

Información relevante
para el control del tabaquismo en México

Grupo Interinstitucional sobre Estudios en Tabaco

Grupo Interinstitucional sobre Estudios en Tabaco

Centros de Integración Juvenil

Dr. Víctor Manuel Guisa

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lic. Luis Alfonso Caso González

Dr. Luis Alberto Mercado Hernández

Lic. Marisol Chicano Pérez

Consejo Nacional Contra las Adicciones

Lic. Norma A. Ibáñez Hernández

Dr. Rafael Camacho Solís

Lic. José Manuel Castrejón Vacío

Mtra. Gabriela Rojas Jiménez

Lic. María Teresa Oviedo

Dr. Horacio Rubio Monteverde

Dr. Agustín Vélez Barajas

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Dr. Jaime Villalba Caloca

Dr. Raúl Sansores

Dra. Alejandra Ramírez

Lic. Marlene Espinosa Martínez

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón De la Fuente Muñiz"

Dra. María Elena Medina Mora Icaza

Lic. Jorge Ameth Villatoro Velásquez

Mtra. Alejandra Soriano

Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Dr. Fernando Meneses González

Dr. Eduardo César Lazcano Ponce

Mtro. Raydel Valdés Salgado

Dr. Francisco Javier López Antuñano

Mtra. Luisa María Sánchez Zamorano

Mtra. Luz Myriam Reynales Shiguematsu

Dr. Julio César Campuzano Rincón

Lic. Luis Alonso Vázquez Segovia

Dr. Víctor Tovar Guzmán

Secretaría de Salud

Dr. Roberto Tapia Conyer

Dr. Eduardo González Pier

Mtra. Mariana Barraza Lloréns

Dirección General de Epidemiología, SSA

Dr. Pablo Kuri Morales

Dra. Patricia Cravioto Quintana

Dr. Jesús Felipe González

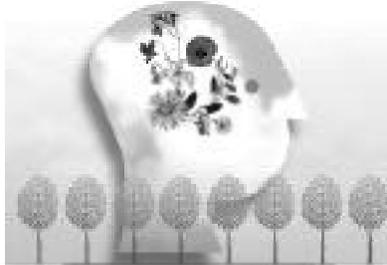
Dra. María de Jesús Hoy Gutiérrez

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Guadalupe Ponciano

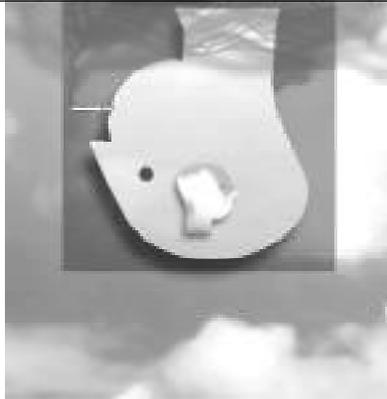


Información
relevante para
el control del
tabaquismo
en México



Día mundial de
no fumar

Grupo
Interinstitucional
sobre Estudios
en Tabaco



31 de mayo de 2003
**Año de la firma
del Convenio
Marco para el
Control del Tabaco**

Introducción

El tabaquismo es uno de los problemas más importantes de salud pública en el país. Sin embargo, gracias a las diferentes políticas integrales y programas de prevención y rehabilitación que operan actualmente en México, este problema ha tenido una evolución favorable durante los últimos años. A pesar de los esfuerzos de promoción que realiza la industria tabacalera la epidemia ha permanecido relativamente estable y sólo se han registrado incrementos, desafortunadamente significativos, en las mujeres jóvenes que inician tempranamente la adicción al tabaco. Prevenir el consumo de cigarros en jóvenes, y ayudar a fumadores a dejar de hacerlo es sin duda una fuente de ahorro importante para la nación, la que día a día enfrenta el alto costo ocasionado por la morbilidad o mortalidad prematura de miles de nacionales que sufren enfermedades ocasionadas por el tabaco; y para las familias de fumadores, quienes se ven obligadas a destinar parte importante de su ingreso para aliviar la adicción a la nicotina, o para contender con las enfermedades ocasionadas de manera directa e indirecta por la exposición a humo de tabaco.

México, siendo un país de jóvenes, en el que aún existe cierta tolerancia social hacia esta adicción, y en el que la regulación sobre el comercio de tabaco y sobre la protección para no fumadores todavía presenta deficiencias importantes, tanto en los reglamentos como en la observancia de los mismos, puede ser considerado como un país de alta vulnerabilidad para la libre acción de las compañías tabacaleras, con la consecuente promoción del consumo de tabaco y el aumento en la proporción de fumadores.

El objetivo principal de las diferentes acciones que se llevan a cabo para el control del tabaquismo es el de proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, medio ambientales y económicas que se asocian al consumo de tabaco. En este documento se presenta un resumen de información relevante que ha venido preparando el Grupo Interinstitucional de Estudios en Tabaco (GIET) y que tiene como fin principal apoyar las actividades de control que se realizan en los diferentes ámbitos en el país.

El GIET se conformó por iniciativa del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y agrupa principalmente a investigadores y servidores públicos que trabajan en dependencias gubernamentales. Las acciones principales de este grupo se han dirigido a identificar la información relevante disponible, tanto en el ámbito nacional como en el internacional para apoyar

las acciones de control que se llevan a cabo en el país, generar información, así como los mecanismos de financiamiento para apoyar la generación de nueva información que se considere importante para la implantación de las acciones de control o para la evaluación de las mismas. Bajo esta óptica de trabajo, coordinado, de compartir recursos y de potencialización de esfuerzos, el grupo se ha fijado como meta la edición de un reporte en el que se concentre la información relevante sobre tabaco, se delimiten los avances logrados y puedan emitir recomendaciones para acciones de largo alcance que protejan la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco, y que ayude a cumplir con los compromisos que adquiere México con la ratificación del Convenio Marco de Control del Tabaco del CMCT (cuadro I). La firma y la ratificación de este convenio por el gobierno de México, en la Asamblea Mundial de la Salud, representan una oportunidad extraordinaria para aumentar y consolidar las acciones que se llevan a cabo en el país para el control de este importante problema.

Cuadro I
Algunas áreas de control donde incide el Convenio Marco para el Control del Tabaco

Propaganda, promoción y patrocinio

En cinco años se pretende lograr la prohibición completa a la propaganda, promoción y patrocinio de tabaco

Empaquetado y etiquetado

Eliminar las etiquetas engañosas e incluir advertencias que deberán cubrir, idealmente, 50% o más de las áreas principales de exhibición de cada paquete

Exposición al humo de tabaco

Los no fumadores deben ser protegidos en sus lugares de trabajo, transportes públicos y lugares públicos cerrados

Contrabando

Los países se comprometen a la cooperación internacional y a realizar acciones para eliminar el contrabando del tabaco

Impuestos y ventas liberadas de aranceles

Se recomienda aumentar el impuesto al tabaco

Regulación del producto y divulgación de los ingredientes

Se establecerán directrices para favorecer que todas las naciones puedan regular el contenido de los productos de tabaco

Los ingredientes deberán ser divulgados

Responsabilidad

Se recomienda la acción legal como una estrategia de control del tabaco

Vigilancia del tratado

Se establecen mecanismos para vigilar el cumplimiento del tratado

Financiación

Los países se comprometen a movilizar asistencia financiera de fuentes públicas y privadas para apoyar el cumplimiento

Tratamiento de la adicción

Se establecerán servicios para el abandono de la dependencia del tabaco

Fuente: <http://www.who.int/gb/fctc/PDF/inb6/einb65.pdf>

La industria tabacalera en México

México es un exportador de tabaco fino y oscuro curado al aire, pero también es un importador de tabaco curado al calor, oriental y de tabaco oscuro curado al aire, para abastecer el mercado nacional de cigarros (con y sin filtro) y de puros.

A partir de la firma del Tratado del Libre Comercio de América del Norte con Estados Unidos de América y Canadá, el tabaco y los productos de tabaco norteamericanos y canadienses se importarán a México con una reducción de 50% en las tarifas, las que, eventualmente, llegarán a cero.

La producción de tabaco, por sí misma, es una actividad que potencialmente genera daños sociales, tanto a los productores como a la población consumidora del tabaco procesado, ya que para incrementar la productividad y calidad de los cultivos se ha agregado el uso de plaguicidas organofosforados (OF) y carbámicos (Cb); a ello se le suma que las condiciones de trabajo y vida en los campos tabacaleros no son las mejores; por ejemplo, 90% de los jornaleros indígenas cocinan sus alimentos a ras del piso, sólo 57% consigue agua purificada para beber, 31% no tiene agua limpia para lavarse las manos, 38% carece permanentemente de jabón, 23% usa agua del río o de canales, con lo que la exposición ambiental a los plaguicidas aumenta y 98% no cuenta con letrinas para defecar. La producción de tabaco tiene condiciones de trabajo extenuantes; un ciclo agrícola requiere cerca de 150 jornales por hectárea, y el trabajo de corte y arreglo se ha convertido en una actividad familiar.

Para el corte y arreglo de las hojas de tabaco se requiere de habilidades aprendidas a lo largo de varias generaciones, por ello es que en este tipo de trabajo se incorpora toda la familia, incluyendo a menores, cuya edad promedio es de cuatro años y medio, encontrándose dos niñas por cada niño. Como es de esperarse, el riesgo de otros problemas de salud asociados con el cultivo y cosecha de tabaco se incrementa dada la presencia de factores como: limitado acceso a los servicios de salud, deficientes condiciones de nutrición, analfabetismo, monolingüismo, bajos ingresos y la falta de servicios básicos.

El mercado creado para el consumo de tabaco en México tiene sus antecedentes hacia finales del siglo XIX con la generación y expansión de fábricas de forja de cigarros, básicamente familiares; tan sólo en 1900 se contabilizaban 743 fábricas de producción de cigarros. Desde la década de los noventa, y bajo un esquema de monopolización, la industria tabacalera mexicana se caracteriza como un duopolio.

Los mecanismos de control de mercado que son propios de la industria tabacalera mexicana tienen su antecedente primario en ese patrón monopolístico, que le permite establecer el control de precios en las diversas marcas de cigarros y en las

cosechas de tabaco, desarrollar estrategias de comercialización que les permita, además de ganancias en tiempo real por la venta del producto, generar grupos de consumidores que permitan, en el futuro, la reproducción de la industria y, en algún momento, influir en los mecanismos regulatorios de comercialización.

Para 1997, la industria mexicana cedió el control accionario a dos de las empresas más importantes en la producción de cigarros en el mundo: Phillip Morris y British American Tobacco pasando, de ser industria nacional, a subsidiaria de esas dos grandes industrias. Los beneficios de la adquisición de la industria tabacalera mexicana por esas grandes empresas transnacionales se tradujeron en la adquisición de un mercado establecido de consumidores, que les garantiza la venta del producto y la adquisición de una nueva plataforma de comercialización del tabaco fuera de las presiones arancelarias, restrictivas y sociales de sus países de origen.

Aun cuando el consumo de tabaco cause más daños a la salud de la población que beneficios, el tabaco y los cigarros tienen un valor y, en consecuencia, generan riqueza, pero ésta no es social y, por el contrario, el consumo sólo incrementa las ganancias monetarias.

El mercado del consumo de tabaco se distingue porque es un mercado a futuro, esto es, intenta crear un panel de consumidores que le permita la subsistencia futura como industria; es por ello que su primer objetivo para ofertar el cigarro son los jóvenes. La industria desarrolla técnicas de comercialización que le permita reclutar al mayor número de jóvenes como consumidores, de allí que el ejercicio mercadotécnico se dirija a ellos con base en eventos deportivos, exaltación de patrones de vida, evocación de prácticas de consumo y sexualidad, entre otras.

En el mercado del consumo de tabaco están presentes múltiples marcas de cigarros que aparentemente compiten entre sí, pero que en realidad le dan la posibilidad a los consumidores para la adquisición de la marca más económicamente viable para su ingreso salarial o con relación al dinero que al momento posee, así como también para el “gusto” del usuario por el tabaco.

La industria tabacalera, tanto nacional como internacional, ha sabido, de facto, que el consumo de tabaco, además de generador de daños a la salud, es un negocio altamente lucrativo en el cual, más que pérdidas financieras, siempre tendrá ganancias elevadas, todo ello con base en el carácter adictivo de la nicotina y en la estructura del mercado desarrollada.

Es evidente que la política restrictiva para el consumo, de protección a la salud de los no fumadores, el incremento en los impuestos a la producción, así como el desarrollo de una contracultura del tabaco, reducirán en el futuro el panel de consumidores que actualmente recluta la industria.

Impacto de la mortalidad por enfermedades atribuibles al tabaco

Actualmente mueren más personas en el mundo por consumo de tabaco que por ningún otro factor de riesgo. Se han identificado al menos 25 enfermedades mortales y discapacitantes atribuibles a su consumo (cuadro II); por lo anterior las principales causas de muerte son evitables.^{1,3}

La epidemia del tabaquismo se ha descrito en cuatro etapas,⁴ según los niveles actuales de consumo y el comportamiento de las tasas de mortalidad para algunas causas centinelas como el cáncer de pulmón. Las dos primeras etapas muestran una tendencia ascendente en la prevalencia de fumadores, en la tercera se describe un comportamiento de meseta, y en la última se encuentran los países que, después de transitar por las tres primeras, registran una disminución sostenida en el consumo de tabaco en los últimos años.

Cuadro II
Enfermedades atribuibles al consumo de tabaco y que causan la muerte.
Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

	CIE- 10	Causa
1	C 00 - C 14	Tumores malignos del labio, boca y faringe
2	C 15	Tumor del esófago
3	C 16	Tumor del estómago
4	C 18 - C 21	Tumor del colon y del recto
5	C 25	Tumor del páncreas
6	C 32	Tumor de la laringe
7	C 33 - C34	Tumor de la tráquea, del bronquio y del pulmón
8	C 53	Tumor cérvico-uterino
9	C 64 -C 65	Tumor del riñón y de la pelvis renal
10	C 67	Tumor de la vejiga urinaria
11	C 92	Leucemia mieloide aguda
12	I 10 -I 13	Hipertensión
13	I 20 - I 25	Enfermedad isquémica cardíaca
14	I 00 -I 09 I 26 - I 51	Otras enfermedades del corazón
15	I 60 - I 69	Enfermedad cerebrovascular
16	I 70	Ateroesclerosis
17	I 71	Aneurisma aórtico
18	I 72 - I 78	Otras enfermedades del sistema circulatorio
19	J 10 - J 18	Pneumonía e Influenza
20	J 40 - J 43	Bronquitis, enfisema
21	J 44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

Cuadro III
Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México,
agrupada por causa para grupos quinquenales, 2000

Mujeres Año 2000	Estimado de muertes atribuibles al consumo de tabaco				
	Neoplasias	Cardio- vasculares	Cerebro- vasculares	Respiratorias	Total
35	220	297	143	96	756
40	349	461	208	141	1159
45	484	667	310	190	1652
50	739	958	450	262	2410
55	936	1319	635	496	3386
60	1315	1852	794	825	4786
65	1514	921	230	1299	3964
70	1582	1076	295	1865	4817
75	1482	1244	352	2481	5559
80	980	1146	316	2507	4949
85+	897	2350	588	5314	9149
	10499	12291	4321	15476	42588
Defunciones 35+	2.9%	3.3%	1.2%	4.2%	11.6%
Defunciones dentro del grupo de causas	39%	17%	15%	59%	

Dos grandes tendencias son distinguibles en la actualidad: por un lado, un marcado descenso, o al menos un estancamiento, en las prevalencias de consumo entre los países desarrollados de Europa y Norteamérica, y en Australia y Nueva Zelanda –que los ubica en las etapas III y IV, fundamentalmente. Por otra parte, se observa un rápido incremento en los niveles de consumo de los países en desarrollo, con edades promedio de inicio cada vez más tempranas y con un número creciente de mujeres fumadoras.⁵

En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones⁶ reporta una prevalencia de fumadores de 27.7% en personas de entre 12 y 65 años de edad. Adicionalmente, se estima que otro 52.6% de la población está expuesto al humo de tabaco en el ambiente (HTA). Derivado del análisis de la misma fuente, en el Instituto Nacional de Salud Pública, se ha constatado que cada vez los adolescentes empiezan a fumar a edades más tempranas; actualmente se ubica en los 13 años la edad promedio de inicio para las generaciones nacidas después de 1980. Igualmente preocupante es que la proporción de mujeres fumadoras pasó de 14.2%, en 1993, a 16.3%, en 1998.⁷

Los efectos dañinos sobre la salud producidos por el consumo de tabaco o exposición al HTA se manifiestan a mediano y largo plazo,³ por

ello, a pesar de que la mayoría de los fumadores se inicia antes de los 20 años de edad, la morbilidad, y sobre todo la mortalidad, asociadas al tabaco son más claramente identificables a partir de los 35 años de edad. Diversas neoplasias, enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, así como afecciones respiratorias crónicas son las principales causas de muerte que enfrentan los fumadores. A ello se añaden varias causas perinatales que afectan al hijo de madre fumadora o expuesta al HTA, y las muertes y lesiones causadas por los incendios originados por cigarrillos.

Los estimados de la mortalidad de adultos atribuible al consumo de tabaco en México superan las 42 mil muertes anualmente (año 2000),⁸ representando en total 11.6% de todas las muertes de mayores de 35 años de edad. Particularmente, las muertes que por causas respiratorias se pueden

Cuadro IV
Mortalidad en hombres atribuible al consumo de tabaco en México, agrupada por causa para grupos quinquenales, 2000

Mujeres Año 2000	Estimado de muertes atribuibles al consumo de tabaco				
	Neoplasias	Cardio- vasculares	Cerebro- vasculares	Respiratorias	Total
35	117	205	74	69	465
40	179	327	102	101	709
45	261	468	151	110	990
50	460	654	225	133	1471
55	628	874	327	286	2115
60	893	1163	391	484	2932
65	1073	588	143	827	2631
70	1130	655	175	1191	3151
75	1075	756	213	1537	3581
80	679	641	174	1524	3019
85+	573	1172	295	2980	5019
	7070	7503	2269	9241	26083
Defunciones 35+	3.6%	3.9%	1.2%	4.7%	13.4%
Defunciones dentro del grupo de causas	54%	21%	17%	64%	

Hombres Año 2000	APVP atribuibles al consumo de tabaco				
	Neoplasias	Cardio- vasculares	Cerebro- vasculares	Respiratorias	Total
APVP	114996	132820	42459	103697	393971
promedio	16	18	19	11	15

APVP: Años potenciales de vida perdidos

atribuir al tabaco representan 59% dentro de este grupo; asimismo, 39% de las neoplasias; 17% de las muertes cardiovasculares y 15% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares pueden asociarse causalmente al consumo de tabaco (cuadro III).

En hombres, el impacto de la mortalidad atribuible al tabaco (13% del total de muertes de mayores de 35 años de edad) es particularmente notable dentro de las muertes por enfermedades respiratorias y neoplasias, llegando a representar 64 y 54%, respectivamente. Además, en promedio, la mortalidad prematura, medida a través de los años potenciales de vida perdidos, es de 19 años para las muertes por causas cerebrovasculares, 18 para las cardiovasculares, 16 por neoplasias y 11 por enfermedades respiratorias (cuadro IV).

Cuadro V
Mortalidad en mujeres atribuible al consumo de tabaco en México, agrupada por causa para grupos quinquenales, 2000

Mujeres Año 2000	Estimado de muertes atribuibles al consumo de tabaco				
	Neoplasias	Cardio- vasculares	Cerebro- vasculares	Respiratorias	Total
35	103	92	70	27	292
40	170	134	105	41	450
45	222	199	159	80	662
50	280	304	226	130	939
55	308	445	308	211	1272
60	422	688	403	341	1854
65	440	333	87	473	1334
70	452	421	120	674	1666
75	407	489	139	944	1978
80	300	505	142	983	1930
85+	325	1178	293	2333	4130
	3429	4788	2052	6235	16505
Defunciones 35+	2.0%	2.8%	1.2%	3.6%	9.5%
Defunciones dentro del grupo de causas	25%	13%	13%	53%	

Mujeres Año 2000	APVP atribuibles al consumo de tabaco				
	Neoplasias	Cardio- vasculares	Cerebro- vasculares	Respiratorias	Total
APVP	67534	80493	43750	73950	265728
promedio	20	17	21	12	16

APVP: Años potenciales de vida perdidos

En mujeres, el impacto de la mortalidad atribuible al tabaco (10 % del total de muertes de mayores de 35 años de edad) es particularmente notable dentro de las muertes por enfermedades respiratorias (53%) y de las neoplasias (25%). Además, los años potenciales de vida perdidos son en promedio 21 por causas cerebrovasculares, 20 por neoplasias, 17 por cardiovasculares y 12 por enfermedades respiratorias (cuadro V).

Referencias

1. Scientific Committee on Tobacco and Health. 1962 Smoking and Health Summary of a Report of the Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases, Pitman Medical Publishing Co. Ltd, London.
2. Statements from U.S. Surgeon General's Reports and the International Agency for Research on Cancer [1] concerning smoking as a cause of the listed diseases. Información obtenida de: SMOKING & HEALTH. Educational Resource Kit. Johns Hopkins School of Public Health. Institute for Global Tobacco Control. PAHO/WHO.
3. Samet JM. The risk of active and passive smoking. En: Slovic P [ed.] Smoking: Perception and policy. pp. 3-28. 2002. Sage Publications, Inc.
4. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T (1994) A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco Control 3, 242-247.
5. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF [eds.] Tobacco Control Country Profile, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2000.
6. Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud México, 1998.
7. Campuzano JC. Tesis para obtener el grado de Doctor en Epidemiología. Instituto Nacional de Salud Pública/ Escuela de Salud Pública de México. Cuernavaca, Mor. 2003.
8. Valdés Salgado R. Estimado anual de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. Documento elaborado en el Departamento de Investigación sobre Tabaco del INSP, 2003, inédito.

Costos de la atención médica de enfermedades atribuibles al tabaco

Los costos que el tabaquismo impone a la sociedad se han agrupado en cinco categorías:¹ a) **costos individuales**, aquellos generados diariamente por los fumadores activos, que contemplan desde los costos de tratamiento para dejar de fumar, quemaduras menores en la piel, ojos o ropa, hasta los daños mayores como incendios en sus bienes; b) **costos familiares**, los generados por el gasto de bolsillo para atender la enfermedad, discapacidad o muerte del pariente enfermo, así como el costo de atención médica de las múltiples enfermedades agudas y crónicas desencadenadas por el tabaquismo pasivo; c) **costos externos**, los que se imponen sobre los no fumadores, incluyendo los efectos para la salud y las molestias de la exposición al humo de tabaco en el ambiente, que llevan a un exceso de mortalidad temprana, aumento de la discapacidad de los sobrevivientes y pérdida de productividad; d) **costos médicos**, son los costos generados por el diagnóstico y la atención médica (tratamiento y rehabilitación) de las enfermedades y sus complicaciones, y e) **costos sociales**, la categoría más amplia, porque implica costos individuales, familiares, de atención médica, y otros costos directos e indirectos, incluyendo los intangibles y los beneficios generados por el tabaquismo. Se ha denominado costos intangibles a los generados por el dolor y el sufrimiento de los familiares de los pacientes con enfermedades en estado crítico o terminal.²

En el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)³ se realizó un estudio (octubre de 2001 a mayo de 2002), en la Delegación Morelos, del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el objeto de estimar los costos directos de la atención médica en el primer y segundo nivel de atención de salud, de tres de las enfermedades mayores relacionadas con el consumo de tabaco: infarto agudo de miocardio (IAM), cáncer de pulmón (CP) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Por costos directos de atención médica se entiende: *valor del consumo de todos los recursos, tanto humanos como materiales que intervienen en el tratamiento y manejo ambulatorio y hospitalario de los casos de la enfermedad.*

Los costos anuales (en pesos mexicanos) de la atención médica de los casos en su etapa diagnóstica y en el primer año de tratamiento correspondieron, para el caso de IAM leve (sin elevación del segmento ST) a \$58 982, para el caso IAM severo (con elevación del segmentos ST) \$84 668. Para el caso de EPOC estable \$6 668 y de \$139 978 para el caso exacerbado. Para el caso de CP en estadio IIB a \$54 473 y a \$107 520 para el caso en estadio IV.

Cuadro VI
Costos totales de atención médica atribuibles al consumo de tabaco.
Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Morelos

Enfermedad	Costo caso promedio anual	Casos incidentes 2001	Costo anual delegacional	Fracción atribuible al consumo de Tabaco*	Casos incidentes atribuibles a Tabaco	Costo anual atribuible al consumo de Tabaco
Infarto agudo miocardio	71 825.002	342	24 564 150.004	0.45	154	11 061 050.00
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	73 303.00	1 564	114 645 892.00	0.8	1251	91 702 053.00
Cáncer de pulmón	80 996.50	101	8 180 645.00	0.85	86	6 965 699.00
Costos totales			147 390 688.00			109 728 802.00

Los costos anuales de atención médica por enfermedad ascienden a \$24 624 000 para el IAM, \$115 736 000 para la EPOC y \$8 181 000 para el CP, de los cuales son atribuibles al consumo de tabaco \$110 620 000, que corresponde a 6.5% del presupuesto anual de la Delegación (cuadro VI).

En el INSP también se obtuvo una estimación de los costos que asume el paciente en la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en el tercer nivel de atención. Se recolectó información de una institución privada de la Ciudad de México. Además, de las tres enfermedades mencionadas anteriormente, también se obtuvo información para estimar los costos de la enfermedad cerebro vascular (ECV).

El costo promedio que los pacientes pagaron por servicios de internación en el tercer nivel de atención en una institución privada en la Ciudad de México, por la atención del IAM, fue de \$128 277 (15 321 - 182 721.65), por CP fue de \$48 682 (9 265 - 139 351), por la EPOC \$48 241 (1 217.39 - 86 611.03) y por la ECV fue de \$103 106 (304.35 - 187 647). Los máximos y mínimos aparecen entre paréntesis.

Referencias

1. Leistikow B. The human and financial costs of smoking. En: Smoking and pulmonary and cardiovascular diseases. Clinics in Chest Medicine 2000; 21 (1): 189 -195.
2. Barendregt JJ, Bonneu L, Van Der Mass PJ. The health care costs of smoking. N Engl J Med 1997;337:1052-1057.
3. Reynales-Shigematsu L.M. "Costos de atención médica de tres enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en la Delegación Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS." Tesis presentada para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de México/ Instituto Nacional de Salud Pública, diciembre de 2002 (inédito).

Avances en política fiscal

Numerosos estudios realizados tanto en México como en otros países demuestran una relación importante en el precio de los cigarros y el consumo de los mismos. Un aumento en el precio, en general, se acompaña de una disminución en el consumo de cigarros, causado por el efecto combinado de la reducción en el número de fumadores y en la proporción de jóvenes que inician el consumo de estos productos. Una manera de controlar el precio y, de manera indirecta, el consumo es a través de los impuestos, de tal manera que la política fiscal asociada al tabaco es considerada actualmente como uno de los instrumentos más poderosos y costo efectivos para controlar esta adicción.

En México, hasta el 2001 —año en el que a través de la Secretaría de Salud se impulsaron y promovieron reformas fiscales importantes relacionadas con el tabaco (cuadro VII)—, el gobierno había mantenido una política fiscal errática e inequitativa. Por un lado, los impuestos *ad valorem* al tabaco aumentaron de 1980 a 1986, alcanzando un máximo de 180%, posteriormente disminuyeron llegando a un mínimo de 80% en 1993 y finalmente se fijaron en 100% durante el año 2000. Estimaciones indirectas del consumo y venta de cajetillas de cigarros indican una ligera disminución de 1980 a la fecha; igualmente, las encuestas de ingreso-gasto de los hogares indican también una disminución en el porcentaje de hogares que reportaron gasto en tabaco en la última década. Estas observaciones son consistentes con lo que se podría esperar como respuesta a un aumento en el precio de los cigarros: en 1980 una cajetilla costaba \$5.20 y para 1996, \$10.00 (expresados en precios constantes para este último año). Los cambios impulsados desde la Secretaría de Salud en 2001 tuvieron como propósito principal: i) desincentivar el consumo de tabaco; ii) generar una fuente adicional de ingresos públicos que podrían utilizarse en para la prevención y tratamiento de las adicciones al tabaco y iii) generar una política fiscal más equitativa y justa en los subsidios al consumo del tabaco. Esta última acción rectifica la política de administraciones pasadas que mantenían tasas diferenciadas para los cigarros con y sin filtro, propiciando un precio bajo para los cigarros sin filtro, que además de ser consumidos por el sector más pobre de la población tienden a ser también más nocivos para la salud. Lo que equivalía a un subsidio a la enfermedad y a la muerte de los mexicanos pobres, quienes por restricciones en los presupuestos familiares o falta de acceso a programas de cesación se ven forzados a fumar los cigarros más dañinos.

Cuadro VII
Reformas fiscales aprobados a partir de 2002

EL 31 de diciembre del 2001 el H. Congreso de la Unión aprobó la reforma fiscal donde aparecen las siguientes modificaciones relacionadas con el impuesto al tabaco:

- i. Para los cigarros con filtro, en lugar de la tasa de 100% vigente hasta el 2001, ahora se pagará una tasa de 105% en el año 2002, de 107% en el 2003 y de 110% en el 2004 y siguientes años.
- ii. Para los cigarros sin filtro, en lugar de la tasa de 20.9% vigente hasta el 2001, ahora se pagará una tasa de 60% en el año 2002, de 80% en el 2003, de 100% en el año 2004 y de 110% en el año 2005 y siguientes.

Utilizando la información sobre elasticidad de precio y consumo cigarros disponible para México hemos estimado que gracias a esta medidas fiscales cada año dejaran de fumar entre 29 mil y 39 mil personas. Dado que aun no se cuentan con las estadísticas vitales para el 2002 no podemos realizar aun las estimaciones en relación al número de muertes prematuras evitadas. En relación al impacto del impuesto autorizado para los cigarros sin filtro, utilizando una serie de ventas de cigarros en el área rural, se pudo documentar una disminución significativa en las compras de cigarros. En comparación con 2001, durante el primer semestre de 2002, la compra de cigarros en tiendas rurales disminuyó casi en 20%. Lo que confirma la importancia de esta política como un instrumento para desincentivar el consumo de tabaco.

Inicio del consumo. Accesibilidad a los cigarrillos. Del tabaco al uso de otras drogas

En México se observa que cada vez los adolescentes comienzan a fumar a edades más tempranas; actualmente, la edad promedio de inicio se ubica alrededor de los 13 años¹ (figura 1).

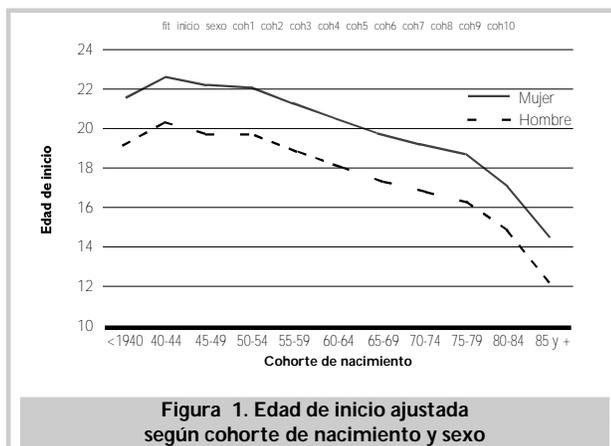
La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA) ha llevado a cabo varios estudios de accesibilidad de menores de edad al tabaco, en los cuales adolescentes (de entre 10 y 15 años de edad), acompañados por un adulto (residente de epidemiología o personal del sector salud que observaba el proceso y registraba el resultado). Los resultados del Distrito Federal (1997) muestran que de las 561 tiendas visitadas en las 16 delegaciones, en 79% de las visitas se les vendió cigarrillos a menores de edad; que sólo 12% de las tiendas tenían letreros indicando la prohibición de la venta a menores de edad y sólo 1% de los despachadores preguntó su edad al menor.²

En otro estudio llevado a cabo en 1999 en Ciudad Juárez, Chihuahua, se visitaron 240 tiendas seleccionadas de manera aleatoria, y en 98% de éstas se les vendieron cigarrillos a menores de edad. Además, en dichas tiendas ni había letreros, ni preguntaron la edad al menor.³

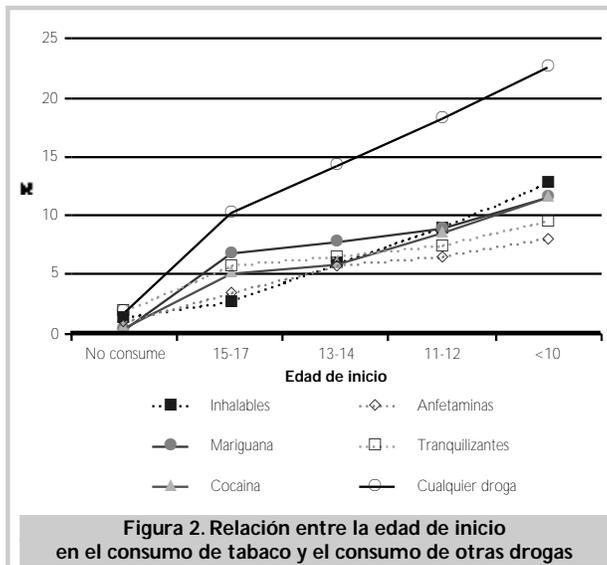
Más recientemente, en la Ciudad de México (2002) se visitaron 577 establecimientos comerciales, encontrándose que en 73% de ellos (422) los menores de edad pudieron comprar cigarrillos, en 21% (121) de dichos establecimientos, se encontraron carteles de advertencia de *no venta a menores*, en

2.6% (15) preguntaron respecto de la edad del menor, y en 1.4% (8), los despachadores les solicitaron identificación. Cuando se acudió a puestos de venta en la calle o a vendedores ambulantes, en 94% de los intentos se vendieron cigarrillos a menores.⁴

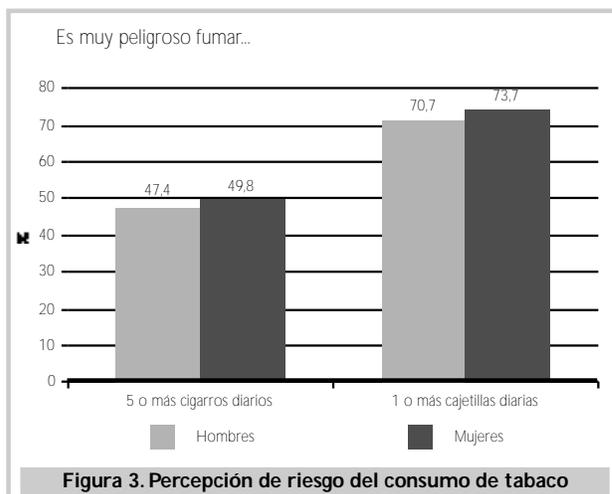
Estudios realizados entre la comunidad estudiantil de la Ciudad de México,⁵ por el Instituto



Nacional de Psiquiatría en colaboración con la Secretaría de Educación Pública, muestran que al inicio más temprano en el consumo del tabaco se asocia una mayor experimentación con otras sustancias. De hecho, casi la cuarta parte de aquellos adolescentes que consumen tabaco desde antes de los 10 años de edad, manifiestan llegar a consumir alguna otra sustancia psicoactiva (sin incluir el alcohol). Las drogas con las que la relación es más alta son la marihuana y la cocaína -1 fumador de cada 10 experimenta con ellas (figura 2). Estos resultados son consistentes con lo hallado en la aplicación de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998.



Otro aspecto importante que se relacionan con el consumo temprano de tabaco es el riesgo percibido. En la figura 3 se observa que el consumir 5 o más cigarrillos al día sólo es percibido como muy peligroso por casi la mitad de la población, en tanto que el consumir una cajetilla o más al día se percibe



como muy peligroso por casi las tres cuartas partes de la población, mientras que el otro 25% no lo considera tan peligrosos para su salud.

Referencias

1. Campuzano JC. Tesis para obtener el grado de Doctor en Epidemiología. Instituto Nacional de Salud Pública/ Escuela de Salud Pública de México. Cuernavaca, Mor. 2003.
2. Kuri Morales P, Cravioto P, Hoy M, Huerta S, Revuelta A, Jasso B et al. Illegal sales of cigarettes to minors-Mexico City, Mexico 1997. *MMWR* 1997; 46: 440-444.
3. Adame Moreno R, Ibarra O, Torres H, Kuri Morales P, Hoy M, Tapia Conyer R, et al. Illegal sales of cigarettes to minors- Ciudad Juárez, México; El Paso Texas and Las Cruces, New Mexico, 1999. *MMWR* 1999; 48: 394-398.
4. Kuri Morales P, Hoy Gutierrez M, Cortés M. "Prevalencia de la venta de cigarros a menores de edad en los comercios de la Cd. de México y características asociadas de los expendedores". DGE/SSA, México. (Mimeo, 2003).
5. Villatoro J, Medina-Mora ME, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P y Juárez F (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño de 2000. *Salud Mental*. 25(1): 43-54.
6. Medina-Mora ME, Peña-Corona MP, Cravioto P, Villatoro J y Kuri P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Publica Mex: Suplemento I de 2002* S44:5109-5115.

Regulación del consumo de tabaco

México cuenta con diversos reglamentos y normas que buscan proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco. Una de ellas, y que lleva varios años de haberse generado, es la prohibición de la práctica de fumar en los edificios públicos. Esta práctica se ha extendido a diversos estados de la República a través de los Reglamentos para la protección de no fumadores, y actualmente 25 entidades cuentan con este Reglamento (figura 4).

Uno de los mecanismos de alerta a la población sobre los riesgos del consumo de tabaco es el etiquetado del producto con advertencias sobre las consecuencias del fumar, advertencias que son modificadas, sustituidas cada seis meses en forma rotatoria, para incrementar el mensaje preventivo en la población.

El Sistema Nacional de Salud ha normado la publicidad asociada al tabaco y se ha establecido que:

- La información se limitará a las características, calidad y técnicas de elaboración de estos productos;



Sitios donde se prohíbe fumar

- Cines, teatros y auditorios cerrados, con excepción de las secciones para fumadores en los vestíbulos.
- Hospitales, clínicas, centros de salud, salas de espera, auditorios, bibliotecas y cualquier otro lugar cerrado en las instituciones de salud.
- Vehículos de servicio público de transporte de pasajeros que circulen en el estado.
- Oficinas gubernamentales del estado.
- Tiendas departamentales y de autoservicio, oficinas bancarias, financieras, industriales, comerciales o de servicios.
- Auditorios, bibliotecas y salones de clases de escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, media superior, e inclusive en algunos ordenamientos, las escuelas especiales y las de educación superior.

Etiquetado en productos de tabaco

- Dejar de fumar reduce importantes riesgos en la salud:
- Fumar, es causa de cáncer y enfisema pulmonar, y
- Fumar durante el embarazo, aumenta el riesgo de parto prematuro y de bajo peso en el recién nacido

- El tabaco no deberá presentarse como productor de bienestar o salud, o asociarlo a celebraciones cívicas o religiosas.
- No podrán asociarse estos productos con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida afectiva y en la sexualidad de las personas, o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o femineidad.
- No podrá asociarse a estos productos con actividades creativas, deportivas, del hogar o del trabajo, ni emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo.
- No podrá incluirse la participación de niños y adolescentes, ni dirigirse a ellos de manera alguna.
- En el mensaje, no podrán ingerirse o consumirse, real o aparentemente, los productos de que se trata, ni tampoco participar personas menores de veinticinco años de edad, y deberá apreciarse fácilmente, en forma visual o auditiva, según el medio publicitario que se emplee.
- En cine y televisión su duración visual será igual a la del anuncio comercial, y mencionará en una ocasión un mensaje de responsabilidad social respecto del consumo de dichos productos, y en anuncios impresos, las leyendas deberán ser parte integral de éste y tener una ubicación que les permita ser visibles en todo momento.
- La Secretaría de Salud, con la participación de los sectores público, privado y social, promoverá y apoyará la elaboración y difusión de campañas publicitarias orientadas a desalentar el consumo de tabaco y que adviertan sobre los posibles daños a la salud y los efectos nocivos que puedan generar el consumo de estos productos, especialmente en la niñez, la juventud y durante el embarazo.
- En caso de patrocinios, no se permite incluir imperativos, imágenes, sonidos, expresiones o lemas publicitarios que se asocien con el producto, relacionar con deportistas, artistas o evento a patrocinar, promover el consumo, incluir imágenes del producto o sus empaques, patrocinar actividades practicadas por menores de edad, difundir testimonios o intervenciones relacionadas con el consumo de los productos por parte de atletas, celebridades o figuras públicas de reconocido prestigio. Se deberá utilizar la frase "Patrocinado por...", seguida de la marca, identificación corporativa o razón social del anunciante, excepto cuando aparezca en las camisetas y se incluirá además el mensaje sanitario que determine la Secretaría.
- El uso de razones sociales, nombres comerciales, marcas, emblemas, rúbricas o cualquier tipo de señal visual o auditiva, que identifique el tabaco, se sujetará a lo dispuesto por la Ley, el Reglamento y otras disposiciones aplicables.

La publicidad de tabaco no podrá dirigirse a menores de edad, ni podrán obsequiarseles, artículos promocionales o muestras de dicho producto; en cine sólo se difundirá en películas clasificadas como “C” y “D”, y en publicaciones, páginas, direcciones o secciones de la internet y demás sistemas de telecomunicación no podrá aparecer publicidad en las destinadas a menores de edad, ni en las deportivas o educativas.

En México se prohíbe la venta de cigarros a menores de edad; así como por unidad y en cajetillas de menos de 14 unidades se estipulan los requisitos que se deben cumplir para la venta por medio de máquinas automáticas; exigir identificación oficial cuando la apariencia física del comprador no represente la mayoría de edad; los establecimientos donde se venda productos de tabaco no podrán tenerlos al libre acceso del público.

El tabaco y sus derivados son de los productos que en México no pueden ser comercializados con base en promociones

Uno de los esfuerzos de la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y el Consejo Nacional contra las Adicciones, fue el desarrollo de una serie de compromisos para prevenir el consumo de tabaco a través de la disminución de la exposición al tabaco por la publicidad, incrementar el número de exfumadores y fortalecer las campañas antitabaco. En este esfuerzo ha participado la industria tabacalera, la Unión de Propietarios de Farmacias de la República Mexicana, A.C. y la Asociación Nacional de Farmacias de México, A.C.

En las etiquetas de los cigarros se deberá indicar la cantidad de nicotina y alquitrán que contienen en tipo y tamaño de letra visibles, así como incluir la leyenda “Venta prohibida a menores”.

Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México

El tabaquismo es una enfermedad, y el fumador es un enfermo. Es una enfermedad a la que es más fácil definir como un síndrome de daño multisistémico, lentamente progresivo, asociado con la adicción a la nicotina.¹ El fumador puede llegar a enfrentar una adicción severa, que a su vez condiciona la dependencia psicológica y física. Sus características son las de un adicto a la nicotina, y que eventualmente puede desarrollar síntomas del síndrome de abstinencia al abandonar el consumo.²

Los tratamientos para dejar de fumar se pueden agrupar a grandes rasgos en los que se basan en el uso de fármacos -con o sin remplazo de nicotina- y los basados en estrategias conductuales y de tratamiento de la dependencia psicológica.

En México, la introducción y difusión de las terapias de remplazo de nicotina empezó a finales de la década de los 80. Diez años después se iniciaron las campañas de promoción en los medios de comunicación masiva. Actualmente, en el mercado mexicano existen tres tipos de terapias de remplazo: los chicles de polacrilex, los parches y los inhaladores orales (cuadro VIII). Al decidir darle

Cuadro VIII. Opciones de remplazo de nicotina disponibles en México

Producto	Descripción
Goma de polacrilex (chicles de nicotina)	Existe en el mercado mexicano desde 1986. Desde 1995 se puede adquirir en cualquier centro comercial sin prescripción médica. En México sólo se encuentra en tabletas de 2 mg. Son eficaces auxiliares para dejar de fumar. En un estudio realizado en la Clínica para Dejar de Fumar, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, se halló que en la medida en la que los pacientes reciban apoyo psicológico la necesidad de chicles de nicotina es menor. ³
Parches de nicotina	En México existen al menos dos tipos comerciales de parches. Uno de ellos sólo está disponible al público bajo prescripción médica y ofrece presentaciones de 10, 20 y 30 cm ² , que liberan 17.5, 35 y 52.5 mg de nicotina, respectivamente. El segundo tipo de parches es de venta no controlada, y el tratamiento completo involucra tres parches de 21, 14 y 7 mg, respectivamente, liberando un promedio de 0.9 mg de nicotina por hora. Adicionalmente, este segundo tipo ofrece un programa de apoyo psicológico y una línea telefónica de ayuda. Sobre su eficacia, se les reconoce como una ayuda efectiva en el proceso de dejar de fumar. Combinados con el consejo médico y el apoyo psicológico se ha reportado ⁴ hasta 42% de éxito al final del tratamiento, aunque a los seis meses el porcentaje de los que se mantenían sin fumar había bajado a 27.
Inhaladores de nicotina	Existen en México desde el año 2000. Probablemente su éxito se basa en que permiten al fumador reproducir los movimientos habituales de tener un cigarro en la mano. El cartucho de nicotina contiene 10 mg, y en cada inhalación libera 1/80 de lo que se obtiene de inhalar un cigarro promedio. ^{5,6} Sobre su eficacia, la evidencia sugiere que pueden ser una herramienta útil, pero se requiere mayor información sobre posibles efectos secundarios. Hasta el momento no hay información nacional al respecto. ²

a un fumador reemplazo de nicotina es importante considerar cuánta nicotina libera el producto que se va a recomendar, cuánta nicotina está acostumbrado a recibir el fumador diariamente, y cuál es la mejor forma de administración.

Adicionalmente a las opciones antes descritas existe otra variedad de medicamentos antidepresivos usados como auxiliares para dejar de fumar, la mayoría de los cuales no tiene aprobación para darles ese uso, excepto el bupropión.²

Bupropión: estimula la función noradrenérgica y dopaminérgica, y tiene efectos antidepresivos. Duplica la tasa de abstinencia aun a largo plazo y tiene efecto aditivo con los parches de nicotina.^{7,9} Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis recomendada (administrada en la mañana) para identificar rápido a personas intolerantes al medicamento. Tiene un cierto efecto en evitar el incremento de peso. Puede causar insomnio, ansiedad, convulsiones (en epilépticos o alcohólicos) y sensación de resequedad en la boca.

Otras intervenciones útiles para dejar de fumar

El *consejo médico* es la herramienta disponible más simple con la que el médico cuenta para influir de manera decisiva en un fumador para que deje de fumar.¹⁰ Sin embargo, sólo 35% de los médicos se preocupa por dar un consejo a 80% de los fumadores que hacen, cuando menos, una visita anual a un médico o a un odontólogo. Se sabe que la recomendación del médico incrementa el número de fumadores que dejan de fumar hasta en 2 a 4%.

Un meta-análisis de 16 ensayos clínicos controlados¹¹ mostró que el *consejo*, en comparación con el hecho de no dar *consejo*, presenta una mayor efectividad (RM 1.69 IC95% 1.45-1.98) y ofrece una diferencia absoluta de efectividad para dejar de fumar, 2.5 veces superior. Asimismo, se señala que el consejo intensivo comparado con el consejo mínimo tiene una probabilidad superior para que el sujeto deje de fumar (RM 1.44 IC95% 1.23-1.68).

Existe un método sistematizado que se recomienda ampliamente para dar un consejo médico y que se conoce como la regla de las “cinco A” (cuadro IX).

Tratamiento de la dependencia psicológica

Si bien el tratamiento de la dependencia física con alguno de los fármacos antes descritos tiene grados variables de éxito, en general nunca es mayor a 40%. A pesar de ello, se le ha prestado poca atención a la dependencia psicológica que pudiera estar subyacente en esos resultados, hasta cierto punto modestos.

Cuadro IX. Cinco estrategias útiles para dar un consejo médico efectivo

Estrategia	Comentario
Averigüe	<ul style="list-style-type: none"> ● Investigue sistemáticamente en todos sus pacientes el antecedente sobre tabaquismo (también tabaquismo involuntario), y además identifique a los fumadores con deseos de dejar el cigarro
Aconseje	<ul style="list-style-type: none"> ● Recomiende claramente, y en términos fuertes, dejar de fumar, enfatizando ventajas personalizadas
Asista	<ul style="list-style-type: none"> ● Brinde asesoría al fumador que quiere dejar de fumar ● Si quiere ya dejar de fumar: déle apoyo inmediato ● Si prefiere un programa formal: déle una dirección ● Si no quiere dejar de fumar: déle un apoyo motivacional
Apoye	<ul style="list-style-type: none"> ● Diseñe un plan juntos: fije una fecha para dejar de fumar en dos semanas ● Estimule a su paciente a que use terapia de remplazo que disminuirá el síndrome de supresión, que es transitorio ● Avise a personas cercanas del plan, y pida que lo ayuden ● Incluya ejercicio y medidas dietéticas ● Si hay mucha angustia: cambios de estilos de vida, relajación yoga ● Identifique circunstancias que pueden dificultar dejar de fumar, especialmente comorbilidad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, abuso de alcohol y de drogas) ● Quite todos los productos de tabaco a su alrededor ● Abstinencia completa, incluyendo en los lugares donde pasa más tiempo ● Analice intentos previos de fumar, cosas que ayudaron y que dificultaron la eliminación ● Si hay más fumadores es más difícil: trata de invitar a otros a dejar o emplee estrategias para evitar a fumadores ● Provea de material de apoyo y lectura, o de sitios en la internet
Arregle una cita	<ul style="list-style-type: none"> ● Cita de seguimiento para ver avances en una semana ● Felicitar al paciente por el intento y avances ● Si sigue fumando, estímulo para que deje de fumar ● Discuta dificultades presentadas y cómo manejarlas ● Considere psicoterapia individual o de grupo en casos difíciles, o envío a clínica especializada (fuerte adicción, múltiples fallas, comorbilidad psiquiátrica o adictiva) ● Puede haber de 35 a 40% de recaída a los 4 a 5 años, o por lo que se debe considerar un problema a largo plazo

La Clínica para Dejar de Fumar, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, aplica la terapia cognitivo-conductual, siguiendo las dos estrategias generales propuestas por Fiore.¹² La primera de esas estrategias se conoce como: *solución de problemas / desarrollo de habilidades*, en tanto que la segunda, describe los *elementos comunes de apoyo para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. El éxito de las terapias se incrementa cuando el paciente es abordado por un equipo interdisciplinario de profesionales. Y con el mayor tiempo dedicado por el terapeuta. Igualmente, las sesiones grupales han mostrado más éxito; lo mismo ocurre con un mayor número de sesiones. Mientras que 2 a 3 sesiones proporcionan una probabilidad del doble de éxito, si son entre 4 a 7, las posibilidades de éxito son dos veces y media mayores.

Actualmente, en México se han incorporado al Cuadro Básico de Medicamentos del sector salud aquellos que se utilizan en las terapias de remplazo de nicotina. Igualmente, el Programa Nacional de Salud contempla

la creación de más de un centenar de clínicas contra el tabaquismo, todo ello con el apoyo del Consejo Nacional Contra las Adicciones y su Programa contra el tabaquismo, cuyos ejes principales son las acciones de prevención, tratamiento y control. El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, los Centros de Integración Juvenil, la Clínica Contra el Tabaquismo, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), coordinado por la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud, así como diversas instituciones privadas, son los principales actores dentro del campo del tratamiento del tabaquismo en el país.

Referencias

1. Sansores RH, Espinosa AM. Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para Dejar de Fumar. México, DF. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1999.
2. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Espinosa-Martínez M, Sandoval R. Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México. Salud PubMex Vol. 44 Suplemento I 2002 S116.
3. Sansores RH, Córdova-Ponce MP, Espinosa-Martínez M, Herrera-Kiengelher L, Ramírez-Venegas A, Martínez-Roisser *et al.* Evaluación del Programa Cognitivo Conductual para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Rev. INER 1998 II: 29-35.
4. Fiore MC, Smith SS, Jorenby JDE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta analysis. JAMA 1994; 271: 1940-1947.
5. Glover ED. The nicotine vaporizer, nicotine nasal spray, combination therapy and the future of NRT: A discussion. Health Values 1993; 18: 22-28.
6. Tonnesen P, Norregaard J, Mikkelsen K, Jorgensen S, Nilsson F. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. JAMA 1993; 269: 1268-1271.
7. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA *et al.* Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med 2001; 135: 423.
8. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Dale LC *et al.* A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195.
9. Jorenby DE, Leischow SSJ, Nides MA, Rennard SI, Jonson JAA, Hughes AR *et al.* A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340: 685-691.
10. Smoking and health: A physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Eur Respir J 1995; 8: 1808.
11. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford: Update Software.
12. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Smoking cessation. Clinical practice guideline NO. 18 Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health and Care Policy and Research, 1996; AHCPR Publication NO. 96-0692.

**Información relevante para el
control del tabaquismo en México**

fue preparado por el Grupo Interinstitucional
sobre Estudios en Tabaco y se terminó
de imprimir en mayo de 2003,
año de la firma del Convenio
Marco para el Control del Tabaco.
La edición consta de 600 ejemplares
y estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública.