

LIH 4990

Revisión de la Literatura y Reflexión

Título

Los Efectos del Tabaquismo en la Salud en España

Nombre: Autumn Sandidge

Fecha: 8 de Noviembre de 2024

Introducción

El Tabaco, una planta nativa de las Américas, ha sido utilizada con fines medicinales y en costumbres tradicionales, con su uso que se remonta a hace 2,000 años. La nicotina, un químico derivado de la planta, es la razón de su naturaleza adictiva que ha impedido que millones de personas puedan dejar de fumar. Según Monteverde y Magaña (2006), la nicotina “farmacológicamente tiene un efecto doble, pues resulta estimulante y sedante a la vez. Es adictiva porque produce una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central.” Esta química es absorbida fácilmente a través de las mucosas de la boca y las vías aéreas, cuál es la razón por la que personas lo inhalan para recibir sus efectos. Debido a la misma fuente, “la vía inhalada proporciona efectos casi inmediatos al fumador, pues en un lapso de apenas siete segundos puede inducir una sensación de alerta, acompañada de cierta relajación muscular,” (Monteverde & Magaña, 2006).

El tabaquismo es una dependencia del tabaco, caracterizada por el consumo habitual de productos que contienen nicotina, como los cigarrillos. Esta adicción se manifiesta a través de un deseo compulsivo de fumar, a pesar de los efectos negativos sobre la salud (Álvarez-Mavárez et al., 2023). Los efectos negativos del tabaquismo son graves y amplios, afectando todos los sistemas del cuerpo. Según las estadísticas de Álvarez-Mavárez y colaboradores (2023), lo “triplica el riesgo de patología coronaria, aumenta 2-3 veces el riesgo de infarto agudo de miocardio, produce el 75% de muertes súbitas coronarias, causa el 80% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), aumenta el riesgo de enfermedades intersticiales pulmonares y agrava el asma y las infecciones respiratorias.” En adición, causa el 85% del cáncer de pulmón, además de tumores de la cavidad oral, de laringe, y del sistema

urinario (Álvarez-Mavárez et. al., 2023). Estos efectos no son exhaustivos, y sólo representan algunos de los peligros del tabaquismo.

Este ensayo explorará cuales son los efectos del tabaquismo en la salud de Españolas, sus efectos del sistema de salud de España, y maneras en cual España está reduciendo la prevalencia del tabaquismo.

La Historia

El tabaco fue utilizado por los indígenas de América, específicamente por los mayas y aztecas desde 2.000 años. Ellos lo usan como medicina, en tradiciones, celebraciones, y como una suscripción de acuerdos de paz después de una guerra. En el año 1492, Cristóbal Colón descubrió los Antillas, y como resultado, la planta de tabaco. Cuando Cristóbal Colón regresó a España, trajo consigo las semillas de la planta, y así, los marineros comenzaron a esparcirse por todos los países que visitaban. Por el fin del siglo XVI, el tabaco fue una parte importante de los países, especialmente en las clases altas de Inglaterra y Francia. Sin embargo, por el fin del siglo XVII, los peligros del tabaco fue realizado, y el consumo de tabaco enfrentó restricciones y condenas, incluyendo excomuniones y severas penas en diversos países (Monteverde y Magaña, 2006).

Mientras muchos países iniciaron restricciones y prohibiciones del uso de tabaco, España lo usa como un producto económico crucial. Según Monteverde y Magaña (2006), “en 1614, el Felipe III designó por decreto a Sevilla como la capital del mundo del tabaco, al ordenar que se estableciera la primera gran fábrica de tabaco y que todo el producto recolectado en los dominios del imperio fuera trasladado a la misma Sevilla para su control, manufactura y posterior exportación.” Los impuestos recaudados por la venta de tabaco financiaron obras públicas y proyectos sociales en España.

Durante la dictadura franquista, los hallazgos de estudio del tabaco no tenían ningún efecto en las regulaciones y leyes de la salud. En contra de los democráticos Europeas, los oficiales no tenían la responsabilidad ético para prevenir el uso de tabaco, poniendo España detrás de los otros países en la prevención y tratamiento del tabaquismo. Después del fin de la dictadura franquista, los esfuerzos para prevenir el tabaquismo fueron conocidos con crítica debido a las otras disparidades en la población (Villalbí et al., 2019). Desde entonces, la barrera más grande fue el tabaquismo en las profesionales claves, como profesionales de salud, abogados y maestras. Porque las tasas de tabaquismo eran las mismas entre la población general y estas profesionales, no había esfuerzos para prevenir o intervenir la adicción (Villalbí et al., 2019).

Ahora, España está enfocando en la prevención del inicio del uso de tabaco en los jóvenes, dejar de fumar en usadores actuales, y la influencia de profesionales de la salud en la educación de sus pacientes sobre los efectos negativos de fumar. También, empezaron a enfocarse en las determinantes sociales y generales que influyen la iniciación y continuación del tabaquismo, como los métodos de publicidad, áreas que lo permiten, los precios e impuestos, y las normas de la sociedad (Villalbí et al., 2019). En la próxima sección, este ensayo explorará los efectos y tasas específicos del tabaquismo en relación con la salud de los españoles.

Los Efectos del Tabaquismo en la Salud de los Españoles

Como mencioné antes, los efectos del tabaquismo son graves y tienen consecuencias grandes y amplias. En España, el porcentaje de fumadores diarios ha reducido desde 2017. En el año 2017, 28.2% de hombres y 20.8% de mujeres de 16 y más años eran fumadores diarios (Álvarez-Mavárez et al., 2023). Según la Encuesta Europea de Salud en España, en el año 2020, las tasas han reducido a 23,3% de los hombres y 16,4% de las mujeres como fumadores diarios (Instituto Nacional de Estadística, n.d.). Mientras las tasas están reduciendo en la población de

adultos, desafortunadamente no es lo mismo en la población de jóvenes. Según la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas [PNSD] (2019) “El tabaco es la segunda droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años tras el alcohol, registrándose que el 41,3% ha fumado tabaco en alguna ocasión en su vida, valor que ha aumentado con respecto a las dos ediciones anteriores.” Las consecuencias de tasas altas de fumadores, tanto adultos como jóvenes, son descritas en las tasas de morbimortalidad y las tasas de muertes asociadas con el tabaquismo en la población española.

A través de la historia del uso de tabaco en España, es evidente que los cambios en la frecuencias de tabaquismo están relacionados con los cambios de morbimortalidad de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. El término que describe este fenómeno es la mortalidad atribuida (MA) al consumo de tabaco, “que permite analizar de forma objetiva y sencilla, a partir de la aplicación de diferentes métodos de estimación, la evolución de la epidemia tabáquica y el impacto que genera sobre la salud de las poblaciones,” (Rey-Brandariz et al., 2023). El otro término que es importante es la total mortalidad observada (MO), que es un término que describe la proporción de defunciones en un lugar concreto durante un periodo de tiempo (Real Academia Española, n.d., definición 2).

Las tasas de la población general de España han cambiado mucho durante los últimos 50 años. En el año 1978, 13,7% de las muertes observadas a nivel nacional fueron atribuidas al consumo de tabaco, en el año 1998 lo aumentó a 16,0%, y se queda cerca de 15%-16% hasta 2012. Finalmente, en 2016, lo disminuyó hasta el 13,7% (Rey-Brandariz et al., 2023). En el año 2018, las principales causas de muerte en España fueron enfermedades del sistema circulatorio, tumores y enfermedades respiratorias, cuales son grupos de enfermedades relacionadas con el tabaquismo (Rey-Brandariz et al., 2023).

Mirando más específicamente, hay una gran diferencia en las tasas de mortalidad separadas por género. Según Rey-Brandariz y sus colaboradores (2023), la MA al tabaco en los hombres se estimó como 20,3% de la MO total en 1983, 28,3% en 1998, se mantuvo estable hasta 2001, y disminuyó al 22,6% en 2012. Por otro lado, las tasas de mortalidad son mucho menores en mujeres. Según Rey-Brandariz y colaboradores (2023), “en mujeres, el porcentaje de MA al tabaco, frente a la MO total, fue de un 5,4% en 1983 se situó en torno al 2%-3% entre 1992-2001 y aumentó al 7,8% en 2006.” Mientras las tasas están reduciendo en los hombres, es importante notar el aumento en las tasas de mortalidad en las mujeres, aunque las tasas en sí son menores.

Las repercusiones no solo afectan a los fumadores, sino también a personas inocentes, incluyendo niños pequeños a través del humo de segunda mano. Algunos términos esenciales son el humo ambiental del tabaco (HAT) y el tabaco de segunda mano (TSM) (Álvarez-Mavárez et al., 2023). La exposición al humo de segunda mano expone a los no fumadores a las mismas químicas y toxinas activas como las personas que fuman activamente (Álvarez-Mavárez et al., 2023). Se ha encontrado que esta acción indirecta resulta como “la tercera causa de enfermedad prevenible en el mundo,” (Álvarez-Mavárez et al., 2023). Según los mismos autores, la inhalación del HAT está considerado como un agente del grupo A de carcinógenos para los humanos por la International Agency for Research on Cancer.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (n.d.), en “el grupo de edad de 15 a 24 años, un 10,2% de hombres y un 9,4% de mujeres estaban expuestos al humo de tabaco en lugares cerrados todos los días.” Este dato no da cuenta a los jóvenes que lo experimentan con frecuencia ocasional. Algunos de los efectos biológicos son un incremento en marcadores inflamatorios, el estrés oxidativo, y altos niveles de monóxido de carbono en el cuerpo (Sandoya,

2011). De acuerdo con el autor, el estrés oxidativo está estimulado porque el humo libera radicales libres, los cuales resultan en una respuesta inflamatoria de leucocitos, proteína C-reactiva, homocisteína y fibrinógeno. La rinitis, alergias, infecciones respiratorias, patología cardiovascular y cáncer de pulmón son solo una selección de las enfermedades relacionadas con el HAT (Álvarez-Mavárez et al., 2023). Estas enfermedades tienen un gran impacto en el sistema de salud, los cuales explicaré en la próxima sección.

Los Efectos del Tabaquismo en el Sistema de Salud de España

La carga de los costos del tabaquismo recae tanto en el sistema de salud de España como en el mundo. Hay costos grandes que están asociados con las enfermedades que resultan del tabaquismo en adición a los costos de morbilidad. Es importante buscar los costos a un nivel nacional y mundial para entender el desempeño del sistema de salud de España en relación a otros países del mismo desarrollo.

Para comparar datos de varios países y monedas, el Fondo Monetario Internacional define el tipo de cambio de cada moneda en términos de paridad del poder adquisitivo (PPA). Este enfoque permite una comparación adecuada de los datos de países con diferentes niveles de desarrollo al considerar factores como el costo de la vida y la estabilidad económica de cada país (Goodchild et al., 2017). En un estudio por Goodchild y sus colaboradores (2017), ellos usan una estrategia de estimación, “El enfoque del costo de la enfermedad” que define los costos directos en PPA, como costos de visitas hospitalares, y costos indirectos en PPA, como los costos de morbilidad. Según el estudio, “se estima que el costo indirecto de las enfermedades atribuibles al tabaquismo es de PPP\$1,385 mil millones (US\$1,014 mil millones), siendo PPP\$446 mil millones (US\$357 mil millones) atribuibles a la discapacidad y PPP\$939 mil millones (US\$657 mil millones) a la mortalidad, respectivamente” (Goodchild et al., 2017). Por

lo tanto, de acuerdo con los autores, el costo total es PPP\$1852 mil millones de dólares, lo cual es 1,8% del producto interno bruto (PIB) del mundo.

Buscando a nivel nacional, España gastó un porcentaje más alto del promedio mundial en el mismo año de 2012. Según el reporte de Goodchild y sus investigadores (2017), el gasto de España en enfermedades atribuibles al tabaquismo representa el 6% de sus gastos totales en salud, y los costos económicos totales atribuibles al tabaquismo representan el 2% de su PIB. En comparación, el Reino Unido gastó el 5,5% de sus gastos totales en salud y el 1,8% de su PIB. Los porcentajes en Suecia son del 3,1% y 1,0%; en Suiza, del 3,4% y 1,6%; en Portugal, del 4,5% y 1,8%; en Italia, del 6,3% y 1,6%; en Alemania, del 4,6% y 2,1%; y en Francia, del 6,1% y 2,3%, respectivamente (Goodchild et al., 2017). Aparte de Francia, España es el único país de los países listados que tiene tasas más altas que el promedio mundial en las dos categorías.

Considerando datos más específicos a España, en 2018, “el impacto económico fue de 7.695 millones de euros y genera a las empresas un gasto de 8.780 millones de euros” (Álvarez-Mavárez et al., 2023). Pero, estos datos son solamente de los costos derivados de las cinco enfermedades más relacionadas con el tabaco, no están considerados los otros costos del tabaquismo. Además, en la Ley 28/2005, el Consejo de Estado español destaca que el “el gasto del Estado para cubrir los costos de atención sanitaria y social causados por el tabaquismo supera el impuesto especial aplicado a los productos de tabaco” (Trapero-Bertran et al., 2018). Esto destaca que los costos de las enfermedades inducidas por el tabaco, tanto de los usuarios directos como de las personas expuestas al humo de segunda mano, son desproporcionados con respecto a los ingresos que el gobierno obtiene de las ventas de tabaco. Todos los datos discutidos indican que el gobierno está perdiendo cantidades sustanciales de dinero debido a esta adicción.

Los Métodos de Prevención y Control de Tabaquismo en España

España, en los últimos años, ha intentado de manera significativa aprobar leyes e implementar intervenciones que disminuyan las tasas de tabaquismo en su población. Entre estas leyes se incluyen las prohibiciones de fumar en ciertas áreas, el aumento de impuestos sobre el tabaco, las prohibiciones de publicidad del tabaco, la prohibición de sabores añadidos que fomentan el uso del tabaco y la provisión de servicios para tratar la dependencia del tabaco (Trapero-Bertran et al., 2018). Los siguientes párrafos discutirán específicamente las leyes y las intervenciones que se han implementado en España, así como sus resultados y efectividad en la reducción de las tasas de tabaquismo.

Una de las primeras leyes antitabaco que se aprobó en España fue la Ley 28/2005, que fue promulgada en 2005 y especificaba que “se prohíbe el patrocinio de productos de tabaco, así como todo tipo de publicidad y promoción de los productos mencionados en todos los medios y soportes, incluidas las máquinas expendedoras y los servicios de la sociedad de la información” (Arco-Osuna et al., 2023). Esta prohibición parcial, que abordaba tanto la oferta como la demanda de productos de tabaco, fue impulsada por el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (OMS-FCTC), que es “el primer tratado internacional de salud que exige a los países implementar medidas de control del tabaco” (Arco-Osuna et al., 2023). Según el estudio realizado por Arco-Osuna y sus colegas en 2023, esta ley no impidió que las marcas de tabaco se diferenciaron exitosamente a través de la publicidad, aunque sí redujo ligeramente su diferenciación.

En 2010, el gobierno español aprobó una legislación posterior, la Ley 42/2010, que intentó implementar una prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, convirtiéndola en una ley más restrictiva que la Ley 28/2005 (Arco-Osuna et al., 2023). Según el mismo estudio realizado por Arco-Osuna y sus colegas en 2023, esta ley

resultó en una diferenciación significativamente menor en la publicidad entre las marcas. Aunque este era el resultado deseado, el estudio indica que el resultado es a menudo un ‘efecto de congelación’ que permite a las principales empresas actuales mantener su popularidad y reputación. Además de las disposiciones sobre marketing y publicidad, la ley también prohibió fumar en todos los espacios públicos cerrados, en las transmisiones de televisión, en parques infantiles y fuera de hospitales y escuelas (Rada, 2010). Según la Organización Mundial de la Salud [CDC] en 2022, España es uno de los pocos países dentro de la Región Europea de la OMS que prohíbe el uso de tabaco en todos los lugares públicos cerrados. Esta adición a la ley, en comparación con la Ley 28/2005, fue un avance considerable en la política y en las restricciones al tabaco.

Además de la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y de fumar en espacios públicos cerrados, estas leyes permitieron a los legisladores aumentar la tributación impuesta sobre los productos de tabaco. Desde 2005, los impuestos sobre el tabaco en España han aumentado en un 122% (Heller, 2024). Según Heller (2024), “el paquete de tabaco más vendido en España cuesta alrededor de €4.80, de los cuales el 78.4% (€3.76) corresponde a impuestos.” Desafortunadamente, la política fiscal de España en los últimos años ha disminuido, ya que ha mantenido una política fiscal estática de larga duración, que no se ha ajustado para tener en cuenta la inflación y las fluctuaciones económicas (López-Nicolás et al., 2024). Como indican López-Nicolás y sus colegas (2024), “para remediar la situación, España necesita adoptar un camino de aumentos fiscales regulares para eliminar el impacto adverso de la inflación y el crecimiento de ingresos en sus impuestos” (p. 6).

La efectividad de estas leyes en la reducción de las tasas de tabaquismo puede observarse en los datos proporcionados por el Banco Mundial (2020), que muestran las tendencias en la

prevalencia del tabaquismo entre los adultos en España. En 2005, la prevalencia total era del 34.3% de la población, que disminuyó al 31.9% en 2010, al 29.7% en 2015 y al 27.7% en 2020. En general, ha habido una disminución del 6.6% en la prevalencia de fumadores adultos en España entre 2005 y 2020.

En el futuro, España planea fortalecer aún más sus leyes al extender las zonas libres de humo para incluir espacios públicos al aire libre, como playas públicas y terrazas de restaurantes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Además, se reforzarán las restricciones sobre el empaquetado de tabaco, exigiendo que todos los paquetes sean del mismo color apagado, que el nombre esté en una impresión pequeña y básica, y que la fuente más grande en el paquete contenga un mensaje sobre las consecuencias mortales del tabaquismo. También se prohibirán los aditivos saborizantes en el tabaco y productos relacionados para disminuir el deseo de fumar (Heller, 2024).

Actualmente, los defensores de la salud pública y los legisladores están trabajando para aprobar legislación que aborde la prevención a nivel individual mediante la utilización de profesionales médicos. Las intervenciones que se están fomentando incluyen la distribución de materiales impresos y la provisión de asesoramiento breve por parte de médicos (Trapero-Bertran et al., 2018); sin embargo, los estudios han demostrado que esto resulta en solo un 3% de tasa de abandono del tabaquismo (Martín-Cantera et al., 2020).

Intervenciones más extensas incluyen tratamientos farmacológicos y asesoramiento psicológico (Rábade-Castedo, 2023). Dentro del marco farmacológico, se utilizan medicamentos que atacan la dependencia de la nicotina, como terapia sustitutiva con nicotina (TSN) como medicación de venta libre (OTC), y bupropión y citisina (Álvarez-Mavárez, 2023). En el marco del asesoramiento psicológico, se alienta a los proveedores a utilizar los cinco A: Preguntar sobre

el estado de tabaquismo, Aconsejar al individuo que deje de fumar, Evaluar la disposición, Asistir y Organizar seguimiento (Rábade-Castedo, 2023). Según Rábade-Castedo y sus colegas (2023), la combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico resultaría en una reducción de la mortalidad de 180 millones de personas para el año 2050. Esta noción también es respaldada por Martín-Cantera y sus colegas en 2020.

En general, España ha implementado una estrategia desarrollada para disminuir la prevalencia del tabaquismo, y ha tenido éxito, como se puede ver en las tendencias representadas por el Banco Mundial. Sin embargo, las políticas actuales que se están desarrollando fortalecerán aún más estos esfuerzos.

Análisis

Este ensayo discute los efectos del tabaquismo en la salud de Españolas, sus efectos del sistema de salud de España, y maneras en cual España está reduciendo la prevalencia del tabaquismo.

Las tasas de tabaquismo en España han disminuido de manera constante, reduciéndose del 28.2% de hombres y 20.8% de mujeres como fumadores diarios en el año 2017 (Álvarez-Mavárez et al., 2023) al 23.3% de los hombres y 16.4% de las mujeres como fumadores diarios en el año 2020 (Instituto Nacional de Estadística, n.d.). Los efectos del tabaquismo se reflejan en las principales causas de muerte en España, que son enfermedades del sistema circulatorio, tumores y enfermedades respiratorias, todas ellas grupos de enfermedades relacionadas con el tabaquismo (Rey-Brandariz et al., 2023).

España, como resultado, gastó 2% de su PIB en enfermedades atribuibles al tabaquismo (Goodchild et al., 2017). En 2018, “el impacto económico fue de 7.695 millones de euros y genera a las empresas un gasto de 8.780 millones de euros” (Álvarez-Mavárez et al., 2023).

Como resultado, España ha realizado cambios significativos en sus políticas de tabaco y en las estrategias de prevención y reducción. Las leyes que España ha implementado, como la ley 28/2005 y 42/2010, ha tenido efectos positivos, como una reducción en la publicidad, promoción y patrocinio, en adición a aumentos de impuestos y prohibiciones de fumar en lugares públicos cerrados (Arco-Osuna et al., 2023). La efectividad de estas medidas del gobierno de España, a nivel nacional, son efectivas en reduciendo las tasas de prevalencia del tabaquismo por 6.6% entre 2005 y 2020 (Banco Mundial, 2020).

En general, los datos presentados en los estudios fueron consistentes entre sí, sin resultados contradictorios. Los resultados principales mostraron que las tasas de tabaquismo en España siguen siendo altas, pero han disminuido en los últimos años (Instituto Nacional de Estadística, n.d.). Como resultado de estas tasas elevadas, España ha enfrentado un aumento en los impactos económicos relacionados con la morbilidad asociada al tabaquismo en comparación con otros países europeos, y se ha centrado en implementar intervenciones de prevención y cesación a nivel nacional (Goodchild et al., 2017).

Si bien estos esfuerzos han sido efectivos, España debe aumentar las restricciones al tabaquismo en lugares públicos, proporcionar los recursos para hacer cumplir la ley y también invertir dinero en implementar intervenciones a nivel individual. Además, hay una falta de disponibilidad y asequibilidad de programas en muchas de las comunidades autónomas, así como una escasez de proveedores especializados para ayudar a las personas en sus intentos de dejar de fumar.

Los estudios también fueron analizados en busca de sesgos y no se encontró ninguno. Como parte del proceso de investigación, se favorecieron los artículos revisados por pares; sin embargo, se incluyeron datos confiables de organizaciones no gubernamentales. Además, se

incluyó un artículo de noticias, pero los datos de este artículo fueron verificados y se mantuvieron consistentes con la literatura existente. La recuperación de datos no se limitó por idioma y solo se incluyeron datos de los últimos 16 años para asegurar que se analizaran datos actuales. No se identificaron vacíos en la literatura.

Conclusión

En conclusión, España ha centrado sus esfuerzos en implementar estrategias de reducción y prevención que abordan sus altas tasas de tabaquismo. Sin embargo, aunque estas tasas han disminuido, siguen siendo elevadas en comparación con otros países. Como resultado, España requiere un nivel más alto de intervención que no solo se dirija a los individuos, sino que también aborde de manera sistemática factores sociales, económicos y culturales que contribuyen al consumo de tabaco.

Recomendaciones

Recomendaciones para futuras intervenciones incluyen intervenciones costo-efectivas a nivel individual. Esto incluye la implementación de llamadas telefónicas proactivas, la extensión de la financiación para asesoramiento breve por parte de médicos en todas las regiones, y la inversión en medicamentos para dejar de fumar, incluyendo bupropión y vareniclina. Estos métodos, aunque requieren una inversión inicial, han demostrado tener un retorno significativo a largo plazo.

Según Traperó-Bertran y colegas (2018), si se implementan llamadas telefónicas proactivas, el costo inicial sería de 12,6 millones de euros, pero resultaría en 1053 personas que dejan de fumar y eventualmente aumentaría la inversión en un 87%. De manera similar, si se financia el asesoramiento breve por parte de médicos en todas las regiones autónomas, podría resultar en una tasa de cesación del 3% (Martín-Cantera et al., 2020). Según la misma fuente, si

se combina la intervención de las 5As con tratamiento farmacológico, resultaría en una tasa de cesación del 9%. Por último, si se proporcionan vareniclina y/o bupropión a los usuarios actuales, cada euro gastado resultaría en ahorros en atención médica de 2,40 € y 2,18 €, respectivamente (Trapero-Bertran, 2018).

Basado en las intervenciones basadas en evidencia mencionadas, queda claro que España se beneficiaría financieramente de las recomendaciones enumeradas. Al invertir en métodos de cesación ahora, podrían ahorrar enormes cantidades de dinero en atención médica, así como salvar un gran número de vidas.

Reflexión de Experiencias Individuales

Durante mi práctica, una de las primeras cosas que noté fue la evaluación de salud realizada en cada visita del paciente. El médico preguntaba constantemente si el paciente fumaba o si alguien en el hogar fumaba. Inicialmente, esto no me pareció inusual, pero llamó mi atención cuando los médicos hacían la misma pregunta durante las citas para niños de 2 años. Aunque estaba consciente de los efectos del tabaquismo, nunca había considerado completamente las consecuencias del humo de segunda mano, especialmente en lo que respecta a la exposición de los niños.

Cuando pregunté sobre esta práctica, el pediatra me explicó que España tiene una de las tasas más altas de consumo de tabaco en la Unión Europea, por lo que están intentando implementar nuevas estrategias y políticas para reducir estas tasas y fortalecer las medidas de prevención. Un enfoque utilizado en la Clínica Santa Isabel fue el modelo de consejo breve del médico. Si un paciente informaba que había un fumador en el hogar, el médico lo educaría sobre los peligros del tabaquismo y seguiría con las cinco A: Preguntar sobre el estado de fumar, Aconsejar a la persona que deje de fumar, Evaluar la disposición, Asistir y Organizar un

seguimiento. Desafortunadamente, los fumadores rara vez tenían intenciones de dejarlo, y aunque las tuvieran, la Clínica Santa Isabel carecía de especialistas en cesación de tabaquismo y programas profundos que pudieran ayudar a quienes deseaban dejar de fumar.

Mis experiencias con el tabaco fuera de mi práctica fueron numerosas y me proporcionaron mucha información sobre la narrativa del tabaquismo en España. Recuerdo la sorpresa que experimenté en mi primera visita a una tienda de tabaco al ver los empaques. A diferencia de los diseños llamativos y los colores bonitos de los paquetes de cigarrillos en América, estos paquetes estaban cubiertos con imágenes perturbadoras que reflejaban las consecuencias del tabaquismo. Entre las imágenes había personas con agujeros en el estómago, pacientes en ventiladores, pacientes con agujeros en la garganta, pies necrosados y bebés extremadamente enfermos. Sobre la imagen, había una declaración sobre la consecuencia específica del tabaquismo representada. Al principio, me perturbó ver imágenes tan inquietantes. Sin embargo, rápidamente me di cuenta de que este método era esencial para fortalecer los esfuerzos de reducción del tabaquismo.

Después de emocionarme con los esfuerzos de España para promover la cesación del tabaquismo, pronto me di cuenta de que aún quedaban muchas áreas por mejorar. Durante nuestro primer fin de semana explorando la ciudad, me sorprendió descubrir que casi todos los bares y clubes tenían máquinas expendedoras de cigarrillos para que los clientes compraran. Aunque estaba prohibido fumar en el interior, había amplios espacios al aire libre para que las personas disfrutaran de un descanso para fumar. Estas máquinas expendedoras tenían una fila constante de personas y permitían a quienes habían estado bebiendo decidir fumar, incluso si no llegaban preparados con sus propios cigarrillos. Considerando que la intoxicación hace que la

nicotina sea más atractiva, incluso para los no fumadores, la disponibilidad de estos servicios resulta en un aumento prevenible en el consumo de cigarrillos.

Mientras estaba sentado en bares por la noche, frecuentemente observaba a personas armando sus propios cigarrillos. Sacaban una bolsa de papeles, una bolsa de tabaco y un filtro, y lograban crear su propio cigarrillo en cuestión de segundos, mostrando su práctica frecuente. Esta práctica plantea dos preocupaciones: no hay regulación sobre la cantidad de tabaco utilizado, por lo que las personas podrían pensar que están consumiendo unos pocos cigarrillos cuando, en realidad, podrían estar consumiendo muchos más. Además, la falta de filtros obligatorios aumenta significativamente las toxinas inhaladas.

Una de las principales barreras para reducir el consumo de tabaco es cambiar la cultura y la mentalidad respecto al tabaquismo. Dado que muchos españoles han sido criados por fumadores generacionales, la perspectiva sobre las consecuencias del tabaquismo se ha mantenido desactualizada. Al centrarse en programas educativos que cambien la narrativa en las generaciones más jóvenes, España puede evitar nuevos casos de tabaquismo, lo cual es mucho más rentable que implementar intervenciones de cesación del tabaquismo. Además, al prohibir las máquinas expendedoras de cigarrillos y permitir la compra de tabaco solo durante las horas del día, pueden reducir significativamente el consumo de cigarrillos. En general, España ha logrado avances sustanciales para reducir sus tasas de tabaquismo; sin embargo, aún queda trabajo por hacer.

Referencias

- Álvarez-Mavárez, J. D., Mirambeaux Villalona, R. M., Raboso Moreno, B., Segrelles Calvo, G., Cabrera César, E., & de Higes-Martínez, E. B. (2023). Preguntas y respuestas en tabaquismo. *Open respiratory archives*, 5(1), 100230.
<https://doi.org/10.1016/j.opresp.2022.100230>
- Arco-Osuna, M. Á. D., Blasco, J., Almeida, A., & Martín-Álvarez, J. M. (2023). Impact of the Spanish smoke-free laws on cigarette sales by brands, 2000-2021: Evidence from a club convergence approach. *Tobacco induced diseases*, 21, 158.
<https://doi.org/10.18332/tid/174407>
- Banco Mundial. (2020). *Prevalence of current tobacco use (% of adults)*. World Bank Gender Data Portal.
https://genderdata.worldbank.org/en/indicator/sh-prv-smok?view=trend&geos=WLD_ES
P
- Cuevas Fernández, F. J., Iglesias Girón, M. J., Rodríguez Pérez, M. D. C., Ortiz Simarro, S., Cabrera de León, A., & Aguirre-Jaime, A. (2020). Evolución del tabaquismo según clase social en la población adulta de las Islas Canarias durante el periodo 2000-2015: seguimiento de la cohorte CDC-Canarias. *Atención primaria*, 52(6), 381–388.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.007>
- Goodchild, M., Nargis, N., & Tursan d'Espaignet, E. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco control*, 27(1), 58–64.
<https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>
- Heller, Fernando. (2024, 8 de Abril). *Spain approves new anti-smoking plan with tax hikes and extra 'deterrent' measures*. Euractiv.com

<https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/spain-approves-new-anti-smoking-plan-with-tax-hike-and-extra-deterrent-measures/>

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (n.d.). *Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda)*.

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

López-Nicolás, A., Robert Branston, J., Ross, H. (2024, 6 de Julio). Tobacco Taxation in Spain: A Tax Laggard With a Brighter Possible Future, *Nicotine & Tobacco Research* 20, 1-8.
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntae162>

Martín-Cantera, C., Iglesias Sanmartín, J. M., Furió Martínez, A., Minué Lorenzo, C., Barchilón Cohen, V., Clemente Jiménez, M. L. ... Lopez Grau, M. (2020). Good practice regarding smoking cessation management in Spain: Challenges and opportunities for primary care physicians and nurses. *Tobacco Prevention & Cessation*, 6, 55.
<https://doi.org/10.18332/tpc/126630>

Ministerio de Sanidad. (2024, 5 de Abril). *Mónica García: El plan integral de prevención y control del tabaquismo es ya una realidad*. Ministerio de Sanidad - Gobierno de España.
<https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6387>

Monteverde, R. H., & Magaña, R. A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 297-300.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-75852006000400013&script=sci_arttext

xt

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [PNSD], Secretaría de Estado de Servicios Sociales Ministerio de Sanidad, & Consumo y Bienestar Social. (2019). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf

Organización Mundial de Salud. (2022, May 30). *The role of the public in changing norms: Smoke-free beaches in Spain*. who.int. <https://www.who.int/europe/news/item/30-05-2022-the-role-of-the-public-in-changing-norms--smoke-free-beaches-in-spain#:~:text=Spain%20is%20among%20a%20few,includin g%20the%20country's%20sunny%20beaches.>

Rábade-Castedo, C., Granda-Orive, J. I., Riesco-Miranda, J. A., Higes-Martínez, E., Ramos-Pinedo, Á., Cabrera-César, E., Signes-Costa Miñana, J., García Rueda, M., Pastor-Esplá, E., & Jiménez-Ruiz, C. A. (2023). Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence 2023. *Archivos de bronconeumología*, 59(10), 651–661. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2023.07.024>

Rada, A. G. (2010). Spain votes to ban smoking in public places. *BMJ : British Medical Journal (Online)*, 341 <https://doi.org/10.1136/bmj.c7429>

Real Academia Española. (n.d.). Mortalidad. En *Diccionario de la lengua española* (23 ed.). Recuperado el 23 de Octubre de 2024, de <https://dle.rae.es>.

Rey-Brandariz, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Varela-Lema, L., Giraldo-Osorio, A., Mourino, N., & Ruano-Ravina, A. (2023). Mortalidad Atribuida Al Consumo de Tabaco

en españa: Revisión Sistemática. *Adicciones*, 35(2), 185–196.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.1619>

Sandoya, Edgardo. (2011). Impacto del tabaquismo y del humo de segunda mano en la salud cardiovascular. *Archivos de Medicina Interna*, 33(2), 29-38.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000200003&lng=es&tlng=es.

Trapero-Bertran, M., Muñoz, C., Coyle, K., Coyle, D., Lester-George, A., Leidl, R., Németh, B., Cheung, K. L., Pokhrel, S., & Lopez-Nicolás, Á. (2018). Cost-effectiveness of alternative smoking cessation scenarios in Spain: results from the EQUIPTMOD. *Addiction (Abingdon, England)*, 113 Suppl 1(Suppl Suppl 1), 65–75.

<https://doi.org/10.1111/add.14090>

Villalbí, J. R., Suelves, J. M., Martínez, C., Valverde, A., Cabezas, C., & Fernández, E. (2019).

El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Revista española de salud pública*, 93, e201907044.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10308847>