proyectaba nuestra visión sobre el tabaco. Por ejemplo, cuando se les da nombre a las conferencias mundiales sobre el control del tabaco, acuñando términos como «el tabaco o la salud».

Otro ejemplo que ilustra dicha situación es cuando se les da a los fumadores consejos severos, tales como «dejar de fumar o morir». Cuando se intenta hacer realidad un mundo sin tabaco, solo se utilizan términos absolutistas, en los que las únicas posibilidades disponibles son «o esto... o aquello», en vez de pensar en una solución más tolerante que contemple «ambos ... y». Todo esto se ha hecho siempre para maximizar el impacto social que se ejerce sobre el control del tabaco.

Ha llegado el momento de que los profesionales sanitarios inicien un debate razonado sobre la ética que implica el concepto de la reducción de los daños provocados por el tabaco y, más concretamente, un debate en el que se tengan en cuenta los derechos humanos de las personas afectadas. Los médicos pueden, de hecho, desempeñar un papel fundamental en este debate, ya que la base fundamental de su trabajo se define en la relación médico-paciente.

Dicha relación única facilita un intercambio de conocimiento científico, al tiempo que proporciona los cuidados necesarios, dentro de un marco de ética y confianza. En este contexto, también sitúa a cada paciente dentro de un punto de inflexión hacia la sociedad, colocándolo en el centro de una pregunta obligada: ¿qué es lo mejor para el paciente al que se está tratando?

Merece la pena dedicar un momento para reflexionar sobre el siguiente ejemplo, imaginemos que la «señora A», es una fumadora que se está fumando 60 cigarrillos al día y que decide visitar a un médico de medicina general, al que llamaremos «doctor B». La paciente sufre de una enfermedad pulmonar obstructiva y crónica, causada por su tabaquismo prolongado. A la paciente le falta el aire continuamente y sufre de infecciones recurrentes en el tracto respiratorio superior. Como resultado de todo lo anterior, ha tratado de dejar de fumar al menos unas diez veces. En dichos intentos, se incluye cuando estuvo probando algunos de los programas para dejar de fumar, que según el «doctor B» estaban basados en las pruebas científicas y que, por su puesto, le había prescrito. La «señora A» también estuvo probando la medicina natural a base de plantas medicinales, además, probó también la homeopatía y la acupuntura; finalmente, todos estos intentos fracasaron, al igual que el resto de métodos que ya había probado.

Considera a su marca de cigarrillos como si fuera su mejor amigo, alguien de quien ni siquiera se atrevería a separarse. Ya no sabe qué más hacer. La situación en la que se encuentra la «señora A» es realmente preocupante, tanto que está empezando a pensar en el suicidio, porque, como ella misma dice: «No le veo sentido a seguir viviendo. Ya no me queda nada de aliento en el cuerpo». Está completamente desesperada y necesita ayuda urgente.

Si el «doctor B» estuviera ejerciendo en Australia y hubiera seguido las «mejores prácticas» que se recomiendan en la actualidad, le habría dicho a la «señora A» que la única opción que tiene es dejar de fumar. Dicho esto, le habría prescrito un ciclo corto con una terapia para el reemplazo de la nicotina y tal vez le habría ofrecido algo de apoyo conductual. Dado que algunos de los expertos existentes en Australia para el control del tabaco, sostienen que se debe dejar de fumar sin recibir ninguna ayuda, ¡incluso podría haberle recomendado que «deje de fumar de golpe»!

En Suecia o en Noruega, el consejo del «doctor B» podría haber sido bastante diferente. En estos países, se acepta la práctica cultural y médica de aconsejar a los pacientes que dejen de fumar, pero si por cualquier razón no son capaces de hacerlo, entonces, se les cambia a una alternativa como el «snus».

El «doctor B» le diría a la «señora A» – «Si se cambia al snus, minimizará los daños que le están causando los cigarrillos, incluso si es de la misma marca de los cigarrillos que tanto le gustan. Si bien es cierto que el «snus» no es del todo inofensivo, también es cierto que, como mínimo, es un 95 % menos dañino que los cigarrillos que se está fumando. ¿Por qué no prueba los cigarrillos electrónicos o el «snus» como un método para dejar de fumar?»

Esta situación parece una anécdota pero en realidad no lo es, de hecho, describe con absoluto detalle lo que está sucediendo entre los médicos y los pacientes; frente a este despropósito, bien debería hacerse una reflexión ética. ¿El «doctor B» de Suecia estaba actuando de una forma poco ética al aconsejar a la «señora A» que simplemente se cambie a otra forma de tabaco? (este médico sabía que con su consejo la perpetuaría en su adicción a la nicotina, no obstante, también conseguiría reducir su daño corporal). Valorando el otro ejemplo, ¿el «doctor B» de Australia actuó de forma poco ética al negarse a ofrecerle a su paciente algún otro consejo que no sea el de dejar de fumar?

Esta situación plantea serias preguntas sobre el comportamiento y sobre la toma de decisiones de los médicos, no estamos hablando pues de cuestiones científicas o técnicas, tales cómo cuál es el mejor tratamiento para el asma o cómo realizar una apendicectomía, lo que estamos poniendo sobre la mesa son preguntas que hablan de valores, de derechos y de responsabilidades. Para los médicos, estas preguntas deben ser tan importantes como las científicas y las técnicas.

DEFINIENDO LA ÉTICA

Llegados a este punto podemos preguntarnos, ¿qué es exactamente la ética y cómo sirve de ayuda a los médicos y a los profesionales sanitarios, cuando se tienen que enfrentar a tales preguntas? Coloquialmente hablando podría decirse que la ética es el estudio de la moralidad, de lo que está bien y de lo que está mal. Lo anterior implica reflexionar y analizar, cuidadosa y sistemáticamente, todas las decisiones morales, así como el comportamiento derivado de las mismas, ya sea en el pasado, en el presente o en el futuro. Si la aplicamos a la reducción de los daños provocados por el tabaco, un análisis ético, sin duda, nos proporcionará unos conocimientos realmente valiosos.

LOS VALORES EN LA ÉTICA MÉDICA

Comprender los valores de la profesión médica es una base importante para todos los médicos en formación. Por esta razón, las escuelas de medicina incluyen cursos de ética médica en sus planes de estudios, además, la Asociación Médica Mundial (www.wma.net), la cual, actúa como organismo representativo mundial de los médicos, no solamente publica un manual al respecto, conocido con el nombre de Manual de Ética Médica, sino que, además, también ofrece un curso en línea sobre la ética médica.[1][2]

«La ética es el estudio de la moralidad – de lo que es correcto e incorrecto».

Cuando se habla sobre la ética médica, normalmente, suelen citarse los seis valores siguientes:

- **Autonomía:** capacidad de reconocer el derecho del paciente a la autodeterminación, es decir, el derecho a poder rechazar o elegir su tratamiento.
- **Benevolencia:**actuar de manera tal que se promueva el bienestar de los demás. En un contexto médico, esto significa que se deben tomar aquellas acciones que sirvan de la mejor manera posible a los deseos de los pacientes.
- **Transparencia:***: siempre y «en primer lugar, no perjudicar».*
- **Justicia:**se refiere a la distribución equitativa de los recursos sanitarios cuando son escasos y las decisiones que deban tomarse, en relación a quién deberá recibir los tratamientos, en condiciones de escasez (equidad e igualdad).
- **Dignidad:** :los pacientes (y el médico que los trate) tienen derecho a la dignidad.
- **Veracidad y honestidad:**el concepto del consentimiento informado es un tema bastante delicado en la medicina, especialmente después de la vergonzosa conducta de algunos médicos, los cuales, durante la Segunda Guerra Mundial, realizaron unos experimentos horrendos en seres humanos, juzgándoseles posteriormente en los juicios de Nuremberg.

Estos valores representan un marco de pensamiento, en contraposición a ofrecer unas respuestas claras frente a dilemas éticos. Cuando se utilicen estos valores, para evaluar si el concepto de reducción de los daños provocados por el tabaco, actúa de forma «ética» o no, se deben aplicar dentro de un contexto significativo.

Esperamos pues, que los médicos ejemplifiquen dichos valores, además de mostrar su compasión, su capacidad y su autonomía como médicos, por ende, actuando de una manera única, que debe ser inherente a la profesión médica.

La autonomía del médico se entiende como el alto grado de libertad clínica que los médicos han tenido durante siglos, para poder determinar los estándares de la educación médica y de la práctica de la medicina. En muchos países, la autonomía de los médicos ha sido moderada por los gobiernos, por los sistemas de atención previamente administrados y por otras autoridades, las cuales, imponen controles a los médicos. Llegados a este punto, es normal que se plantee otra pregunta clave en el debate sobre la ética: ¿quién decide qué es ético?

¿QUIÉN DECIDE LO QUÉ ES ÉTICO?

No existe una respuesta única para esta pregunta, porque la ética, en sí misma, tiene un carácter plural. Generalmente, en las sociedades tradicionales, existe un mayor consenso sobre la ética y una importante presión social para actuar de una u otra forma. Algunas veces, las leyes refuerzan los comportamientos éticos.

La cultura y la religión también pueden llegar a influir a la hora de dar forma a la definición de lo que es ético o no. Las sociedades menos tradicionales pueden tener formas diferentes para decidir qué es ético.

A lo largo de los años, algunos derechos humanos de carácter básico se han formulado a nivel mundial. Un ejemplo bien conocido es la famosa Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.[3]

Algunos de los derechos que son importantes para la medicina incluyen los derechos relacionados con la vida, los de la libertad frente a la discriminación, el rechazo de la tortura y la crueldad, el rechazo de los tratos inhumanos o degradantes, la libertad de opinión y de expresión y, finalmente, el derecho a la igualdad en el acceso a los servicios públicos, en el propio país, y en lo relativo a la atención médica.

Los médicos deberían ser libres para poder considerar esta pregunta: «¿quién decide qué es ético?» en un contexto histórico y en base a una revisión ética de la propia profesión, la cual y en la medida de lo anterior, se ha ido sustentando a lo largo de los años para desarrollar sus propios estándares. Los códigos de ética y las declaraciones en relación a una postura determinada, normalmente, son el reflejo de dichos estándares.

Por ejemplo, las asociaciones médicas, dentales, de enfermería y de farmacia, tienen cada una sus propias versiones en lo que respecta a los códigos y las prácticas éticas.

Dicho privilegio de la profesión médica: su capacidad para determinar sus propios códigos éticos, no obstante, no es algo absoluto. Los médicos siempre han estado sometidos a las leyes generales del país en el que ejercen.

***«La salud de mi paciente** será lo primero que tenga en mente». - Asociación Médica Mundial, declaración de Ginebra*

¿QUÉ PROCESOS SE UTILIZAN PARA DECIDIR QUÉ ES ÉTICO?

Hay muchas formas subjetivas de decidir lo que generalmente se considera ético y lo que no. Entre estas formas se incluyen la intuición, las emociones, los hábitos que sigue la sociedad, la imitación de otros modelos a seguir o simplemente, agradar a quienes representan a la autoridad. En lo que respecta a la ética médica, no obstante, utilizamos enfoques más deterministas para dictar decisiones. En relación a lo anterior, se pueden identificar cuatro enfoques:

- **La deontología,**la cual implica identificar aquellas reglas que sean específicas y consistentes, las cuales, pueden servir como base para tomar decisiones morales.
- **El consecuencialismo,** el cual, utiliza un proceso analítico para determinar las posibles consecuencias o resultados de las diferentes elecciones y acciones. Por tanto, la opción que se prefiera desde un punto de vista ético (o la respuesta correcta) estaría determinada por una acción o serie de acciones, con los mejores resultados posibles, ya predichos de antemano. El utilitarismo es uno de los mejores ejemplos de esta forma de pensamiento ético, ya que se considera como el mejor resultado a la «utilidad» o «al mayor bien, para el mayor número».
- **El principismo,**el cual implica el uso de unos principios éticos como base para tomar decisiones morales.
- **La ética de la virtud,** la cual enfatiza los rasgos del carácter de los responsables a nivel individual. Esperamos de los médicos que tengan compasión, que sean honestos y que apliquen la máxima dedicación; entendemos, además, que aquellos que posean estas virtudes, estarán en una buena posición para tomar unas decisiones éticas que tengan fundamento.

Cada uno de los enfoques ya mencionados cuenta con sus propias fortalezas y debilidades. En la mayoría de los casos, se recomienda combinar los cuatro enfoques, ya que solamente de esa forma, se consigue la mejor manera de tomar unas decisiones que sean éticas. Al evaluar la reducción de los daños provocados por el tabaco dentro de este marco, se entiende que, primero, debemos considerar la diferencia existente entre los derechos individuales y los sociales.

DERECHOS INDIVIDUALES FRENTE A DERECHOS SOCIALES

No puede decirse que los médicos ejerzan, tan solo, una relación que esté establecida como una relación entre médico-paciente; los médicos, además, tienen un «contrato social» con el conjunto de la s ociedad. Dicha relación con la sociedad proporciona al médico unos privilegios ya establecidos y el acceso a ciertos recursos sanitarios, así como la obligación de utilizar estos recursos en el beneficio de otros. De esta manera, es como la medicina moderna ha podido evolucionar, hasta convertirse en una actividad más socializada. No obstante, incluso la propia tradición hipocrática de la ética médica, todavía no es capaz de responder a todas las preguntas que han sido planteadas por la práctica de la medicina moderna.

Si tuviéramos que aplicar los cuatro principios a los que nos referíamos antes: deontología, consecuencialismo, principismo y ética de la virtud, a aquellas cuestiones que están relacionadas con los escasos recursos que se encuentran disponibles en la actualidad, en lo relativo a los tratamientos para dejar de fumar, ¿cómo podrían contribuir los médicos en este sentido? Evidentemente, no podemos esperar que los médicos se conviertan en expertos

en las complejidades de la ciencia y en todo lo relativo a la asignación de los recursos disponibles en los sistemas sanitarios. No obstante, los médicos deben contribuir al aumento de dichos recursos, al igual que a proporcionar unos servicios que sean equitativos, junto con los correspondientes tratamientos a sus pacientes.

> La declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente[4] establece que: ***«Siempre que la legislación, las acciones gubernamentales o cualesquiera otras formas de gestión o instituciones nieguen a los pacientes sus derechos, los médicos deberán entonces buscar los medios adecuados, para asegurarlos o restaurarlos. Los médicos también están llamados a desempeñar un papel importante en la asignación de los recursos sanitarios en la sociedad, cuando estos son escasos y en aquellas ocasiones en las que tengan el deber de prevenir que los pacientes accedan a unos servicios a los que no tengan derecho. Cuando se ponen en práctica estas responsabilidades se pueden plantear conflictos éticos, especialmente cuando los intereses de la sociedad parecen entrar en conflicto con los intereses de los pacientes como personas individuales».***

De lo anterior se desprende que, aquellas personas que están pensando en utilizar un formato del tabaco que entrañe unos riesgos menores, también tienen derecho a saber que existen productos que no producen humo y que, de hecho, son más seguros que los cigarrillos, por lo que sus médicos deberían poder informarles.[5][6]

Un argumento que actúa en contra de la reducción de los daños provocados por el tabaco es que, aunque podría beneficiar a los fumadores individuales, también podría, no obstante, conllevar a un mayor riesgo potencial a toda la sociedad.

En lo que respecta a una gran reducción del riesgo, es posible o incluso probable, que el uso de los productos del tabaco que no producen humo no lleguen a aumentar alcanzando un nivel que pueda causar un daño social en valores netos. El «snus» y la nicotina medicinal son mucho más seguros que los cigarrillos, por lo que el daño social en valores netos es muy poco probable que ocurra.[7][8][9]

«El snus y la nicotina medicinal son mucho más seguros que los cigarrillos por lo que el daño social en valores netos es muy poco probable que ocurra».

LA SALUD PÚBLICA FRENTE A LA SALUD INDIVIDUAL

Algunas veces existe un conflicto entre la «salud pública» y la «salud individual». Cuando esto ocurre es lamentable porque las personas constituyen el público o la sociedad y, en un mundo perfecto, el mejor interés del paciente también debería ser el mejor interés de la sociedad.

Cuando se habla de la reducción de los daños causados por el tabaco, se puede apreciar una clara división al respecto. Por ejemplo, a los ciudadanos suecos se les permite (e incluso se les aconseja) utilizar el «snus» como producto para dejar de fumar o como un sustituto del tabaco que necesita combustión (los cigarrillos). No obstante, en otros países de la UE, el «snus» está prohibido, por lo que no se les puede aconsejar que lo usen. Esta situación nos lleva a formularnos una pregunta muy interesante, ¿qué consejo deberíamos dar a los médicos que trabajen en varias zonas de la UE?

> La pauta sensata a seguir frente a esta situación, podemos encontrarla en las declaraciones con respecto al fomento de la salud, que manifiesta la propia Asociación Médica Mundial, las cuales indican lo siguiente:
> ***«Los médicos y sus asociaciones profesionales tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de actuar, en todo momento, ofreciendo lo que más convenga a sus pacientes, debiendo además integrar dicha responsabilidad, con una pauta que determine una especial preocupación y participación, a la hora de fomentar y garantizar la salud de la población».***
>
> Cuando se aplica este principio a la reducción de los daños causados por el tabaco, la Dra. Lynn T. Kozlowski del Departamento de Salud Bioconductual de la Universidad Estatal de Pensilvania, ofrece una recomendación que no da lugar a confusiones, sobre los derechos que deben prevalecer:
> ***«Las preocupaciones en materia de salud pública deben prevalecer sobre los derechos individuales, solo cuando existan pruebas claras y convincentes de un posible daño a la sociedad. Ante la falta de dicha evidencia, deben prevalecer los derechos individuales».*** *[8][10]*

Queda claro por tanto, que la toma de decisiones éticas puede representar un auténtico desafío. No obstante, esto no significa que debamos ignorar la pregunta principal de este capítulo: «¿La reducción de los daños provocados por el tabaco, actúa de forma ética o no?»

EL CONTEXTO ÉTICO PARA LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL TABACO

Cuando se recomienda a los fumadores que adopten diferentes estrategias que se centren en el concepto de la reducción de los daños provocados por el tabaco, tanto los médicos como los profesionales sanitarios, pueden recomendar que:

- Dejen de consumir tabaco completamente, opción que siempre ha sido su favorita;
- Usen las terapias de reemplazo de la nicotina, como ayuda para que puedan dejar todas las formas de tabaco existentes; o que
- Utilicen el enfoque de la reducción de los daños producidos por el tabaco, el cual, goza del debido reconocimiento y les permitirá, a su vez, cambiarse a otros productos del tabaco para reducir los daños causados por los cigarrillos.

Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que los cigarrillos siguen estando disponibles, con total libertad, a precios muy reducidos, mientras que los productos medicinales basados en la nicotina son mucho más caros. Por tanto, es un hecho constatado que, muchas personas no podrán comprar nicotina medicinal por el mismo precio que cuestan los cigarrillos. Igualmente, algunos productos del tabaco que no necesitan humo están prohibidos, lo que, además, le niega a los fumadores la posibilidad de elegir unos productos basados en la nicotina que sean más seguros. Teniendo en cuenta todos estos hechos, cabe plantearse la siguiente pregunta ¿cuáles son los argumentos a favor y en contra sobre el concepto de la reducción de los daños provocados por el tabaco?

Foto realizada por Christopher Sardegna en Unsplash

ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL TABACO

- La primera objeción que suele hacerse contra el concepto de la reducción de los daños es que, fumar es malo y que, sustituir simplemente una forma de tabaco por otra, lo que al final hace es que perpetúa el uso de una sustancia adictiva en la sociedad.

- Los niños representan un tema muy delicado para la comunidad de la salud pública. Si los niños utilizaran una nicotina que ofrezca unos riesgos más bajos, la preocupación más conflictiva y, a la vez, también la más certera, es que podría inducirles a fumar (cigarrillos).

- La reducción de los daños disminuye la eficacia del mensaje principal, en lo relativo al control del tabaco, el cual manifiesta que, todo uso de la nicotina o de los productos del tabaco, es o es potencialmente, peligroso e indeseable.

- Por tanto, si los esfuerzos que se están llevando a cabo en la actualidad sobre el control del tabaco, acaban teniendo éxito, no sería necesario entonces, que se tenga que aplicar el concepto de reducción de los daños causados por el tabaco.

- Fomentar la reducción de los daños, podría crear la percepción de que la industria tabacalera está llevando a cabo un papel constructivo en la sociedad, mientras que al mismo tiempo, continúan con la venta de unos cigarrillos que son altamente peligrosos.

- Los defensores en materia de salud pública no deben fomentar nada que no sea completamente saludable

- Los productos de la nicotina que sean menos peligrosos, podrían llegar a prolongar también el consumo de los cigarrillos, ya que actúan como un «apoyo temporal» durante aquellos momentos en los que los fumadores no pueden fumarlos.

ARGUMENTOS A FAVOR DE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL TABACO

Autonomía y derechos individuales

Un principio aceptado en la ética de la salud moderna, radica en que las personas tienen todo el derecho a tomar decisiones informadas sobre su propia salud. Por tanto, las autoridades están obligadas a proporcionar información en materia sanitaria que permita a las personas poder tomar sus propias decisiones debidamente razonadas. Por ejemplo, si analizamos el caso de la reducción de los daños causados por el tabaco (THR – por sus siglas en inglés), este modus operandi, implicaría resaltar la existencia del bajo riesgo que implican los productos de la nicotina, dando igualmente acceso a toda la información pertinente. El statu quo de la medicina en lo que respecta al tabaco y a la nicotina, niega los fumadores el derecho a elegir unos productos a base de nicotina que sean más seguros, ya que los cigarrillos son baratos y *«no están muy regulados»*, mientras que los productos de la nicotina medicinal cuestan más dinero y se encuentran disponibles al amparo de unas regulaciones que restringen su disponibilidad y efectividad. La mayoría de los países están prohibiendo el tabaco sin humo, a pesar de las pruebas abrumadoras que indican que podría ser eficaz para dejar de fumar.

Beneficencia y paternalismo

Restringir el acceso a los cigarrillos o aumentar el acceso a la nicotina, la cual ofrece unos riesgos más bajos, puede ser visto como algo paternalista. La pregunta fundamental aquí es la siguiente *«¿cuál sería la política que pueda ofrecer las mejores consecuencias?»*

Perspectivas basadas en las consecuencias

Desde un punto de vista en el que imperan las consecuencias, existe una base sólida de pruebas que indican que el uso de unos productos del tabaco que sean menos peligrosos, por ende, reducen también los posibles daños a las personas. El problema principal aquí radica en si se debe restringir el acceso al tabaco que se fuma y aumentar, por tanto, la disponibilidad de la nicotina, la cual, ofrece unos riesgos menores, por lo que la sociedad también podría beneficiarse en materia sanitaria. Otros factores éticos que se deben tener en cuenta a la hora de restringir el tabaco que se fuma, es que tal decisión, puede conllevar a un aumento en el comercio ilegal de unos cigarrillos que sean de peor calidad, al tiempo que, el aumento de los productos de la nicotina que ofrezcan un bajo riesgo, también podrían acabar produciendo una mayor adicción a una sustancia adictiva.

Justicia

Podría decirse que es totalmente injusto, restringir solamente el tabaco para fumar y no equilibrar tal decisión, con una mayor disponibilidad y acceso a unos productos basados en la nicotina, que ofrezcan un riesgo más bajo. Si se actuara de forma simultánea en ambos aspectos, el resultado final sería más justo. También es más probable que se ofrezcan unos mejores beneficios en lo que respecta a la salud, en vez de actuar y tomar las medidas pertinentes en uno u otro sentido.

CONCLUSIONES

Las consideraciones éticas son un componente importante del debate sobre el provecho que puede ofrecer la reducción de los daños. Evidentemente, si se reduce el consumo de tabaco o incluso si se deja de consumirlo, en tal caso, se obtendría el escenario más deseable posible. No obstante, si asumimos y estamos de acuerdo en el hecho de que, es poco probable que esto suceda pronto, afrontar la reducción de los daños causados por el tabaco, desde una base ética, parece algo más que convincente.

Existe la necesidad ética de alterar el ecosistema del tabaco y la nicotina para que:

- Desanime a quienes quieran empezar a fumar;
- Facilite dejar de fumar;
- Mejore el acceso a aquellos productos basados en la nicotina que ofrezcan un menor riesgo, al tiempo que desalienta a su uso por parte de quienes no sean fumadores;
- Facilita la sustitución de los productos del tabaco, que son más peligrosos, por otros mucho menos peligrosos, lo que a su vez, permite mejorar los resultados en materia sanitaria;
- También desarrolla un sistema regulatorio y tributario que incentiva unos mejores resultados en lo relativo a la salud, a través de los mecanismos de la mercadotecnia, los precios y los impuestos.

Foto realizada por ART_of_ROSH en Unsplash

REFERENCES

1. **Williams, JR. Medical ethics manual. 3rd ed. [Internet]. France: World Medical Association; 2015.**
Available from: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf

2. **World Medical Association [Internet]. Medical ethics course; 2020.**
Available from: https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-course/

3. **United Nations. The universal declaration of human rights [document on the Internet]. UN; 1948 [cited 2010 Aug].**
Available from: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

4. **World Medical Association [Internet]. WMA declaration of Lisbon on the rights of the patient. WMA; 1981 [amended 1995; editorially revised 2006; cited 2010 Aug].**
Available from: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/

5. **Kozlowski LT, O'Connor RJ, Edwards BQ. Some practical points on harm reduction: What to tell your lawmaker and what to tell your brother about Swedish snus. Tob Control. 2003; 12:372-3.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/12/4/372.full.pdf

6. **Kozlowski LT. Harm reduction, public health and human rights: Smokers have a right to be informed of significant harm reduction options. Nicotine and Tob Res. 2002; 4(suppl 2):S55–60.**
Available from: https://doi.org/10.1080/1462220021000032843

7. **Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerstrom K. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. Tob Control. 2003; 12:349–59.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747791/pdf/v012p00349.pdf

8. **Kozlowski LT, O'Connor RJ. Apply federal research rules on deception to misleading health information: An example on smokeless tobacco and cigarettes. Public Health Reports. 2003; 118:187–92.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497534/pdf/12766212.pdf

9. **Kozlowski LT, Strasser AA, Giovino GA, Erickson PA, Terza JV. Applying the risk/use equilibrium: Use medicinal nicotine now for harm reduction. Tob Control. 2001; 10:201–03.**
Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/10/3/201.full.pdf

10. **Mann JM. Medicine and public health, ethics, and human rights. In: Mann J, Gruskin S, Grodin M, Annas G, editors. Health and human rights. New York: Routledge; 1999. p.7–20.**
Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9219018/

CAPÍTULO 10

Conclusiones

Fotografía de Priscilla Du Preez en Unsplash

CONCLUSIONES

- Fumar cigarrillos combustibles sigue siendo la principal causa de enfermedades no transmisibles y la mayor amenaza para la salud pública.

- Los productos del tabaco y de la nicotina pueden ordenarse en un espectro de daño, desde los más nocivos con tabaco combustible hasta los mucho menos dañinos de dosificación de nicotina no combustible con o sin tabaco, incluida la terapia de reemplazo de la nicotina (TRN).

- Por el bien de la salud pública, debería acelerarse la transición de productos de alto riesgo con humo, como los cigarrillos, hacia productos de menor riesgo y sin humo, como los cigarrillos electrónicos, los productos de tabaco calentado y el tabaco sin humo.

- Este enfoque se conoce como «reducción del daño por tabaco» (RDT) y se basa en la idea de que «las personas fuman por la nicotina, pero mueren por el alquitrán». Es una idea correcta, porque casi todos los riesgos de enfermedad atribuibles al tabaquismo provienen del humo, el cual contiene partículas de alquitrán y gases tóxicos que se inhalan de la combustión.

- Como parte de sus derechos humanos, los consumidores y el público deben recibir una educación adecuada sobre los daños relativos de los productos que contienen nicotina con respecto al tabaquismo.

- El control del tabaco y la reducción del daño por tabaco son vistos erróneamente como opuestos. De hecho, estas dos metodologías son complementarias, no contradictorias.

- El concepto de reducción del daño se apoya en el artículo 1 de la Convención Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y es respaldado por muchos científicos y expertos en políticas de todo el mundo. Es un complemento, no una alternativa a los enfoques establecidos de control del tabaco. Su éxito subyace en darle a los fumadores opciones adicionales y más atractivas para dejar de fumar.

- Por lo tanto, las estrategias de control del tabaco deberían asimilar el concepto de reducción del daño. Además, las regulaciones, políticas e intervenciones deberían coordinarse para facilitar que los fumadores transiten de los cigarrillos hacia productos menos nocivos de dosificación, al mismo tiempo que evitar la adopción del consumo regular de productos con nicotina o tabaco entre menores de edad (hasta los 18 años).

- La nicotina genera dependencia, y esta hace que la gente continúe fumando. El humo contiene miles de agentes tóxicos, muchos de los cuales surgen de reacciones químicas durante la combustión. Si los fumadores tuviesen alternativas satisfactorias a los cigarrillos que no implicasen la combustión pero les suministrasen nicotina, estarían evitando casi todo el riesgo de enfermedad.

- El consumo de cigarrillos electrónicos o «vapeo» es una nueva y popular tecnología y todo un fenómeno. Tales dispositivos suministran nicotina con sabores añadidos en forma de aerosol (niebla líquida). Vapear es un hábito popular entre ex fumadores, ya que asemeja el consumo de cigarrillos en muchos aspectos además de la nicotina, a saber, hábitos mano-boca y rituales del comportamiento, a la vez que proporciona una experiencia sensorial placentera y sabores que ayudan con la transición. Los cigarrillos electrónicos son ampliamente comercializados como consumibles alternativos a fumar y diseñador para dar placer. Esta es una diferencia importante con la terapia de reemplazo de la nicotina y con los medicamentos para dejar de fumar. Las ventajas de vapear para los consumidores podrían ser la razón por la cual atrae muchos más fumadores y más rápido que los enfoques más arraigados de abandono del tabaquismo.

- Asimismo, hay una nueva generación de productos que solo calientan el tabaco en vez de quemarlo. Estos productos sin humo también generan un aerosol en vapor saborizado, pero no requieren combustión. Tres años después de la introducción de productos de tabaco calentado en Japón, las ventas de cigarrillos habían bajado un histórico 33 %. De igual forma, ha habido un renovado interés en el tabaco sin humo con la experiencia del snus, un tipo de tabaco sin humo que está ganando reconocimiento en los países escandinavos. Por ejemplo, en Suecia, donde el consumo de snus ha estado desplazando al tabaco, la prevalencia del consumo diario de cigarrillos ha caído ya a 5 % (compárese con el promedio de 26 % en la Unión Europea).

- Como con muchos productos innovadores y disruptivos, también existe un potencial de riesgo. Muchas personas han expresado su preocupación sobre el consumo excesivo, la adopción entre los jóvenes y los efectos desconocidos sobre la salud en el largo plazo. No obstante, ya se tienen abundantes evidencias que brindan tranquilidad. De todas formas, los reguladores deben implementar medidas eficientes con el fin de aprovechar las oportunidades que estas innovaciones ofrecen, a la vez que mitigar los riesgos de los posibles efectos adversos.

- Una regulación eficiente implica encontrar un equilibrio entre medidas tan suaves que fallan en lograr el efecto deseado y medidas tan estrictas que ocasionan un daño no previsto. Un ejemplo de estas últimas es obstaculizar el tránsito de los fumadores de los cigarrillos a productos sin humo, ya sea elevando los precios o haciendo menos atractivas o de más difícil acceso las alternativas sin humo. Una «regulación proporcional a los riesgos» es la forma correcta de encontrar dicho equilibrio. Esto genera cargas y controles regulatorios proporcionales al riesgo del producto, pero también tiene en cuenta las oportunidades existentes.

- Por lo tanto, los marcos reguladores deben maximizar los beneficios y minimizar los daños para la población. Para lograr esto, deben tomarse en cuenta todos los aspectos de los productos que contienen nicotina, incluidos su daño relativo, su atractivo para los consumidores y una dosificación de nicotina lo suficientemente satisfactoria.

- Hoy en día, muchos gobiernos están reconsiderando marcos regulatorios más equilibrados, basados en riesgos, para los consumibles de la nicotina. Tienen la oportunidad de introducir las mejores prácticas del mundo desarrollando un marco de regulación proporcional a los riesgos para los productos de la nicotina alternativos y libres de humo.

ENTRE LOS PRINCIPALES ATRIBUTOS DE SEMEJANTE MARCO DEBERÍAN ESTAR LOS SIGUIENTES:

- **DIFERENCIAR ENTRE LOS PRODUCTOS CON HUMO Y SIN HUMO.** Un marco integral cubriría todos los tipos de consumibles de la nicotina. El diferenciador clave con fines del diseño de políticas es si el producto genera humo. La combustión es mucho más importante que la distinción entre productos con y sin tabaco. El tabaco sin humo y los productos de la nicotina pueden reemplazar al tabaquismo y reducir significativamente las cargas sobre la salud. En consecuencia, deberían ser diferenciados de los productos con humo, es decir, considerando las oportunidades además de los riesgos.

- **UN ENFOQUE MATIZADO DEL USO DE PRODUCTOS SIN HUMO ENTRE LA JUVENTUD.** Las medidas adoptadas para proteger a la juventud deberían enfocarse principalmente en una mercadotecnia responsable y no en modificar ni limitar el atractivo del producto entre los adultos. El consumo de productos sin tabaco entre la juventud puede ser benéfico para algunos jóvenes que son fumadores o que podrían serlo. Por este motivo, es importante reconocer que las medidas diseñadas para «proteger» a la juventud podrían dañar a ciertos jóvenes.

- **RECONOCER QUE LOS SABORES TIENEN UN PAPEL IMPORTANTE.** Los sabores son esenciales en el atractivo que tienen las alternativas sin humo, así como en la propuesta de invitar a los fumadores a cambiar de hábito y evitar el humo. No obstante, también generan preocupación sobre su atractivo para la juventud no fumadora. Recomendamos que los controles se enfoquen en la mercadotecnia, la identidad de marca y las descripciones de los sabores más que en prohibir sustancias químicas saborizantes o categorías específicas (excepto cuando existen preocupaciones de seguridad).

- **CONTROLAR LA PUBLICIDAD, NO PROHIBIRLA.** La publicidad permite que los nuevos productos sin humo e innovaciones lleguen a los fumadores y fomenta el cambio de hábito. En esencia, es publicidad contra el tabaquismo. Los controles de temas, colocación, horarios y medios de comunicación son adecuados, a diferencia de las prohibiciones. Es importante reconocer que prohibir la publicidad de alternativas sin tabaco deriva en protección del comercio dominante de cigarrillos y desalienta el abandono del tabaquismo.

- **LA POLÍTICA DE USO DE PRODUCTOS SIN HUMO EN ESPACIOS PÚBLICOS DEBERÍA SER ASUNTO DE LOS PROPIETARIOS O GERENTES.** A falta de evidencias de que el vapeo o los productos de tabaco calentado sean un riesgo significativo plausible para los concurrentes, los gobiernos no deberían ordenar prohibiciones de amplio alcance, ni tampoco tratar los productos de vapor sin humo como si fueran productos con humo. El mismo razonamiento se aplica a las limitaciones que las autoridades locales imponen a vapear al aire libre, p. ej., en centros urbanos, playas y parques. El papel de los gobiernos debería ser el de brindar información fáctica correcta para ayudar a los propietarios y gerentes a tomar decisiones.

- **LAS ADVERTENCIAS Y ETIQUETAS EN LOS EMPAQUES DEBERÍAN TRANSMITIR INFORMACIÓN PRECISA TAL COMO MENSAJES QUE EXPLIQUEN EL RIESGO RELATIVO.** No debe abusarse de las advertencias para asustar a los usuarios o disuadirlos de probar productos que podrían salvarles la vida. En cambio, dichos mensajes deberían enfocarse en ayudar a los fumadores a tomar decisiones mejor informadas transmitiéndoles información relevante sobre los riesgos, como una comparación con los riesgos de fumar; idealmente, deberían usar una variedad de aseveraciones aprobadas por los funcionarios de salud.

- **LOS PRODUCTOS SIN HUMO DEBERÍAN TENER ACCESO AL MERCADO MEDIANTE UN RÉGIMEN DE NOTIFICACIONES.** No debería haber ningún requisito para la autorización previa a la comercialización, sino vigilancia posterior a la comercialización y un sistema de gestión de los productos que permita mejoras e innovaciones para mitigar los riesgos de seguridad o problemas emergentes.

- **LOS PRODUCTOS DEBEN CUMPLIR ESTÁNDARES DE SEGURIDAD ESPECÍFICOS PARA LOS DISPOSITIVOS, LÍQUIDOS E INGREDIENTES.** Semejantes estándares para la seguridad química, térmica, mecánica y eléctrica están surgiendo en el plano internacional. Los estándares de producción para las más recientes alternativas sin humo deberían brindar certeza a los reguladores y consumidores, por ejemplo, en la forma de criterios para la fabricación y realización de pruebas que demuestren que no hay combustión en los productos de tabaco calentado. Ya hay estándares probados y recomendados para los productos sin humo en los cuales inspirarse.

- **EL EMPAQUETADO SIMPLE DEBERÍA SER OBLIGATORIO SOLO PARA PRODUCTOS COMBUSTIBLES.** El razonamiento detrás de los empaquetados simples no es aplicable a las alternativas sin humo, ya que estas presentan riesgos bajos y ofrecen beneficios sustanciales para los fumadores que cambian de hábito. Un empaquetado distinto también ayudaría a comunicar el perfil de riesgo diferente de estos productos ante los consumidores de forma clara e intuitiva.

- **EL RÉGIMEN FISCAL DEBE GENERAR UN INCENTIVO FUERTE PARA TRANSITAR DE FUMAR CIGARRILLOS A PRODUCTOS SIN HUMO.** mayoría de los productos sin humo deberían ser objeto solamente de impuestos ordinarios sobre la venta y no de impuestos sobre bienes específicos. Si se aplican impuestos sobre bienes específicos, y para fomentar el tránsito hacia estos productos, el mayor gravamen a los productos sin humo debería ser mucho más bajo que el menor gravamen a los productos con humo.

- **LAS AGENCIAS DE SALUD PÚBLICA DEBEN FACILITAR COMUNICACIONES CONCIENZUDAS PARA AYUDAR A LOS FUMADORES A TOMAR DECISIONES INFORMADAS.** PLos comunicadores de salud pública deben involucrar a todas las partes interesadas relevantes en la comunicación de riesgos y el fomento de la transición del tabaquismo hacia los productos sin humo.

- **INCLUIR AL SECTOR PRIVADO Y SU EXPERIENCIA EN EL DESARROLLO DE PRODUCTOS INNOVADORES.** El sector privado (específicamente los fabricantes de productos) necesita incentivos para desarrollar y comercializar productos de daño reducido. Es importante subrayar que las afirmaciones de salud falsas o engañosas son inadmisibles.

- **MAYOR PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS.** Una participación constructiva de todas las partes interesadas será especialmente útil en la investigación de la RDT, la recopilación de datos sobre comercio ilícito y el desarrollo e investigación de productos de daño reducido.

- **RESPETAR EL MARCO ÉTICO DE LA RDT Y RECONOCER EL DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL DE LOS CONSUMIDORES A LA SALUD.** Deben respetarse los imperativos éticos, en especial los relacionados con garantizar la autonomía sanitaria del consumidor y facilitarle los mejores resultados en materia de salud. Hoy en día, a muchos fumadores se les niega el derecho de elegir un producto de nicotina más seguro, ya sea porque algunos productos de tabaco sin humo están prohibidos (p. ej., en la UE) o bien porque los productos de nicotina medicinal tienen precios privativos y a menudo son difíciles de encontrar.

RECOMENDACIONES PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Deje de fumar. Los médicos y profesionales de la salud deberían ser modelos a seguir en cuanto a su salud y sus elecciones saludables.
2. Practique el bienestar en su lugar de trabajo. Insista en que haya espacios libres
3. La ética médica le hacen diferente. Considere sus responsabilidades éticas
4. En primer lugar, no perjudique. Es perjudicial no hablarle a sus pacientes sobre las formas de reducir el daño a sus organismos causado por fumar.
5. Entienda la diferencia entre los derechos e intereses sociales e individuales. Enfóquese en los mejores intereses de su paciente como persona. Esto funcionará mejor si usted mismo ayuda a reducir el daño.
6. Además del concepto «dejar de fumar», comience
7. Intente citar investigaciones especialmente como parte de su práctica.
8. ¡Vuélvase competente en el ámbito

Photo by Karolina Grabowska from Pexels

RECONOCIMIENTOS

Esta publicación se realizó con datos y ayuda de numerosos colegas que trabajan con la Africa Harm Reduction Alliance y Health Diplomats. Lauren Copley (de Innovatrix Editorial) editó la publicación sobre RDT, con ayuda de Lizann Jeuler.

FURTHER READING

- **Levy D., Borland R., Lindblom E., Goniewicz M., Holford T., Yuan Z., Luo Y., O'Connor R., Niarua R., Abrams D.** *"Potential Deaths Averted in USA by Replacing Cigarettes with e-cigarettes".* BMJ Tobacco Control 2017 https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/18

- **Polosa R., O'Leary R.** *"Tobacco Harm Reduction in the 21st Century"* https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-02-2020-0007/full/html

- **Carter, A., Miller, P.G. and Hall, W. (2012),** *"The ethics of harm reduction"*, in Pates, R. and Riley, D. (Eds), Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behavior: International Policy and Practice, Wiley-Blackwell, Ames, IA, pp. 111-123.

- **Gehricke, J.G., Loughlin, S.E., Whalen, C.K., Potkin, S.G., Fallon, J.H., Jamner, L.D., Belluzzi, J.D. and Leslie, F.M. (2007),** *"Smoking to self-medicate attentional and emotional dysfunctions"*, Nicotine & Tobacco Research, Vol. 9, pp. S523-S536.

- **Owusu, D., Huang, J., Weaver, S.R., Pechacek, T.F., Ashley, D.L., Nayak, P. and Eriksen, M.P. (2019),** *"Patterns and trends of dual use of e-cigarettes and cigarettes among US adults, 2015–2018"*, Preventive Medicine Reports, Vol. 16, pp. 1-7.

- **Stephens, W.E. (2018),** *"Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke"*, Tobacco Control, Vol. 27 No. 1, pp. 10-17.

- **US Centers for Disease Control and Prevention (2019),** *"Outbreak of lung injury associated with e-cigarette use or vaping"*, November 21, available at: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html (accessed 2 December 2019).

- **US Centers for Disease Control and Prevention (2020),** *"EVALI update"*, February 25, available at: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html (accessed 20 March 2020).

- **US Department of Health and Human Services (US HHS) (2014),** *"The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress: a Report of the Surgeon General"*, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA.

- **US Food and Drug Administration (2019a),** *"FDA grants first-ever modified risk orders to eight smokeless tobacco products"*, October 22, available at: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-first-ever-modified-risk-orders-eight-smokeless-tobacco-products

- **US Food and Drug Administration (2019b),** *"FDA, DEA seize 44 websites advertising sale of illicit THC vaping cartridges to US consumers as part of operation vapor lock [news release]"*, December 20, available at: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-dea-seize-44-websites-advertising-sale-illicit-thc-vaping-cartridges-us-consumers-part-operation

- **US Food and Drug Administration (2020),** *"Modified risk tobacco products"*, February 12, available at: https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/modified-risk-tobacco-products#summary

- **Weeks, C. (2020),** *"Vaping: what's known about the lung disease racking the US, risks to you and what health Canada is saying"*, The Globe and Mail.

- **World Health Organization (2018),** WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2025, WHO, Geneva.

- **World Health Organization (2019a),** WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019: Offer Help to Quit Tobacco Use, WHO, Geneva.

- **World Health Organization (2019b),** *"Table 11.3.0, most recent survey of tobacco use, smoking or cigarette use among youth in WHO member states globally"*, available at: https://www.who.int/tobacco/global_report/Table-11-3-Youth-surveys-tobacco-use-and-smoking.xls?ua=1

- **World Health Organization (2019c),** *"Tobacco fact sheet"*, July 26, available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco (accessed 30 November 2019).

- **Yach d.** *"Accelerating an end to smoking a call to action on the eve of the FCTC's COP9* https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-02-2020-0012/full/html

- **Euromonitor International (2019),** *"Passport, 2019"*, available at: https://go.euromonitor.com/passport.html

- **Chung-Hall, J., Craig, L., Gravely, S., Sansone, N. and Fong, G. (2019),** *"Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the impact assessment expert group"*, Tobacco Control, Vol. 28 No. 2, pp. s119-s128, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054389.

- **Institute for Health Metrics and Evaluation (2017),** *"Global burden of disease, 2017"*, available at: https:// vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

- **Mackay, J. and Amos, A. (2003),** *"Women and tobacco"*, Respirology, Vol. 8 No. 2, pp. 123-130,, doi:10. 1046/j.1440-1843.2003.00464.x.

- **Malata, A. Nakhumwa, C. Mkwambisi, D. Madewa, A. and Chinseu, E. (2020),** *"Impact of declining tobacco demand on smallholder tobacco farmers – the role of science, technology and innovation in livelihood diversification"*, Drugs and Alcohol Today.

- **National Treasury, Republic of South Africa (2020),** *"2020 Budget speech"*, available at: www.treasury. gov.za/documents/national%20 budget/2020/speech/speech.pdf

- **World Health Organization (2018c),** *"Completed core questionnaire of the reporting instrument of WHO FCTC, Thailand"*, available at: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Thailand_2018_ report.pdf

- **World Health Organization (2020),** *"Lunch time briefing session on electronic nicotine delivery systems"*, 146th session of the executive board, world health assembly", 3-8 February, available at: www.who.int/dg/speeches/detail/lunch-time-briefing-session-on-electronic-nicotine-delivery-systems

- **World Health Organization (2018d),** *"Completed core questionnaire of the reporting instrument of WHO FCTC, vietnam"*, available at: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Thailand_2018_ report.pdf.

- **World Health Organization (2018e),** *"Completed core questionnaire of the reporting instrument of WHO FCTC, Iran"*, available at: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Thailand_2018_report.pdf.

Glosario de términos

AEROSOL
El humo del cigarrillo es un aerosol que se compone de una nube de partículas muy pequeñas (de 0.01 a 20 µm de diámetro), vapores y gases.

ALCALOIDES
Nombre dado a un enorme grupo de sustancias químicas que suelen encontrarse en las semillas de las plantas y por lo regular tienen efectos fisiológicos en los seres humanos. La nicotina y la cafeína son alcaloides.

BIOMARCADORES DE EXPOSICIÓN
Moléculas biológicas específicas que se pueden medir en los fluidos corporales (sangre, aliento, saliva u orina) e indican cuánto de una sustancia específica ha sido absorbida en el cuerpo (p. ej., sustancias tóxicas en el humo del cigarrillo). Un biomarcador de exposición a la nicotina es su metabolito (producto de la descomposición metabólica), la cotinina.

BIOMARCADOR DE DAÑO POTENCIAL
Una molécula biológica, cambio o efecto específicos producidos por el cuerpo que pueden medirse e indican el avance de la enfermedad. En la reducción del daño por tabaco, nos interesan los biomarcadores de daño que puedan responder a la exposición a las sustancias tóxicas del humo del cigarrillo y ser indicadores de la progresión de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

MONÓXIDO DE CARBONO (CO)
Un gas tóxico formado durante la combustión incompleta y por degradación térmica de sustancias orgánicas. Está presente en el humo y se mide tanto como por su concentración de volumen (%) como por su rendimiento total (mg/cig).

CLEARING THE SMOKE
Publicación de The Institute of Medicine (IOM), Estados Unidos, 2001. Analizó las bases científicas de la reducción del daño por tabaco, en específico lo concerniente a los productos de exposición potencialmente reducida (PEPR

COTININA
El principal metabolito humano estable de la nicotina.

DEPENDENCIA
Término usado por muchos organismos científicos para referirse a una adicción. En el caso del tabaquismo, «dependencia» se refiere al comportamiento de los fumadores que, aunque conocen los riesgos, fuman con frecuencia y les resultaría difícil dejarlo.

DOSIS
La cantidad de una sustancia (humo tóxico) absorbida por el cuerpo. En los estudios de consumo de tabaco y nicotina, la dosis se relaciona con la duración del uso y la cantidad del humo y las sustancias tóxicas del humo inhalados por el fumador.

RESPUESTA A LA DOSIS
Describe la relación entre la dosis de una sustancia a lo largo del tiempo y la respuesta biológica asociada. Para el consumo de cigarrillos, significa que entre mayor sea la dosis a lo largo del tiempo (es decir, el número de cigarrillos fumados por día, por año) mayor será el efecto en términos de incidencia de la enfermedad.

DEBER DE CUIDAR
La responsabilidad legal de aplicar un cuidado razonable en todas las circunstancias relevantes del desarrollo, diseño, fabricación y venta de productos para los consumidores.

HUMO AMBIENTAL DEL TABACO
Una compleja mezcla de sustancias químicas que aparece en el ambiente (p. ej., una habitación) como resultado directo del humo de corriente lateral envejecido y diluido y de una corriente principal de humo exhalado.

EPIDEMIOLOGÍA
El estudio de la incidencia de enfermedades y muertes en las poblaciones; la disciplina clave para describir los riesgos de fumar.

EXPOSICIÓN
Exposición a una sustancia significa simplemente estar en contacto con ella. Para el consumo de cigarrillos, la exposición se mide primero y ante todo como el rendimiento de fumador humano. No toda una exposición es absorbida por el organismo, y por lo tanto no toda se vuelve biológicamente significativa (esta es la dosis).

CMCT
Convención Marco para el Control del Tabaco.

DAÑO
Significa la imposición de daño o perjuicio físico o psicológico a una persona, ya sea de forma temporal o permanente.

REDUCCIÓN DEL DAÑO
Aminorar el daño asociado con un comportamiento arriesgado sin la abstinencia total de dicho comportamiento

HUMECTANTES
Aditivos para la mezcla (por lo general glicerol o propilenglicol) que mejoran la retención de humedad y pueden usarse para diluir el humo.

INGESTA
Cantidad de una sustancia que el usuario inhala, por ejemplo el aerosol de los vapeadores.

IN VITRO
Se refiere a los estudios biológicos realizados en tubos de ensayo u otros recipientes de laboratorio (literalmente significa «en vidrio»). Por ejemplo, pruebas de toxicidad in vitro.

IN VIVO
Se refiere a los estudios realizados en un cuerpo viviente. Por ejemplo, pruebas animales in vivo.

IOM
Institute of Medicine de Estados Unidos.

ISO
La Organización Internacional para la Estandarización. Una federación mundial de órganos nacionales que se dedican a la estandarización en todos los campos, excepto estándares de ingeniería eléctrica y electrónica. La ISO es el más grande sistema no gubernamental en el mundo para la colaboración industrial y técnica voluntaria en el ámbito internacional, y coordina el intercambio de información sobre estándares internacionales y nacionales, regulaciones técnicas y otra información relativa a estándares

METABOLITOS
Los productos de la descomposición biológica a partir de una sustancia original. Por ejemplo, el cuerpo metaboliza la nicotina en cotinina. La cotinina es un metabolito. Véase «biomarcadores de exposición».

MORBILIDAD
El número de personas con una enfermedad específica en una población.

MORTALIDAD
El número de personas que mueren de una enfermedad específica en una población.

NICOTINA
El principal alcaloide del tabaco. El contenido de nicotina en el humo del cigarrillo suele expresarse en miligramos por cigarrillo. La nicotina de la hoja del tabaco suele expresarse como un porcentaje del peso seco.

TABAQUISMO PASIVO
La inhalación de humo ambiental durante la respiración, normalmente por parte de no fumadores.

PEPR
Producto de exposición potencialmente reducida, un término acuñado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en su publicación Clearing the Smoke. Se define como «un producto que

I. resulta en la reducción sustancial de la exposición a una o más sustancias tóxicas del tabaco y del que
II. llse tienen razones para esperar que disminuya el riesgo de una o más enfermedades específicas u otros efectos adversos para la salud

RIESGO
El riesgo es una estimación de la probabilidad de que ocurra daño en una población; a menudo se estima mediante estudios epidemiológicos. Típicamente es difícil determinar el riesgo para un individuo.

PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO
Productos de tabaco no combustible; p. ej., snus.

SNUS
Una presentación de tabaco pasteurizado sin humo creado en Suecia que se vende a granel o en pequeñas bolsas, se coloca bajo el labio superior y allí libera la nicotina y el sabor del tabaco.

NITROSAMINAS ESPECÍFICAS DEL TABACO
Véase NAET.

SUSTANCIA TÓXICA
Una sustancia (p. ej., el tabaco o su humo) que es dañina para el cuerpo, bien por ser venenosa o por causar cáncer u otras enfermedades..

TOXINA
Una sustancia venenosa producida por célular u organismos vivos (nótese que no debe usarse en el contexto del tabaco o el humo del tabaco).

NAET
Las nitrosaminas específicas del tabaco con elementos que solo se encuentran en el tabaco y el humo del tabaco. Ejemplos comunes son: 4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-metiletilcetona (NNK), N'- nitrosoanatabina (NAT), N'-nitrosonornicotina (NNN), N'- nitrosoanabasina (NAB).

TÉRMINOS ESPECÍFICOS SOBRE EL TABACO

PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO, TAMBIÉN LLAMADOS PRODUCTOS DE CALENTAMIENTO SIN COMBUSTIÓN (HNB, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)
Una tecnología que produce un aerosol fumable calentando en vez de quemando el tabaco u otros materiales para fumar.

UKAS
United Kingdom Accreditation Service (Servicio de Acreditación del Reino Unido).

SADN
Sistemas alternativos de dosificación de nicotina (p. ej., cigarrillos electrónicos tabaco de calentamiento sin combustión).

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS
También llamados bolígrafos vapeadores, vaporizadores personales, e-hookahs, e-pipas y e-cigarros, entre otros nombres, funcionan con batería y producen aerosol en vez de humo.

VAPEAR
La inhalación del aerosol de los cigarrillos electrónicos.

MINIMIZACIÓN DE LOS DAÑOS
También llamada reducción, busca disminuir las consecuencias negativas para la salud sin forzosamente eliminar por completo el comportamiento.

TRN
Terapia de reemplazo de la nicotina.

TCA
Siglas en inglés de la Ley de Prevención del Tabaquismo en la Familia y Control del Tabaco.

FDA
Siglas en inglés de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos

CDER
Siglas en inglés del Centro de Investigación para la Evaluación de Medicamentos.

UK
Reino Unido

CALADA EN SECO
Surge cuando se vapea con un alta vataje, demasiado flujo de aire, resistencias viejas o falta de líquido; no suele usarse.

PAC
Prueba aleatoria controlada.

OMS
Organización Mundial de la Salud.

VIH
Virus de inmunodeficiencia humana.

PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN
Resistencia ante un nuevo producto cuando no se sabe mucho sobre sus efectos.

TABACO NO QUEMADO/NO COMBUSTIBLE
Productos de tabaco sin combustión (tabaco sin humo, snus).

APÉNDICE A

Declaraciones sobre la reducción del daño por tabaco

Una lista cada vez más larga de organizaciones científicas y de salud pública que han revisado la evidencia y concluido que la nicotina es más segura que el tabaquismo (y ayuda a los fumadores a dejar el hábito)

Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud:
«Hay evidencia concluyente de que sustituir completamente los cigarrillos combustibles de tabaco por sistemas de dosificación con y sin nicotina reduce la exposición de los consumidores a numerosas sustancias tóxicas y carcinógenas presentes en los cigarrillos de tabaco tradicionales.»

British Lung Foundation:
«Los expertos han revisado toda la investigación realizada en torno a los cigarrillos electrónicos durante los últimos años, y no encontraron riesgos significativos quienes los consumen. Cambiar los cigarrillos por cigarrillos electrónicos puede mejorar sus síntomas de enfermedades pulmonares como asma y EPOC.»

Royal College of General Practitioners:
«La evidencia muestra que los cigarrillos electrónicos presentan niveles mucho menores de sustancias tóxicas clave en comparación con los cigarrillos, con niveles promedio de exposición bastante por debajo del umbral de preocupación.»

Public Health England:
«Nuestro estudio más reciente refuerza la idea de que vapear implica una fracción del riesgo de fumar, al ser por lo menos 95 % menos dañino y con un riesgo insignificante para los concurrentes. No obstante, más de la mitad de los fumadores creen erróneamente que vapear es igual de nocivo que fumar o bien no tienen conocimiento.»

Royal College of Physicians:
«Aunque no es posible cuantificar con precisión los riesgos a la salud asociados con los cigarrillos electrónicos en el largo plazo, la información disponible sugiere que difícilmente superan el 5 % de aquellos asociados con fumar productos del tabaco, e incluso pueden resultar se bastante menores que este número... Los cigarrillos electrónicos son eficaces para ayudar a las personas a dejar de fumar.»

Royal Society for Public Health:
«La RSPH ha abierto sus puertas a la nueva y extensiva revisión de evidencias sobre los cigarrillos electrónicos publicada por Public Health England (PHE). El informe refleja una base de evidencias que apunta cada vez más en la misma dirección: no solo vapear el por lo menos 95 % menos dañino que fumar, sino también está contribuyendo a incrementar el número de ex fumadores.»

Cancer Research UK:
«Si bien las consecuencias de los cigarrillos electrónicos en el largo plazo son inciertas, hasta ahora la evidencia sugiere que son mucho menos dañinos que fumar. También hay cada vez más evidencia de que los cigarrillos electrónicos pueden tener éxito como apoyo para dejar de fumar [...] La evidencia para una prohibición general de los cigarrillos electrónicos es insuficiente, tanto con base en la renormalización del tabaquismo como en el daño a los concurrentes por el vapor de segunda mano.»

British Medical Association:
«Grandes números de fumadores están usando los cigarrillos electrónicos, y muchos de ellos reportan que les están ayudando a dejar o reducir su consumo de cigarrillos. Hay beneficios potenciales claros de su uso, como la reducción de daños sustanciales asociados con el tabaquismo, además de un consenso creciente de que son significativamente menos dañinos que el consumo de tabaco.»

Action on Smoking and Health UK:
«Se ha estimado que los cigarrillos electrónicos son un 95 % menos nocivos que los cigarrillos tradicionales. El riesgo para terceros por el vapor de segunda mano de los cigarrillos electrónicos es descartable. El riesgo de cáncer por el hábito prolongado de vapear se ha estimado en menos de 0,5 % en comparación con fumar. [Sin embargo,] El entendimiento de la población general sobre los daños relativos de los cigarrillos electrónicos [vs. fumar cigarrillos] ha empeorado con el tiempo y es menos preciso hoy en día que en 2014.»

Academia Nacional Farmacéutica de Francia:
«La posición de la Organización Mundial de la Salud [en contra de los cigarrillos electrónicos] es incomprensible. El tabaco es responsable de 73 000 muertes en Francia. El cigarrillo electrónico ayuda a las personas a dejar de fumar. Sus componentes son obviamente menor dañinos que los del tabaco.» [Nota: Esta cita es de un tuit de la Académie Nationale de Pharmacie, no una declaración oficial.]

Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos:
«No os equivoquéis. Vemos el potencial de los productos SEDN tales como los cigarrillos electrónicos de ser una alternativa menos dañina para las personas que hoy en día son adictas al tabaco y que no dejarán de desear niveles satisfactorios de nicotina, pero sin muchos de los efectos nocivos que se generan con la combustión del tabaco.»

Gobierno de Canadá:
«Vapear es menos dañino que fumar. Reemplazar por completo el consumo de cigarrillos con vapeo reducirá tu exposición a sustancias químicas perjudiciales. Verás mejorías en tu salud general en el corto plazo si cambias por completo el consumo de cigarrillos por productos de vapeo.»

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos:
«Los cigarrillos electrónicos tienen el potencial de beneficiar a los fumadores adultos, siempre y cuando no se trate de mujeres embarazadas, si se usan como un sustituto absoluto para los cigarrillos tradicionales y otros productos de tabaco quemado.»

Royal Australian College of Physicians:
«El RACP reconoce que los cigarrillos electrónicos podrían desempeñar un papel en la reducción del daño por tabaco y el abandono del tabaquismo para los fumadores que no pueden o no quieren dejarlo.»

Cochrane Tobacco Addiction Group (Cochrane TAG):
«No se han asociado efectos colaterales graves con [el uso de cigarrillos electrónicos] (en un período de hasta dos años).»

Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists:
«La investigación muestra que el 70 % de las personas con esquizofrenia y el 61 % de las personas con desorden bipolar son fumadoras, en contraste con el 16 % de fumadores sin enfermedad mental. [...] Los cigarrillos electrónicos y vaporizadores son un método más seguro de consumir nicotina para quienes no pueden dejar de fumar; así, minimizan los daños asociados con fumar tabaco y reducen algunas de las disparidades de salud que sufren las personas con enfermedad mental.»

Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de Estados Unidos:
«Si bien los cigarrillos electrónicos no están libres de riesgos para la salud, es muy probable que estos sean mucho menores que los de los cigarrillos de tabaco combustible.»

New Zealand Ministry of Health:
«Las regulaciones de la Ley de Entornos Libres de Humo de Tabaco de 1990 se diseñaron principalmente para productos de tabaco fumado. Resultan inadecuadas para los vapeadores y productos de tabaco sin humo, los cuales son menos dañinos para los usuarios. Hay una oportunidad para, a través de mejores regulaciones (e información pública), apoyar a los fumadores a transitar hacia alternativas mucho menos nocivas y con ello reducir sustancialmente los riesgos para su salud y la de quienes los rodean.»

Asociación Estadounidense de Médicos de Salud Pública:
«Los productos de tabaco/nicotina sin humo disponibles en el mercado estadounidense, si bien no están exentos de peligros, representan un riesgo de muerte sustancialmente menor y podrían ser más fáciles de dejar que los cigarrillos. [...] Los fumadores que han tratado de dejar el hábito con orientación médica y productos farmacéuticos y han fracasado, al igual que los fumadores incapaces o no interesados en dejarlo, deberían considerar transitar hacia un producto menos peligroso de tabaco/nicotina sin humo por tanto tiempo como les parezca necesario. Tales productos incluyen fármacos de terapia de reemplazo de la nicotina (TRN) que se usan, sin autorización oficial, por períodos largos; cigarrillos electrónicos, presentaciones solubles (barras, tiras y esferas), snus, otras presentaciones de rapé húmedo y tabaco para mascar.»

Declaración consensuada del Servicio Nacional de Salud de Escocia sobre los cigarrillos electrónicos:
«Fumar mata. Ayudar a las personas a dejar de fumar es nuestra prioridad. [...] Ahora hay un acuerdo basado en la evidencia actual respecto a que el vapeo con cigarrillos electrónicos es definitivamente menos dañino que fumar tabaco.»

Esta declaración fue redactada y apoyada por: Action on Smoking & Health Scotland • Cancer Research UK • Chest Heart & Stroke Scotland • Chief Medical Officer for Scotland • NHS Ayrshire and Arran • NHS Greater Glasgow and Clyde • NHS Lothian • NHS Tayside • Roy Castle Lung Cancer Foundation • Royal College of General Practitioners • Royal College of Physicians of Edinburgh • Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow • Royal Environmental Health Institute of Scotland • Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy • Scottish Consultants in Dental Health • Scottish Thoracic Society • Centro de Estudios sobre Tabaco y Alcohol del Reino Unido • Universidad de Edimburgo • Universidad de Stirling

American Cancer Society:
«Con base en la evidencia actualmente disponible, usar cigarrillos electrónicos de nueva generación es menos dañino que fumar cigarrillos.»

[Nota: Esta fue la declaración oficial de 2018-2019. Para noviembre de 2019, la ACS ya no recomienda los cigarrillos electrónicos como una herramienta para dejar de fumar, y declaró que la razón de este cambio fue «el uso de cigarrillos electrónicos entre personas jóvenes». El uso de menores de edad es ilegal e indeseable, pero no cambia el hecho antes reconocido de que vapear nicotina es menos dañino que fumar.]

APÉNDICE B

Mejores prácticas en la reducción del daño por tabaco: Plan para el Control del Tabaco en Inglaterra

mejores prácticas sobre reducción del daño por tabaco – Inglaterra control del tabaco

Fotografía de Luke Stackpoole en Unsplash

THR EN INGLATERRA - PLAN PARA EL CONTROL DEL TABACO EN INGLATERRA

En Inglaterra se ha adoptado un enfoque extensivo e integral para el control del tabaco, con las principales herramientas ya conocidas para el control del tabaco. Estas incluyen la fiscalización del tabaco, entornos libres de humo, prohibiciones de publicidad, estandarización de empaques, advertencias y comunicación de riesgos, apoyo a los fumadores que desean dejarlo y regulaciones a algunos productos. Sin embargo, lo que diferencia y hace más interesante el caso de Inglaterra es el muy positivo enfoque con respecto al vapeo y su función como reductor del daño en el control del tabaco. En la Convención Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reconoce la reducción del daño como parte integral del control del tabaco[1]:

> ***1(d) «Control del tabaco» significa un rango de estrategias de suministro, demanda y reducción del daño que buscan mejorar la salud de una población eliminando o reduciendo su consumo de productos del tabaco y su exposición al humo del tabaco. (El subrayado es nuestro)***

Inglaterra es vista como una de las promotoras más progresistas de la reducción del daño por tabaco (RDT), y con razón, pues su estrategia abarca la legislación, regulación, fiscalización, comunicaciones, investigación y provisión de servicios. Entre las principales agencias y organizaciones no gubernamentales existe un amplio consenso a favor de la reducción del daño por tabaco, incluidos actores clave como Public Health England (PHE), Cancer Research UK (CRUK), el Royal College of Physicians (RCP), Action on Smoking and Health y todo un grupo de académicos dignos de confianza.

En 2017, el Departamento de Salud (Reino Unido/Inglaterra) publicó el documento «Towards a Smokefree Generation: Tobacco Control Plan for England» (Hacia una generación libre de humo: Plan para el Control del Tabaco en Inglaterra),[2] al cual siguió un plan de entrega.[3]

En varias partes, el plan destaca su apoyo al vapeo y otras alternativas de bajo riesgo. Probablemente este es el primer documento significativo de política gubernamental en el mundo que reconoce y se interesa por las oportunidades de la reducción del daño por tabaco, más allá de simplemente definir estas tecnologías como una amenaza que debe contener. El Departamento de Salud y sus aliados merecen bastante reconocimiento por ello.

SURGIMIENTO DEL ENFOQUE POSITIVO CON RESPECTO AL VAPEO EN INGLATERRA

La historia educa, porque muestra que las decisiones y posiciones de liderazgo adoptadas por los consumidores y por personas clave en momentos decisivos cambiaron el curso de la política. No ha habido un momento único en el que el gobierno de Inglaterra decidiera tomar una postura a favor del vapeo. En 2010, los cigarrillos electrónicos se convirtieron claramente en una cuestión política por primera vez.

La Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA, por sus siglas en inglés) advirtió la presencia de productos de nicotina en el mercado del Reino Unido que iban ganando popularidad pero no estaban regulados como los medicamentos. La agencia recomendó que los productos fuesen regulados igual que las medicinas, y que aquellos productos sin autorización comercial (en ese momento, todos los cigarrillos electrónicos) fuesen sacados del mercado en un período de 21 días.

La MHRA lanzó una consulta sobre esta propuesta[4] y recibió respuestas de las acostumbradas organizaciones médicas y de salud en apoyo de la que era, de facto, una prohibición. No obstante, otro suceso tuvo lugar: más de 1 000 consumidores escribieron explicando su experiencia personal con los cigarrillos electrónicos y suplicando al organismo regulador no sacarlos del mercado. Estos crudos testimonios personales lograron su objetivo y la MHRA congeló su propuesta.

Sin embargo, esta prórroga solo duró hasta diciembre de 2012, cuando la Comisión Europea anunció su propia propuesta de una revisión a la Directiva sobre los Productos del Tabaco (DPT).[5] En ese momento, la DPT databa de 2001, y por lo tanto era anterior a la aparición de los productos para vapear. La Comisión propuso un enfoque unificado: regular estos productos igual que los medicamentos.

Para los reguladores, esta solución era simple y elegante: tan solo adoptar un marco regulador existente y las instituciones relativas, todo lo cual se logró a través de meticulosas referencias cruzadas entre la nueva Directiva sobre los Productos del Tabaco (conocida como DPT-2)[6] y la Directiva sobre Medicamentos.[7] Una solución perfecta desde el punto de vista burocrático. Para los consumidores y productores, fue una pesadilla. El problema fundamental era que los productos para vapear no son medicamentos; sus usuarios no son pacientes, y los fabricantes no hacen afirmaciones terapéuticas.

Con una importante excepción, los fabricantes no podían afrontar la pesada carga del proceso de aprobación impuesto por la regulación de fármacos. Empero, el gobierno del Reino Unido decidió en junio de 2013 que disputaría la propuesta de la Comisión y se alió con organizaciones de salud para revertir la propuesta de medicalización.

Igual que con el frustrado intento de imponer una regulación a los medicamentos en 2010, la directiva propuesta incitó a los consumidores y a los expertos en salud que estaban a favor de la reducción del daño a organizar un esfuerzo de defensa masivo y, a final de cuentas, exitoso para contrarrestar esta medida en el Parlamento Europeo. En esta ocasión, consumidores de toda Europa escribieron a sus diputados del Parlamento. Les contaron su experiencia personal y lo que estos productos significaron para ellos en su esfuerzo por dejar de fumar. Las experiencias personales de los consumidores desbrozaron todas las afirmaciones falsas y engañosas sobre los riesgos de vapear que se habían discutido en el Parlamento.

El 8 de octubre de 2013, el Parlamento Europeo rechazó la regulación medicalizadora. Entonces, la asamblea legislativa dio inicio a un proceso intenso y sigiloso para definir las medidas que con el tiempo se convirtieron en el marco regulador de los productos para vapear en toda la Unión Europea, artículo 20 de la Directiva sobre los Productos del Tabaco.[6]

Con esto, la opinión de la población inglesa comenzó a cambiar; los testimonios de los consumidores fueron tan persuasivos y auténticos que los expertos en salud pública de mente más abierta comenzaron a prestar atención.

Un importante punto de inflexión fue la primera Cumbre del Cigarrillo Electrónico, que tuvo lugar el 12 de noviembre de 2013 en la prestigiosa Royal Society de Londres. Allí se reunieron vapeadores y expertos en salud pública para hablar sobre los problemas y el contexto científico (tanto lo que se conocía como lo que no) en una reunión hábilmente presidida por la profesora Ann McNeill, una académica muy respetada.

La Cumbre del Cigarrillo Electrónico también dio pie a algo más sutil y valioso: una amplia empatía, humildad y la posibilidad de que los expertos se «pusieran los zapatos» de los fumadores y vapeadores y experimentaran la visión de estos. Esto hizo que la comunidad de expertos se inclinase por ver una oportunidad mayor que la amenaza, y comenzara a pensar de forma positiva sobre la posibilidad de que miles, quizá millones de fumadores transitasen del tabaquismo hacia el vapeo.

Gracias a esta experiencia de pelear sus propias batallas por el futuro del vapeo entre 2010 y 2014, el movimiento de consumidores se fortaleció y creó su propia organización, la New Nicotine Alliance (Nueva Alianza por la Nicotina), fundada en febrero de 2015.[8]
Mientras los consumidores peleaban una pública e inspiradora batalla por el control de lo que para ellos era una tecnología de vida o muerte, en los más altos niveles del gobierno del Reino Unido tenían lugar otros desarrollos.

En 2010, los cigarrillos electrónicos se convirtieron claramente en una cuestión política por primera vez.

Para 2009, la Oficina del Primer Ministro había armado un Equipo de Análisis del Comportamiento, que rápidamente comenzó a conocerse como la «Nudge Unit» en referencia al famoso libro de Richard Thaler y Cass Sunstein.[9] La idea era fomentar los «buenos» comportamientos (dejar de fumar, administrar las pensiones razonablemente, conservar la energía) usando «impulsos» (en inglés, «nudges») o cambios sutiles en la «arquitectura de las decisiones», es decir, la forma en que las decisiones son presentadas a los ciudadanos.

Ya desde 2010, la Nudge Unit había comenzado a generar interés en los cigarrillos electrónicos como una forma astuta y económica de paliar el problema de las enfermedades relacionadas con el tabaco al que se enfrentaba el Servicio Nacional de Salud. Además, podían ayudar a alcanzar los objetivos de las políticas incitando a las personas a responsabilizarse de su propia salud, por su propia iniciativa y asumiendo el costo ellos mismos. Para los legisladores modernos, este es el objetivo ideal: involucrar al Estado como un facilitador cuyos poderes coercitivos fuercen un cambio de comportamiento.

La idea recibió el apoyo del servidor público más longevo del Reino Unido, Sir Jeremy Heywood, el secretario de Estado, [10] y con el tiempo también del entonces primer ministro David Cameron.[11] Por lo tanto, hubo respaldo para la innovación en materia de políticas en el nivel más alto del gobierno del Reino Unido.

Otros desarrollos fueron la introducción exitosa del vapeo como opción en uno de los Servicios para Dejar de Fumar. Louise Ross, gerente del servicio para abandonar el tabaquismo en Leicester, conocía a los fumadores y pudo prever que esto funcionaría. Así, ella se convirtió en una promotora de la reducción del daño y lo sigue siendo hasta ahora, apoyando directamente con su trabajo personal en el frente de la salud pública.

Lo anterior convenció a muchos de que había una oportunidad para revitalizar tales servicios con un producto que muchos fumadores de hecho querían probar. El Centro Nacional de Abandono y Capacitación del Tabaquismo (NCSCT, por sus siglas en inglés) entonces elaboró una orientación sobre el papel de los cigarrillos electrónicos en el ámbito de los servicios de abandono del tabaquismo.[12]

La guía fue elaborada con el apoyo y participación de usuarios de vapeadores. Es un recurso excelente para cualquier profesional del abandono del tabaquismo

Caso de estudio sobre la generación de consenso: *Conforme se empezó a generar consenso a partir de 2014, la organización líder en materia de defensoría legal Action on Smoking and Health (ASH) asimiló la perspectiva de los consumidores en el terreno de la salud pública. Su directora, Deborah Arnott, se convirtió en impulsora y utilizó sus formidables habilidades diplomáticas para armar una coalición en apoyo de esta idea. Cancer Research UK, la principal organización de caridad en la lucha contra el cáncer en el Reino Unido, también pasó por un proceso de revaluación de su postura, y una vez más una persona valiente, la profesora Linda Bauld, tomó las riendas intelectuales y llevó a la importante institución caritativa británica a reconocer el papel de los cigarrillos electrónicos en la prevención del cáncer.*

Los datos respaldan la posición de Cancer Research UK a este respecto: un estudio ha mostrado que el potencial maligno de 15 sustancias carcinógenas era 250 veces menor (0,4 %) en el aerosol de los cigarrillos electrónicos que en el humo del cigarrillo. [12] *Cancer Research UK reconoció la oportunidad de una nueva estrategia para combatir la principal causa de cáncer en el Reino Unido y adoptó el concepto de reducción del daño por tabaco. Otras importantes organizaciones se unieron para adoptar una postura en común y alinearse a una declaración de principios rectores.*[13]

Entre dichas organizaciones estuvieron: Public Health England, Action on Smoking and Health, la Asociación de Directores de Salud Pública, la Asociación Pulmonar de Gran Bretaña, Cancer Research UK, la Facultad de Salud Pública, Fresh North East, Healthier Futures, Public Health Action (PHA), el Royal College of Physicians, la Royal Society for Public Health, el Centro de Estudios sobre Tabaco y Alcohol del Reino Unido, y el Foro de la Salud del Reino Unido.

Otro avance decisivo fue que uno de los participantes clave de la organización defensora Action on Smoking and Health (ASH), Martin Dockrell, recibiese el apoyo de Public Health England (PHE) para liderar su programa de control del tabaco. Dockrell encargó revisiones en profundidad que se convirtieron en el fundamento de la política en Inglaterra para los años venideros.

Dicha iniciativa incluyó una evaluación inicial en 2014 y luego el estudio pionero[13] de 2015 en el que PHE señaló que vapear seguramente era al menos 95 % menos riesgoso que fumar. PHE sigue publicando revisiones de calidad[14] por encargo de la comunidad experta del Reino Unido.

El Royal College of Physicians (RCP) es conocido por su informe de 1961 sobre tabaco y salud, en el cual ha detallado los riesgos de fumar tal como se entendían en esa época. El informe y su contraparte del Cirujano General de Estados Unidos un año más tarde cambiaron el curso de la salud pública y dieron vida al concepto de control del tabaco. En 2016, el organismo publicó un nuevo e importante informe: «Nicotina sin humo: Reducción del daño por tabaco».[15]

Este informe confirmó la base científica del optimismo con respecto al vapeo, no obstante las incertidumbres residuales. Específicamente, el RCP respaldó las estimaciones de riesgo bajo de PHE con la redacción cuidadosa en la sección 5.5, p. 87, que se cita a continuación:[15]

> ***Aunque no es posible cuantificar con precisión los riesgos para la salud asociados con los cigarrillos electrónicos, la información disponible sugiere que difícilmente superan el 5 % de aquellos asociados con fumar productos del tabaco, e incluso pueden resultar ser bastante menores que este número."***

Esta afirmación reconoce la incertidumbre en ambos sentidos («difícilmente superan», «pueden resultar ser bastante menores»), por lo que constituye un pilar para las percepciones del riesgo relativo sin ser una estimación sesgada. La idea era ayudar a los médicos, consumidores y el público de manera más general para acercarlos a la visión experta en torno al riesgo relativo de fumar y vapear. Aunque tanto PHE como el RCP recibieron críticas por estas estimaciones, usar cifras para comunicar el riesgo o para simplificar información científica compleja es una práctica común con el fin de transmitir a la población una noción del riesgo.

Esto es lo que hacemos, por ejemplo, con el índice de masa corporal o las directrices de consumo de alcohol. Incluso hubo afirmaciones respecto a que la industria del tabaco habría influido en dichos números de alguna forma, pero esto es falso: ha sido el juicio del Grupo de Trabajo sobre Tabaco del RCP y los consultores expertos de PHE, ninguno de los cuales tenía vínculos de ningún tipo con la industria.

El Royal College of Physicians también emitió una importante sugerencia en materia política, la cual se a tomado con más seriedad en Inglaterra que en ningún otro lugar. Tiene que ver con el riesgo de que las malas decisiones políticas empeoren las situación (sección 12.10, p. 187):[15]

> ***Para la regulación de los cigarrillos electrónicos, puede proponerse un enfoque precautorio, de aversión al riesgo, con el fin de minimizar el riesgo de daños evitables tales como la exposición a toxinas por el vapor de los cigarrillos electrónicos, renormalización, transición al tabaquismo u otros riesgos reales o potenciales.***
>
> ***No obstante, si este enfoque también hace menos accesibles, menos agradables o menos aceptables a los cigarrillos electrónicos, más costosos, menos atractivos para los consumidores o menos eficientes farmacológicamente, o si entorpece la innovación y el desarrollo de productos nuevos y mejorados, entonces estará causando daño al perpetuar el hábito del tabaquismo. Es difícil lograr el equilibrio adecuado.***

Los funcionarios ingleses fueron los primeros en reconocer los problemas anunciados por el Royal College of Physicians. En su evaluación de impactos de la regulación para la DPT-2,[16] el gobierno incluyó la posibilidad de consecuencias perjudiciales no previstas:

> ***207. Debido al potencial incremento en el precio y la reducción en la oferta de los cigarrillos electrónicos, existe el riesgo de que las personas retomen el hábito de fumar y, con ello, generen daños a su salud. Esta posibilidad se considera en el análisis de sensibilidad.***
>
> ***208. Existe el riesgo de que surja un mercado ilícito con productos de cigarrillos electrónicos potencialmente dañinos si los consumidores ya no tienen la misma gama de opciones en el mercado legítimo.***

Los grupos de académicos también desempeñaron un papel importante, quizá decisivo, en la consolidación del apoyo al vapeo como reductor del daño por tabaco en Inglaterra. Investigadores del Kings College en Londres, el University College de Londres (UCL), el Queen Mary College de Londres, la Universidad de South Bank y la Universidad de Nottingham obtuvieron datos a través de investigaciones de gran calidad.

Específicamente, el grupo del UCL adaptó el Sondeo Instrumental del Tabaco, de carácter mensual, para medir la ingesta y el consumo de cigarrillos electrónicos; de esta forma, se obtuvo una imagen fiel sobre el uso de cigarrillos electrónicos en Inglaterra.

Los líderes académicos de Inglaterra también comparten la herencia intelectual del profesor Michael Russell, fallecido en 2009. El profesor Russell es famoso por acuñar una de las frases más pegadizas de la reducción del daño por tabaco ya en 1976: «Las personas fuman por la nicotina, pero mueren por el alquitrán.»[17]

EN INGLATERRA, LOS OBJETIVOS SE ENFOCAN EN EL TABAQUISMO

El aspecto más importante del enfoque inglés con respecto al control del tabaco es su avasallador enfoque en el hábito de fumar. Esto se debe a que el propósito del control del tabaco es reducir las muertes prematuras y enfermedades graves. Fumar (es decir, inhalar productos de la combustión de hojas secas y curadas) es por mucho la causa principal de enfermedades y muerte prematura.

Por lo tanto, es importante determinar lo que no es prioritario. La política no prioriza la reducción del consumo de la nicotina ni la reducción de todo uso del tabaco. Esto es importante, ya que deben hallarse soluciones intermedias entre objetivos. Por ejemplo, si fuese posible reducir el tabaquismo mediante presentaciones más seguras de la nicotina, el objetivo de reducir el tabaquismo prevalecería sobre el de reducir el consumo de la nicotina.

Esto se refleja en los objetivos del Plan para el Control del Tabaco,[2] que consisten en, para finales de 2022:

- Reducir la prevalencia del hábito del tabaquismo entre personas de 15 años de edad de 8 % a 3 % o menos.
- Reducir la prevalencia del tabaquismo entre adultos en Inglaterra de 15,5 % a 12 % o menos.
- Reducir la brecha de desigualdad en la prevalencia del tabaquismo entre personas que desempeñan trabajos rutinarios y manuales, por un lado, y la población general, por el otro.
- Reducir la prevalencia del tabaquismo en el embarazo de 10,5 % a 6 % o menos.

Concentrarse en el tabaquismo más que en la nicotina, el consumo de tabaco u otros objetivos es lo más adecuado desde una perspectiva de salud pública, puesto que fumar es lo que causa daño. De esta forma, se brinda claridad en el ámbito de las políticas.

Así pues, por la forma en que están especificados los objetivos, no se descarta el uso de productos del tabaco y la nicotina con riesgo reducido para alcanzar los objetivos relativos al tabaquismo. Esta idea es respaldada explícitamente en apoyo a la reducción del daño por tabaco.

DATOS Y SEGUIMIENTO

Inglaterra tiene excelentes recursos informativos que monitorean los niveles de tabaquismo, vapeo y otras formas de consumo de la nicotina. También hay bastantes datos conductuales. Por ejemplo, hay tres fuentes que sobresalen con respecto a datos sobre la intención y los intentos de dejar de fumar, así como a creencias y actitudes:

- La Oficina Nacional de Estadística (ONS, por sus siglas en inglés) y Public Health England colaboran e incluyen preguntas sobre tabaquismo y vapeo en encuestas domésticas de amplio alcance. También obtienen cifras generales de prevalencia y datos del ámbito local.[18, 19]
- El Sondeo Instrumental del Tabaco: Tabaquismo en Inglaterra,[20] mide una gama de comportamientos de tabaquismo, vapeo y abandono. El sondeo es realizado cada mes por académicos del University College de Londres.
- Action on Smoking and Health colabora con YouGov para realizar encuestas anuales[21,22] de consumo, comportamientos, percepciones de riesgo y actitudes.

Datos recientes de los sondeos de la ONS[18, 19] muestran un progreso muy positivo en las tendencias de tabaquismo y vapeo:

- La prevalencia del tabaquismo entre adultos (≥ 18 años de edad) del Reino Unido cayó de 20 % en 2011 a 14,7 % en 2018.
- El número de fumadores en 2018 = 7,2 millones.

La prevalencia del vapeo se mide con un sondeo distinto (Sondeo de Opinión y Estilo de Vida). Este abarca 16 000 hogares en Gran Bretaña (es decir, en este caso, Inglaterra, Escocia y Gales, excluyendo Irlanda del Norte) y se enfoca en adultos de 16 años de edad o más:

- La prevalencia del vapeo alcanzó 6,3 % en 2018, lo que significa un aumento del 3,7 % que se tenía en 2014 y aun mayor en comparación con los muy bajos niveles que se tenían en 2011.
- Número de vapeadores en 2018 = 3,2 millones

Vapear se ha convertido en un fenómeno de gran escala en relación con el tabaquismo, cuyas tasas parece estar disminuyendo significativamente. En Inglaterra, se está observando la reducción del daño por tabaco en acción y comienza a advertirse el beneficio de una victoria para la salud pública.

APOYO A LA RDT BASADO EN EVIDENCIAS

En su Plan para el Control del Tabaco, el gobierno del Reino Unido se compromete explícitamente a adoptar un enfoque basado en evidencias y argumenta que este conduce directamente a respaldar la reducción del daño por tabaco. Como se señala en la p. 5 de la política:[2]

4. Respaldo a innovaciones basadas en evidencia para apoyar el abandono del tabaquismo [...] Estamos comprometidos con una legislación basada en evidencias, así que buscamos:

- Ayudar a las personas a dejar de fumar permitiendo tecnologías innovadoras que minimicen el riesgo de daño.
- Maximizar la disponibilidad de alternativas más seguras que fumar.

Esto a su vez se apoya en la siguiente declaración en la p. 15:[2]

> ***Lo mejor que puede hacer un fumador por su salud es dejar de fumar. Sin embargo, cada vez es más claro que los cigarrillos electrónicos son significativamente menos dañinos para la salud que fumar tabaco. El gobierno buscará ayudar a los consumidores a dejar de fumar y empezar a consumir productos de la nicotina menos nocivos.***

Esta postura asume la oportunidad que presentan las nuevas tecnologías en vez de definirlas como una amenaza. Sin embargo, la posición no es incondicional: depende de los fundamentos de la evidencia y de un monitoreo del mercado en busca de efectos adversos. Esto puede verse en la p. 16:[2]

> ***[El Departamento de Salud] monitoreará el impacto de la regulación y la política en los cigarrillos electrónicos y los productos novedosos del tabaco en Inglaterra, incluidas evidencias de seguridad, consumo, efectos sobre la salud y eficiencia de estos productos como herramientas para dejar de fumar, con el fin de adoptar acciones más informadas para regular su uso.***

> ***Con base en los análisis de evidencias a cargo de PHE, [el Departamento de Salud] revisará las políticas y regulaciones de los sistemas de dosificación de nicotina en pos de un entorno que facilite a los fumadores tomar acciones para mejorar su salud y la de quienes los rodean, a la vez que minimizan todo riesgo de nuevas adicciones a la nicotina en niños.***

Además de considerar qué problemas o beneficios surgen de los productos, se incluirá la evaluación de las políticas. Esto significa que el gobierno también monitoreará las consecuencias perjudiciales no previstas de la regulación y reaccionará como sea debido.

Con este fin, Public Health England actualizará sus informes de evidencias sobre cigarrillos electrónicos y otros sistemas novedosos de dosificación de nicotina cada año hasta que termine el período parlamentario en 2022 y, en las campañas para dejar de fumar, incluirá mensajes sobre la relativa seguridad de los
cigarrillos electrónicos.

Las actualizaciones de evidencias (véase la versión de 2015) que son inmunes al activismo académico y al sensacionalismo de los medios en línea sobre el vapeo están desempeñando un papel importante en las políticas gubernamentales responsables.

VAPEO EN INTERIORES: DEJAR QUE LOS PROPIETARIOS ELIJAN SU POLÍTICA

No hay evidencia fehaciente de daño sustancial por el vapor de segunda mano. El vapor es mucho menos tóxico que el humo del cigarrillo y no hay vapor de «corriente lateral» emitido por el dispositivo mientras no está en uso. Los cigarrillos se queman continuamente desde la punta y liberan humo incluso cuando no se los está usando.

No es simplemente una ausencia de evidencia de daños: la evidencia disponible sugiere que incluso la posibilidad de daño material a partir del vapor de segunda mano sería mínima. Por otro lado, el humo emitido por otras personas (especialmente el generado cuando el usuario sostiene un cigarrillo encendido) se asocia con cáncer y enfermedad cardíaca en los concurrentes. Por ejemplo, un estudio[23] estimó el riesgo de cáncer de vapeadores pasivos con el de fumadores pasivos en el largo plazo. La diferencia estuvo en el orden de 10 000 veces, es decir, insignificante en el caso de los vapeadores:

> ***«El ECLR [exceso de riesgo vital de cáncer] para fumadores pasivos es 5 veces mayor que el de un vapeador pasivo.»***

Incluso si el vapor de los cigarrillos electrónicos tuviese rastros de agentes peligrosos, estos estarían presentes en concentraciones tan bajas en el vapor exhalado que no representarían ningún riesgo significativo para los concurrentes en comparación con los valores límite de exposición en el trabajo (un punto de referencia del riesgo aceptable).[24]

El principal problema con el vapeo tiene que ver con la molestia que con un riesgo sustancial para la salud. Poner demasiadas restricciones a los lugares en los que las personas pueden vapear es una fuente potencial de consecuencias no deseadas. Si los fumadores estuviesen tratando de sustituir el cigarrillo con vapeadores, tales medidas podrían generar distracción o recaída.

En ausencia de un riesgo sustancial para la salud de los concurrentes, poco se justifica aquella actitud reguladora estricta con la cual una prohibición generalizada anularía actitudes preferibles por parte de propietarios y gerentes. Considérense las actitudes hacia el vapeo de la figura 1:

Un bar desea tener una noche para vapear todos los jueves.

Un bar desea permitir el vapeo en una habitación específica.

Una institución correccional libre de humo de tabaco desea ayudar a los reclusos a manejar la abstención de la nicotina y otras ansiedades relacionadas permitiéndoles vapear.

En un pueblo donde hay tres bares, uno de ellos decide ofrecer un menú para clientes que vapean, mientras que los otros dos deciden no permitir el vapeo.

En un pueblo donde hay tres bares, uno de ellos decide ofrecer un menú para clientes que vapean, mientras que los otros dos deciden no permitir el vapeo.

Un hotel desea permitir el vapeo en algunas habitaciones y en su bar, pero no en su restaurante.

Una oficina decide permitir descansos para vapear cerca de la máquina dispensadora de café a fin de ahorrar en tiempos de descanso para fumar y motivar a los fumadores a cambiar de hábito.

Un hogar de cuidados desea designar un área interior para vapear y con ello motivar a sus adultos mayores fumadores a cambiar de hábito durante el próximo invierno.

Una tienda de vapeo está tratando de ayudar a las personas a reemplazar el cigarrillo y desea hacer demostraciones de productos.

Vapear podría permitirse en estaciones de ferrocarril o terminales aeroportuarias, pero no en trenes ni aeronaves.

Muchas tiendas, edificios públicos y sitios donde se sirve comida a niños deciden no permitir el vapeo en absoluto.

Figura 1: Ejemplos hipotéticos de políticas de vapeo implementadas de abajo hacia arriba

En suma, no hay buenos argumentos para anular estas decisiones razonables bajo una gran manta de prohibición si no existen riesgos sustanciales plausibles para los concurrentes. La ausencia de una prohibición legislativa no crea un «derecho a vapear», pero convierte la política de vapeo en cualquier espacio en asunto del propietario o gerente más que del gobierno o del legislativo.

Public Health England (PHE) ha ofrecido orientación a empleados y organizaciones que buscan introducir políticas sobre el uso de cigarrillos electrónicos y el vapeo en público, y recomienda que dichas políticas se basen en evidencias.[25]

PHE también recomienda que el uso de cigarrillos electrónicos no sea parte de la legislación de espacios libres de humo de tabaco ni se incluya ordinariamente en los requisitos de política de cero humo de tabaco de una organización. Además, Action on Smoking and Health (Reino Unido) elaboró una batería de preguntas para orientar a los empleadores en cuanto a opciones de políticas para el vapeo.[26]

PHE apoyará a las áreas que busquen implementar políticas locales para diferenciar los niveles de daño ocasionados por los productos del tabaco existentes, incluidos los cigarrillos electrónicos y otros productos novedosos.

De esta forma se reconoce que las decisiones en política de vapeo deben recaer en los propietarios y gerentes, a quienes se orienta para que no incluyan por inercia el vapeo en las políticas organizacionales de ambientes libres de humo de tabaco.

Se reconoce de manera implícita que no hay justificación (por ejemplo, daño sustancial a los concurrentes u otros trabajadores) para anular las preferencias de propietarios mediante leyes generalizadas contra el vapeo. Esta es una posición éticamente robusta.

Fotografía de Robert Bye en Unsplash

«Como alternativas al tabaquismo, los cigarrillos electrónicos constituyen una tecnología para dejar de fumar.»

RESTRICCIONES DE MERCADOTECNIA A LOS PRODUCTOS PARA VAPEAR

El Reino Unido está suscrito a la Directiva sobre los Productos del Tabaco y las restricciones de esta con respecto a la publicidad, promoción y patrocinio de dispositivos vapeadores y e-líquidos (las cuales se detallan en el artículo 20(5), Directiva 40/14/UE).[27] En esencia, estas disposiciones prohíben la publicidad en cualquier medio capaz de cruzar una frontera: TV, radio, internet, publicaciones, etc.

La Directiva no tiene jurisdicción sobre la publicidad fija dentro de un Estado miembro, como anuncios espectaculares, puntos de venta, etc. El Reino Unido observa la Directiva, pero Inglaterra ha adoptado una actitud más permisiva a la publicidad que no está cubierta por dicha regulación.

Los productos de tabaco calentado se clasifican como productos del tabaco, y está prohibido hacerles cualquier tipo de publicidad, ya que se consideran objeto de la legislación que elimina la publicidad de los cigarrillos.

El punto de partida para los legisladores es ser claros sobre qué se supone que debe lograr la política, es decir, cuál es el riesgo que supuestamente ataca. La publicidad de cigarrillos está ampliamente prohibida en la Unión Europea porque fumar mata a 700 000 ciudadanos de la región cada año. Se cree que la publicidad incrementa el atractivo de este producto. Por lo tanto, podría ocasionar que más gente fume, fume más, fume por más tiempo o no deje el cigarrillo tan pronto como podría. Muchos activistas se han limitado a abogar por que se apliquen las mismas medidas a los productos de vapeo que a los productos del tabaco. Sin embargo, la justificación básica (que fumar causa muertes y enfermedad) simple y sencillamente no es válida para los cigarrillos electrónicos.

Estas justificaciones para las prohibiciones o restricciones a la publicidad de cigarrillos no puede aplicarse así como así a la publicidad de cigarrillos electrónicos ni de ningún producto de riesgo reducido.

Como alternativas al tabaquismo, los cigarrillos electrónicos constituyen una tecnología para dejar de fumar. Hacer publicidad a los cigarrillos electrónicos es una forma de publicidad antitabaquismo. Prohibir la publicidad de cigarrillos electrónicos podría, por lo tanto, dañar la salud pública. Significaría erigir barreras para la entrada de una tecnología nueva y disruptiva (productos para vapear) en un mercado dominado por un producto tradicional dañino y arraigado (los cigarrillos). Una vez más, es fundamental que los legisladores adopten una actitud abierta hacia las consecuencias no deseadas de las que a primera vista parecen ser políticas positivas.

El enfoque del Reino Unido hacia la publicidad de cigarrillos electrónicos fue adoptado por su Comité de Prácticas Publicitarias (CAP, por sus siglas en inglés) en 2014. El punto de partida es que deberían aplicarse las mismas convenciones «legales, honestas, decentes y precisas» que con todo tipo de publicidad.

Esto por sí solo es ya una protección importante. El CAP también elaboró unas directrices útiles sobre la publicidad de cigarrillos electrónicos que proporcionan un equilibrio de intereses razonable entre la protección de menores y el fomento de nuevos productos de bajo riesgo para los fumadores. Su redacción[28,29] es similar a la de los controles para la publicidad de alcohol, los cuales abordan aspectos de contenido y colocación, pero no establecen prohibiciones absolutas.

Un desarrollo muy positivo es que hace poco el CAP realizó una consulta sobre la permisión de ciertas afirmaciones de salud. Esto suscita una distinción entre afirmaciones terapéuticas (p. ej., «ayuda a dejar de fumar») y afirmaciones de salud (p. ej., «vapear reduce enormemente la exposición al monóxido de carbono»). Por ende, permite que se hagan declaraciones veraces y basadas en evidencias en la publicidad.[30]

Si la regulación de la publicidad de cigarrillos electrónicos hubiese estado exclusivamente a cargo del Reino Unido, de seguro en Inglaterra ya se tendría un sistema viable y proporcionado. Por desgracia, apoyándose en la Directiva sobre los Productos del Tabaco, la Unión Europea ha aplicado una prohibición absoluta de todo tipo de publicidad que pueda cruzar una frontera.

FISCALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE LA NICOTINA PROPORCIONAL A LOS RIESGOS

El Reino Unido tiene uno de los regímenes con mayor fiscalización del tabaco en Europa y en el mundo entero. En septiembre de 2019, un paquete de cigarrillos Marlboro se vendía en alrededor de £11,50 (€13,00). De este precio, £3,12 correspondían al precio neto y £8,38, al impuesto, el gravamen para bienes específicos más el impuesto al valor agregado (IVA). El impuesto constituye cerca del 73 % del precio. Los cigarrillos de menor categoría son más baratos, pero llevan una carga tributaria mayor.

Hay fuertes razones para no tasar en absoluto los productos alternativos, de riesgo reducido y sin humo. Esto se correspondería con su valor como ayudas para dejar el tabaquismo y contra las desigualdades étnicas y socioeconómicas de la salud. En el Reino Unido, las terapias de remplazo de la nicotina (TRN) de venta libre incluso son objeto de subsidio fiscal —un menor IVA— por su valor percibido como ayuda para dejar de fumar.

Una fiscalización elevada y agresiva del tabaco que afecte de forma desproporcionada a los pobres o los grupos étnicos marginados genera desafíos éticos tremendos. Para los usuarios, la reacción mitigadora más obvia ha sido buscar un aprovisionamiento ilegal libre de impuestos o empezar a consumir presentaciones del tabaco que atraigan gravámenes menos elevados (a menudo, armar sus propios cigarrillos o comprar marcas de menor categoría).

Sin embargo, es importante tener tantas opciones legalizadas como sea posible para mitigar la inequidad implícita en la fiscalización del tabaco; lo anterior incluye facilitar rutas de bajo costo para dejar de fumar en favor de alternativas de bajo riesgo. Por ese motivo, recomendamos la adopción de un sistema de fiscalización proporcional a los riesgos, tal como lo defienden Chaloupka, Sweanor y Warner.[31]

Hasta el momento, el Reino Unido se ha apegado de forma general a los principios de la fiscalización proporcional a los riesgos, pero aún hay ventanas de oportunidad. Las terapias de reemplazo de la nicotina de venta libre son objeto de subsidio: un IVA reducido de 5 %, en contraste con el típico 20 %. La evidencia que justifica un descuento fiscal para las TRN de venta libre es muy floja.

- Los productos de la nicotina de ingesta oral, no farmacológicos y sin tabaco (como las bolsas Zyn) no son objeto de impuesto sobre bienes específicos, pero se les aplica una tasación completa de 20 % por IVA. Estos productos están ganando popularidad en muchos mercados, pero aún no son competidores importantes en el Reino Unido.

- Los cigarrillos electrónicos no son objeto de impuesto sobre bienes específicos, pero se les aplica una tasación completo de 20 % por IVA. En virtud del enfoque adoptado, vapear puede ser hasta 90 % más barato que fumar. Se considera que los factores económicos son decisivos para el cambio de hábito y pueden brindar un beneficio económico significativo a los hogares pobres; en otras palabras, pueden resultar importantes en el combate a las desigualdades en salud y bienestar.

- Los productos de tabaco calentado son objeto tanto de impuesto sobre bienes específicos como de IVA. Sin embargo, se ha establecido una categoría aparte para los productos de tabaco calentado, lo cual podría dar pie a una diferenciación basada en riesgos más adelante. Hoy en día, el impuesto sobre bienes específicos se encuentra en el mismo nivel que el armado de cigarrillos propios en lo que se refiere al peso: £234,65 por kilogramo (septiembre de 2019). Sin embargo, puesto que se usan cantidades relativamente pequeñas de tabaco en los consumibles de tabaco calentado, el precio de estos (por ejemplo, iQOS) ronda la mitad del de los cigarrillos equivalentes.

- Mascar tabaco es objeto de un impuesto sobre bienes específicos menor que los cigarrillos o el tabaco calentado: £125.20 por kilogramo. Sin embargo, el principal problema con los productos de tabaco sin humo es que el tabaco de consumo oral (snus) está prohibido en toda la Unión Europea, con excepción de Suecia. Ello a pesar de los bajos niveles de tabaquismo y enfermedades relacionadas con fumar en Suecia atribuibles al snus.

En el Reino Unido, la Nueva Alianza por la Nicotina (NNA, por sus siglas en inglés), conformada por consumidores, ha promovido un robusto caso[32] para adoptar una fiscalización proporcional a los riesgos. La NNA ha emitido principios clave que desea sean adoptados por el gobierno.

1. **El régimen fiscal tiene implicaciones en la vida humana.** Puesto que los cigarrillos y las alternativas sin humo son productos sustitutos, habrá superposiciones positivas de precios entre productos con humo y sin humo. Un impuesto elevado a los productos libres de humo ocasionarán un incremento relativo en la demanda de los que son combustibles, y por lo tanto, más tabaquismo. El impuesto a bienes específicos predeterminado debería ser nulo, y proceder con cautela si se proponen tasas más altas.

2. **Nivelar el terreno: el impuesto más elevado para cualquier producto libre de humo debe ser sustancialmente menor que el impuesto más bajo a cualquier producto combustible.** Esto implica mantener una diferencia significativa entre el costo de ser consumidor de un producto libre de humo y ser fumador, a fin de conservar un incentivo para cambiar de hábito y evitar el surgimiento de un mercado negro o fomentar la autoproducción.

3. **Reconocer los cargas de costos para la administración fiscal.** Todo indica que vapear presenta al menos 95 % menos riesgos que fumar. Si, para generar un disuasivo proporcionado, se aplicasen impuestos sobre bienes específicos en proporción al riesgo relativo de fumar, entonces el rendimiento fiscal de los cigarrillos electrónicos sería tan bajo que no justificaría sus costos de recolección. La única forma de hacer viable un impuesto mayor que cero es gravar los productos libres de humo de forma desproporcionada respecto a su riesgo, y con ello, imponer un disuasivo desmedido para que los usuarios cambien de hábito.

4. **Comparación con la TRN** – valor terapéutico. De hecho, los productos libres de humo producen un beneficio neto para la salud al reducir el tabaquismo. Desde una perspectiva económica y fiscal, tales productos deberían considerarse más como medicamentos de venta libre. Ciertas jurisdicciones aplican un impuesto sobre las ventas reducido a la terapia de reemplazo de la nicotina, es decir, un subsidio fiscal, el cual refleja su valor positivo para la salud pública.

Se argumenta que, como la recaudación tributaria de los cigarrillos se reduce mientras más gente los sustituye o abandona, debería aplicarse el impuesto sobre bienes específicos a los productos alternativos a manera de compensación. Esto no tiene fundamento económico, aunque suene atractivo políticamente. El impuesto debería incrementarse a partir de la base fiscal menos distorsionada y más eficaz disponible. No hay razón por la que las pérdidas de impuestos sobre bienes específicos de los cigarrillos no puedan recuperarse, por ejemplo, mediante impuestos sobre el dióxido de carbono o cargas de combustible, la eliminación de subsidios fiscales o recortando gastos cuya eficiencia sea menor que la reducción del tabaquismo

INNOVACIÓN Y PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO

El Plan para el Control del Tabaco[2] reconoce el valor potencial de la innovación. Esta es una característica importante de la política en materia de tabaco, ya que muchas jurisdicciones han erigido barreras sólidas o incluso prohibiciones propiamente dichas a productos como los cigarrillos electrónicos o de tabaco calentado. Como se señala en la p. 15 del plan:[2]

> ***«Además, se ha dado el desarrollo y la muy reciente introducción de productos del tabaco novedosos que afirman presentar menos daños que fumar. Estamos abiertos a innovaciones que reduzcan los daños causados por el tabaquismo, y evaluaremos si los novedosos productos del tabaco de verdad reducen el riesgo de daño a los fumadores.»***

El Reino Unido tiene apertura con respecto a productos innovadores que podrían alcanzar a más personas por ser aceptables y darles bienestar. Sin embargo, no ha demostrado tener también apertura cabal a la reducción del daño por tabaco. Apoyó la prohibición al tabaco oral (el snus sueco), a pesar de las numerosas evidencias de que el snus es responsable de la extraordinaria baja tasa de tabaquismo en Suecia (compárese el 5 % que fuma diariamente en Suecia con el promedio de 24 % en el resto de la Unión Europea).[33]

MEDICALIZACIÓN Y TRATAMIENTO CON CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

No obstante la batalla por la medicalización de los cigarrillos electrónicos en 2010 y 2013, el gobierno del Reino Unido aún ve esta como una importante ruta de mercado permitida en el marco de la Directiva sobre los Productos del Tabaco, p. 16:[2]

> ***El Departamento de Salud proporcionará orientación basada en evidencias a los profesionales de la salud para ayudarles a dar recomendaciones a los fumadores que desean usar cigarrillos electrónicos u otros sistemas de dosificación de nicotina para dejar el tabaquismo.***
>
> ***La Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA, por sus siglas en inglés) se asegurará de que la ruta hacia la regulación medicalizadora de los cigarrillos electrónicos sea adecuada a su propósito, para que potencialmente el Servicio Nacional de Salud ordene que una gama de productos seguros y eficientes estén disponibles.***

Las fricciones por la medicalización no existirán siempre y cuando funcionen como una ruta paralela más que como el camino obligatorio. Los productos con una autorización para mercadotecnia médica pueden usarse más fácilmente en entornos de cuidados médicos e incluso ser recetados como opciones de tratamiento. También es posible que tengan especificaciones de productos y enfoques de mercadotecnia que no se permitirían de conformidad con la Directiva sobre los Productos del Tabaco; por ejemplo, mayor contenido de nicotina que el límite de 2 % impuesto por la Directiva.

El asunto clave aquí es la necesidad de una actitud positiva por parte de profesionales médicos y de la salud: lo que afirmen debe ser realista y enfocado en los pacientes. Inglaterra ya ha apoyado oficialmente la orientación sobre e-cigarrillos electrónicos para profesionales de la salud, y será de mucha ayuda que esta sea actualizada periódicamente. Simplificar la opción de licenciamiento médico es de menor importancia; podría generar algunos beneficios en entornos de cuidado de la salud, pero solo mientras no deje de ser una opción.

RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y USUARIOS

Los profesionales del control del tabaco y practicantes del sector púbica ahora reconocen que los cigarrillos electrónicos pueden usarse de manera constructiva para reducir el daño. En Gran Bretaña, por ejemplo, el Centro Nacional de Abandono y Capacitación del Tabaquismo y la agencia gubernamental de salud, Public Health England, han desarrollado orientación y capacitación basadas en evidencias para profesionales de la salud y del abandono del tabaquismo.[12, 34] Esto proporciona una evaluación clara y mesurada del estado actual de la ciencia y las mejores prácticas. Las recomendaciones hechas a los profesionales de la salud del Reino Unido por el Centro Nacional de Abandono y Capacitación del Tabaquismo y Public Health England se resume así:[12]

Recomendaciones para la práctica:

1. Tener apertura frente a las personas que deseen probar los cigarrillos electrónicos, en especial quienes intentaron dejar de fumar con medicamentos autorizados para ello y fracasaron.
2. Orientar con respecto a los cigarrillos electrónicos, incluida la siguiente información clave:
   - Los cigarrillos electrónicos suministran nicotina de una forma mucho más segura que al fumar.
   - A algunas personas los cigarrillos electrónicos les ayudan a dejar el cigarrillo, reducir su ingesta de nicotina o manejar la abstinencia temporal.
   - Existe una amplia gama de cigarrillos electrónicos, y quizá los usuarios necesiten probar varios tipos, sabores y dosis de nicotina para encontrar un producto que les guste.
   - El consumo de cigarrillos electrónicos no es como fumar. Por lo tanto, las personas tienen que experimentar y aprender a usarlos de forma eficiente (p. ej., dar caladas más largas, pero también hacer varias caladas iniciales cortas para activar el vaporizador y mejorar la dosificación de nicotina). Quizá también necesiten aprender a reconocer cuando hay que sustituir el vaporizador.
   - Los usuarios que solían consumir cigarrillos electrónicos a la par que fumar (p. ej., para reducir el número de cigarrillos que fumaban) tal vez deban considerar cambiar sus dispositivos o las concentraciones de nicotina cuando quieran dejar de fumar.
   - Aunque aún pueden descubrirse riesgos de los cigarrillos electrónicos para la salud, lo más probable es que equivalgan a una pequeña fracción de los riesgos de fumar. Esto se debe a que el vapor de los cigarrillos electrónicos no contiene los productos de la combustión (quema) que ocasionan enfermedad pulmonar y cardíaca y cáncer.

El ampliamente respetado Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) del Reino Unido también ha adoptado la causa y brinda consejos prácticos e información fidedigna a quienes desean dejar de fumar. El NHS ha incorporado el vapeo como una estrategia de reducción del daño en sus campañas «Live Well» y «One You».

Asimismo, Public Health England ha incorporado el vapeo en la campaña anual contra el tabaquismo «Stoptober», la cual cuenta con respaldo del gobierno.

Stoptober incorporó los cigarrillos electrónicos en octubre de 2017, y de esta forma se convirtió en la primera campaña contra el tabaquismo respaldada por el gobierno en difundir en televisión la idea de vapear para dejar de fumar.

Esta actitud equilibrada y de mente abierta es reflejo de un consenso emergente sobre cómo aprovechar las oportunidades que brindan los cigarrillos electrónicos a la vez que se evitan los riesgos. Otros ejemplos de iniciativas innovadoras del sector público pueden encontrarse en una página dedicada a Inglaterra en el sitio web The Counterfactual.[35]

Photo by Fred Moon on Unsplash

BREXIT Y LA POLÍTICA DEL REINO UNIDO SOBRE TABACO

El gobierno considera que algunos aspectos de su política podrían mejorarse y que las restricciones impuestas por la Directiva sobre los Productos del Tabaco de la UE deberían eliminarse.

De acuerdo con la p. 27 del Plan para el Control del Tabaco:[2]

> ***Revisar qué oportunidades nos ofrece la salida del Reino Unido de la Unión Europea para mejorar la salud pública***
> *Durante el período de este Plan para el Control del Tabaco, el gobierno revisará qué oportunidades nos ofrece la salida del Reino Unido de la Unión Europea para reevaluar la actual regulación y asegurarnos de que siga protegiendo la salud de la población nacional. Procuraremos identificar dónde se puede reducir sustancialmente la regulación sin dañar la salud pública, y en qué puntos la regulación de la Unión Europea limitan nuestra capacidad para lidiar con el tabaquismo.*
>
> *En particular, el gobierno analizará legislaciones recientes, como la Directiva sobre los Productos del Tabaco, incluido lo tocante a los cigarrillos electrónicos, y considerará qué oportunidades brinda la salida del Reino Unido para modificar las disposiciones legislativas y posibilitar mejores resultados de salud en el contexto del Reino Unido.*

El gobierno considera que algunos aspectos de su política podrían mejorar, y que las limitaciones impuestas por la Directiva sobre los Productos del Tabaco de la UE deberían eliminarse.

Lo anterior podría significar la oportunidad de, por ejemplo, abandonar algunas restricciones impuestas por la Unión Europea que no tienen sustento científico. Estas incluyen las prohibiciones a la publicidad, límites para el contenido de nicotina, advertencias excesivas y límites para el tamaño de cartuchos y contenedores.[36] Miembro del Parlamento Europeo (MPE)

Según la modalidad específica del Brexit que adopte el Reino Unido, podría darse un escenario más pesimista en lo relativo al vapeo.[37] Por ejemplo, el Reino Unido podría pasar por un período largo de transición o de medidas necesarias para lograr una frontera abierta entre Irlanda y el Reino Unido en Irlanda del Norte (la «barrera»), lo cual implicaría que el Reino Unido siga teniendo una alineación regulatoria estricta con regulaciones de un mercado único. Esto seguramente incluiría la Directiva sobre los Productos del Tabaco.

Sin embargo, al hacerlo, el Reino Unido también se convertiría en «adoptador de políticas» y se le excluiría de las negociaciones y votaciones sobre nuevas medidas. Por lo tanto, podría verse sujeto a cumplir con una nueva versión de la Directiva sobre los Productos del Tabaco a mediados del decenio de 2020 sin mucha participación en el desarrollo de esta. Es probable que perder la voz del Reino Unido en las negociaciones resulte desfavorable para los vapeadores y fumadores de la Unión Europea. La Unión Europea perderá a un defensor del enfoque racional y pragmático en torno a la reducción del daño. De esta forma, se incrementaría el peso relativo de las ideologías que ven la abstinencia como la única opción en la toma de decisiones.

REFERENCES

1. **World Health Organization. Framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf; jsessionid=C2AA36D0A77C222EBBCC794FBF3652E5?sequence=1

2. **Global and Public Health, Population Health, Healthy Behaviours, Cost Centre. Towards a smoke free generation - A tobacco control plan for England. London: Department of Health; 2017 Jul. 32 p. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/630217/Towards_a_Smoke_free_Generation_-_A_Tobacco_Control_Plan_for_England_2017-2022__2_.pdf

3. **Healthy Behaviours, Population Health Directorate, Department of Health and Social care. Tobacco control plan: Delivery plan 2017-2022. London: Department of Health; 2018 Jun. 43 p. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/714365/tobacco-control-delivery-plan-2017-to-2022.pdf

4. **Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA). Consultation letter MLX 364: The regulation of nicotine containing products. London: MHRA; 2010 Feb. 28 p. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2010-1090/DEP2010-1090.pdf

5. **European Parliament, Council of the European Union. Directive 2001/37/EC of the European Parliament and of the Council of 5 June 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco products - Commission statement. Geneva: UN; 2001 Jun 5 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2001/37/oj

6. **European Parliament, Council of the European Union. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. Geneva: UN; 2014 Apr 29 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOL_2014_127_R_0001

7. **European Parliament, Council of the European Union. Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council of 6 November 2001 on the Community code relating to medicinal products for human use. Geneva: UN; 2001 Nov 6 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A32001L0083

8. **New Nicotine Alliance. About us - Charity registration number: 1160481 [Internet]; 2020 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://nnalliance.org/nna-uk/about-us

9. **Thaler R, Sunstein C. Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness. Clitheroe : Joosr; 2015.**

10. **Heywood, J. How the Nudge unit threw light on lighting up. Blog: Civil Service [Internet]. 2015 Aug 11 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://civilservice.blog.gov.uk/2015/08/11/how-the-nudge-unit-threw-light-on-lighting-up/

REFERENCES (cont.)

11 **They Work For You [Internet]. London: My Society; 2020. Engagements: Part of oral answers to questions - Prime Minister - in the House of Commons at 11:30 on 16th December 2015; 2015 Dec 16. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.theyworkforyou.com/debates/?id=2015-12-16c.1548.1

12 **McEwen A, McRobbie H. Electronic cigarettes: A briefing for stop smoking services. Version 2. London: National Centre for Smoking Cessation and Training, Public Health England; 2016 Jan. 48 p. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/Electronic_cigarettes._A_briefing_for_stop_smoking_services.pdf

13 **McNeill A, Hajek P. Underpinning evidence for the estimate that e-cigarette use is around 95% safer than smoking: Authors' note. London: Public Health England; 2015 Aug 28 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/456704/McNeill-Hajek_report_authors_note_on_evidence_for_95_estimate.pdf

14 **GOV.UK [Internet].London: Government Digital Service; 2020. Search: E-cigarettes evidence reviews 2014-2020 (ongoing) [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.gov.uk/search/all?keywords=E-cigarettes+Evidence+Reviews&order=relevance

15 **Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. London: RCP; 2016 April [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction

16 **Department of Health (DH). Tobacco products directive (TPD): Impact assessment (IA). London: HMSO; 2016 Apr 18. 76 p. IA No. 3131. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: http://www.legislation.gov.uk/ukia/2016/109/pdfs/ukia_20160109_en.pdf

17 **Russell MJ. Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. BMJ [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2020 Aug 31]; 1:1430-1433.**
Available from: https://www.bmj.com/content/1/6023/1430

18 **Office for National Statistics (ONS). Adult smoking habits in the UK: 2019. Newport: Office for National Statistics; 2020 Jul 7 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/ adultsmokinghabitsingreatbritain/2019

19 **Office for National Statistics (ONS). E-cigarette use in Great Britain. Newport: Office for National Statistics; 2020 Jul 7 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/drugusealcoholandsmoking/datasets/ecigaretteuseingreatbritain

20 **Smoking in England [Internet]. Top-line findings on smoking in England from the Smoking Toolkit Survey; 2020 Aug 17 [cited 2020 Sep 8].**
Available from http://www.smokinginengland.info/

21 **Action on Smoking and Health (ASH). Use of e-cigarettes (vaporises) among adults in Great Britain. London: ASH; 2019 Sep [cited 2020 Sep 8].**
Available from https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf

22 **Action on Smoking and Health (ASH). Use of e-cigarettes among young people in Great Britain. London: ASH; 2019 Jun [cited 2020 Sep 8].**
Available from https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/ASH-Factsheet-Youth-E-cigarette-Use-2019.pdf

23 **Avino P, Scungio M, Stabile L, Cortellessa G, Buonanno G, Manigrasso M. Second-hand aerosol from tobacco and electronic cigarettes: Evaluation of the smoker emission rates and doses and lung cancer risk of passive smokers and vapers. Sci Total Environ [Internet]. 2018 Nov 15 [cited 2020 Sep 8]; 642:137-47.**
Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048969718321302?via%3Dihub

24 **Burstyn I. Peering through the mist: Systematic review of what the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks. BMC Public Health [Internet]. 2014 Jan 9 [cited 2020 Aug 31]; 14(article 18).**
Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-18

REFERENCES (cont.)

25 **Public Health England (PHE). Use of e-cigarettes in public places and workplaces: Advice to inform evidence-based policy. London: PHE; 2016 Jul 6. 15 p. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768952/PHE-advice-on-use-of-e-cigarettes-in-public-places-and-workplaces.PDF

26 **Action on Smoking and Health (ASH) [Internet]. Will you permit or prohibit e-cigarette use on your premises?; 2015 Oct 15. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://ash.org.uk/information-and-resources/briefings/will-you-permit-or-prohibit-e-cigarette-use-on-your-premises/

27 **European Parliament, Council of the European Union. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. Geneva: UN; 2014 Apr 3 [cited 2020 Sep 8.**
Available from: https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_en.pdf

28 **Advertising Standards Authority (ASA). The BCAP code: 33 Electronic cigarettes. London: ASA; 2010 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.asa.org.uk/uploads/assets/197dd8ab-f383-4a00-bb41203852fd826d/33-e-cigarettes.pdf

29 **Advertising Standards Authority (ASA). The CAP code: 22 Electronic cigarettes. London: ASA; 2010 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.asa.org.uk/uploads/assets/uploaded/11ef66e3-3638-4573-a867097d631c7c15.pdf

30 **Advertising Standards Authority (ASA). Claims about health in ads for e-cigarettes: CAP and BCAP's regulatory statement. London: ASA; 2018 Nov 8 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.asa.org.uk/uploads/assets/uploaded/39f85b30-3dcb-4c48-af01ba313813e7db.pdf

31 **Chaloupka FJ, Sweanor D, Warner KE. Differential taxes for differential risks -- toward reduced harm from nicotine-yielding products. N Eng J Med [Internet]. 2015 Aug 13 [cited 2020 Sep 8]; 373(7):594-597.**
Available from: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1505710

32 **Bates,C. Revision of the tobacco excise directive: Implications for low-risk nicotine products. New Nictine Alliance; 2016 Dec [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://nnalliance.org/images/documents/Tobacco-Excise-Directive-Briefing---161129-Final.pdf

33 **European Commission. Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: European Commission; 2017 May [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG

34 **National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCT). Local stop smoking services: Service and delivery guidance 2014. London: National Centre for Smoking Cessation and Training, Public Health England; 2014 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/LSSS_service_delivery_guidance.pdf

35 **Bates C. Vaping and tobacco harm reduction – highlights from England. The Counterfactual [Internet]. 2019 Jun 2 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.clivebates.com/England

36 **Bates C. What is wrong with the Tobacco Products Directive for vapour products? The Counterfactual [Internet]. 2015 May 22 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.clivebates.com/what-is-wrong-with-the-tobacco-products-directive-for-vapour-products/

37 **Snowdon CJ. E-cigarettes and Article 20 of the Tobacco Products Directive. Brussels: EPICENTER; 2015 Sep [cited 2020 Sep 8].**
Available from: http://www.epicenternetwork.eu/wp-content/uploads/2015/09/EPICENTER-Briefing-E-cigarettes-and-Article-20-14th-September-2015.pdf

APÉNDICE C

Reducción del daño por tabaco en el Sur

(países de ingresos bajos y medios o PIBM)

INTRODUCCIÓN: EL MAYOR DESAFÍO PARA LA SALUD PÚBLICA

La población actual en el continente africano suma 1 300 millones de personas.[1] Otras 411 millones de personas habitan en el Medio Oriente, una región conformada por unos 17 países.[2] Una de las preguntas más importantes que deben hacerse es cuáles son las principales causas de morbilidad y mortalidad en esas regiones, y qué puede hacerse para evitar las enfermedades y muertes prematura evitables.

A este respecto, uno de los principales problemas que afectan a dichas regiones es el consumo de tabaco combustible. El tránsito hacia sistemas menos dañinos dedosificación de nicotina y el abandono el tabaco por completo tienen el potencial de salvar cientos de millones de vidas.

Este estudio de caso busca exponer el contexto y los fundamentos de la reducción del daño por tabaco (RDT), así como describir sistemas de dosificación de nicotina menos dañinos presentes en África y Medio Oriente.

¿QUÉ DAÑOS CAUSA EL CONSUMO DE TABACO? Fumar es la más grave causa de enfermedades no transmisibles: cáncer, enfermedades cardiovascular y enfermedades respiratorias. El daño a los usuarios se produce al inhalar humo. Las personas concurrentes también reciben un cierto grado de daño por la exposición al humo emitido por otras personas («tabaquismo pasivo»).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que fumar causa seis millones de muertes rematuras cada año[3] y estima que, con las tendencias actuales, los decesos alcanzarán los mil millones antes de que termine el siglo XXI.[4]

OBJETIVOS OFICIALES PARA REDUCIR EL CONSUMO Y TABACO Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Las enfermedades no transmisibles (ENT) —principalmente las de tipo cardiovascular, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes— son la mayor causa de muertes en el mundo. Más de 36 millones de personas fallecen cada año de ENT (63 % de las muertes en el mundo), incluidas 14 millones de personas que fallecen prematuramente antes de cumplir los 70 años de edad.

Más del 90 % de estos decesos por ENT tienen lugar en países de ingresos bajos y medios (PIBM), y la mayoría podrían evitarse. La mayoría de las muertes prematuras se vinculan con factores comunes de riesgo, es decir, el consumo de tabaco, una dieta no saludable, falta de actividad física y el consumo desmedido de alcohol.[5]

En una serie de declaraciones políticas, los miembros de la Asamblea General de la ONU en 2011[6] y la Asamblea Mundial de la Salud en 2013[7, 8] se comprometieron a adoptar acciones concertadas para reducir el impacto de las ENT. Comenzaron por designar nueve objetivos globales voluntarios,[9] incluido el objetivo general de reducir la mortalidad por ENT y por el consumo de tabaco. Todos los Estados miembros, todas las naciones africanas y de Medio Oriente inclusive, estuvieron de acuerdo con estos objetivos.

Egipto, por ejemplo, con una prevalencia de adultos fumadores estimada en 18 % (principalmente hombres) en 2010, buscaría lograr una prevalencia de 18 % × (1 – 30 %) = 12.6 % para el año 2025. Nótese con, con el crecimiento demográfico, esto no significaría reducir el número de fumadores en 30 %, sino menos.

DESAFÍOS PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DE ENT La prevalencia del tabaquismo en personas de 15 años de edad o más en todo el mundo se estimaba en 22 % en 2012,[10] una cifra que resultaría difícil reducir. El objetivo es reducir la prevalencia del tabaquismo en 30 % en términos relativos (a 15,4 %) en todo el mundo para 2025. En esta sección se analizan algunas cuestiones específicas en el ámbito de África y Medio Oriente.

Tabla 1: Objetivos relevantes de enfermedades no transmisibles

ELEMENTO MARCO	OBJETIVO	INDICADORES
Objetivo 1: Enfermedades no transmisibles	Una reducción relativa de 25 % en la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas para 2025 en comparación con 2010.	• Probabilidad no condicional de morir entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. • Incidencia de cáncer, por tipo de cáncer, por cada 100 000 habitantes.
Objetivo 5: Consumo de tabaco	Una reducción relativa de 30 % en la prevalencia del consumo actual de tabaco entre personas de 15 años de edad o más para 2025 en comparación con 2010.	• Prevalencia del consumo actual de tabaco entre adolescentes. • Prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco entre personas de 18 años de edad o más.

El objetivo será en extremo difícil de lograr Es sumamente desafiante alcanzar un cambio estructural en la etiología de la morbilidad en tan solo 15 años. Tal parece que los objetivos son de carácter más político que fundamentado en evidencias de lo que funciona y de cómo puede llevarse a cabo una transición rápida. Una reducción de 30 % en la prevalencia del tabaquismo en 15 años es excepcionalmente difícil. Esto equivale a una reducción anual de 2,35 % acumulable durante 15 años. El problema es que tal ambición se contradice con la experiencia reciente.

Por ejemplo, en el período 2000-2012, la reducción promedio en la prevalencia del tabaquismo en países de África y Medio Oriente fue de tan solo 0,6 % anual (no ponderado). De hecho, la prevalencia del hábito de fumar se incrementó en 23 países de África, mientras que 36 países de Medio Oriente disminuyó en menos de 2,35 % anual.

La prevalencia se redujo en más de 2,35 % anual en solo seis países: Senegal, Nigeria, Uganda, Madagascar, Argelia y Ruanda.[11] Las experiencias africana y de Medio Oriente es acorde con la tendencia global. En la tabla 2 se muestran las tasas anuales de disminución en países desarrollados y en vías de desarrollo.[12]

Tabla 2: Cambios en la prevalencia del tabaquismo a lo largo del tiempo

PORCENTAJE ANUALIZADO DE CAMBIO EN LA PREVALENCIA DEL TABAQUISMO ESTANDARIZADA POR EDAD

	1980-1996	1996-2006	2006-2012
Global	-0.4	-1.7	-1.7
Países desarrollados	-1.0	-1.7	-1.1
Países en vías de desarrollo	-0.2	-1.7	-0.7

Es evidente que las recientes tasas de reducción estuvieron muy por debajo del 2,35 % anual proyectado en el objetivo de ENT para el consumo de tabaco. Además, la tasa de reducción se ralentizó hace poco, en el período 2006-2012, en coincidencia con la adopción de la Convención Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Los informes recientes sugieren que la prevalencia del tabaquismo podría estar, de hecho, en aumento en África[13] y en los Estados del Golfo,[14] lo cual se confirma en las proyecciones hechas por la OMS.[15]

(Véase la figura 1)

A una tasa de 0,7 % anual, la reducción en 15 años apenas alcanzaría el 10 %, es decir, solo una tercera parte de lo que proponen los objetivos de la ONU. Puesto que, según las proyecciones, la población mundial se incrementará en 17 % entre 2010 y 2025, es posible reducir la prevalencia en hasta 1,2 % cada año y aun así tener más fumadores en 2025 que en 2010.

Es probable que se necesite una nueva estrategia si se desea que las naciones se acerquen a los objetivos de la ONU sobre reducción de la prevalencia del tabaquismo en 30 %. Tal estrategia se enfocaría en reducir los riesgos de enfermedad para las personas que continúen consumiendo tabaco o nicotina, y complementaría otros esfuerzos para el control del tabaco.

CAMBIO PROYECTADO EN LA PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN ADULTOS, 2010-2025 (OMS)

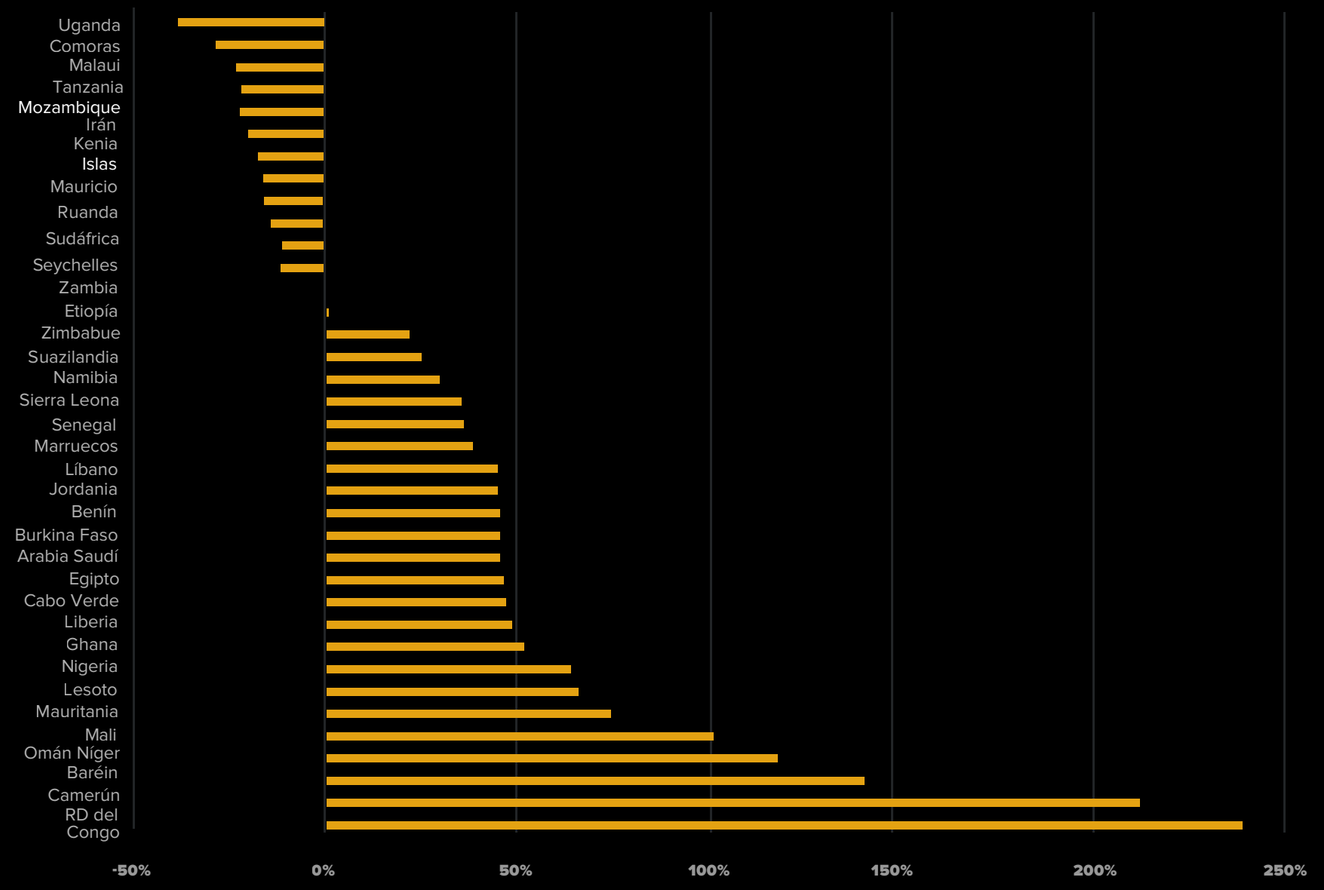
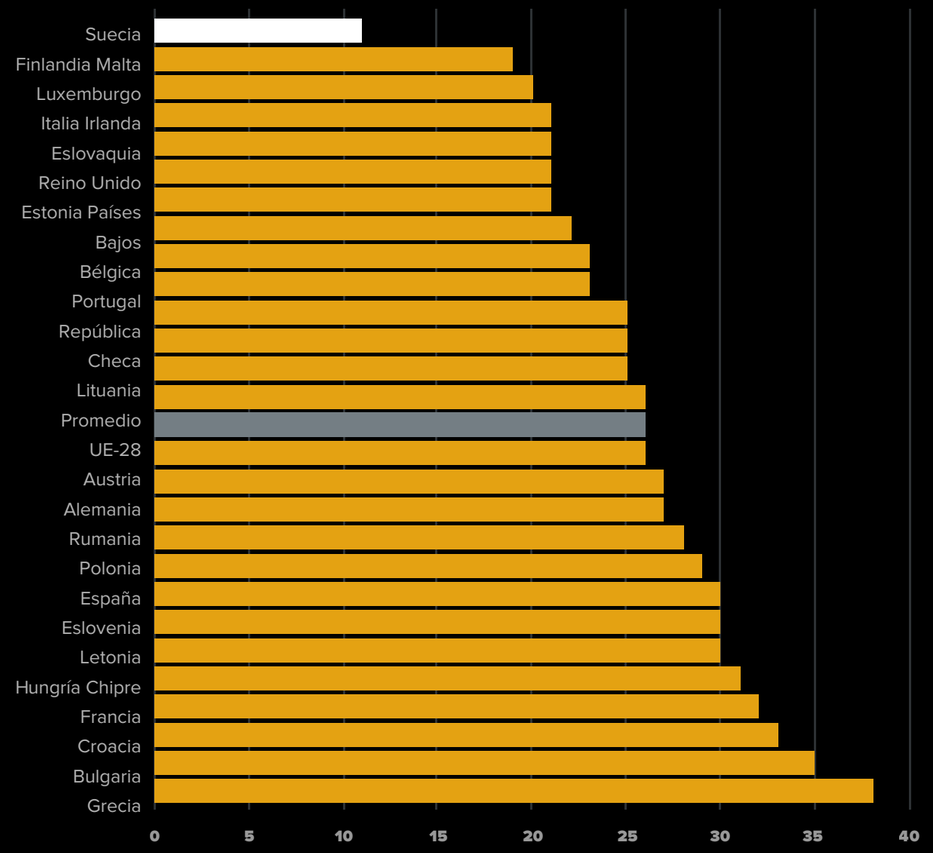


Figura 1: Cambio proyectado en la prevalencia del tabaquismo en países de África y Medio Oriente Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2015

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN LA UNIÓN EUROPEA: PORCENTAJE DE ADULTOS



Fuente: Comisión Europea, Eurobarómetro 429, mayo de 2015: trabajo de campo noviembre-diciembre de 2014 P: Hablando de cigarrillos, cigarros puros o pipa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted? Esta pregunta no incluye el consumo de cigarrillos electrónicos. R: Usted fuma actualmente.

Figura 2: Gráfico sobre el papel que tiene el tabaco sin humo en la reducción del tabaquismo: Suecia[16]

Objetivos en conflicto

El principal objetivo sobre ENT se define en términos de enfermedades y muertes registradas. Sin embargo, el objetivo de modificar el comportamiento riesgoso se define en términos de consumo de tabaco, mientras que la abrumadora causa de enfermedad es el consumo de cigarrillos. Esto genera un problema ante la existencia de presentaciones de tabaco que pueden sustituir al hábito de fumar y son mucho menos riesgosas. Lo anterior tiene que ver con el concepto de «reducción del daño», que se abordará con mayor detalle más adelante.

El problema es claro, tanto en la teoría como en la realidad. Es bien sabido que un producto de tabaco sin humo, snus, es responsable de que Suecia tenga una de las menores tasas de tabaquismo entre los países desarrollados con amplio margen (véanse los datos de la Unión Europea[16] en la figura 2) y una de las tasas más bajas de cáncer y enfermedades cardiovasculares.[17] En comparación con fumar, el riesgo para los usuarios de snus es realmente bajo.[18]

(Véase la figura 2)

La situación es extrapolable a otras presentaciones de tabaco que tiene el potencial de sustituir al cigarrillo, a la vez que presentan riesgos mucho menores. Por ejemplo, los productos de tabaco calentado o pastillas de tabaco contribuyen al cumplimiento del objetivo 1 (mortalidad general por ENT), pero no contribuyen al objetivo 5: reducir la prevalencia del tabaquismo.

Los objetivos de ENT y tabaquismo entran parcialmente en conflicto. El objetivo del tabaquismo debería concentrarse en el consumo de cigarrillos, o bien los gobiernos deberían priorizar la atención en las enfermedades e ignorar o reinterpretar el objetivo del tabaquismo.

Recopilación y análisis de datos

Un reto importante será la recopilación de datos, incluidas los estimaciones de datos referencia correspondientes a 2010. Esto será especialmente difícil en África y Medio Oriente, donde la recopilación de datos ha sido esporádica en el mejor de los casos. La OMS ha publicado un informe de la situación mundial[10] y una serie de tarjetas informativas nacionales.[19]

Asimismo, ha puesto en marcha una maquinaria institucional para dar seguimiento al progreso y motivar la acción. Sin embargo, la calidad de la cobertura y frecuencia de la recopilación de datos está lejos de ser la ideal para este desafío. Adicionalmente, dificulta comprender qué transiciones están haciendo los consumidores de tabaco y si estas son benéficas para su salud.

En países más pobres, las estadísticas que monitorean el consumo de tabaco y nicotina y las transiciones a lo largo del tiempo son una prioridad para la salud pública. Esta es un área en la que las compañías tabacaleras podrían financiar sondeos independientes que expertos externos hayan diseñado o validado.

CONSUMO DE TABACO EN MEDIO ORIENTE

Los datos disponibles para caracterizar el tabaquismo y otras formas de consumo de tabaco en África y Medio Oriente suelen ser deficientes. En muchos casos, simplemente consisten en proyecciones de ventas u otras estimaciones vagas. No obstante, el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de Estados Unidos ha realizado un esfuerzo para darle sentido a las estimaciones de prevalencia del tabaquismo y otros datos relevantes.[11, 12] Tales estimaciones, aunque bastante completas, no son mediciones directas, sino el mejor intento que pudo hacerse con los datos disponibles y con amplios márgenes de error.

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

Los mapas siguientes ponen en el contexto global la prevalencia del tabaquismo en África y Medio Oriente y muestran que el panorama es diverso.

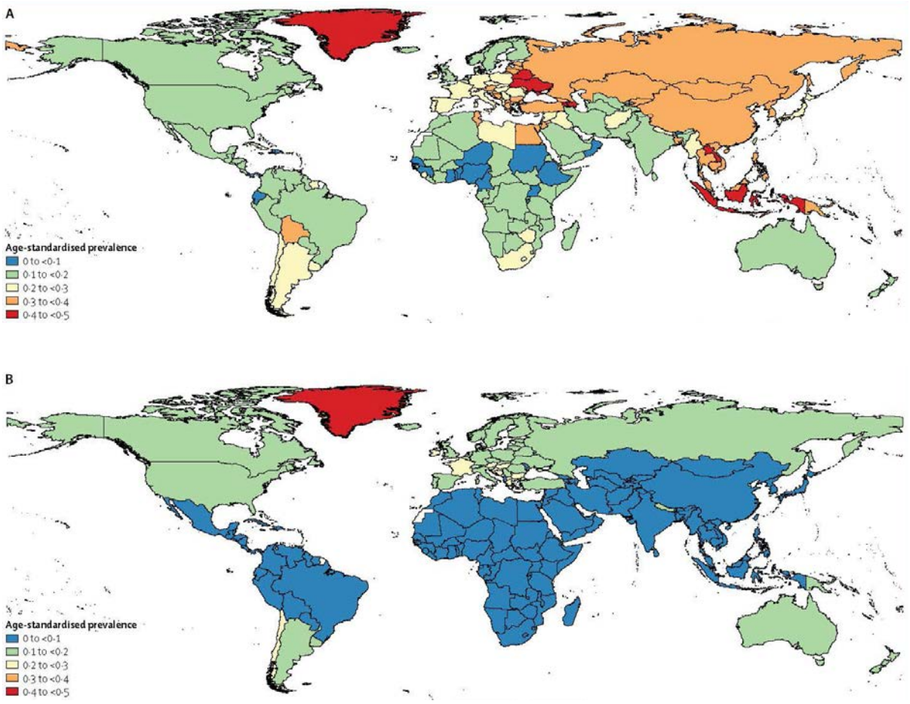


Figura 3: Prevalencia global de tabaquismo entre hombres y mujeres[11]
Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation

Los datos muestran que África y Medio Oriente tienen tasas variadas de prevalencia del tabaquismo, con las más altas concentradas en el Norte de África y Medio Oriente. También hay una gran disparidad entre las tasas de fumadores hombres y mujeres por toda la región. Predomina el tabaquismo entre hombres, lo cual merece atención.

Sin embargo, hay un gran riesgo de que las mujeres fumadoras comiencen a aumentar hacia niveles similares a los de Europa, por lo que es importante asegurarse de que el hábito no comience a aparecer entre las mujeres conforme sube el nivel de ingresos. Si bien la región de África y Medio Oriente no es la de mayor prevalencia del tabaquismo en el mundo, se espera que tenga un mayor protagonismo con el tiempo.

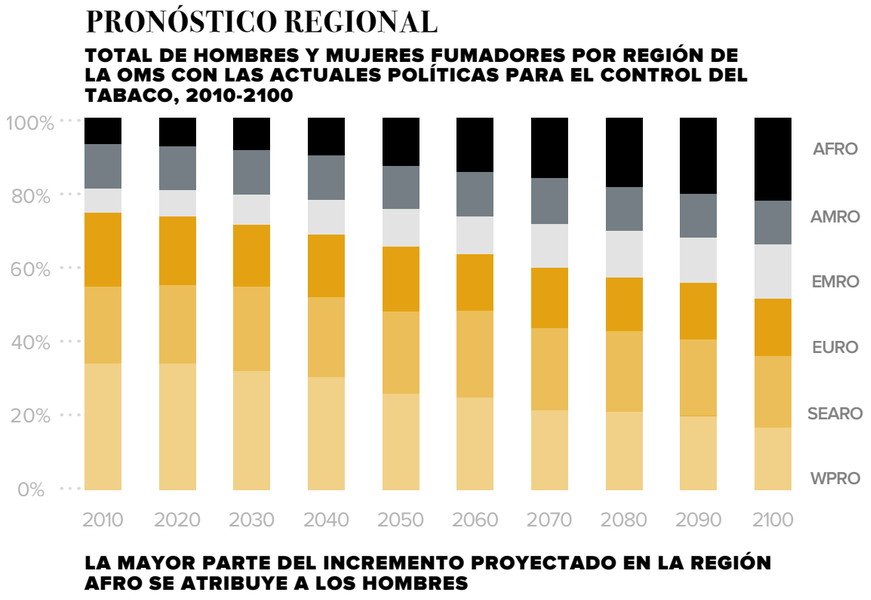


Figura 4: Diferencias en la distribución de la población fumadora por región de la OMS, 2010-2100 Fuente: Atlas del Tabaco/OMS 2018 Atlas del Tabaco https://tobaccoatlas.org/

Los siguientes gráficos contienen las mejores estimaciones de prevalencia del tabaquismo en el Norte de África, Medio Oriente y África subsahariana. Es necesario reiterar que la calidad de los datos subyacentes no es buena.

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO: NORTE DE ÁFRICA Y MEDIO ORIENTE, 2012 (PORCENTAJE DE FUMADORES)

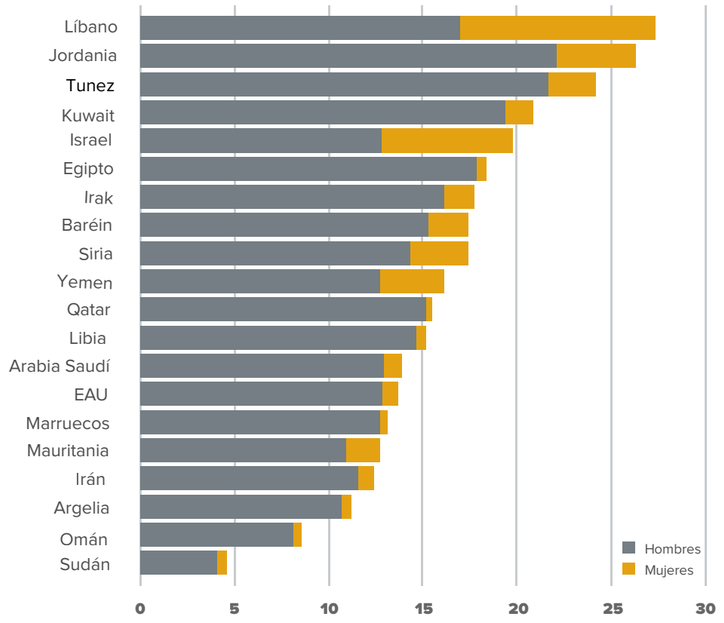


Figura 5: Prevalencia del tabaquismo en el Norte de África y Medio Oriente[11]

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO: ÁFRICA SUBSAHARIANA, 2012 PAÍSES CON POBLACIÓN > 10 MILLONES (PORCENTAJE DE FUMADORES)

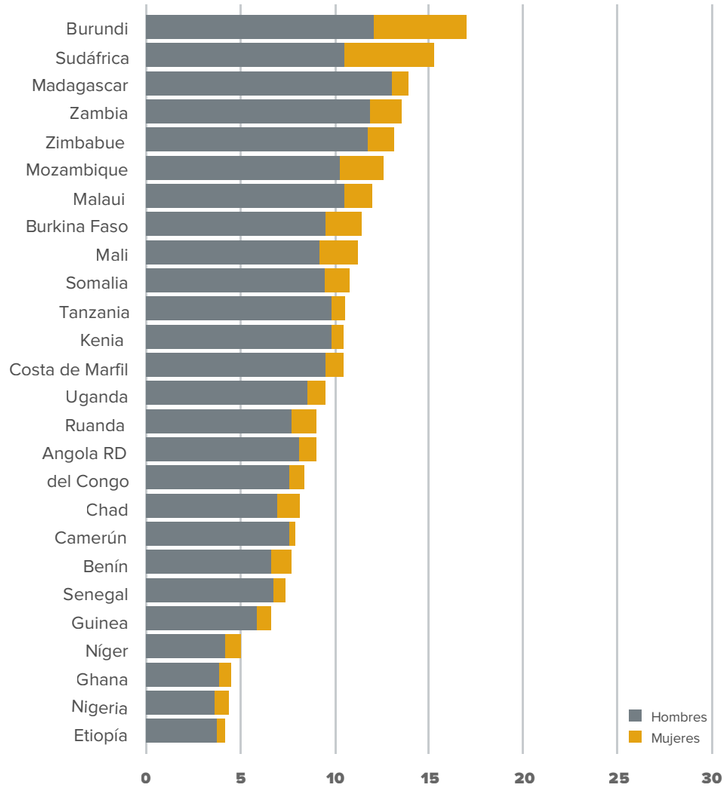


Figura 6: Prevalencia del tabaquismo en África subsahariana[11]

Observaciones sobre los patrones del tabaquismo:

- En todos los países de la región, predominan los fumadores hombres en la prevalencia del tabaquismo. Si bien la prevalencia del tabaquismo entre la población total es baja según los estándares internacionales, es alta entre los hombres.
- Una de las preocupaciones es que empiece a incrementarse el tabaquismo entre las mujeres conforme se reduce entre los hombres, un efecto que se observó en Europa y Estados Unidos.
- Las tasas de tabaquismo son bastante mayores en el Norte de África y Medio Oriente. Empero, estos países en conjunto tienen más ingresos disponibles. Por tanto, puede haber espacio para la adopción de nuevas tecnologías.

NÚMERO Y AUMENTO DE FUMADORES
Podemos ampliar este análisis para ver cuáles países tienen las mayores cifras de fumadores (p. ej., grandes poblaciones con alta prevalencia de tabaquismo) y, con ello, dónde pueden tener mayor impacto los avances del régimen regulatorio. El gráfico de abajo muestra cuáles países cuentan con más fumadores por su combinación de población grande y alta prevalencia del tabaquismo.

También podemos echar un vistazo a dónde se han estado incrementando más rápidamente las cifras de fumadores. El gráfico de abajo muestra en cuáles países se ha dado el primer 80 % de incremento de fumadores entre 2000 y 2012. Así pues, estos son países con grandes poblaciones y una creciente prevalencia del tabaquismo.

¿DÓNDE SE ENCUENTRAN LOS FUMADORES? DESGLOSE DE LOS PAÍSES QUE CONCENTRAN EL 80 % DE LOS FUMADORES

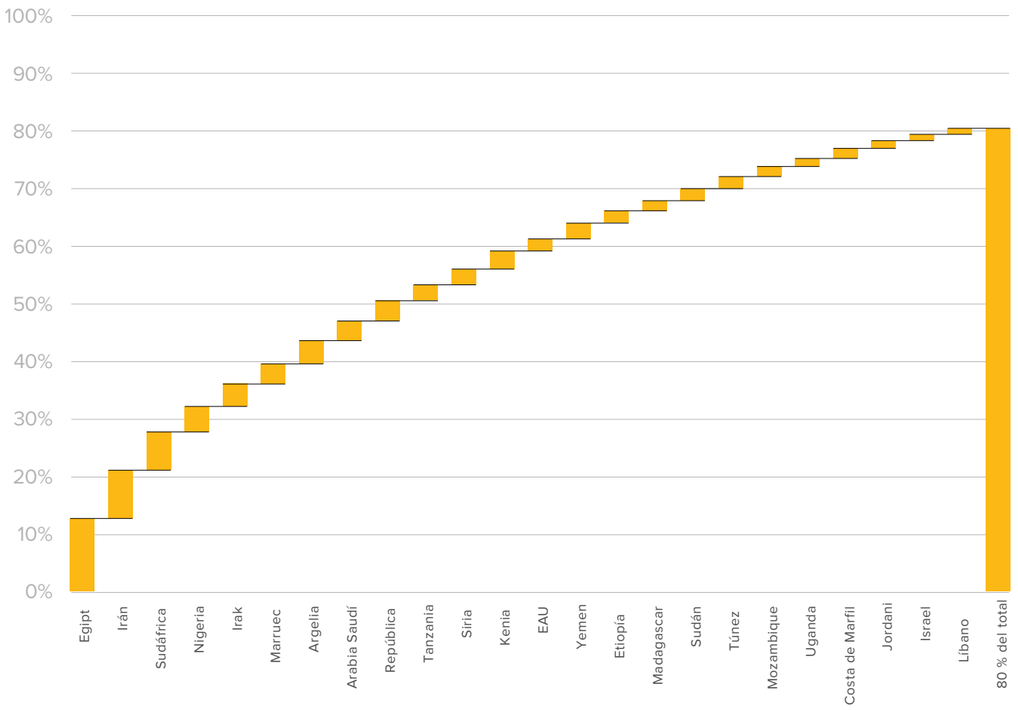


Figura 7: Países que concentran el 80 % de fumadores en África y Medio Oriente[11]

ORÍGENES DEL INCREMENTO EN EL NÚMERO DE FUMADORES, 2000-2012 CONTRIBUCIÓN AL PRIMER 80 % DE NUEVOS FUMADORES EN ÁFRICA Y MEDIO ORIENTE

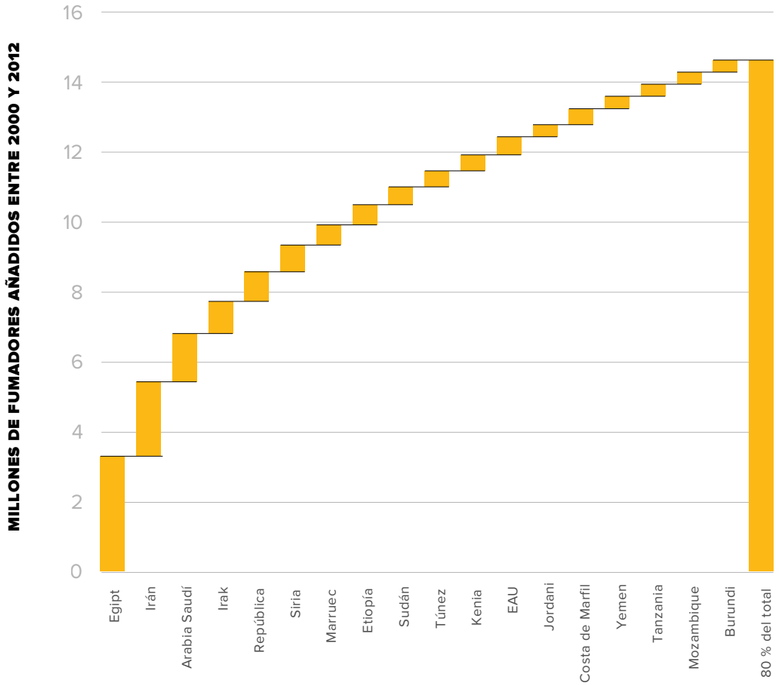


Figura 8: Incremento en el número de fumadores[11]

CONSUMO DE TABACO SIN HUMO: PAÍSES DE LOS QUE SE TIENEN DATOS Y CON PREVALENCIA > 2 %

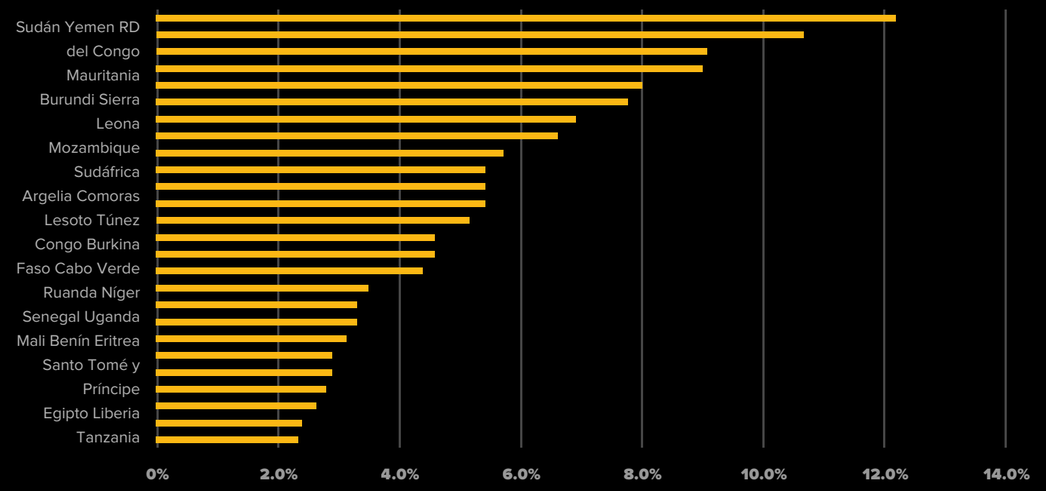


Figura 9: Prevalencia del tabaco sin humo Fuente: Atlas del Tabaco/OMS 2018 Atlas del Tabaco https://tobaccoatlas.org/

USO DE PIPA DE AGUA: PAÍSES DE LOS QUE SE TIENEN DATOS (PORCENTAJE)

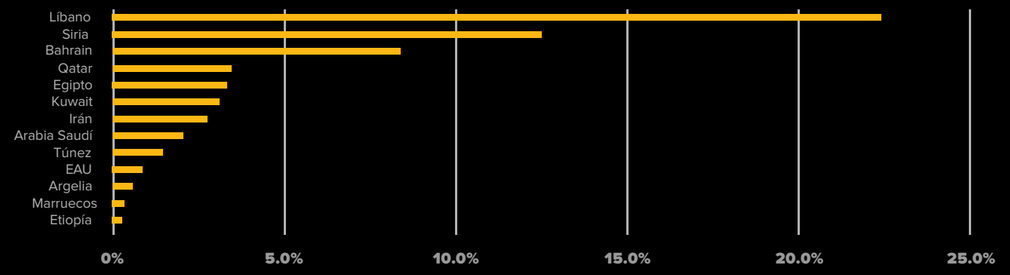


Figura 10: Prevalencia del uso de la pipa de agua Fuente: Atlas del Tabaco/OMS 2018 Atlas del Tabaco https://tobaccoatlas.org/

TABACO SIN HUMO

Los datos sobre consumo de tabaco sin humo son escasos y de mala calidad. El consumo de tabaco sin humo suele originarse en las tradiciones y la cultura más que en la mercadotecnia o las prácticas modernas de identidad de marca. *(Véase la figura 9)*

Se requiere tener gran cuidado en la estrategia para el tabaco sin humo que se adopte en África y Medio Oriente. El peligro surge de una regulación bien intencionada. Si esta modifica los precios, la disponibilidad o el carácter del tabaco sin humo en el mercado, existe el peligro de que los usuarios retomen alternativas mucho más dañinas.

El de Sudán es un caso especialmente interesante, pues no solo tiene la mayor tasa de consumo de tabaco sin humo (12,1 %), sino también una de las menores tasas de tabaquismo (4,1 %). Si se usara la regulación para cambiar el mercado del tabaco en Sudán, se correría el riesgo de que los consumidores de nicotina cambiaran el consumo de toombak por el de cigarrillos.

Sin embargo, existen opciones para reducir los riesgos asociados con el consumo de tabaco sin humo. Puesto que usar tabaco sin humo no implica ninguna transformación química por medio de la combustión, se pueden reducir los riesgos cambiando el carácter del tabaco usado y estableciendo estándares para las nitrosaminas, metales pesados, nitratos, etc.

Mejor que enfocarse en los riesgos del tabaco sin humo sería enfocarse en la oportunidad de que el tabaco sin humo constituye una alternativa de bajo costo para el tabaquismo.

USO Y CIENCIA DE LA PIPA DE AGUA

Los datos sobre el uso de pipa de agua también son esporádicos y de mala calidad. Los datos disponibles muestran concentraciones en el Norte de África y Medio Oriente. Las pipas de agua también son conocidas como hookah, shisha, narguile y varios otros nombres. La OMS ha subrayado la prevalencia del uso de la pipa de agua en su Región Mediterránea Oriental:[20]

> *La Región Mediterránea Oriental (que incluye países de Medio Oriente y el Norte de África) tiene la más alta prevalencia en el uso de pipa de agua en el mundo,(9) en especial entre los jóvenes.(10, 11) En varios países de la Región Mediterránea Oriental, la prevalencia del uso de pipa de agua entre niños de 13-15 años de edad osciló de 9 % a 15 %.(12) Además, hay datos que muestran incrementos rápidos en la prevalencia; en un estudio longitudinal de tabaquismo entre la juventud en la región, la prevalencia de la pipa de agua aumentó 40 % en 2 años de seguimiento (de 13,3 % a 18,9 %; p < 0,01) (13)*

(Véase la figura 10)

La bibliografía sobre pipas de agua es sustanciosa y va en aumento. Una búsqueda de títulos o resúmenes en PubMed con los términos "pipa de agua" y "hookah" arroja 690 artículos.[21]

La dificultad consiste en organizar dicha bibliografía en una síntesis coherente y evitar una mala interpretación de los hallazgos; por ejemplo, regímenes inadecuados de caladas que imiten el consumo de cigarrillo en vez de patrones propios de las pipas de agua.[22]

Un panel de expertos de la OMS informó sobre los impactos de las pipas de agua para la salud en 2005,[23] pero recibió cuestionamientos importantes de la comunidad experta.[24] Un segundo informe, más reciente, de la OMS[25] describe el estado de la evidencia y las necesidades de investigación. En él se sintetiza la evidencia de salud de la siguiente forma:

> *En resumen, toda la evidencia, desde los estudios moleculares hasta estudios en poblaciones humanas, llega a la conclusión de que fumar tabaco en pipa de agua causa enfermedades comúnmente asociadas con el consumo de cigarrillos, incluida la adicción. Si bien hay menos estudios sobre los componentes, actividad biológica y efectos en la salud del tabaco en pipas de agua que sobre el consumo de cigarrillos, la regularidad de la evidencia a través de diversos enfoques científicos sugiere fuertemente que esta conclusión primaria no cambiará conforme se obtenga más evidencia. A la luz de la popularidad y el creciente uso de pipas de agua en todo el mundo, se necesitan acciones firmes y justificadas para proteger la salud pública.*

Las necesidades de investigación se exponen en las páginas 42-43 del informe[25] y se reproducen en la figura siguiente

NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN SOBRE LAS PIPAS DE AGUA IDENTIFICADAS POR EL GRUPO DE EXPERTOS DE LA OMS

- Los tipos y patrones de uso de pipas de agua en todas las regiones y culturas.
- El grado en el que las propiedades químicas y físicas del humo dependen de la configuración de la pipa de agua y las condiciones en que se fume.
- La epidemiología de efectos agudos para la salud y el riesgo de enfermedad relacionados con la pipa de agua. Esto incluye adicción, transmisión de enfermedades contagiosas no relacionadas con el tabaco,(1) cáncer en vías respiratorias, y enfermedades cardiovasculares y de otros tipos relacionadas con el tabaco. Se hace énfasis en la comprensión de cómo los patrones de uso (por ejemplo, frecuencia, ingredientes o material colocado en la cabeza o el cuenco de la pipa de agua, sesiones grupales vs. individuales y si se comparte la boquilla) influyen en el riesgo de enfermedad, considerando grupos específicos tales como mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva.
- Desarrollo de biomarcadores estandarizados de exposición y efecto, como aductos de ADN, para obtener evidencia complementaria de los efectos biológicos de fumar en pipa de agua en las células y en animales experimentales y, con ello, determinar si el humo de la pipa de agua provoca respuestas inflamatorias y oxidantes al estrés.
- La influencia de prácticas culturales y sociales en la iniciación y el mantenimiento del hábito.
- La relación entre fumar pipas de agua y otras formas de tabaco, incluidos la sustitución y el consumo de productos diversos, y el grado en que la iniciación en el consumo de tabaco con pipa de agua es un factor decisivo en el posterior uso de otras formas de tabaco.
- La relación entre fumar tabaco en pipa de agua y consumir otras drogas, incluida la marihuana.
- Desarrollo de estrategias para la prevención y el abandono culturalmente relevantes.
- Desarrollo de medidas contra la dependencia de la nicotina y el tabaco que estén validadas para el consumo de tabaco en pipa de agua, considerando también las diferencias culturales y lingüísticas.
- El grado en que el tabaco saborizado, los bares de pipas de agua y otras herramientas de mercadotecnia, factores económicos y la ausencia de regulaciones específicas para el consumo de tabaco en pipas de agua influyen en la popularización mundial de este hábito.
- El efecto sobre los no fumadores por la exposición al humo de las pipas de agua, incluidos los efectos para la salud, y «renormalización» del consumo de tabaco.
- El efecto sobre los no fumadores por la exposición al humo de las pipas de agua, incluidos los efectos para la salud, y «renormalización» del consumo de tabaco.
- Si el uso de pipas de agua sin tabaco o con tabaco de muy poca nicotina ocasiona dependencia; efectos epigenómicos de fumar tabaco en pipa de agua, por ejemplo en los epitelios de las vías respiratorias.
- La función de los sabores en una mayor tasa de iniciación, consumo dual y el uso continuado de otros productos del tabaco, así como los efectos de los sabores en el largo plazo.
- Para la Red Laboratorios del Tabaco (TobLabNet) de la OMS, debe hacerse un análisis en un período de dos años. De esta forma se determinará si los procedimientos operativos convencionales para medir los niveles de nicotina, nitrosaminas específicas del tabaco y benzo(a)pireno en el contenido y las emisiones de los cigarrillos se aplican o pueden adaptarse adecuadamente al humo de pipas de agua. Tal análisis obedece a una solicitud de la OMS durante la sexta sesión de la Conferencia de las Partes para la CMCT de la OMS.(176)

Figura 11: Necesidades de investigación sobre el uso de pipas de agua

A continuación se reproducen un resumen de los artículos analíticos más recientes[26, 27, 28, 29, 30] y una declaración consensuada de expertos.[31]

Numerosos testimonios epidemiológicos sugieren que fumar en pipa de agua (también llamada hookah, shisha o narguile) se ha convertido en un fenómeno mundial, sobre todo entre los jóvenes. La alarmante difusión de la pipa de agua y una cada vez mayor evidencia de sus efectos adictivos y nocivos para la salud representan una nueva amenaza en la lucha global para limitar la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco. En respuesta a esta preocupante situación, importantes organizaciones de salud y control del tabaco han dado inicio o están considerando dar inicio a una recopilación sistemática de datos sobre el uso de la pipa de agua para monitorear sus tendencias y evaluar sus efectos nocivos en distintas sociedades. Semejantes planes requieren coordinación y consenso en torno a herramientas de medición epidemiológica que reflejen la singularidad de este método de consumo de tabaco y, al mismo tiempo, permitan comparar las tendencias de pipas de agua a través de momentos y lugares, al igual que con otros métodos de consumo de tabaco.

Hace una década, un grupo conocido como el Panel de Expertos para la Evaluación de la Pipa de Agua en Estudios Epidemiológicos comenzó a trabajar de forma colaborativa para desarrollar medidas y definiciones estandarizadas para la evaluación del uso de pipas de agua en estudios epidemiológicos. El grupo, compuesto por investigadores de primera línea provenientes de universidades de Medio Oriente, Estados Unidos y el Reino Unido, llevó a cabo un proceso iterativo para elaborar los instrumentos y las definiciones sugeridos con base en el conocimiento existente de la epidemia del uso de pipas de agua. En una declaración consensuada, el grupo afirma haber intentado «ampliar y actualizar las herramientas de evaluación a la luz del cada vez mayor conocimiento y comprensión de los patrones de uso de pipas de agua, su contexto y mercadotecnia, así como la necesidad de políticas y regulaciones con base científica para frenar su difusión.» Añade que si bien las medidas sugeridas no son de ninguna manera exhaustivas, se espera que puedan constituir los cimientos para una vigilancia estandarizada y comparable del uso de pipas de agua en todo el mundo.

Fotografía de Ramille Soares en Unsplash

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y PRODUCTOS CON VAPOR: POLÍTICAS EN VIGOR

La investigación y los sistemas de vigilancia sistemática en vigor sobre el uso de cigarrillos electrónicos en África y Medio Oriente siguen siendo insuficientes. Sin embargo, hay informes de un consumo creciente en ciertas jurisdicciones, por ejemplo en Sudáfrica,[32] donde su comercialización ha sido suficiente para justificar la creación de la Asociación Sudafricana de Cigarrillos Electrónicos (EASA, por sus siglas en inglés).

El servicio de información sobre la industria de los cigarrillos electrónicos, E-cigarette Intelligence, estima que el mercado en Sudáfrica tiene un valor de entre 25 y 50 millones de dólares, con una base de 100 000 a 150 000 usuarios activos de cigarrillos electrónicos en 2014.[33]

No obstante, se ha dado cierto seguimiento sistemático a las políticas que se aplican a los cigarrillos electrónicos. La Facultad de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg analiza el contexto de las políticas en 123 países.[34] Su encuesta reporta las siguientes políticas en vigor (se resaltan los Estados de África y Medio Oriente) que muestran cómo los Estados del Golfo adoptan una actitud especialmente hostil hacia los cigarrillos electrónicos:

La venta de cualquier tipo de cigarrillos electrónicos está prohibida en 26 países: Argentina, **Baréin**, Brasil, Brunéi Darussalam, Camboya, Colombia, Grecia, Jordania, **Kuwait**, **Líbano**, Lituania, Mauricio, México, Nicaragua, **Omán**, Panamá, **Qatar, Arabia Saudí**, Islas Seychelles, Singapur, Suriname, Tailandia, Turquía, **Emiratos Árabes Unidos**, Uruguay y Venezuela.

En total, 33 países prohíben o restringen la publicidad, fomento o patrocinio de cigarrillos electrónicos en sus políticas (se trata de Argentina, Australia, Austria, **Baréin**, Bélgica, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Fiyi, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Japón, **Jordania, Kuwait**, México, Nueva Zelanda, Noruega, Omán, Panamá, Portugal, **Qatar, Arabia Saudí,** Islas **Seychelles**, Turquía, **Emiratos Árabes Unidos,** Uruguay y Venezuela).

*El uso de cigarrillos electrónicos está prohibido en tres países (Camboya, **Jordania** y **Emiratos Árabes Unidos**).*

*El uso de cigarrillos electrónicos está prohibido en lugares públicos cerrados, incluidos bares, restaurantes y ciertos sitios de trabajo, en 15 países (**Baréin**, Bélgica, Colombia, Croacia, Ecuador, Grecia, Honduras, Malta, Nepal, Nicaragua, Panamá, Filipinas, República de Corea, Serbia y Turquía).*

También ha habido iniciativas recientes para prohibir la venta de cigarrillos electrónicos en Uganda,[35] así como noticias de una prohibición de largo plazo en Egipto.[36] No es claro cuán estrictamente se aplican estas prohibiciones.

En 2019, ejemplos de otros países selectos en África y Medio Oriente son los siguientes:

Argelia carece de legislación para los productos electrónicos con vapor. Tales productos tienden a ser usado más por hombres que por mujeres; la prevalencia del tabaquismo también es mucho más alta en los hombres.

Camerún sigue siendo uno de los países de la CEMAC (Comunidad Económica y Monetaria de África Central) que no cuenta con una ley nacional antitabaquismo, según Euromonitor. La lenta implementación y aplicación de leyes antitabaquismo puede haber sido la causa de un aumento general del consumo de cigarrillos, de 7,9 % en 2014 a 8,2 % en 2019.

Egipto reporta que la mayoría de los fumadores de cigarrillos adultos son hombres, casi el 55 %. El porcentaje de fumadoras se incrementó lentamente de 4,8 % en 2014 a 5,5 % en 2019. De acuerdo con un sondeo de 2018/2019, el 78 % de los encuestados dijo tener conocimiento sobre los productos electrónicos con vapor. Aunque las ventas y la distribución de estos productos están prohibidas en el mercado, los consumidores los adquieren para su uso personal en sitios web extranjeros (reporte por países de Euromonitor).

bla 3: Prevalencia del consumo de cigarrillos y el vapeo en Egipto, 2014-2019

PAÍS	PRODUCTO	GÉNERO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Egipto	Cigarrillo	Masculino	55.5	55.4	55.3	55.1	54.9	54.7
		Femenino	4.8	4.9	5	5.1	5.3	5.5
		Total	30.6	30.6	30.6	30.6	30.6	30.5

Israel cuenta con legislación para los productos electrónicos con vapor. Esta incluye la prohibición de venta a menores, de fumar en espacios públicos y de hacer publicidad a los productos en medios masivos. A pesar de estas regulaciones más estrictas, el valor de venta de los productos electrónicos con vapor se incrementó de 3,9 millones de dólares en 2014 a 40,3 millones de dólares en 2019.

Kenia elevó aún más el impuesto al tabaco en 2018, lo cual tuvo efecto, ya que el volumen de venta minorista de los cigarrillos disminuyó, según Euromonitor. Los esfuerzos en curso de grupos antitabaquismo también están afectando las ventas de tabaco, y la prevalencia del hábito sigue reduciéndose tanto entre hombres como entre mujeres.

Tabla 4: Prevalencia del consumo de cigarrillos y el vapeo en Kenia, 2014-2019

PAÍS	PRODUCTO	GÉNERO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Kenia	Cigarrillo	Masculino	21.6	21.5	21.4	21.4	21.2	21.2
		Femenino	1.7	1.6	1.6	1.6	1.5	1.5
		Total	11.5	11.4	11.3	11.3	11.2	11.1

Marruecos permite el uso de productos electrónicos con vapor en espacios públicos, y estos no son objeto de ninguna restricción. De acuerdo con Euromonitor, la mayoría de las tiendas de vapeo en ese país han cerrado debido a la baja demanda de sus productos y componentes. Además, los fumadores están más dispuestos a consumir productos del tabaco tradicionales por su precio más bajo.

Nigeria puso en marcha el segundo de tres incrementos anuales de tasación específica, lo que significa un aumento continuado en los precios unitarios de los cigarrillos. Conforme los usuarios se enfrentan con precios más altos, el volumen de ventas minoristas de cigarrillos disminuyó en 2019. En ese año, los mayores precios de los cigarrillos provocaron una gradual disminución en la prevalencia del tabaquismo durante el período analizado.

Arabia Saudí permite el consumo y la venta[37] de productos electrónicos con vapor, pero no hay una vía legal para que los consumidores compren un módulo de vapeo, líquido de recarga ni en general el equipo necesario para vapear.

Sudáfrica tiene una subregulación para e-los productos con vapor. En años recientes, el valor de ventas de los vaporizadores electrónicos y los productos de tabaco calentado se ha ido incrementando, mientras que las ventas de cigarrillos combustibles han presentado una tendencia a la baja. La prevalencia del vapeo aumentó poco a poco de 2014 a 2019, a la vez que el consumo de cigarrillos disminuía.

Tabla 5: Prevalencia del consumo de cigarrillos y el vapeo en Sudáfrica, 2014-2019

PAÍS	PRODUCTO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudáfrica	Cigarrillo	19	18.7	18.6	18.5	18.9	18.4
	Vapeadores electrónicos	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4	0.5

Túnez ha visto un incremento en la prevalencia del consumo de cigarrillos, de 31,8 % a 32,6 % entre 2016 y 2019. La tasa es extremadamente alta entre hombres, con 55,1 % en 2019.

A pesar de la brecha de género entre fumadores y fumadoras, la prevalencia del tabaquismo entre mujeres es mayor que en la mayoría de países de Medio Oriente y África.

Tabla 6: Prevalencia del consumo de cigarrillo en Túnez, 2014-2019

PAÍS	PRODUCTO	GÉNERO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Túnez	Cigarrillo	Masculino	55.2	54.5	54	54.1	54.4	55.1
		Femenino	10.6	10.7	10.7	10.7	11	11.1
		Total	32.4	32	31.8	31.9	32.1	32.6

Emiratos Árabes Unidos ha desarrollado un indicador nacional de la tasa de tabaquismo, la cual se mantuvo en 16,4 % entre la población adulta en 2019, según Euromonitor. Actualmente, EAU está siguiendo planes para reducir la prevalencia del tabaquismo a 15,7 % de la población adulta en 2021. El país ha conformado un comité nacional para el control del tabaco, integrado por 12 órganos de gobierno. Este comité tiene la tarea de esbozar legislaciones, regulaciones y sistemas relativos al control del tabaco, así como una base de datos sobre el consumo de tabaco, sus productos y su comercialización. Supuestamente, los esfuerzos de la nación en este ámbito lograron una reducción de 18 % en el número de fumadores adultos desde 2010, de conformidad con las metas de la encuesta de salud 2017/2018. Asimismo, se ha aplicado un impuesto selectivo de entre 50 y 100 % al tabaco y sus derivados.

Fotografía de Gift Habeshaw en

ESTRATEGIA PARA EL DEL

Los legisladores han estado trabajando durante cinco décadas para controlar las enfermedades relacionadas con el tabaco. La estrategia para el control del tabaco debe enfocarse en reducir las muertes prematuras y los daños graves, como el cáncer o enfermedades cardiovasculares y respiratorias, lo antes posible. Con este fin, la estrategia más eficiente para el control del tabaco tiene cuatro elementos principales:

1. Brindar incentivos fuertes para no empezar a fumar.
2. Motivar y ayudar a las personas a dejar de fumar.
3. Reducir el daño a los no fumadores por la exposición a las toxinas del humo de segunda mano.
4. Reducir el daño a quienes continúen onsumiendo nicotina.

EL ENFOQUE TRADICIONAL EN LA POLÍTICA DE CONTROL DEL TABACO: MPOWER

Hay un conjunto de medidas bien establecidas para el control del tabaco que busca cambiar la demanda de productos del tabaco con base en los primeros tres elementos del control del tabaco recién mencionados. La Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones a veces usan el acrónimo MPOWER para denominar este conjunto.[38]

MPOWER tiene seis componentes:

- **M** (supervisar) las políticas para la prevención y el uso del tabaco
- **P** rotect – (proteger) a las personas del humo del tabaco
- **O** (ofrecer) la ayuda necesaria para que se deje de consumir tabaco
- **W** (concienciar) sobre los peligros del tabaco
- **E** (imponer) prohibiciones a la publicidad en lo relativo al tabaco,
- **R** (aumentar) la creación e implantación de impuestos sobre el tabaco

En países desarrollados, estas medidas han contribuido a un declive en el tabaquismo desde los muy altos niveles que se tenían entre las décadas de 1950 y 1980. También constituyen la base de la Convención Marco para el Control del Tabaco de la OMS,[39] con la cual se busca desarrollar tales medidas de manera más firme en países en vías de desarrollo.

Aunque eficientes, estas medidas están sujetas a restricciones en los recursos para su adopción, obstáculos para lograr su cumplimiento y limitaciones políticas. Por ejemplo, cuánto debería entrometerse un Estado en las decisiones personales, si las prohibiciones al tabaquismo pueden justificarse en espacios privados tales como hogares, y preocupaciones con respecto a que los impuestos al tabaco son regresivos o generan mercados ilícitos. Cada país enfrenta estas cuestiones a su manera.

EL ENFOQUE FALTANTE EN MATERIA DE POLÍTICAS: REDUCCIÓN DEL DAÑO POR TABACO

La reducción del daño, el cuarto pilar de la estrategia para el control del tabaco mencionada, ha recibido menos atención que los demás y sido objeto de hostilidades por parte de algunos activistas del control del tabaco. Se ha argumentado que esto se debe a la confusión en torno a los objetivos de la política del tabaco:[40] si se enfocan en reducir la morbilidad, el consumo de tabaco o el consumo de nicotina, o si más bien buscan dañar la industria del tabaco.

Esta confusión importa porque tales objetivos pueden ser excluyentes en casos en los que los productos de la nicotina representan un riesgo de enfermedad mucho menor que el de fumar.

EL ENFOQUE DE REDUCCIÓN DEL POR TABACO

El cuarto pilar de la estrategia para el control del tabaco es la reducción del daño por tabaco. En su artículo 1, la Convención Marco para el Control del Tabaco de la OMS respalda explícitamente las estrategias de reducción del daño para el control de esta sustancia:[39]

> *(d) «Control del tabaco» significa un rango de estrategias de suministro, demanda y reducción del daño que buscan mejorar la salud de una población eliminando o reduciendo su consumo de productos del tabaco y su exposición al humo del tabaco. (El subrayado es nuestro)*

Esto implica reducir el daño a las personas que continúen consumiendo nicotina o tabaco. A pesar del respaldo en el texto de la propia CMCT, este enfoque no se desarrolla en la Convención. Tampoco se ha desarrollado ampliamente como una estrategia para el control del tabaco, salvo por casualidad.

La reducción del daño por tabaco sigue siendo polémica,[41, 42] pero hay cada vez más evidencias de que podría ser factor de transformación en las tendencias de morbilidad, y muchos científicos hoy en día reconocen la oportunidad de lograr reducciones rápidas en el riesgo de enfermedad.[43]

Fotografía de Charles Etoroma en Unsplash

CÓMO ENTENDER LAS CLAVES EXISTENTES SOBRE LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO

Fundamental en la estrategia en torno al tabaco y la salud es reconocer la causa principal de daños. La nicotina es la droga activa presente en el tabaco, y el motivo por el que las personas fuman este. Sin embargo, la nicotina no es la principal causa del daño que se deriva del tabaquismo. Desde hace ya cuatro décadas se entiende que:[44]

Las personas fuman por la nicotina,mueren por el alquitrán.

La nicotina no es causa del cáncer, las enfermedades cardiovasculares ni las condiciones respiratorias que afectan la salud de los fumadores.[45] Por ejemplo, durante 2013 el tabaquismo ocasionó 79 700 muertes en Inglaterra, de las cuales 37 200 fueron por cáncer, 24 300 por enfermedades respiratorias, 17 300 por enfermedades circulatorias y 900 por enfermedades digestivas. Ninguna muerte se ha atribuido al consumo de nicotina pura.

La nicotina pura no es del todo benigna, pero se vende en muchos lugares con fines medicinales y no causa enfermedades graves.[46] Muchas décadas de experiencia con el snus sueco (una presentación de tabaco sin humo) sugieren que el consumo de tabaco y nicotina generan un riesgo muy bajo cuando no hay combustión.[16] La Oficina del Cirujano General de Estados Unidos ha realizado una evaluación detallada de los riesgos de la nicotina,[47] y aunque pueden identificarse muchos efectos en el cuerpo, estos son insignificantes en comparación con los evidentes daños asociados con fumar.

Este conocimiento abre el camino a la «reducción del daño por tabaco», una forma de usar la droga nicotina, que es moderadamente psicoactiva, sin las graves consecuencias para la salud por la exposición al humo del tabaco.

Lo anterior se basa en tecnologías que dosifican la nicotina sin presencia de humo, las cuales también se conocen como «sistemas alternativos de dosificación de nicotina» (SADN). Una creciente gama de tecnologías puede brindar una dosis aceptable o satisfactoria de nicotina sin combustión. Estos SADN evolucionan con rapidez, en parte porque los avances en la tecnología de las baterías son capaces de proporcionar, actualmente, una alta potencia y la densidad de energía suficiente en un formato compacto ideal para los consumidores.

También hay SADN más tradicionales, como es el caso del tabaco sin humo, el cual se puede producir siguiendo estándares muy rigurosos que casi anulan todos los daños para la salud. Los SADN engloban productos con vapor, inhaladores de nicotina, productos de tabaco calentado, productos de tabaco sin humo y los novedosos productos de nicotina dosificada a través de la mucosa oral.

EL CASO DE SALUD PÚBLICA ANTE LA REDUCCIÓN DEL DAÑO POR TABACO

La propuesta de salud pública es que:

1. Los SADN pueden representar una alternativa satisfactoria al tabaquismo (nicotina, aspectos sensoriales y rituales) y desplazarán el consumo de cigarrillos del mercado de la nicotina con fines recreativos.

2. Los SADN pueden reducir drásticamente los riesgos a la salud (probablemente en 95-100 %) entre quienes cambian de hábito, con un impacto desdeñable para los concurrentes, a un menor precio y con menor estigma social. La mayor parte del daño por fumar proviene del alquitrán y los gases calientes, todos producto de la combustión más que de la nicotina. Estos prácticamente no existen en el vapor de los cigarrillos electrónicos.

3. Los SADN son un fenómeno de salud pública que se rige por el mercado, ya que proporciona a las personas lo que necesitan. El beneficio de salud pública no yace en el gasto público ni la coerción, prohibición, impuestos punitivos, miedo, estigma ni en tratar a los fumadores como si estuviesen enfermos. El hecho de que no se necesite financiación o recursos gubernamentales debería considerarse una ventaja sustancial en países con presupuestos limitados y muchas prioridades simultáneas.

4. Los riesgos de consecuencias no deseadas, como que estos productos representen una entrada hacia el tabaquismo, son bajos. Siguen siendo hipotéticos y hasta el momento no se fundamentan en ninguna evidencia.

EVIDENCIA DE QUE LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS DE DOSIFICACIÓN DE NICOTINA SON MUCHO MÁS SEGUROS QUE FUMAR

El atributo principal, común a todos los SADN, es que no implican procesos de combustión, y son los productos de la combustión de materiales orgánicos (la hoja de tabaco) los que causan el mayor daño.

Productos con vapor

La mayor diferencia entre fumar cigarrillos y usar cigarrillos electrónicos (lo que a veces se conoce como «vapear») es el mucho menor riesgo para la salud del usuario. Si bien es imposible viajar varias décadas hacia el futuro y observar qué daños ocasionan los cigarrillos electrónicos (si es que los hay), sí sabemos bastante sobre los posibles riesgos de vapear en comparación con fumar.

Las mediciones de componentes tóxicos en el humo de los cigarrillos y cigarrillos electrónicos sugieren que los usuarios de estos últimos se someten a exposiciones mucho menos tóxicas que los fumadores, y este es un indicador razonable del riesgo a la salud. La mayoría de los agentes tóxicos que se cree son nocivos al fumar cigarrillos no están presentes en los líquidos de vapeo o bien se encuentran allí en niveles sustancialmente menores.

Los principales análisis de seguridad con los cigarrillos electrónicos[46, 48, 49] aseguran que los riesgos son por lo menos 95 % más bajos que en los cigarrillos tradicionales; es esta una visión compartida por la agencia gubernamental Public Health England.[50, 51] Hoy en día, ninguna evidencia sugiere que los cigarrillos electrónicos causen enfermedades graves, así que incluso el 5 % de riesgo residual brinda un buen margen de tolerancia ante la incertidumbre. La declaración más reciente de una autoridad en la materia proviene del Royal College of Physicians:[52]

> *Aunque no es posible cuantificar con precisión los riesgos para la salud en el largo plazo asociados con los cigarrillos electrónicos, los datos disponibles sugieren que difícilmente sobrepasan el 5 % de los asociados con los productos de tabaco fumado, y que podrían ser incluso mucho menores. (Sección 5.5, página 87)*

Tabaco sin humo

Las distintas presentaciones del tabaco sin humo presentan distintos grados de riesgos. El snus sueco ha sido estudiado ampliamente durante varias décadas y todo indica que representa un riesgo mínimo o no descartable.[16]

Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, una revisión exhaustiva de las prácticas con el tabaco sin humo ha mostrado que hay una amplia gama de agentes potencialmente peligrosos en los productos que se usan en dichos países, con niveles especialmente altos de nitrosaminas carcinógenas en el toombak de Sudán.[53] El Instituto Nacional del Cáncer ha compilado información sobre el uso de tabaco sin humo en distintas regiones del mundo, con capítulos dedicados a África y Medio Oriente.[54]

Incluso las presentaciones más nocivas de tabaco sin humo tienden a ser mucho menos peligrosas que fumar, dado el amplio espectro de agentes peligrosos que ingresan en los pulmones a través del humo de los cigarrillos. Los usuarios de tabaco sin humo no enfrentan ninguna exposición equiparable a la de los fumadores. Los asesores expertos de la OMS han tomado nota de este espectro de riesgos en la categoría del tabaco sin humo y han defendido un enfoque regulatorio sistemático para reducir estos riesgos.[55]

Productos de tabaco calentado

Estos productos han aparecido en el mercado en un formato aceptable para los consumidores hace poco tiempo. Los tabacaleros que fabrican tales productos han realizado la mayor parte de la investigación al respecto y no han sido evaluados por entidades independientes. Sin embargo, reconociendo tal advertencia y siendo debidamente cuidadosos, los productos parecen ofrecer la promesa de un riesgo sustancialmente menor a la vez que imitan el hábito de fumar cigarrillos con mayor fidelidad.

«La información periodística deficiente y la mala representación de hallazgos científicos han exagerado los riesgos a la vez que restado importancia a los beneficios de los cigarrillos electrónicos.»

LA EXPERIENCIA DE LOS USUARIOS DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Aunque hay esfuerzos científicos competentes detrás de los cigarrillos electrónicos, también es importante considerar la experiencia humana. Por ejemplo, los testimonios de Australia,[56] el Reino Unido[57] y Estados Unidos[58] ayudan a explicar por qué y cómo funcionan los productos. Los siguientes son tres ejemplos tomados de entre miles de testimonios de usuarios, en sus propias palabras

Ejemplo de experiencia de un usuario de Australia
Es verdaderamente difícil creer que ha pasado un año. Ni en mil años habría creído que dejaría el cigarrillo en serio y de forma permanente. Pensaba que mi adicción me mataría tarde o temprano. Ahora, tengo una excelente salud, he logrado un peso menor aun que en mis veintes y estoy en mejor forma de lo que había estado en años. Intenté convencer a muchas personas, pero hasta el momento solo he tenido éxito con un amigo. Espero seguir pagando por el favor que aquella dama de Brisbane me hizo en el aeropuerto hace un año, y seguiré hablando sobre vapeo con quien se me cruce.

Ejemplo de experiencia de un usuario del Reino Unido
Es posible que vapear haya salvado la vida de mi esposa y la mía. Fui fumador por 50 años. Nada que hubiese probado tuvo el mismo impacto que vapear; este es el único factor que salvó mi vida. ¿Cómo es que los gobiernos legislan en contra de algo que está salvando las vidas de tantas personas?

Ejemplo de experiencia de un usuario de Estados Unidos
Fumé un paquete y medio de cigarrillos cada día durante 25 años, la mayor parte de mi vida. Había intentado dejarlo durante un tercio de ese tiempo más o menos usando métodos como gomas de mascar, pero sin éxito; lo más que logré fue abstenerme durante algunos días. En diciembre de 2014 probé el vapeo por primera vez, con una variedad de vaporizadores y líquidos. Reduje mi consumo de cigarrillos drásticamente y fui un usuario dual por alrededor de un mes y medio. En mi cumpleaños en enero siguiente, me deshice de mis cigarrillos con toda intención, y he sido un ex fumador por muchos meses desde entonces.

Con miles de testimonios similares, cualquier funcionario de gobierno o ministro cuestionaría sus motivos para impedir que sucedan este tipo de experiencias. Deberíamos fomentar experiencias similares en África y Medio Oriente, pues no hay razón para que los gobiernos obstaculicen una transición que podría salvarle la vida a los fumadores como la que se ha dejado ver en los testimonios.

LA DEFENSA DE UNA VENTA REGULADA DE PRODUCTOS DE LA NICOTINA BAJOS EN RIESGOS EN EL ÁMBITO GUBERNAMENTAL

Tratándose de decisiones con consecuencias de vida o muerte para la población, los legisladores deben fundamentarse en un análisis objetivo de la evidencia, y hoy por hoy la evidencia científica sugiere que los sistemas alternativos de dosificación de la nicotina (SADN) podrían beneficiar a millones de fumadores.

- Los fumadores que transitan hacia SADN tienen una alta probabilidad de evitar, por lo menos, el 95 % de los principales riesgos de cáncer, enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria relacionados con el tabaquismo. También experimentarán ventajas significativas en el corto plazo para su salud y bienestar, e incluso es posible que sus finanzas mejoren. Ningún gobierno debería intentar de negar esta opción a los fumadores intencionalmente, la cual ha sido adoptada ya por millones de fumadores en todo el mundo.
- Los cigarrillos electrónicos son una herramienta eficaz para dejar el tabaquismo sin costo para el erario público, ya que son los propios fumadores quienes absorben los costos.
- Los avances en el conocimiento científico de las oportunidades que ofrece el uso de SADN muestran que una estrategia de «reducción del daño por tabaco» podría garantizar amplias ganancias en materia de salud, al permitir a los fumadores transitar hacia productos de mucho menor riesgo. Los cigarrillos electrónicos son, por lo menos, igual de eficientes que las estrategias médicas para el abandono del tabaquismo (como las TRN o la asesoría conductual), pero son mucho más aceptables y populares; de ahí que su potencial alcance sea mayor que el de los tratamientos médicos.
- Un tránsito extendido hacia los SADN reduciría la exposición al humo de segunda mano del tabaco. Los cigarrillos electrónicos no representan un daño sustancial para los concurrentes.
- Los productos de fabricantes respetados tienen una calidad muy alta, y de hecho ya se comercializan ampliamente en la Unión Europea, Norteamérica y Asia sin mayor problema. Muchos fumadores informan haber tenido éxito en dejar de fumar y una mejor salud como resultado de usar tales alternativas.
- La experiencia internacional con la regulación de SADN como consumibles va en aumento.
- Lo mejor sería que cada región tenga su propia cadena de suministro legítima y debidamente regulada, así como productores responsables que aporten impuestos corporativos y a las ventas según corresponda.
- En ninguna parte del mundo se han informado casos en los que los SADN menoscaben el control del tabaco, induzcan a los jóvenes a fumar o reduzcan la tasa de adultos que dejan el tabaquismo. Cuando se examina de manera objetiva, la evidencia demuestra lo que un observador imparcial esperaría a menos que se le presentase evidencia en contrario: la gente usa productos mucho más seguros para reducir los riesgos a su salud o para dejar de fumar.

La información periodística deficiente y la mala representación de hallazgos científicos han exagerado los riesgos a la vez que restado importa ncia a los beneficios de los cigarrillos electrónicos. No hay precedentes que justifiquen prohibir productos más seguros mientras se dejan los productos más peligrosos al alcance de los consumidores. Por lo contrario, los SADN serán un apoyo para el programa de control del tabaco al darle a los fumadores opciones ante el incremento de los impuestos y otros controles para el tabaquismo. Los SADN ofrecen a los fumadores mejores opciones que comenzar a usar una shisha o comprar cigarrillos en el mercado negro.

ARGUMENTOS CONTRA LA PROHIBICIÓN DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

Varias jurisdicciones, muy notablemente los Estados del Golfo y Egipto, han considerado o implementado prohibiciones absolutas o de facto para los productos de vapeo. Prohibir un producto mucho más seguro que otro hegemónico y ampliamente disponible, y con ello negar la primera opción a los consumidores, es una medida bastante inusual y peligrosa por parte de un gobierno. Es fundamental llevar a cabo un examen sobre la ética detrás de dicha decisión.

El profesor Wayne Hall y sus colegas han definido los argumentos éticos clave contra la prohibición de sistemas electrónicos de dosificación de nicotina (SEDN), como los cigarrillos electrónicos,[59] subrayando los cuatro principios siguientes (con nuestra explicación):

1. **Respeto por la autonomía:** – ¿con qué motivo negaría el gobierno a los ciudadanos tomar estas decisiones por sí solos? Los gobiernos no intervienen para evitar la mayoría de las opciones que las personas toman y que implican un riesgo, p. ej., practicar deportes de contacto, consumir alcohol e incluso fumar.

2. **Principio de, en primer lugar, no perjudicar («no maleficencia»):** – ¿está seguro el gobierno de que una prohibición logrará las metas con el mínimo daño posible? Las prohibiciones pueden tener varias consecuencias no previstas, incluido el surgimiento de un mercado negro, productos no regulados, redes criminales, reducción en el número de fumadores que dejan el hábito y distorsión del mercado legal en favor de los cigarrillos.

3. **Negación de beneficios («principio de beneficencia»)–** ¿cómo justifica el gobierno negar a los fumadores la opción de transitar hacia un producto de mucho menor riesgo que puede salvarlos de una enfermedad grave?

4. **Justicia distributiva:** – fumar es un hábito que suele concentrarse en los grupos pobres de la sociedad, y podría estar en aumento en los países más pobres. La evolución futura de la morbilidad y mortalidad puede agravar la desigualdad entre países y dentro de ellos, pero los SEDN podrían ser una forma poco costosa de reducir tales inequidades sin necesidad de gasto público o de leyes difíciles de aplicar.

La Organización Mundial de la Salud ha sido cuidadosa en su sumario sobre los SEDN de 2014[60] con el fin de evitar la imposición de prohibiciones para estos dispositivos. La OMS se inclinó por la regulación más que por la prohibición:

> Los SEDN, por lo tanto, representan una frontera en evolución, llena de promesas y amenazas para el control del tabaco. Que los SEDN terminen siendo promesas o amenazas depende de una interacción compleja y dinámica entre las industrias que los comercializan (fabricantes independientes y compañías tabacaleras), los consumidores, reguladores, legisladores, practicantes, científicos y defensores.(1)

La referencia (1) al final de esta declaración de la OMS corresponde a un comentario del Dr. David Abrams, director ejecutivo del Instituto Schroeder para la Investigación y Estudios Políticos sobre el Tabaco y profesor del Departamento de Salud, Comportamiento y Sociedad en la Facultad de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg. En un texto para el Journal of the American Medical Association (JAMA),[41] concluye que:

> *Entre más atractivas se vuelven las innovaciones de los cigarrillos electrónicos, más probable es que se conviertan en una tecnología disruptiva. Aunque el conocimiento científico es insuficiente para llegar a conclusiones seguras sobre algunos aspectos, con las regulaciones para el control del tabaco adecuadas los cigarrillos electrónicos tienen el potencial de dejar al tabaco combustible en el pasado. Se requiere investigación científica regulatoria robusta para alimentar la toma de decisiones en materia de políticas. Si los cigarrillos electrónicos representan la nueva frontera, los expertos en control del tabaco deben estar abiertos a nuevas estrategias. Hacer afirmaciones basadas en la ideología y en evidencias insuficientes podría impedir que se aproveche esta oportunidad antes de que se asiente como parte de una estrategia para la reducción de daños.*

Es claro que la vanguardia en el control del tabaco no la representa una prohibición de estos productos, sino el descubrimiento de la mejor forma de aprovechar las grandes oportunidades a la vez que se minimizan los riesgos residuales. En otras palabras, el liderazgo en el control del tabaco requiere un diseño habilidoso de las regulaciones con base en ciencia rigurosa y en el entendimiento del comportamiento de los fumadores, no en objeciones ideológicas al consumo de la nicotina.

LA VISIÓN: TERMINAR CON LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL

EL POTENCIAL DE PERTURBAR EL MERCADO DEL TABACO

El mercado global de los cigarrillos, valuado en 800 000 millones de dólares, es la única cosa que se ve realmente amenazada por los SADN. Prohibir o regular excesivamente los SADN porque compiten con los cigarrillos pero presentan riesgos mucho menores para el usuario iría en contra del comportamiento científico, además de ser poco ético y un error mortal de acuerdo con la evidencia existente.

El Dr. Derek Yach, ex director de la OMS para el desarrollo de la Convención Marco para el Control del Tabaco en el ámbito de las decisiones políticas, resume esta opinión así:[61]

> *En este momento, se estima que habrá mil millones de muertes relacionadas con el tabaco antes del año 2100. Es una perspectiva terrible. Los cigarrillos electrónicos y otros dispositivos de dosificación de nicotina, como las pipas para vapear, nos ofrecen la oportunidad de reducir esa cifra total. Todos los que estamos involucrados en el control del tabaco debemos mantener ese escenario en mente al redoblar los esfuerzos para compensar 50 años de no hacer caso a la simple realidad de que fumar mata, pero la nicotina no.*

El trabajo científico muestra que el Dr. Yach tiene razón en su análisis, y que las oportunidades de los cigarrillos electrónicos sobrepasan por mucho cualquier riesgo concebible. Los principales riesgos relativos a los cigarrillos electrónicos surgen de posiciones políticas restrictivas en exceso o de la prohibición; tales medidas provocarán más tabaquismo, mala salud e infelicidad de los que habría si se toman las estrategias contrarias.

EL FINAL DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABACO

Hay un animado debate sobre cuáles políticas podrían requerirse para terminar con el tabaquismo o el consumo de tabaco. Un suplemento especial del Tobacco Control Journal se dedicó a este tema,[62] y las ideas ahí plasmadas han sido objeto de una severa crítica.[63] Estas son algunas de las cuestiones principales:

Simplificar el cambio en las políticas . El principal desafío para los gobiernos es encontrar un método proporcionado para regular estos productos que aproveche la enorme oportunidad en materia de salud pública y minimice cualquier riesgo para los no fumadores o para los niños, pero al mismo tiempo evite el efecto no deseado de proteger el comercio de cigarrillos frente a la competencia, obstaculizar innovaciones valiosas o negar/obstruir el acceso de los fumadores a alternativas mucho más seguras.

Más allá de la «reducción del daño». Denominar «reducción del daño» a esta visión es subestimar sus avances tecnológicos pioneros en el mercado de la nicotina para uso recreativo. Durante siglos, los seres humanos han resuelto problemas mediante el ingenio y la creación y adopción de tecnologías cada vez mejores. En este caso, tal visión implica la obsolescencia o marginación de un método dañino y contaminante de consumir nicotina.

REFERENCES

1. **Worldometer [Internet]. Africa population (live). 2020 Aug 31 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.worldometers.info/world-population/africa-population/

2. **World Population Review. World population review [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://worldpopulationreview.com/

3. **World Health Organization [Internet]. Tobacco; 2020 May 27 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

4. **Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R,et al. Tobacco addiction. In Jamison DT, Breman JG, Measham AR, editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd edition [Internet]. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; New York: Oxford University Press. 2006 [cited 2020 Aug 31]. Chapter 46.** Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11741/

5. **World Health Organization [Internet]. Non-communicable diseases; 2020 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1

6. **United Nations General Assembly. Resolution A/RES/66/2: Political declaration on the prevention and control of non-communicable diseases. New York, NY: United Nations; 2012 Jan 24 [cited 2020 Aug 31]** Available from: https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf?ua=1

7. **World Health Assembly. Resolution 66/8: Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of non-communicable diseases. 2013 March 15 [cited Aug 31].** Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-en.pdf

8. **World Health Assembly. Resolution 66/9: Draft action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020. 2013 May 6 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-en.pdf

9. **World Health Organization [Internet]. Noncommunicable diseases and mental health: About 9 voluntary global targets; 2020 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/

10. **World Health Organization [Internet]. Noncommunicable diseases and mental health: Global status report on non-communicable diseases 2014; 2014 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/

11. **Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [Internet]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Global smoking prevalence and cigarette consumption 1980-2012; 2020 Jun 26 [cited 2020 Aug 31].** Available from: http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-smoking-prevalence-and-cigarette-consumption-1980-2012

12. **Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. Jama [Internet]. 2014 Jan 8 [cited 2020 Aug 31]; 311(2):183–192.** Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1812960

13. **The Economist. Plains packaging: Young Africans are lighting up at an alarming rate. The Economist [Internet]. 2016 Jul 22 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.economist.com/middle-east-and-africa/2016/07/21/plains-packaging

14. **Tobacco Reporter. Smoking on the up in Gulf states. Tobacco Reporter. 2013 May 13 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://tobaccoreporter.com/2013/05/13/smoking-on-the-up-in-gulf-states/

15. **World Health Organization. WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025 first edition. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf?sequence=1

REFERENCES (cont.)

16 **European Commission. Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: European Commission; 2015 May [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf

17 **Ramström L, Wikmans T. Mortality attributable to tobacco among men in Sweden and other European countries: An analysis of data in a WHO report. Tob Induc Dis [Internet]. 2014 Sep [cited 2020 Aug 27]; 12(1):1-4.** Available from: http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Mortality-attributable-to-tobacco-among-men-in-Sweden-and-other-European-countries,67115,0,2.html

18 **Lee PN, Epidemiological evidence relating snus to health–an updated review based on recent publications, Harm Reduct J [Internet]. 2013 Dec 6 [cited 2020 Aug 31]; 10(article 36).** Available from: https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-10-36

19 **World Health Organization [Internet]. Noncommunicable diseases and mental health: Non-communicable disease status country profiles 2014; 2014 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.who.int/nmh/countries/2014/en/

20 **World Health Organization. Fact sheet: Waterpipe tobacco smoking & health. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179523/WHO_NMH_PND_15.4_eng.pdf?sequence=1

21 **Pubmed [Internet]. Bethesda, MD: National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information; 2016 July 23.** Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term= (waterpipe%5BTitle%2FAbstract%5D)%20OR%20hookah%5BTitle%2FAbstract%5D

22 **Chaouachi K. Assessment of narghile (shisha, hookah) smokers' actual exposure to toxic chemicals requires further sound studies. Libyan J Med [Internet]. 2011 May 11 [cited 2020 Aug 31]; 6(1).** Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ljm.v6i0.5934

23 **World Health Organization: Tobacco Free Initiative. TobReg advisory note: Waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf?ua=1

24 **Chaouachi K. A critique of the WHO TobReg's 'Advisory Note' report entitled: 'Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators'. J Negat Results Biomed [Internet]. 2006 Nov 16 [cited 2020 Aug 31]; 5(article 17).** Available from: https://jnrbm.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-5751-5-17

25 **World Health Organization: Tobacco Free Initiative. TobReg advisory note: Waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/ 10665/161991/9789241508469_eng.pdf?sequence=1

26 **Montazeri Z, Nyiraneza C, El-Katerji H, Little J. Waterpipe smoking and cancer: Systematic review and meta-analysis. Tob Con [Internet]. 2016 May 10 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/26/1/92.abstract

27 **Kim KH, Kabir E, Jahan SA. Waterpipe tobacco smoking and its human health impacts. J Hazard Mater [Internet]. 2016 Nov 5 [cited 2020 Aug 31]; 317:229–236.** Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304389416305131

28 **Almedawar MM, Walsh JL, Isma'eel HA. Waterpipe smoking and risk of coronary artery disease. Curr Opin Cardiol [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Aug 31]; 31(5):545-550.** Available from: https://journals.lww.com/co-cardiology/Abstract/2016/09000/Waterpipe_smoking_and_risk_of_coronary_artery.11.aspx

29 **El-Zaatari ZM, Chami HA, Zaatari GS. Health effects associated with waterpipe smoking. Tob Con [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Aug 31]; 24(suppl 1):i31-i43.** Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/24/Suppl_1/i31.long

REFERENCES (cont.)

30 **Mamtani R, Cheema S, Sheikh J, Mulla AA, Lowenfels A, Maisonneuve P. Cancer risk in waterpipe smokers: a meta-analysis. Int J Public Health [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 Aug 31]; 62(1):73-83.** Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27421466/

31 **Maziak W, Taleb ZB, Jawad M, Afifi R, Nakkash R, Akl EA, et al. Consensus statement on assessment of waterpipe smoking in epidemiological studies. Tob Con [Internet]. 2017 May [cited 2020 Aug 31]; 26(3): 338-343.** Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/26/3/338

32 **Caruana, D. Vaping industry thriving in South Africa. Vaping Post [Internet]. 2016 Jul 15 [cited 2017 Dec 20].** Available from: https://www.vapingpost.com/2016/07/15/vaping-industry-thriving-in-south-africa/

33 **Attwood,D. In depth: South African e-cig market & regulation, Jan. 2015. ECigIntelligence [Internet]. 2015 Jan 27 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://ecigintelligence.com/in-depth-south-african-e-cig-market-and-regulation-jan-2015/

34 **Institute for Global Tobacco Control [Internet]. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2020. Country laws regulating e-cigarettes: A policy scan; 2020 May 18 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.globaltobaccocontrol.org/node/14052

35 **Tobacco Reporter. Uganda bans sales of e-cigarettes. Tobacco Reporter [Internet]. 2016 May 20 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://tobaccoreporter.com/2016/05/20/uganda-bans-sales-of-e-cigarettes/

36 **Kneale K. Egypt's ministry of health claims e-cigs are already completely banned. E-cig advanced [Internet]. 2015 Feb 13 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.ecigadvanced.com/blog/egypts-ministry-of-health-claims-e-cigs-are-already-completely-banned/

37 **Tashkandi H. What you need to know about vaping in Saudi Arabia. Arab News [Internet]. 2016 Jan 31 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.arabnews.com/node/1445196/saudi-arabia

38 **World Health Organization [Internet]. Tobacco free initiative (TFI): MPOWER; 2013 [cited 2016 Jul 18].** Available from: https://www.who.int/tobacco/mpower/en/

39 **World Health Organization. Framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2020 Aug 31].** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf; jsessionid=C2AA36D0A77C222EBBCC794FBF3652E5?sequence=1

40 **Bates C. Who or what is the World Health Organization at war with? The Counterfactual [Internet]. 2016 May 23 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.clivebates.com/who-or-what-is-the-world-health-organisation-at-war-with/

41 **Abrams DB. Promise and peril of e-cigarettes: Can disruptive technology make cigarettes obsolete? Jama [Internet]. 2014 Jan 8 [cited 2020 Aug 31]; 311(2):135-136.** Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1812971

42 **Maziak W. Potential and pitfalls of e-cigarettes – Reply. Jama [Internet]. 2014 May 14 [cited 2020 Aug 31]; 311(18):1922–1923.** Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1869204

43 **Letter to Dr Margaret Chan, Director General WHO. Reducing the toll of death and disease from tobacco – tobacco harm reduction and the Framework Convention on Tobacco Control. 2014 May 16 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://nicotinepolicy.net/documents/letters/MargaretChan.pdf

44 **Russell MJ. Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. BMJ [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2020 Aug 31]; 1:1430-1433.** Available from: https://www.bmj.com/content/1/6023/1430

45 **Health and Social Care Information Centre. Statistics on smoking: England 2014. 2014 Oct 8 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub14xxx/pub14988/smok-eng-2014-rep.pdf

REFERENCES (cont.)

46 **Farsalinos KE, Polosa R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: A systematic review. Ther Adv Drug Saf [Internet]. 2014 Feb 13 [cited 2020 Aug 31]; 5(2):67–86.** Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2042098614524430

47 **US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - 50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. 1081 p. [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf

48 **Burstyn I. Peering through the mist: Systematic review of what the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks. BMC Public Health [Internet]. 2014 Jan 9 [cited 2020 Aug 31]; 14(article 18).** Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-18

49 **Hajek P, Etter J-F, Benowitz N, Eissenberg T, McRobbie H. Electronic cigarettes: Review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. Addiction [Internet]. 2014 Nov [cited 2020 Aug 31]; 109(11):1801-1810.** Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.12659

50 **Public Health England. E-cigarettes around 95% less harmful than tobacco estimates landmark review [press release]. 2015 Aug 19 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.gov.uk/government/news/e-cigarettes-around-95-less-harmful-than-tobacco-estimates-landmark-review

51 **Public Health England. E-cigarettes: An evidence update [press release]. 2015 Aug 28 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update

52 **Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. London: RCP; 2016 April [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction

53 **Stanfill SB, Connolly GN, Zhang L, Jia LT, Henningfield JE, Richter P, et al. Global surveillance of oral tobacco products: Total nicotine, unionised nicotine and tobacco-specific N-nitrosamines. Tob Con [Internet]. 2011 May [cited 2020 Aug 31]; 20(3):e2.** Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/3/e2.long

54 **National Cancer Institute. Smokeless tobacco and public health: A global perspective. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2014. 558 p. NIH Publication No. 14-7983. [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/global-perspective/SmokelessTobaccoAndPublicHealth.pdf

55 **World Health Organization. WHO study group on tobacco product regulation: Report on the scientific basis of tobacco product regulation. Geneva: World Health Organization; 2009. 50p. WHO technical report series no. 955. [cited 2020 Aug 31]** Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44213/9789241209557_eng.pdf;jsessionid=45F16747731CEE58FB6F9935C27ACE34?sequence=1

56 **AussieVapers forum, Your story.**

57 **Counterfactual. Vaping testimonies. The Counterfactual [Internet]. 2017 May 6 [cited 2020 Aug 31]** Available from: https://www.clivebates.com/vaping-testimonies/

58 **Consumer Advocates for Smoke-free Alternatives Association (CASAA). Testimonials; 2020. [cited 2020 Aug 31]** Available from: http://www.casaa.org/

59 **Hall W, Gartner C, Forlini C. Ethical issues raised by a ban on the sale of electronic nicotine devices. Addiction [Internet]. 2015 April 5 [cited 2020 Aug 31]; 110(7):1061-1067.** Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.12898

60 **World Health Organization. Electronic nicotine delivery systems: Report by WHO - Report to the COP-6 of the FCTC. 2014 Sep. 13 p. FCTC/COP/6/10 Rev.1 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-en.pdf

61 **Yach D. E-cigarettes save lives. The Spectator [Internet]. 2015 Feb**

62 **Various authors. The tobacco endgame: Tobacco control supplement. Tob Con [Internet]. 2013 May [cited 2020 Aug 31]; 22(suppl 1).** Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/22/suppl_1

63 **Bates C. The tobacco endgame: A critical review of the policy ideas. The Counterfactual [Internet]. 4 2015 March 4 [cited 2020 Aug 31].** Available from: https://www.clivebates.com/the-tobacco-endgame-a-critical-review-of-the-policy-ideas/

ANNEX

Marcos jurídicos y reguladores preferidos en África y Oriente Medio, para los sistemas alternativos basados en la nicotina

OBJETIVOS DE LA REGULACIÓN DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

La regulación de los cigarrillos electrónicos debe centrarse en:

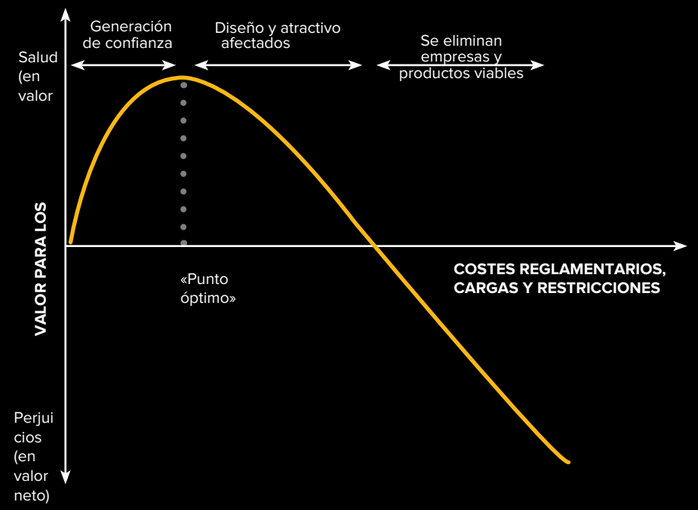
- Garantizar que los cigarrillos electrónicos y que los productos que utilicen el vapor, sean los más seguros posibles, sin que por ello se tenga que poner en riesgo su atractivo como una alternativa al consumo del tabaco;
- también deben garantizar que no se comercialicen dichos productos de manera tal, que puedan llegar a aumentar el daño total que se pueda causar a la población, con lo cual, se debe tener en cuenta, además, la posible captación de los jóvenes o de personas no fumadoras, que de otro modo, no hubieran comenzado a fumar.

No obstante, debe tenerse en cuenta que el objetivo no consiste en evitar, a toda costa, que todos los jóvenes utilicen los cigarrillos electrónicos. De hecho, incluso puede causarse un beneficio importante para la salud de aquellos jóvenes que utilicen los cigarrillos electrónicos, si los están utilizando como una alternativa al hábito de fumar o frente a otro comportamiento que pueda serles perjudicial.

El objetivo de los legisladores debería ser el de obtener un «punto óptimo» de intervención regulatoria que genere confianza entre los consumidores, eliminando del mercado las empresas comercializadoras que actúen deshonestamente, así como los productos defectuosos. No obstante, lo anterior, no debería imponer costes, cargas y restricciones que aplasten a los sectores más pequeños, mediante el cambio radical de los productos que ya se encuentran disponibles, lo cual, también obstaculizaría la innovación.

El gráfico que se muestra a continuación, ilustra el concepto de dicha relación.

APORTE DE LAS REGULACIONES PARA EL CONSUMIDOR DE CIGARRILLOS-E (CONCEPTUAL)



igura 1: representa la regulación óptima de los sistemas alternativos para el suministro de la nicotina

Un régimen regulatorio óptimo, optaría por defender un sutil equilibrio que permita proteger el círculo comprendido por los consumidores, los que no son consumidores y los posibles consumidores, limitando los riesgos para todos ellos, con respecto a unas posibles consecuencias de peligro no deseables.

LA EXISTENCIA DE UNA REGULACIÓN DEFICIENTE, SUPONE UN RIESGO PRIMORDIAL PARA LA SALUD PÚBLICA

Las regulaciones deficientes y excesivas, implican uno de los riesgos principales que salpican a los desarrollos de los cigarrillos electrónicos, los cuales, generalmente, aportan un factor realmente positivo. En el centro de la cuestión que implican los desafíos de las regulaciones, po demos encontrar un «doble factor negativo» contra los cigarrillos electrónicos, ya que se está actuando duramente contra una alternativa, que de hecho, es muy competitiva y que también actúa contra los cigarrillos convencionales.

Existe el peligro de que los reguladores y los funcionarios gubernamentales que sean reacios, puedan poner en práctica un enfoque excesivo en lo relativo a los riesgos residuales que estén asociados con los productos de vapeo; no obstante, al actuar de esta manera, harán que dichos productos sean mucho menos efectivos y también menos atractivos como alternativas tangibles contra el consumo del tabaco. Al actuar de esta manera, lo que harán en realidad, es aumentar el conjunto de los riesgos existentes para la salud, ya que propiciarán las condiciones necesarias para que se genere la consecuencia involuntaria de seguir fumando.

En la actualidad, este punto débil puede encontrarse en todas las propuestas regulatorias avanzado hasta ahora.

OPCIONES REGLAMENTARIAS

Debido a que se trata de una categoría especial de productos para el consumo, los sistemas alternativos para el suministro de la nicotina (ANDS), requieren por tanto, un marco legislativo y regulatorio personalizado. No existe razón alguna para que se tenga que regular a estos productos como si fueran productos del tabaco, venenos o medicinas, ya que no lo son.

CUANDO LAS REGULACIONES SON VENENOSAS

No hay razón alguna para que se apliquen a los cigarrillos electrónicos o a los líquidos para los mismos, e-c aquellas legislaciones que ya se encargan de regular los venenos. Dicha postura se justifica en que, las concentraciones de nicotina (del 0 al 3.6 %) que se utilizan en los dispositivos y en sus líquidos, los cuales se venden en las tiendas, no presentan, de hecho, un peligro importante que no pueda afrontarse con el mismo enfoque que cualquier otro producto químico que está presente en nuestros hogares.

Por ejemplo, la legislación del Reino Unido establece un umbral del 7.2 % (es decir 72 mg/ml) para definir a cualquier tipo de líquido basado en la nicotina que actúe como un veneno – legislación la cual, suele aplicarse principalmente al uso de los pesticidas. Los líquidos de los que estamos hablando y que están a la venta normalmente contienen entre un 0 al 3.5 % de nicotina.

REGULACIÓN COMO MEDICAMENTOS

No hay razón alguna para regular los sistemas alternativos para el suministro de la nicotina (ANDS – por sus siglas en inglés) como si fueran medicamentos, sencillamente, porque no lo son. La puesta en práctica que se necesita para regular los medicamentos representa un régimen caro y opresivo. De aplicarse, lo que conseguiría es que se ofrezca la protección necesaria en base a la legislación, para que se sigan comercializando los cigarrillos convencionales, lo cual, no haría más que favorecer a las grandes empresas tabacaleras en el propio mercado de los cigarrillos electrónicos.[1] Además de lo anterior, esta medida implicaría:

- la creación de unas barreras que impedirían la entrada al mercado, con lo que, al final, excluirían a la mayoría de las empresas y productos del mercado; productos los cuales ya están siendo utilizados por los consumidores con gran aceptación y que, sin duda, representan unas alternativas claras frente al consumo del tabaco;
- Favorecer a los productos de la industria del tabaco, permitiendo que las empresas tabacaleras se subvencionen de forma cruzada, debido a la venta de los cigarrillos;
- Aumentar los costes, así como imponer cargas y limitaciones a los productos, lo cual carece de todo propósito o sentido útil;
- Crear una protección de facto al producto ya existente: los cigarrillos convencionales; y finalmente,
- llegalizar, quizás, a aquellos cigarrillos electrónicos que no se ajusten a la definición de medicamento en la legislación existente que regule a los medicamentos. Los tribunales de justicia de varios países, entre ellos los de los Estados Unidos, Suecia, Alemania y Estonia, ya han rechazado que se designe obligatoriamente a los cigarrillos electrónicos como si fueran medicamentos, en el correspondiente marco legislativo que los regula.

Por estas razones, el órgano legislativo de la Unión Europea ya ha rechazado este enfoque en el año 2013, el cual se sustenta en utilizar las regulaciones que se aplican obligatoriamente a los medicamentos.[2]

REGULACIÓN COMO PRODUCTOS DEL TABACO
Regular a los cigarrillos electrónicos de la misma manera que a los cigarrillos convencionales, representa la analogía de un error fundamental, por dos razones principales:

1. En términos de los posibles daños que se puedan causar a la salud humana, los productos son completamente diferentes. Es probable que el riesgo existente al vapear, sea como mínimo, un 95 % más bajo en comparación con el riesgo existente a la hora de fumar, por lo que incluso es posible que, de hecho, no represente ningún riesgo en absoluto.
2. Los legisladores que trabajan en las regulaciones para los cigarrillos intentarían disuadir de todo tipo de consumo. En el caso de los cigarrillos electrónicos, existen razones de peso para que se anime a los fumadores (actuales o potenciales), para que en vez de fumar vapeen, especialmente cuando no quieran o no puedan dejar de fumar completamente las dosis que obtienen de la nicotina.

La aplicación a los cigarrillos electrónicos de las regulaciones ya existentes que se aplican a los productos del tabaco, por ejemplo, prohibiendo su publicidad o imponiendo unas advertencias excesivamente exageradas y audaces, bien podría fácilmente provocar el hecho de que, en realidad, se esté protegiendo el comercio de los cigarrillos convencionales. En lo que respecta a los cigarrillos electrónicos, muchos de los puntos que se encuentran en el artículo 20 de la Directiva de Productos para el Tabaco de la UE, se han tomado prestados de las regulaciones ya existentes para el consumo del tabaco convencional, lo cual, no hace más que dañar de manera desproporcionada el modelo de negocio existente de los cigarrillos electrónicos, comparándolos con los cigarrillos convencionales.

REGULACIÓN COMO PRODUCTOS DE CONSUMO
Los ANDS se comercializan y compran como productos de consumo recreativos, concretamente como – alternativas tangibles contra el consumo de tabaco. De hecho, este es el enfoque regulatorio más apropiado que pueda utilizarse. Las regulaciones que se aplican a los consumidores en general, son las que deberían aplicarse a los líquidos para los cigarrillos electrónicos y a los dispositivos para el vapeo, debiendo añadirse a las mismas algunos estándares técnicos que se concentren específicamente en el control de la calidad y en unas características bien definidas en lo que respecta al etiquetado; deben establecerse, además, unos controles publicitarios que hayan sido mejorados, para que se refleje la naturaleza adulta del producto, debiendo comunicarse siempre, de forma correcta, todos los riesgos y beneficios existentes.

El modelo más adecuado, siempre es aquel que más se acerca a la realidad, es decir, a una regulación que haya sido diseñada para un producto de consumo, pero con unas características adicionales bien definidas y específicas.

REFERENCES

1. **Bates C, Stimson G. Costs and burdens of medicines regulation for e-cigarettes. 2013 Sep 20 26 p. [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://nicotinepolicy.net/documents/reports/Impacts%20of%20medicines%20regulation%20-%2020-09-2013.pdf

2. **Bates C. 10 reasons not to regulate e-cigarettes as medicines. Counterfactual [Internet]. 2013 Jun 12 [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.clivebates.com/10-reasons-not-to-regulate-e-cigarettes-as-medicines/

3. **Brown J, Beard E, Kotz D, Michie S, West R. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: A cross-sectional population study. Addiction [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 31]; 109(9):1531-1540**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.12623

APÉNDICE D

Guía de asesoramiento y de gestión de objeciones para la reducción del daño por tabaco (RDT)

SECCIÓN 1
Elementos de una campaña de defensa de la RDT

SECCIÓN 2
Charlas con los legisladores

SECCIÓN 3
Gestión de objeciones: preguntas y respuestas frecuentes sobre la RDT, específicamente productos para el vapeo

Fotografía de Tony James-Andersson tomada de Pexels

SOBRE LA GUÍA

La reducción del daño por tabaco (RDT) puede evitar enfermedades y muertes prematuras por causa del tabaco. Por ello resulta esencial cambiar la política pública en materia de salud con el fin de incluir esta medida capaz de salvar vidas. Sin embargo, existe una enorme oposición a la RDT, sobre todo de grupos activistas para el control del tabaco, los cuales se rehúsan a considerar la RDT como complementaria al control del tabaco.

Por ende, se requieren campañas de defensa bien planificadas en todos los Estados miembros de la ONU para hacer de la RDT una realidad, a la par que fortalecer el control del tabaco. Esta guía está diseñada para ayudar a los profesionales de la salud, ONG y organizaciones de la sociedad civil a planificar y llevar a cabo campañas de defensa eficientes que faciliten la adopción e implementación de políticas de salud adaptadas a la RDT y basadas en evidencias.

CÓMO USAR LA GUÍA

Esta guía brinda un panorama de los elementos necesarios para armar una campaña de defensa exitosa. Hay otras herramientas disponibles en **www.ahra.co.za y www.tobaccoharmreduction.net,** como un repositorio abierto de conocimiento y con referencias útiles para todas las partesinteresadas en la prevención de enfermedades y muertes prematuras relacionadas con el tabaco.

RECONOCIMIENTO

Los materiales de este repositorio han sido extraídos de fuentes de acceso público, a las cuales se hace referencia siempre que es posible.

SECCIÓN 1: ELEMENTOS DE UNA CAMPAÑA DE DEFENSA

PLANTILLA GENERAL DE UNA ESTRATEGIA DE DEFENSA

OBJETIVOS
Determinar los objetivos relacionados con estrategias para la reducción del daño por tabaco, políticas, prácticas y productos en ciudades, regiones y países determinados.

PRINCIPALES TOMADORES DE DECISIONES (AUDIENCIAS META)
Instituciones formales que pueden hacerlo posible:

- Gobierno (normalmente, los ministerios de salud, finanzas o regulación de medicamentos)
- Agencias tales como la Administración de Alimentos y Medicamentos
- Dirección general y líderes de la OMS
- Comunidad de salud pública, en especial los profesionales de la salud

PERSONALIDADES INFLUYENTES CLAVE
Actores que pueden ayudar a influir para que las instituciones formales tomen la decisión correcta:

- Líderes de opinión relevantes (de los ámbitos científico y público)
- Grupos de consumidores
- Medios públicos
- Medios especializados, p. ej., principales revistas de salud
- Asociaciones de profesionales de la salud

MENSAJE(S) CLAVE
Para la reducción del daño por tabaco, es esencial enfatizar BENEFICIOS tales como la prevención de enfermedades y muertes prematuras relacionadas con el tabaco en todo mensaje clave.

- Destacar cualquier forma en que los productos no combustibles de la nicotina pueden salvar vidas y evitar enfermedades y discapacidades relacionadas con el tabaco
- Subrayar la seguridad relativa de la nicotina en comparación con el tabaco combustible

MENSAJEROS

- Identificar y empoderar a expertos o grupos de expertos confiable de otras organizaciones
- Identificar y persuadir a los líderes de opinión con evidencias robustas

ENTREGA
Entregar mensajes clave de RDT en el momento oportuno, usando en primer lugar una diplomacia cordial. Después, transformar la comunicación de mensajes en campañas transparentes y debate científico abierto lo antes posible. Tener en cuenta que la evidencia científica está del lado de los defensores de la reducción del daño por tabaco. Anticipar que los activistas del control del tabaco que atacan la RDT suelen hacerlo tratando de desacreditar a los mensajeros, y rara vez el mensaje: que la RDT puede salvar vidas. Esperar y entender estas acciones y no dejarse desanimar en los esfuerzos para salvar vidas.

MÉTODOS DE DEFENSA ADICIONALES
Instituciones formales que pueden hacerlo posible:

- Investigación estratégica, p. ej., haciendo pruebas sobre el conocimiento de la reducción del daño y sus posibles beneficios
- Publicaciones personalizadas que pueden difundir el conocimiento de la RDT
- Medios electrónicos: obtener la participación blogueros (en especial los que se especializan en salud y medicina) citando evidencia científica respetable y exigiendo que las políticas se basen en evidencias robustas.

PLANIFICACIÓN PARA LAS CONTINGENCIAS Y ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS
Es probable que los proyectos de defensa de la reducción del daño por tabaco y sus grupos o personas asociados reciban ataques. Se preverán planes de contingencia para hacer frente a esta eventualidad.

Aparte de los pilares del control del tabaco mencionados en varias partes de este libro, estos principios básicos de la defensa son útiles para generar conciencia sobre los beneficios de la reducción del daño por tabaco. Otros pasos importantes a seguir en la defensa de la RDT son:

1 Hallazgos fácticos

Antes de comenzar una campaña de defensa de la RDT, intentar reunir información local relevante que sirva como contexto. Por ejemplo, las personas de otros países ya no se fijan en la información del Royal College of Physicians. Les interesan los datos de prevalencia local y la investigación relevante. Al recopilar datos, hay que asegurarse de conocer los últimos avances científicos y evidencias en apoyo de la RDT, leyes y regulaciones vigentes, y las posibles brechas. Asimismo, examinar cuáles han sido los anteriores esfuerzos de defensa en el mismo ámbito, y reconocer cuáles estrategias han tenido éxito y cuáles no.

2 Establecer objetivos claros para las políticas

Como con cualquier proyecto o campaña exitosos, los objetivos deben estar claramente definidos y ser específicos, medibles, factibles, relevantes y oportunos. Se recomienda usar la plantilla anterior para identificar los objetivos con claridad. Aún más importante, asegurarse de conocer quién o cuál estructura de liderazgo puede tomar una decisión que facilite la política de RDT en la región o país de interés.

3 Construir alianzas, coaliciones y asociaciones fuertes

Antes de comenzar una campaña de defensa, hay que identificar y construir coaliciones o asociaciones. Trabajar en coalición o asociación con otros es la mejor forma de generar impulso y «ruido de fondo» que demuestren el apoyo a la causa. La probabilidad de éxito es mayor si se identifican algunas cuantas personas o grupos adecuados con los cuales conformar un grupo central e impulsar la campaña.

4 Identificar y capacitar portavoces ante el

Las oportunidades de éxito para la campaña aumentarán si usted es capaz de encontrar científicos activos públicamente y dignos de confianza que hablen de forma independiente y apasionada sobre la base científica y los beneficios de la RDT. Tales portavoces no solo se encuentran en los sectores de salud y médico, así que asegúrese de buscar también entre los grupos de consumidores, la sociedad civil y grupos profesionales o de negocios en los sectores de salud, educación, economía y ciencia. De ser posible, use capacitación mediática para ayudar a esos individuos a ser más eficientes en su tarea en pos de la RDT.

5 Preparar borradores de argumentos/usar el lenguaje adecuado

A menudo, los participantes de las campañas son vistos como quejumbrosos. Son apasionados, ruidosos y creen que hablar más fuerte hará que al final su voz sea escuchada. En general, los legisladores saben que este tipo de defensores son ineficaces, ya que no representan amenaza alguna cuando la tormenta ha pasado. Sin embargo, los defensores que hacen su tarea, revelan la ciencia subyacente y comienzan a esbozar cómo deben lucir las políticas ideales se asegurarán de que los legisladores tomen nota. Algunos argumentan que «no debería haber interferencia en el proceso legislativo». No obstante, esta visión está es infundada e ingenua. Las sociedades democráticas deben fomentar el debate, y las políticas con sustento científico deberían ser la norma.

Por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en sus esfuerzos por combatir las enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaco y el alcohol, ha hecho llamados reiterados a adoptar enfoques de «toda la sociedad» y «todo el gobierno», así como la participación de diversos actores. Si usted se puede dar el lujo de involucrar a abogados o expertos en políticas, se aconseja que estos analicen las fortalezas y debilidades de las políticas existentes o emergentes de conformidad con las mejores prácticas basadas en evidencias. Esto ayudará a determinar lo que se puede o no negociar en el proceso de defensa.

6 Identificar patrocinadores y

En todos los gobiernos locales o nacionales hay «impulsores» que pueden ayudar a conseguir patrocinio para la causa de la RDT. Podría tratarse de un senador o político, alguno de cuyos familiares se salvó de una muerte prematura por reemplazar los cigarrillos con productos de vapeo, o de alguien que ha prestado atención a los consumidores. Nunca subestime el poder de patrocinadores fuertes y elocuentes deseosos de impulsar la causa de una mejor política. Empero, es importante asegurarse de que las relaciones con los impulsores sean transparentes, de que estos tengan acceso a los mejores trabajos científicos, y de que reciban retroalimentación periódica.

Como defensor de la RDT, usted también debe anticipar ataques por parte de activistas de derecha. Sus intentos por desacreditar a menudo involucrarán afirmaciones sobre que los defensores de la RDT tienen vínculos con la industria del tabaco de una forma y otra. Los activistas rara vez se arriesgan a involucrarse en el verdadero debate científico sobre la diferenciación del riesgo entre el tabaco y los productos de la nicotina o los beneficios de los productos de RDT para la salud individual y de la población. Si lo hacen, suelen usar argumentos débiles como táctica de bloqueo, por ejemplo afirmar que«se requiere más evidencia».

7 Plan de

La maquinaria para el control del tabaco financiada por Bloomberg[1] ha invertido millones de dólares en mejorar las estrategias comunicativas para el control del tabaco, sobre todo en las redes sociales. Esta comunicación ciertamente es útil para los fumadores que pueden dejar de fumar cigarrillos combustibles. No obstante, para aquellos que no pueden o no tienen la intención de dejarlos, los productos para la reducción del daño por tabaco (por ejemplo, los cigarrillos electrónicos, el snus y las bolsas de nicotina) pueden brindar acceso a la nicotina con mucho menos potencial de daños. Es fundamental comunicar este mensaje de manera eficiente a través de todas las plataformas. Una defensa eficaz depende en gran medida de la comunicación exitosa, lo que implica:

- Identifying the audiences and developing messages that resonate with them;
- Entender sus necesidades, preocupaciones, intereses, esperanzas y la mejor forma de atraer su atención
- De ser posible, monitorear el interés que la campaña despierta en los medios y redes sociales, con el fin de medir la eficiencia y hacer los ajustes necesarios.

8 Desarrollar un mapa/ plan general

La mayoría de las grandes corporaciones utilizan un sistema de «plan de una página» como apoyo visual para los miembros de su equipo. Este sistema funciona como un mapa de ruta para una campaña. Simplemente señala los objetivos, resume las estrategias y mensajes, y explica cuál sería un resultado exitoso. Este debería ser un documento dinámico, revisarse periódicamente y ajustarse para reflejar las oportunidades, cambios y riesgos en el ecosistema político.

9 Monitoreo y evaluación (M&E)

El monitoreo y evaluación suele ser el punto ciego o la debilidad de la mayoría de proyectos o campañas. Definir métricas de éxito, revisar el progreso y analizar con honestidad lo que no ha funcionado incrementará las probabilidades de éxito.

SECCIÓN 2: ACERCARSE Y HABLAR CON LEGISLADORES DE MANERA CONFIADA

Este es el momento clave en cualquier campaña de defensa. A menudo, usted solo tendrá unos minutos para hacer su exposición ante los legisladores, así que una buena preparación es fundamental. Dedique tiempo a desarrollar el llamado «discurso de presentación sobre la reducción del daño por tabaco». ¡Ser capaz de exponer su causa de forma concisa y apasionada en 30 segundos podría salvar muchas vidas! Cuando busque persuadir a los legisladores para que consideren su objetivo de política, esta sencilla lista de verificación le resultará útil:

ANTES DE REUNIRSE CON LEGISLADORES:

- Hechos: entienda con quién hablará y conozca sus puntos de vista sobre el control del tabaco y la reducción del daño.
- Mapeo de tendencias políticas: asegúrese de conocer cuáles son las tendencias actuales en torno a la RDT y las disposiciones de las regulaciones vigentes.
- Prepare lo que dirá exactamente: escriba sus palabras como si tuviesen que caber en una camiseta. Asegúrese de contar con no más de tres mensajes clave fáciles de recordar. Considere qué será lo más convincente para un legislador individual y sepa en qué poner énfasis (o NO ponerlo) para llamar su atención.
- Simplifique y condense el mensaje: es esencial elaborar dos o máximo tres puntos principales. La mayoría de los políticos no tienen tiempo de leer una página completa, así que a menudo solicitan media página, de preferencia un listado con dos elementos. Todos los políticos desean retener el poder, así que asegúrese de que su argumento de RDT no minimice su poder.
- Distribuibles: compile un resumen de la política (2 páginas máximo) que describa de forma sucinta pero clara el problema, proporcione evidencias de apoyo y defina las soluciones.

DURANTE LA REUNIÓN:

- Practique una diplomacia extrema y muestre respeto en todo momento.
- Solicite una reunión de 15 minutos y no más de 20 minutos. Si se gana su atención, recibirá 30 minutos.
- Asistentes: propóngase cultivar buenas relaciones con los asistentes y asesores de los legisladores, ya que ellos son quienes se encargan de organizar los horarios de estos.
- Portavoces: en general, los legisladores están más dispuestos a escuchar a científicos confiables o profesionales de la salud; asegúrese de tener en la habitación a las personas adecuadas para ayudarle, no para entorpecer. Al final de la reunión, confirme cuáles son los pasos siguientes.
- Los legisladores rara vez dan seguimiento, así que cuando usted haya clarificado los pasos siguientes, asegúrese de dar seguimiento. Esto incluye enviar un resumen de la política, cualquier evidencia solicitada y las posibles fechas para un futuro acercamiento. Adoptar una diplomacia cordial aporta mucho para seguir construyendo una comunicación bilateral.

SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA REUNIÓN:

- Siempre envíe una nota de agradecimiento.
- Haga un seguimiento de los pasos siguientes por escrito. Envíe un correo electrónico donde resuma la discusión, todos los puntos de consenso y los pasos siguientes. Asegúrese de exponer con elocuencia y diplomacia toda la información que el legislador le haya solicitado.
- Confidencialidad: es vital asegurarse de nunca revelar información que haya sido compartida de forma confidencial. Sin confidencialidad, ninguna relación es posible. Si no está seguro de cuál información puede compartir, peque de una comunicación excesiva: pida permiso para compartir información. «Ante la duda, ¡pregunte!»

Fotografía de Adrien Olichon en

Fotografía de Edwin Andrade en Unsplash

SECCIÓN 3: GESTIÓN DE OBJECIONES: PREGUNTAS Y RESPUESTAS FRECUENTES SOBRE LA RDT, ESPECÍFICAMENTE PRODUCTOS PARA EL VAPEO

Todos los defensores del control del tabaco y la reducción del daño por tabaco deben anticipar objeciones a los principios y la ciencia detrás de la reducción del daño por tabaco. Ha habido un amplio debate entre el público y las redes sociales en torno a estos productos, así que lo más sabio es comprender las preocupaciones y preparar respuestas razonadas y basadas en evidencias.

En la sección siguiente se presenta una selección de las PREGUNTAS FRECUENTES con respecto a los productos para vapear (cigarrillos electrónicos), y las respuestas/opiniones de una agencia de salud pública de autoridad mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS).[2] Nótese que la sección de preguntas y respuestas original ha sido adaptada para incluir las opiniones de la OMS sobre preguntas importantes hechas en otros medios en línea.[3]

También hemos incorporado HECHOS y respuestas aplicables a la reducción del daño por tabaco debajo de cada pregunta respondida por la OMS. De esta forma, se ayuda a que cualquier campaña de defensa de la RDT pueda presentar información precisa y real. La sección siguiente se reproduce con el amable permiso de The Counterfactual.[4]

PREGUNTAS FRECUENTES

¿LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y OTROS PRODUCTOS PARA VAPEAR SON PELIGROSOS?

OMS: Hay muchos tipos de cigarrillos electrónicos usados actualmente (también conocidos como sistemas electrónicos de dosificación de nicotina o SEDN), con niveles distintos de nicotina y de emisiones dañinas.

HECHOS: La OMS responde a esta pregunta con una serie de verdades a medias e incongruencias en las menciones de riesgo relativo y absoluto, «seguro» y «muy seguro».

Al usar una afirmación que no contiene información útil, pareciera que la intención es confundir al lector respecto a la comparación de riesgos de vapear con los de fumar. Hay poca evidencia de que las emisiones sean o puedan ser causa de daños graves. Ciertamente, no se comparan con las de los cigarrillos. Aunque hay diferencias entre productos SEDN, estas se concentran en el extremo opuesto de la escala con respecto al daño causado por fumar.

Para fines prácticos, lo que importa para los legisladores y consumidores es la reducción de 95-99 % en comparación con los cigarrillos. La exposición a la mera nicotina no es especialmente nociva, y está mayormente bajo el control del usuario mediante la «valoración»: fumar o vapear de una forma que suministre la dosis deseada de nicotina.

¿LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (SEDN) CAUSAN LESIONES PULMONARES?

OMS: Las emisiones de SEDN suelen contener nicotina y otras sustancias tóxicas dañinas tanto para los usuarios como para otras personas expuestas al vapor de segunda mano. Se ha encontrado que algunos dispositivos que afirman estar libres de nicotina de hecho sí la contienen.

HECHOS: Esta respuesta comunica un malentendido básico sobre la nicotina: no es la nicotina la que causa daños graves, sino el humo. Como su nombre lo indica, los SEDN dosifican nicotina de forma intencional y por diseño.

La nicotina es una droga recreativa legal, relativamente suave e inocua, con unos 1 300 millones de usuarios en todo el mundo. El propósito de los SEDN es permitir a los usuarios consumir nicotina con una mínima fracción del riesgo asociado con fumar tabaco. Fumar es, por mucho, la forma más riesgosa de consumir nicotina y la causa de la mayoría de enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaco que la OMS supuestamente debería intentar reducir.

Fumar es riesgoso sobre todo porque suministra la nicotina a los pulmones en un «humo» que contiene gases tóxicos calientes y partículas gruesas y pegajosas generadas al quemar la hoja seca y curada del tabaco. Los SEDN no implican reacciones de combustión no controladas. Tampoco dan pie a las miles de sustancias químicas (muchas de ellas tóxicas y carcinógenas) que se producen al quemarse la punta del cigarrillo.

Los SEDN utilizan calor eléctrico para crear un aerosol líquido (una niebla fina de gotículas) a partir de líquidos que contienen nicotina pura de grado farmacéutico, excipientes neutros y saborizantes. Esta diferencia tecnológica básica es la razón de que los cigarrillos electrónicos sean mucho más seguros que los cigarrillos de tabaco.

PREGUNTA RELATIVA A SI LOS SEDN OCASIONAN LESIONES PULMONARES

OMS: Cada vez más evidencias muestran que los SEDN podrían ocasionar daño pulmonar. El 17 de septiembre de 2019, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos activaron una investigación de emergencia sobre la relación del uso de SEDN con lesiones y muertes de tipo pulmonar. Para el 10 de diciembre de 2019, en EUA se notificaron más de 2 409 casos de hospitalización y 52 muertes confirmadas. Al menos cinco países más han iniciado investigaciones para identificar los casos de lesiones pulmonares relacionadas con el uso de SEDN

REALIDAD: Esto es incorrecto No hay ninguna evidencia creciente de que los SEDN puedan ocasionar daño pulmonar del tipo observado en Estados Unidos entre junio y diciembre de 2019. Por lo contrario, desde julio de 2019, ha surgido cada vez más (y ahora concluyente) evidencia de que esta epidemia no tuvo nada que ver con los SEDN.

Desde agosto de 2019, se ha notado que las lesiones pulmonares graves fueron causadas por una sustancia adictiva, el acetato de vitamina E, que se usa en aceites de cannabis (THC) para «cortar» (diluir) el líquido sin reducir su viscosidad. El uso de esta sustancia adictiva en aceites de THC tuvo lugar principalmente en la cadena ilegal de suministro de EUA con fines económicos fraudulentos, a saber, para ganar más dinero diluyendo el costoso aceite de THC.

PREGUNTA RELATIVA A SI LOS SEDN OCASIONAN LESIONES PULMONARES

OMS: Cada vez más evidencias muestran que los SEDN podrían ocasionar daño pulmonar. El 17 de septiembre de 2019, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos activaron una investigación de emergencia sobre la relación del uso de SEDN con lesiones y muertes de tipo pulmonar. Para el 10 de diciembre de 2019, en EUA se notificaron más de 2 409 casos de hospitalización y 52 muertes confirmadas. Al menos cinco países más han iniciado investigaciones para identificar los casos de lesiones pulmonares relacionadas con el uso de SEDN.

REALIDAD: Esto es incorrecto No hay ninguna evidencia creciente de que los SEDN puedan ocasionar daño pulmonar del tipo observado en Estados Unidos entre junio y diciembre de 2019. Por lo contrario, desde julio de 2019, ha surgido cada vez más (y ahora concluyente) evidencia de que esta epidemia no tuvo nada que ver con los SEDN.

Desde agosto de 2019, se ha notado que las lesiones pulmonares graves fueron causadas por una sustancia adictiva, el acetato de vitamina E, que se usa en aceites de cannabis (THC) para cortar» (diluir) el líquido sin reducir su viscosidad. El uso de esta sustancia adictiva en aceites de THC tuvo lugar principalmente en la cadena ilegal de suministro de EUA con fines económicos fraudulentos, a saber, para ganar más dinero diluyendo el costoso aceite de THC.

RELACIÓN ENTRE ACETATO DE VITAMINA E Y LESIONES PULMONARES

Al responder la pregunta relativa a la afirmación de que vapear causa lesiones pulmonares, la OMS omitió la siguiente información real sobre el acetato de vitamina E en su hoja informativa:[3]

- El acetato de vitamina E es la causa de las lesiones pulmonares graves vistas hasta el momento: esta sustancia no puede añadirse a los líquidos de nicotina para vapear, ya que no es soluble en los excipientes usados en los líquidos de nicotina.
- No hay ni siquiera una razón económica para intentar añadir acetato de vitamina E u otros espesantes. Un espesante no tiene ninguna razón de ser en los líquidos a base de nicotina, los cuales no reciben ningún beneficio de ser «cortados» (diluidos) o espesados.
- Ningún líquido de nicotina examinado tras los brotes de lesiones pulmonares ha contenido ingredientes sospechosos.
- La cadena de suministro de los líquidos de nicotina es legal en Estados Unidos, está regulada y no se traslapa de forma significativa con la cadena de suministro de THC para vapear. Existe la ínfima posibilidad de que surja algún problema completamente aparte con los líquidos de nicotina al mismo tiempo, en el mismo lugar y con los mismos síntomas que los casos ocasionados por aditivos en los vapeadores de THC. Usando las técnicas epidemiológicas ya probadas utilizadas, por ejemplo, para aislar las causas de envenenamiento por alimentos, debería ser posible descartar los SEDN como una posible causa en agosto [de 2019], por muy tarde.
- La confusión surgió y quizás fue promovida por enfocarse en testimonios de víctimas de lesiones pulmonares que afirmaban haber usado solamente líquidos de nicotina y no cannabis (THC). Sin embargo, estos testimonios obviamente no son de fiar, debido al estado legal del THC y al riesgo que corrían los usuarios de cometer un crimen o enfrentarse con problemas en el trabajo, la escuela o la familia. No ha habido casos concluyentes en los que los líquidos de nicotina resultaran ser la causa de la lesión.
- Los CDC ahora [enero de 2020] enfocan sus consejos en evitar los vapeadores de THC y el acetato de vitamina E, no los SEDN. Siguen manteniendo sus acostumbradas reservas con respecto a los SEDN (pero nada más):[5]

  Los CDC y la FDA recomiendan que las personas eviten el uso de cigarrillos electrónicos o vapeadores que contengan THC, en particular si provienen de fuentes informales como amigos, familiares o vendedores en persona o en línea. No debe añadirse acetato de vitamina E a ningún cigarrillo electrónico ni vapeador. Asimismo, las personas no deben añadir otras sustancias no previstas por el fabricante, incluidos productos comprados en establecimientos de venta al por menor. Los adultos que usen cigarrillos electrónicos o vapeadores con contenido de nicotina como alternativa a los cigarrillos no deben recaer en el tabaquismo; deben sopesar toda la información disponible y considerar el uso de medicamentos para el abandono aprobados por la FDA. Si necesitan ayuda para dejar los productos del tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos, deben contactar a su proveedor de cuidados médicos, al igual que si tienen preocupaciones con respecto a lesiones pulmonares asociadas con el cigarrillo electrónico.

Puede notarse que la posición de la OMS no es consistente con el consejo de los CDC, los cuales son citados como fuente. Los mismos CDC han tardado en reconocer que los SEDN no han sido factores de este brote.

Para obtener información confiable y con referencias, consulte estas fuentes:

- El artículo «Vape pen lung injury: Here's what you need to know» [Lesión pulmonar por pluma vapeadora: Esto es lo que debe saber] en Leafly, una publicación especializada en cannabis.[6]
- Quienes deseen examinar los elementos engañosos en la actitud de los CDC ante este brote, pueden consultar también las numerosas publicaciones que el Dr. Michael Siegel hizo en agosto de 2019, The Rest of the Story: Tobacco and Alcohol News Analysis and Commentary [El resto de la historia: Análisis y comentario de las noticias sobre el tabaco].[7]

¿LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS SON MÁS PELIGROSOS QUE LOS CIGARRILLOS TRADICIONALES?

OMS: No hay duda de que son dañinos para la salud e inseguros, pero es demasiado pronto para brindar una respuesta clara sobre el impacto en el largo plazo por usarlos o estar expuesto a ellos.

HECHOS: La respuesta de la OMS comienza por entender mal la reducción del daño: los productos pueden no ser 100 % seguros, pero son una alternativa al uso de productos combustibles que pueden ser hasta 20 veces más riesgosos, según el conocimiento actual sobre la toxicidad. Aun más, la afirmación «No hay duda de que son dañinos...» es una exageración.

Algunos mecanismos plausibles podrían causar daño, pero eso está lejos de significar que los SEDN causarán algún daño sustancial a la gran mayoría de usuarios. Hasta el momento, hay poca evidencia de riesgo sustancial para los usuarios, y es muy posible que cuando se realice una evaluación de los SEDN en el largo plazo, los daños asociados se considerarán insignificantes e incluso puede que se descubran beneficios. Lo más importante es que, si hay algún daño asociable con los SEDN, definitivamente es mucho menor que el de fumar. Por mucho, el impacto más significativo a la salud es su capacidad de reducir los daños causados por fumar, un hecho que la OMS ignoró por completo en sus preguntas y respuestas.

PREGUNTA RELACIONADA SOBRE SI LOS SEDN SON MÁS PELIGROSOS QUE LOS CIGARRILLOS TRADICIONALES

OMS: Esto depende de una gama de factores, incluida la cantidad de nicotina y otros agentes tóxicos en los líquidos que se calientan, pero sabemos que los SEDN presentan riesgos claros para la salud y de ninguna forma son seguros.

HECHOS: La pregunta en sí misma carece de sentido. Ningún científico que haya investigado el tema cree que los riesgos asociados con los SEDN se acerquen a los de fumar. La redacción de la pregunta de la OMS puede llevar fácilmente a un «sesgo de anclaje». En este caso, consiste en establecer la idea de que la pregunta que todo el mundo tiene es si los SEDN son más peligrosos que los cigarrillos o más o menos iguales, y de esta forma sugerir que una paridad de riesgo sería el mejor escenarios para los SEDN.[8] Esta implicación es profundamente carente de ética. Además, podría tener consecuencias graves para la salud si hace que la gente transite de los SEDN a cigarrillos o no haga la transición inversa.

La OMS no ha proporcionado una respuesta, ya que la pregunta era si los SEDN exceden en 100 % el riesgo de los cigarrillos. La respuesta de la OMS es que los SEDN no están libres de riesgo.

Hay un animado debate en torno al riesgo relativo de SEDN y cigarrillos, pero la verdadera pregunta debería ser: «¿Cuán menos riesgosos son los SEDN en comparación con los cigarrillos?» Las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Matemáticas han echado más luz en su informe de 2018[9] en el cual se afirma:[10, 11] «Si bien los cigarrilos electrónicos no están libres de riesgos para la salud, es muy probable que sean mucho menos dañinos que los cigarrillos de tabaco combustible.»

En una revisión de los datos científicos disponibles, el Royal College of Physicians concluyó en la sección 5.5, p. 87 de su informe de 2016 «Nicotine Without Smoke: Tobacco Harm Reduction» (Nicotina sin humo: Reducción del daño por tabaco):[12]

Aunque no es posible cuantificar con precisión los riesgos para la salud en el largo plazo asociados con los cigarrillos electrónicos, la información disponible sugiere que difícilmente superan el 5 % de aquellos asociados con fumar productos del tabaco, e incluso pueden resultar ser bastante menores que este número.

LECTURA ADICIONAL: Lea más sobre una afirmación irresponsable de un activista respecto a que el riesgo de los SEDN y los cigarrillos es equivalente: «Vaping risk compared to smoking: challenging a false and dangerous claim by Professor Stanton Glantz» (Riesgo de vapear en comparación con fumar: desafiando una afirmación falsa y peligrosa del profesor Stanton Glantz).[13]

¿SON ADICTIVOS LOS SEDN?

OMS: Los SEDN son especialmente peligrosos cuando son usados por adolescentes. La nicotina es muy adictiva y el cerebro de la gente joven no termina de desarrollarse hasta mediados de los veintes. La exposición a la nicotina puede tener efectos dañinos de larga duración.

HECHOS: Estas afirmaciones sobre efectos en el cerebro son sumamente imprecisas y se basan en unos cuantos experimentos hechos con roedores. Tampoco hay evidencia convincente de que un historial de consumo de nicotina provoque discapacidad cognitiva reconocible u otros daños en el cerebro.

Nótese que no se está argumentando aquí que vapear en la adolescencia sea bueno, pero es importante no exagerar el riesgo. Además, debería proporcionarse el contexto respecto a otros comportamientos adolescentes, como el consumo de alcohol o drogas ilegales, conducción imprudente, sexo entre menores de edad, peleas, acoso, etc.

OMS: Sí. La nicotina es muy adictiva y los SEDN implican la inhalación de un aerosol infusionado con nicotina.

HECHOS: La respuesta de la OMS es una burda simplificación. Primero, «adicción» es un término tendencioso y despectivo. Es importante definir con cuidado semejante terminología en la comunicación profesional. «Adicción» suele referirse a algún tipo de daño adicional (enfermedad, discapacidad mental, pérdida del empleo, separación familiar) generado por un comportamiento compulsivo. De hecho, la propia OMS evita el término «adicción» y usa el preferible «síndrome de dependencia». [14] Según la definición de la OMS, un diagnóstico de dependencia quiere decir:[14]

Uso persistente de una sustancia a pesar de haber pruebas de consecuencias abiertamente dañinas, como el daño al hígado por beber alcohol en exceso, estados de ánimo depresivos por el uso prolongado de sustancias narcóticas o la incapacidad cognitiva relacionada con el consumo de drogas. Deben hacerse esfuerzos para determinar que el usuario, de hecho, estuvo o puede llegar a estar consciente de la naturaleza y el alcance del daño.

En el caso del tabaquismo, los daños están bien documentados: cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria, etc. Pero ¿qué daño surge de vapear? Para muchos, es la reducción del daño lo que convierte el consumo de nicotina de una compulsión en un placer al que no desean renunciar.

LECTURA ADICIONAL: «The New Nicotine Alliance – Vaping and the Pleasure Principle» (Nueva Alianza por la Nicotina: Vapear y el principio de placer).[15]

DATOS SOBRE EL POTENCIAL ADICTIVO DE LA NICOTINA

El potencial adictivo de la nicotina también depende de cómo es suministrada, es decir, cuán rápido llega al cerebro y cuál nivel máximo alcanza en la sangre. Los expertos se refieren a esta función del sistema de dosificación como farmacocinética o «FC». En el caso del humo del tabaco, es posible que también estén involucrados otros refuerzos.

No hay advertencias de la OMS sobre productos tales como la terapia de reemplazo de la nicotina (TRN). Esto se debe a que los productos de TRN (parches, goma de mascar, etc.) están diseñados para no causar dependencia, o para minimizar lo que los reguladores farmacéuticos llaman «propensión al abuso». El cigarrillo es el indiscutido campeón de la FC de la nicotina (al menos por ahora). Es por ello que fumar sigue siendo tan popular y a las personas les cuesta tanto trabajo dejarlo.

Allí está la trampa. Al no tener características generadoras de dependencia, las TRN no son muy eficaces para ayudar a los fumadores a dejarlo. Y es aquí donde los partidarios de la reducción del daño adoptan un enfoque distinto. Ellos reconocen que, como droga legal, es difícil que la nicotina sea prohibida por completo, aun cuando es ampliamente consumida en su presentación más peligrosa (el cigarrillo). Por este motivo, los partidarios de la RDT se enfocan en la recompensa de fumar para encontrar soluciones equivalentes o al menos competitivas con el tabaquismo y ayudar a los usuarios a transitar hacia el hábito del vapeo de forma voluntaria. Tratar de contener los productos de RDT redunda en proteger al comercio de cigarrilos de la competencia. Irónicamente, muchas de las comunicaciones y acciones de la OMS tienen exactamente dicho efecto.

PREGUNTA RELACIONADA SOBRE ADICCIÓN Y USO ADOLESCENTE DE SEDN

OMS: La gente joven que utiliza SEDN también tiene mayor propensión a consumir cigarrillos tradicionales, cigarros puros o hookahs.

HECHOS: Esta afirmación, aunque cierta, es muy engañosa puesto que el uso de SEDN no causa tabaquismo (el llamado «efecto droga de entrada»).

Es mucho más probable que las mismas influencias que inclinan a los jóvenes a fumar también los lleven hacia el uso de SEDN. Estos factores, conocidos como «propensión común», pueden incluir la genética, circunstancias familiares, salud mental, entorno escolar, delincuencia, actitud arriesgada, etc. De hecho, es más probable que los SEDN sean benéficos para los jóvenes que los usan, porque pueden estar alejándolos del consumo de cigarrillos.

OMS: Los SEDN incrementan el riesgo de enfermedad cardíaca y desórdenes pulmonares. Para las mujeres embarazadas, los SEDN presentan riesgos significativos, ya que pueden dañar al feto en desarrollo.

HECHOS: Este argumento es una gran exageración. Hay cierta evidencia de los efectos que el uso de SEDN tiene en el cuerpo, pero esto no es de sorprender, puesto que la nicotina es un estimulante. Como casi todos los usuarios adultos de SEDN son también fumadores o ex fumadores, es casi imposible separar los efectos del uso de SEDN de los efectos del tabaquismo previo. Los investigadores que dicen «ajustar según el historial de tabaquismo» seguramente carecen de los datos necesarios para hacerlo bien.

¿SON PELIGROSAS LAS EMISIONES DE SEDN DE OTRAS PERSONAS?

OMS: Los SEDN también exponen a los no fumadores y concurrentes a la nicotina y otras sustancias químicas nocivas.

HECHOS: La respuesta apunta a una incomprensión de la toxicología básica, a saber, que «la dosis hace el veneno» y es el grado de exposición lo que importa. Así es como la exposición a la nicotina del vapeo de hecho funciona:

- Aunque vapear en espacios públicos expone a los usuarios al aerosol en vapor, la exposición real a la nicotina es mínima, porque la mayor parte se absorbe en el organismo del usuario del SEDN.
- No es igual a la combustión en la punta de un cigarrillo, la cual emite una corriente lateral de humo.
- La exposición a toxinas de los no fumadores y concurrentes es mucho más baja, porque el aerosol en vapor es mucho menos tóxico que el humo de un cigarrillo.
- Por último, el aerosol en vapor se disipa y deshace mucho más rápidamente que el humo del cigarrillo. Como resultado, es improbable que la exposición al vapor genere más que una leve molestia y una cuestión de modales.

Por este motivo, deberían ser los propietarios y gerentes quienes definan su propia política de vapeo, en vez de que les sea impuesta por ley.

OMS: Sí. Los aerosoles de los SEDN típicamente contienen sustancias tóxicas, entre ellas glicol, que se usa para fabricar anticongelante. Los SEDN presentan riesgos para usuarios y no usuarios.

HECHOS: Esta afirmación es penosamente incorrecta. Glicol no es una sustancia química como tal, sino una clase de sustancias químicas. El etilenglicol que se usa en anticongelantes es una sustancia del todo distinta del propilenglicol que se usa en líquidos para vapear. Este fragmento de la Encyclopaedia Britannica sobre Glycol[16] proporciona la información correcta:

El etilenglicol (también llamado 1,2-etanediol, de fórmula molecular HOCH2CH2OH) es un líquido incoloro aceitoso que posee un sabor dulce y olor suave. Se produce comercialmente a partir del óxido de etileno, el cual se obtiene del etileno. El etilenglicol es usado ampliamente como anticongelante en los sistemas de enfriamiento de los automóviles y en la fabricación de fibras artificiales, explosivos de bajo punto de congelación y líquido de frenos. El etilenglicol y algunos de sus derivados son ligeramente tóxicos.

El propilenglicol, también llamado 1,2-propanediol, se asemeja al etilenglicol en sus propiedades físicas. No obstante, a diferencia del etilenglicol, el propilenglicol no es tóxico y se usa ampliamente en alimentos, cosméticos y productos de higiene oral como solvente, conservante y agente para la retención de humedad. El propilenglicol se fabrica en grandes cantidades a partir del óxido de propileno, el cual se obtiene del propileno.

La afirmación de la OMS sobre la presencia de etilenglicol en los SEDN (que en cambio debería señalar su ausencia) es errónea. En general, con el aerosol de los vapeadores, los concurrentes están expuestos a niveles mucho menores de toxinas y durante mucho menos tiempo. Aquí hay tres razones por las cuales las emisiones del aerosol en vapor son mucho menos riesgosas que el humo de segunda mano (también llamado humo de corriente lateral):

La cantidad emitida. El usuario absorbe la mayor parte del vapor inhalado. Solo se exhala una pequeña fracción (15 % o menos, dependiendo del componente). En contraste, la punta de un cigarrillo en combustión produce alrededor de cuatro veces más humo ambiental que el humo exhalado por el fumador. Vapear no produce ningún equivalente de este «humo de corriente lateral».

La toxicidad de las emisiones. El humo del tabaco contiene cientos de productos tóxicos de la combustión. En el aerosol en vapor, están ausentes o bien presentes en niveles muy bajos. Las emisiones de vapor no contienen toxinas en niveles que signifiquen un riesgo sustancial para la salud.

Tiempo que las emisiones permanecen en la atmósfera. El humo del tabaco persiste durante mucho más tiempo en el ambiente (unos 20-40 minutos por exhalación). En contraste, las gotículas de aerosol producidas al vapear se evaporan en menos de un minuto, y la fase gaseosa se dispersa en menos de dos minutos.

Hasta ahora, no se ha registrado ningún caso en que esto genere un riesgo sustancial para los concurrentes, aparte de ser una leve molestia. Esta no es razón para permitir que los SEDN se usen en cualquier lugar, pero tampoco es motivo para una prohibición general por ley. El equilibrio correcto de responsabilidades debe permitir a los propietarios o gerentes decidir dónde pueden usar SEDN sus clientes, empleados y visitantes.

La OMS omite mencionar esta información veraz y relevante en materia de políticas. Por lo contrario, las comunicaciones de la organización se complican con generalizaciones y errores elementales.

PREGUNTA RELACIONADA SOBRE LA EXPOSICIÓN AL LÍQUIDO DE LOS SEDN

OMS: El líquido de los SEDN puede quemar la piel y causar un rápido envenenamiento por nicotina si se traga o absorbe a través de la piel. Existe el riesgo de que los dispositivos tengan fugas y de que los niños traguen el líquido; se ha sabido de SEDN que ocasionan lesiones graves por incendio o explosión.

HECHOS: El origen de la información engañosa detrás de esta aseveración de la OMS es un misterio. No se han reportado casos de quemaduras de piel por el líquido, ni tampoco hay razones plausibles para provocar quemaduras. La ingesta de nicotina en dosis grandes puede causar envenenamiento. Sin embargo, al ser emética, ocasiona vómito; de esta forma, los casos de incidentes graves son raros y tratables. Igual que con cualquier material peligroso —medicamentos, agentes limpiadores, alcohol—, para mitigar el riesgo de exposición accidental, se recomienda tomar las precauciones habituales al manipular los líquidos de vapeo. Otras medidas precautorias incluyen el uso de contenedores a prueba de niños y etiquetas de advertencia en los productos, así como informar sobre qué hacer en caso de accidente.

Ha habido unos cuantos casos de explosiones de baterías. Sin embargo, las personas lesionadas por estos eventos son solo una pequeña fracción de aquellas lesionadas o fallecidas en incendios provocados por los cigarrillos.

¿SON PELIGROSAS LAS EMISIONES DE SEDN DE OTRAS PERSONAS?

OMS: Los países pueden optar por prohibir los SEDN. Los SEDN actualmente están prohibidos en más de 30 países de todo el mundo, y cada vez son más los países que consideran prohibir su acceso a la población joven.

HECHOS: Esta respuesta no corresponde a la pregunta y además oculta los problemas asociados con la prohibición. Una pregunta más sincera sería: «¿Pueden prohibirse los SEDN?» Sí, parece que los países tienen la libertad de prohibir los SEDN. No obstante, si tales prohibiciones tiene el objetivo o el efecto de proteger el comercio nacional de cigarrillos, podrían ser limitadas por la ley antidiscriminación de la Organización Mundial del Comercio.

LECTURA ADICIONAL: Estudio de política «E-vapor product bans could violate international trade rules» (La prohibiciones a los productos de vapeo podrían violar las reglas internacionales de comercio), del R Street Institute.[17]

La OMS no proporciona una respuesta a su propia pregunta sobre la prohibición de SEDN. Uno tiene que preguntarse si lo que se busca no es normalizar la idea de las prohibiciones y generar un efecto predeterminado, ya que no se brindan fundamentos válidos para justificar la prohibición de los SEDN. Dar una respuesta adecuada significaría tener que discutir las probables consecuencias no previstas de semejante prohibición. Estas incluyen:

- Que los actuales usuarios de vapeadores recaigan en el tabaquismo.
- Que los actuales fumadores no transiten hacia el vapeo.
- Que nuevos usuarios adolescentes adopten el tabaquismo en vez del vapeo.
- Estimular el comercio de cigarrillos.
- Alentar el desarrollo y difusión de mezclas caseras.
- El surgimiento de un mercado negro para productos de vapeo, con problemas de calidad y para los derechos de los consumidores, así como pérdida de supervisión regulatoria.
- Enriquecer a los criminales e incrementar los productos ilegales.
- Exponer a más personas a proveedores criminales que también suministran drogas y otros bienes ilícitos.
- Y lo más importante: infringir el derecho básico a la libertad y autonomía de las personas para controlar sus propios riesgos, tomar sus propias decisiones e iniciativas para proteger su salud por su cuenta.

¿DEBERÍAN REGULARSE LOS SEDN?

OMS: Sí. Los SEDN son nocivos para la salud y, si no se prohíben, deben regularse. La OMS recomienda que los países pongan en marcha las medidas regulatorias que mejor se adapten a su realidad nacional. La regulación debe:

- *Interrumpir el fomento y el consumo de productos SEDN.*
- *Reducir los posibles riesgos para la salud de los usuarios y no usuarios de SEDN.*
- *Prohibir que se hagan afirmaciones falsas o no comprobadas acerca de los SEDN.*
- *Proteger los esfuerzos en curso para el control del tabaco.*

Los SEDN están disponibles en alrededor de 15 000 sabores únicos, incluidos sabores diseñados para atraer a los jóvenes, como goma de mascar y algodón de azúcar. Los gobiernos deben restringir la publicidad, el fomento y el patrocinio de SEDN para evitar que sean dirigidos a los jóvenes, otros grupos vulnerables y no fumadores.

Debe prohibirse el uso de SEDN en espacios públicos y de trabajo cerrados, en vista de los riesgos para los no usuarios. Gravar los SEDN de forma similar a los productos del tabaco ofrece un escenario donde todos ganan, pues los gobiernos protegerán a sus ciudadanos mediante precios más altos que desalienten el consumo.

HECHOS: La respuesta de la OMS ignora por completo las consecuencias potencialmente nocivas e indeseables de las políticas sugeridas. Hay muy pocos defensores de la reducción del daño que abogan por una regulación nula, y mucha de la regulación para proteger a los consumidores se aplica de forma predeterminada en cada jurisdicción. La cuestión es: ¿cuál es la forma apropiada de regulación? Para entender esto, los legisladores deben considerar no solo lo que están tratando de obtener con la regulación, sino también las consecuencias nocivas no previstas que dicha regulación puede tener (véase el ejemplo de una prohibición en la pregunta 6 arriba). Por ejemplo, prohibir la publicidad de SEDN tiene el efecto de proteger al mercado actual (los cigarrillos) de nuevos actores disruptivos (SEDN). Prohibir los sabores, en especial de forma extensiva, puede reducir el atractivo de los SEDN para los fumadores adultos y provocar que menos personas reemplacen el tabaquismo con este hábito.

LECTURA ADICIONAL: «Risks of excessive regulation: Plausible unintended consequences of excessive regulation of low-risk nicotine products» (Riesgos de una regulación excesiva: Consecuencias plausibles no previstas de la regulación excesiva de productos de nicotina de bajo riesgo).[18]

El Royal College of Physicians ha resumido esto con precisión en la sección 12.10, p. 187 de su informe:[12]

Sin embargo, si [una actitud aversa al riesgo y precautoria hacia la regulación de los cigarrillos electrónicos] también hace que los cigarrillos electrónicos sean menos accesibles, agradables o aceptables, más caro, menos atractivos para los consumidores o menos eficaces farmacológicamente, o si inhibe la innovación y el desarrollo de productos nuevos y mejorados, entonces causa daño al perpetuar el tabaquismo. Lograr este equilibrio es difícil.

De verdad es todo un desafío encontrar este equilibrio. Sin embargo, al intentarlo, los legisladores deben una vez más estar conscientes de que fumar es mucho más riesgoso de usar SEDN, y por lo tanto los efectos no previstos que impliquen daño al perpetuar el tabaquismo deberían ser la máxima prioridad al elaborar la política. Además, debe decantarse rotundamente contra la posibilidad de fomentar el tabaquismo. La OMS está fracasando en su tarea de proteger a la población, pues está minimizando o ignorando los riesgos de daños por la regulación y descartando las consecuencias no previstas de intervenciones políticas mal diseñadas o excesivas.

Entonces, ¿cuál es el enfoque correcto para la regulación? La regulación del tabaco y los productos de la nicotina debe ser proporcional a los riesgos y con controles más rigurosos para los productos de mayor riesgo. En la práctica, esto quiere decir:

- Introducir impuestos altos para los cigarrillos, pero bajos o ninguno para los cigarrillos electrónicos.
- Prohibir la publicidad de cigarrillos pero implementar controles al contenido y colocación de la publicidad de cigarrillos electrónicos para evitar el alcance a adolescentes.
- Prohibir fumar en espacios públicos, pero dejar las decisiones sobre las políticas de vapeo a los propietarios o gerentes de los edificios.
- Incluir grandes advertencias visuales en los paquetes de cigarrillos, pero insertar mensajes que inciten a reemplazarlos por los cigarrillos electrónicos ya sea encima o dentro del empaque tanto de los unos como de los otros.
- Usar empaques simples para los cigarrillos pero no para los cigarrillos electrónicos.
- Regular la formulación de los productos para que sea relativamente más atractivo transitar hacia el vapeo que seguir fumando.
- Implementar una regulación que aborde los riesgos eléctricos, químicos, térmicos y mecánicos de los productos si esto es benéfico para los consumidores.
- Regular el diseño de los contenedores para hacerlos a prueba de niños.
- Implementar restricciones diferenciadas por rango de edad, por ejemplo 21 años para poder fumar cigarrillos, pero 18 años para usar cigarrillos electrónicos.
- Prohibir la venta de cigarrillos en línea, pero no la de cigarrilloselectrónicos.
- Tener centros para dejar de fumar que permitan el vapeo.
- Implementar campañas que desalienten el tabaquismo incitando a transitar hacia el vapeo

LECTURA ADICIONAL

- «Anti-vaping arguments: Ten perverse intellectual contortions: a guide to the sophistry of anti-vaping activists» (Argumentos contra el vapeo: Diez contorsiones argumentativas: una guía de la sofistería de los activistas antivapeo).[19]
- «Risk-proportionate regulation of tobacco and nicotine products» (Regulación proporcional a los riesgos de productos de tabaco y nicotina): lea más aquí en una propuesta hecha en agosto de 2019 para el caso de Nueva Zelanda.[20]

¿LOS SEDN AYUDAN A DEJAR DE FUMAR?

OMS: No hay suficiente evidencia que respalde el uso de estos productos como apoyos para dejar de fumar. Para los consumidores de tabaco que buscan dejarlo, hay otros productos probados, más seguros y aprobados tales como las terapias de reemplazo de la nicotina (parches y gomas de mascar), así como líneas telefónicas para dejar de fumar, mensajería móvil y tratamientos especializados para la dependencia del tabaco.

HECHOS: En esta respuesta, la OMS usa una generalización e ignora o descarta la evidencia existente. La única forma en que la OMS podría respaldar una afirmación como esta es si ignora la amplia evidencia disponible, o si establece un estándar de certidumbre imposible de cumplir, el cual no aplica a sus métodos preferidos ni a ninguna otra cosa.

Actualmente hay cuatro tipos de evidencias que sugieren que los cigarrillos electrónicos son eficaces para ayudar a las personas a dejar de fumar:

- Evidencia de pruebas aleatorias controladas, en particular Hajek et al.,[21] quien mostró que vapear es aproximadamente dos veces más eficiente que las TRN: «Los cigarrillos electrónicos fueron más eficaces para dejar de fumar que la terapia de reemplazo de la nicotina cuando ambos métodos estuvieron acompañados por apoyo conductual.»
- Estudios observacionales (observar lo que sucede cuando las personas usan cigarrillos electrónicos) como el de Jackson et al.:[22] «El uso de cigarrillos electrónicos y vareniclina se asocia con mayores tasas de abstinencia después de un intento de abandono en Inglaterra.»
- Datos demográficos (reducciones inusualmente rápidas de la prevalencia de tabaquismo y ventas de cigarrillos), por ejemplo Zhu S-H et al.:[23] «El incremento

sustancial en el uso de cigarrillos electrónicos entre adultos fumadores de Estados Unidos se asoció con un incremento estadísticamente significativo en la tasa de abandono del tabaquismo en el nivel demográfico. Estos hallazgos deben ser evaluados con cuidado en la legislación regulatoria con respecto a los cigarrillos electrónicos y al planificar intervenciones para el control del tabaco.»

- Miles de testimonios de usuarios que han batallado para dejar de fumar usando otros métodos. Véanse, por ejemplo, los testimonios de CASAA.[24]

LECTURA ADICIONAL: Antes de desecharlas como «anécdotas», asegúrese de leer a Carl V. Phillips sobre por qué las anécdotas SON datos científicos.[25]

Ninguno de estos tipos de evidencias es decisivo por sí solo. Sin embargo, las cuatro fuentes indican que los cigarrillos electrónicos están desplazando al tabaco. Si se añade algo de sentido común, se esperaría que una alternativa para consumir nicotina con una fracción del riesgo para la salud y del estigma, combinada con otras características atractivas, sustituya al tabaquismo conforme avanza la tecnología. Se requerirían evidencias robustas para la noción de que los SEDN de alguna forma incrementan el tabaquismo o no tienen ningún efecto en él. No existe tal evidencia hoy en día.

¿QUÉ ESTÁ HACIENDO LA OMS CON RESPECTO A LOS SEDN?

OMS: La OMS da seguimiento periódico y revisa la evidencia sobre SEDN y salud, y ofrece orientación a los gobiernos y el público. Esto incluye el informe bienal de la OMS sobre la epidemia global de tabaquismo, que rastrea el estado de la epidemia de tabaco, las intervenciones para combatirla y otras fuentes relevantes. La OMS se esfuerza por construir un mundo más seguro y más saludable para todos, en todas partes.

HECHOS: A pesar de su respuesta, no hay indicios de que la OMS monitoree o revise la evidencia de ninguna forma extensiva ni atenta. Lamentablemente, la organización usa información de manera selectiva, distorsionando y fabricando evidencia, la cual usa para engañar al público y a los gobiernos con el fin de seguir un programa prohibicionista que solo acepta la abstinencia.

La OMS menciona el reporte sobre la epidemia global de tabaquismo,[26] una publicación sumamente hostil hacia los SEDN. El siguiente fragmento del informe tipifica su uso de un lenguaje emotivo para describir los SEDN:[26]

Estos productos son comercializados o promovidos como alternativas más limpias que los cigarrillos convencionales, como ayudas para dejar de fumar, o como productos de «riesgo reducido». Han proliferado en varios mercados de todo el mundo y constituyen un desafío singular para los reguladores. Mientras que algunos de estos productos generan menos emisiones que los cigarrillos convencionales, no están libres de riesgos, y su impacto en la salud y la mortalidad en el largo plazo aún es desconocido.

La OMS ignora un enorme conflicto de intereses incrustado en sus operaciones. Es aún más alarmante que el trabajo de la OMS en este campo también esté levantado sobre un conflicto de intereses que debería ser fuente de preocupación para las personas involucradas en la gobernanza de la organización. El informe arriba mencionado[26] fue financiado con una subvención de Bloomberg Philanthropies. Más aún, incluye un prólogo de Michael Bloomberg, y colaboraciones de una plantilla fondeada por Bloomberg.

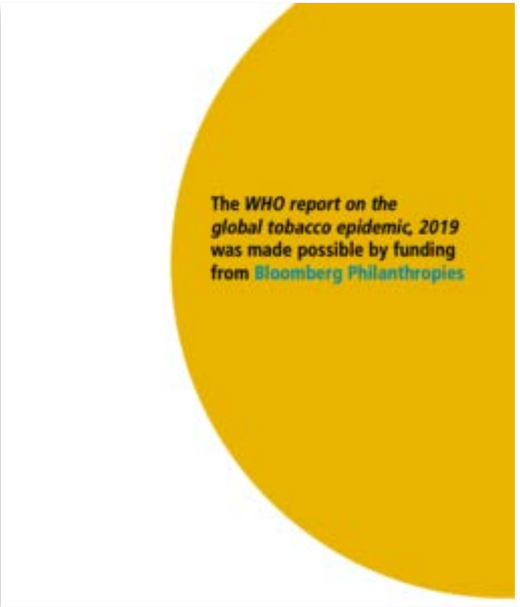


Figura 1: La OMS acepta dinero de Bloomberg para su informe contra el vapeo (tomado de la p. 108 del informe).[26]

En su prólogo, Bloomberg destaca su papel como embajador global de la OMS para enfermedades no transmisibles y lesiones y fundador de Bloomberg Philanthropies, y presume así de su influencia en la organización (p. 17 del informe):[26]

La Organización Mundial de la Salud y Bloomberg Philanthropies tienen el compromiso de acelerar la reducción del consumo de tabaco en todo el mundo. Los desafíos son abrumadores, pero juntos demostraremos que esta batalla puede ganarse.

Bloomberg Philanthropies trabaja en colaboración cercana con el director general Tedros Ghebreyesus y la OMS para combatir las ENT, y en todo el mundo el apoyo a políticas eficientes va en aumento. Aunque afirma que la OMS hizo todo el trabajo, el informe reconoce contribuciones sustanciales de personas financiadas por Bloomberg.

We thank Jennifer Ellis, Kelly Henning and Adrienne Pizatella of the Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use for their collaboration.

Our thanks also go to Florence Rusciano for providing the maps.

Our thanks also go to the Institute for Global Tobacco Control at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, specifically Joanna Cohen and Kevin Welding. We would also like to thank Vital Strategies for their collaboration in collecting and reviewing the data on tobacco control mass media campaigns, specifically Therese Buendia,

campaigns, specifically Therese Buendia, Christina Curell and Alexey Kotov, as well as: Luiza Amorim, Ilona van de Braak, Tom Carroll, Tuba Durgut, Carlos García, Shafiqul Islam, Ziauddin Islam, Vaishakhi Mallik, Irina Morozova, Sandra Mullin, Nandita Murukutla, Nguyen Nhung, Rebecca Perl, Ancha Rachfiansyah, Benjamin Gonzalez Rubio, Md. Nasir Uddin and Winnie Chen Yu. Special thanks also to the Campaign for Tobacco Free Kids, especially Maria Carmona, Kaitlin Donley and Monique Muggli for their constructive exchange of tobacco control information and legislation. Thanks also to

Un fragmento del informe de la OMS sobre la epidemia global de tabaquismo, 2019: Ofrecer ayuda para detener el abuso del tabaco, p. 105[26]

La participación de las fundaciones Bloomberg y Gates en los programas para el control del tabaco de la OMS y el Banco Mundial se describe con mayor detalle académico y se vuelve más preocupante en el trabajo de Mukaigawara et al., «Balancing Science and Political Economy: Tobacco Control and Global Health» (Equilibrando la ciencia y la economía política: Control del tabaco y salud global).[27] Dicho artículo incluye la figura siguiente, que muestra cómo Bloomberg también financia ONG que interactúan con la OMS, muchas de las cuales tienen condición de observadores en las reuniones de la CMCT.

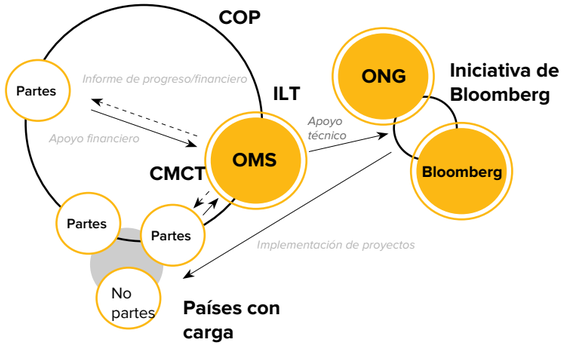


Figura 4. Estructura de gobernanza del programa para el control del tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS funciona como la secretaría de la CMCT y la ILT. La CMCT es financiada mediante las contribuciones medidas voluntarias y fondos extrapresupuestales, las primeras a cargo de las partes de la CMCT. La OMS es responsable ante las partes, y los documentos están disponibles en su sitio web de acceso público. La ILT genera informes técnicos, pero sus proyectos nacionales son implementados por la Iniciativa Bloomberg para Reducir el Consumo de Tabaco. La OMS forma parte de esta iniciativa, pero no tiene autoridad en la selección de proyectos a financiar. Abreviaturas: Bloomberg = Bloomberg Philanthropies; COP = Conferencia de las Partes; CMCT = Convención Marco para el Control del Tabaco; ONG = organizaciones no gubernamentales; ILT = Iniciativa Libre de Tabaco. Fuentes: http://www.who.int/fctc/en/, http://www.who.int/tobacco/about/partners/bloomberg/en/

Figura 3: Estructura de gobernanza del programa para el control del tabaco de la OMS[27]

¿Por qué debe importarnos que el dinero de Bloomberg financie a la OMS? En una entrevista con el New York Times realizada en enero de 2020, el Sr. Bloomberg se declaró en favor de la prohibición de productos para vapear.[28]

Entrevistador: ¿Prohibiría los productos para vapear en su totalidad? Bloomberg (respondiendo como candidato a la presidencia de Estados Unidos): Creo que se tienen buenos argumentos para ello. Sería excelente si el presidente hiciera justo eso.

En otras palabras, adopta la postura más hostil posible contra los SEDN: como una anomalía. Bloomberg es un multimillonario de los servicios financieros sin experiencia específica en salud pública ni acercamiento con las vidas que se ven directamente afectadas por estas políticas. Confiado a pesar de su inexperiencia, tiene opiniones muy fuertes sobre los SEDN y otras cuestiones relativas al tabaco.

Tiene derecho a guardar opiniones poco informadas, pero los participantes de la OMS (es decir, los gobiernos) deben estar conscientes de que el imperio de Bloomberg no es un financiador neutral, ya que ha mostrado tener preferencias políticas bien definidas. Por ejemplo, Bloomberg ha otorgado 160 millones de dólares para prohibir los cigarrillos electrónicos saborizados: «Bloomberg to spend $160 million to ban flavoured e-cigarettes».[29] Sin embargo, es muy probable que semejante movimiento prohibicionista cause más daños que beneficios.

LECTURA ADICIONAL: «The US vaping flavour ban: Twenty things you should know» (La prohibición de sabores en el vapeo de Estados Unidos: Veinte cosas que debe saber).[30]

¿CUÁL ES EL PAPEL IDEAL DE LA OMS EN EL FUTURO?

Las siguientes son algunas consideraciones sobre cómo la OMS podría volverse una influencia más positiva en el ámbito de la RDT:

- La página de preguntas en contra del vapeo[2] debería ser eliminada y retirarse su contenido. Además, ya no debería presentarse como una opinión de la OMS. Esta información llena de errores debería considerarse como un síntoma o una manifestación de causas profundas, más que como el problema subyacente. El hecho de que la página haya sido actualizada no cambia las circunstancias de fondo que permitieron que fuese publicada en primer lugar. Las recomendaciones restantes se refieren a la causa subyacente.

- Es importante detener el activismo carente de justificación contra los SEDN y contra la reducción del daño dentro de la OMS. En su lugar, prestar atención a las voces más sensatas (aunque menos ruidosas) de la comunidad experta y a los muchos consumidores con opiniones de la vida real y experiencias directas. Después, reconsiderar la actitud de la organización hacia la innovación y la reducción del daño por tabaco. Por ejemplo, considerar esta carta dirigida al director general de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, y firmada en octubre de 2018 por 72 expertos en política y ciencia de la nicotina: «Innovation in tobacco control: developing the FCTC to embrace tobacco harm reduction» (Innovación en el control del tabaco: desarrollando la CMCT para asimilar la reducción del daño por tabaco).[31] Otra buena lectura es el artículo del profesor Robert Beaglehole y otros publicado en The Lancet en agosto de 2019: «Nicotine without smoke: fighting the tobacco epidemic with harm reduction» (Nicotina sin humo: combatiendo la epidemia de tabaquismo mediante la reducción del daño).[32] Allí, los autores abogan por la adopción de un enfoque más constructivo por parte de la OMS.

- Mejorar la credibilidad científica en la RDT reconstituyendo su comité asesor (TobReg).[33] Apoyarse más en la asesoría experta para una legislación basada en evidencias y no tanto en consultores seleccionados ex profeso para proporcionar servicios sesgados políticamente en la generación de evidencias que apoyen las posturas de la organización que, de otro modo, serían insostenibles. Esto también es importante para evitar que la confianza del público perdida en una parte de la organización socave la credibilidad de la OMS en su totalidad.

- Elevar la calidad de las capacidades científicas en la Iniciativa Libre de Tabaco y la Secretaría de la CMCT ya sea por designación, capacitación o traslado. Asimismo, mejorar la calidad e importancia del cuestionamiento científico dentro de las funciones de control del tabaco de la OMS.

- No tiene sentido criticar a la o las personas que escribieron la engañosa sección de preguntas, ya que este problema involucra a la gobernanza y el control de calidad. Es más importante determinar quién autorizó dicha sección y quién se hace responsable de la integridad científica y las comunicaciones públicas de la OMS. Si la responsabilidad no es clara, entonces el Comité Ejecutivo de la OMS debe investigar más en el asunto y resolverlo.

- Dejar de aceptar fondos de organizaciones externas que generan conflictos flagrantes de interés en vista de sus obvios programas de defensa y política. En el caso de los SEDN y la reducción del daño por tabaco, el involucramiento demasiado íntimo de entidades activistas financiadas por Bloomberg, como Bloomberg Philanthropies, Campaign for Tobacco-Free Kids y Vital Strategies debilita la independencia y objetividad de la OMS, y por lo tanto debe terminarse.

- Refinar la guía de la OMS sobre el acercamiento con actores no gubernamentales[34] para proteger la política de tabaco y nicotina contra interferencias ideológicas y otros intereses declarados de activistas con recursos abundantes.

REFERENCES

1. **World Health Organization [Internet]. Tobacco free initiative (TFI): Bloomberg initiative to reduce tobacco; 2020 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.who.int/tobacco/about/partners/bloomberg/en/

2. **World Health Organization [Internet]. E-cigarettes: 29 January 2020 Q&A. 2020 Jan 29 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/e-cigarettes-how-risky-are-they

3. **Bates, C. World Health Organisation fails at science and fails at propaganda - the sad case of WHO's anti-vaping Q&A. The Counterfactual [Internet]. 2020 Jan 30 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.clivebates.com/world-health-organisation-fails-at-science-and-fails-at-propaganda-the-sad-case-of-whos-anti-vaping-qa/#Q9

4. **Bates, C. About. The Counterfactual [Internet]. 2008 Sep 13 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.clivebates.com/about/

5. **Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Outbreak of Lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products: What CDC recommends. 2020 Feb 25 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html#cdc-recommends

6. **Downs, D. Vape pen lung injury: Here's what you need to know. Leafly [Internet]. 2020 Jan 10 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.leafly.com/news/health/vape-pen-lung-disease-advice-consumers

7. **Siegel, M. CDC is Concealing and suppressing information on youth marijuana vaping to over-hype harms of e-cigarettes. Tobacco Analysis [Internet]. 2020 Jan 26 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: http://tobaccoanalysis.blogspot.com/

8. **Wikipedia [Internet]. Wikimedia Foundation; 2020 Anchoring (cognitive bias); [updated 2020 Aug 14; cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Anchoring_(cognitive_bias)

9. **Stratton K, Kwan LY, Eaton DL. Public health consequences of e-cigarettes. Washington, DC: National Academies Press; 2018.**
Available from: https://www.nap.edu/catalog/24952/public-health-consequences-of-e-cigarettes

10. **NASEM Health and Medicine Division. Report release: Public health consequences of e cigarettes [YouTube]. Washington, DC; National Academies Press; 2018 Jan 23 [viewed 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.youtube.com/watch?v=vifAY4YcVbQ&feature=youtu.be&t=32m58s

11. **Stratton K. Public health consequences of e cigarettes [slides]. Washington, DC; National Academies Press; 2018 Jan 23 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.nap.edu/resource/24952/NASEM-E-Cigs-Webinar-Slides.pdf

12. **Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. London: RCP; 2016 April [cited 2020 Aug 31].**
Available from: https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction

13. **Bates, C. Vaping risk compared to smoking: Challenging a false and dangerous claim by Professor Stanton Glantz. The Counterfactual [Internet]. 2019 Aug 14 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.clivebates.com/vaping-risk-compared-to-smoking-challenging-false-dangerous-claim-by-stanton-glantz/

14. **World Health Organization [Internet]. Management of substance abuse: Dependence syndrome; 2020. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

15. **Jakes, S. The pleasure principle. New Nicotine Alliance [Internet]. 2016 Feb 18. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://nnalliance.org/blog/39-the-pleasure-principle

16. **Encyclopaedia Britannica [Internet]. London: Encyclopaedia Britannica; 2020. Glycol [update 2020 Feb 11; cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.britannica.com/science/glycol

REFERENCES (cont.)

17 **Bahr, D. Policy study: E-vapor product bans could violate international trade rules. R Street [Internet]. 2017 Aug 15 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.rstreet.org/2017/08/15/policy-study-e-vapor-product-bans-could-violate-international-trade-rules/

18 **Bates, C. Plausible unintended consequences of excessive regulation of low-risk nicotine products. The Counterfactual [Internet]. 2019 Feb [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://clivebates.com/documents/UnintendedConsequencesFeb2019.pdf

19 **Bates CD. Ten perverse intellectual contortions: A guide to the sophistry of anti-vaping activists. The Counterfactual [Internet]. 2018 Apr 6 [cited 2020 Sep 3].**
Available from: https://www.clivebates.com/ten-perverse-intellectual-contortions-a-guide-to-the-sophistry-of-anti-vaping-activists/#s4.7

20 **Bates CD, Beaglehole R, Laking G, Sweanor D, Youdan B. A surge strategy for smoke free Aotearoa 2025: The role and regulation of vaping and other low-risk smoke free nicotine products. Auckland: ASH New Zealand and End Smoking New Zealand; 2019 Oct [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/ashnz/pages/81/attachments/original/1570154436/SurgeSmokefree2025Report.pdf?1570154436

21 **Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. NEJM [Internet]. 2019 Feb [cited 2020 Aug 27]; 380(7):629-637.**
Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1808779

22 **Jackson SE, Kotz DE, West R, Brown J. Moderators of real-world effectiveness of smoking cessation aids: a population study. Addiction [Internet]. 2019 May 22 [cited 2020 Sep 8]; 114(9): 1627-1638.**
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.14656

23 **Zhu S-H, Zhuang Y-L, Wong S, Cummins SE, Tedeschi GJ. E-cigarette use and associated changes in population smoking cessation: Evidence from US current population surveys. BMJ [Internet]. 2017 Jul 26]cited 2020 Sep 8]; 358:j3262.**
Available from: https://www.bmj.com/content/358/bmj.j3262

24 **Consumer Advocates for Smoke-free Alternatives Association (CASAA) [Internet]. Blog archives; 2020. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: http://www.casaa.org/testimonials/

25 **Phillips, CV. Science lesson 3: Anecdotes ARE scientific data (Part 1). Patreon [Internet]. 2019 Apr 14 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.patreon.com/posts/26095745

26 **World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco abuse. Geneva: World Health Organization; 2019. 109 p.**
Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1

27 **Mukaigawara M, Winters J, Fernandes G, Sridhar D. Balancing science and political economy: Tobacco control and global health. Wellcome Open Res [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 8]; 3:40.**
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097416/pdf/wellcomeopenres-3-15626.pdf

28 **The New York Times. Candidates up close: Should vaping products be legal? - Michael R Bloomberg. The New York Times [Internet]. 2019 Dec 10 to 2020 Jan 22 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/politics/vaping-ban-20-questions.html#bloomberg

29 **McGinley, L. Bloomberg to spend $160 million to ban flavored e-cigarettes. The Washington Post [Internet]. 2019 Sep 10 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.washingtonpost.com/health/bloomberg-to-spend-160-million-to-ban-flavored-e-cigarettes/2019/09/09/5abc1e5c-d33c-11e9-9343-40db57cf6abd_story.html

REFERENCES (cont.)

30 **Bates C. The US vaping flavour ban: Twenty things you should know. The Counterfactual [Internet]. 2019 Nov 4 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.clivebates.com/the-us-vaping-flavour-ban-twenty-things-you-should-know/

31 **Letter to Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director-General WHO. Innovation in tobacco control: developing the FCTC to embrace tobacco harm reduction. 2018 Oct 1 [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://clivebates.com/documents/WHOCOP8LetterOctober2018.pdf

32 **Beaglehole R, Bates C, Youdan B, Bonita R. Nicotine without smoke: Fighting the tobacco epidemic with harm reduction. Lancet [Internet]. 2019 Aug 31 [cited 2020 Sep 8]; 394(10200):718-720.**
Available from: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31884-7/fulltext

33 **World Health Organization [Internet]. Tobacco free initiative (TFI): WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg); 2020. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.who.int/tobacco/industry/product_regulation/tobreg/en/

34 **World Health Organization [Internet]. WHO's engagement with non-State actors; 2020. [cited 2020 Sep 8].**
Available from: https://www.who.int/about/partnerships/non-state-actors