

## Entrevista a Dr. Andrés Zamorano Tapia Dr. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

por Almer Villajos y Víctor José Villanueva Blasco



*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Atención Primaria en Cabañas de la Sagra (Toledo). Presidente y portavoz del CNPT (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo). Responsable de la Unidad de Tabaquismo del C.S. de Villaluenga de la Sagra (Toledo). Coordinador del C.S. de Villaluenga de la Sagra. Master en Tabaquismo PIUFET 3.0 (en curso). Grupo de Respiratorio de la SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia). Grupo de tabaquismo de la SEMG.*

### **1. Las últimas encuestas realizadas por el Plan Nacional Sobre Drogas alertan del repunte del consumo de tabaco en España en los dos últimos años. En concreto, en los últimos 12 meses ha aumentado en estudiantes de 14 a 18 años de un 31.4% a un 34.7%; y en población de 15 a 64 años, ha pasado del 40.2% al 40.9%. ¿Qué papel tiene, o a través de qué líneas de acción contribuye el CNPT en la prevención del consumo de tabaco y en el abordaje de su adicción?**

“El consumo de tabaco es responsable cada año, en España, de la muerte de más de 50.000 personas que en su mayor parte empezaron a fumar mucho antes de alcanzar la mayoría de edad”. Así empieza la Declaración de Madrid, documento de consenso que emana del Congreso Internacional de Control de Tabaco ENSP-CNPT que se celebró en Junio de 2018 en Madrid y que tiene como objetivo establecer una hoja de ruta para frenar el consumo de tabaco y fomentar avances en la regulación del tabaquismo en España.

En dicho documento expresamos nuestra preocupación por no estar ayudando adecuadamente a una gran parte de la población de nuestro país en este tema y no ser capaces de proporcionarles los recursos que la evidencia científica muestra que son útiles para evitar las consecuencias derivadas de la conducta de fumar. Y nos preocupa estar fallando especialmente a aquellas personas de clases sociales más desfavorecidas (que presentan prevalencias de consumo mucho más altas), cuyos recursos sociales, psico-afectivos o económicos hace que tengan más problemas para afrontar este trastorno, factor que contribuye y contribuirá a aumentar las desigualdades sociales en salud.

Las principales medidas que se deberían tomar y que responden a evidencia científica, son las siguientes:

- Incrementar y equiparar al alza la fiscalidad de todos los productos del tabaco y relacionados y a los productos novedosos para fumar.

- Ampliar los espacios sin humo para proteger a la población y especialmente a los niños del Humo Ambiental del Tabaco (HAT) que según la evidencia científica no solo te molesta sino que te enferma.
- Introducir el empaquetado neutro (siguen vendiendo en los estancos paquetes especialmente diseñados y dirigidos a población joven y especialmente a mujeres).
- Realizar campañas potentes y segmentadas a los diversos perfiles de población.
- Ofrecer ayuda al paciente fumador con profesionales entrenados en el abordaje y tratamiento del tabaquismo y con financiación de las intervenciones clínicas, conductuales y farmacológicas que hayan mostrado seguridad y efectividad en el tratamiento.
- Los programas de prevención y tratamiento deben abordar el binomio cannabis-tabaco.
- Evitar la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de control del tabaquismo y regular la publicidad y promoción de todos los productos del tabaco y sus derivados.

**2. El CNPT está conformado por 30 Sociedades Miembros y 4 Socios Colaboradores, entre las que se encuentra el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP). Teniendo en cuenta la naturaleza del conjunto de las entidades y miembros asociados, ¿en qué beneficia, o qué es lo que aporta, este rasgo multidisciplinar en la prevención del tabaquismo?**

Las guías de práctica clínica relacionadas con la intervención en tabaquismo recomiendan abordar el consumo la dependencia del tabaco desde un enfoque interdisciplinar. Existe una diferencia clave entre multidisciplinar, que se refiere a la participación de diferentes colectivos profesionales, e interdisciplinar, que implica colaboración y coordinación entre éstos. Todos los profesionales sanitarios deberían estar capacitados para ofrecer intervenciones breves que motiven a sus pacientes fumadores a dejar de fumar. Para que el abordaje interdisciplinar sea una realidad es clave que: a) los profesionales tengan formación específica en tabaco; b) los profesionales trabajen de forma coordinada; c) todos los miembros del equipo transmitan el mismo mensaje; d) los planteamientos sean homogéneos; y, e) es necesario que mantengan una actitud de respeto hacia los demás.

Entre las ventajas que aporta trabajar desde una perspectiva interdisciplinar se encuentran rentabilizar los recursos existentes, el enriquecimiento personal de los miembros que participan en el equipo, mejores resultados (mayores tasas de abstinencia mantenida) y una mayor satisfacción de quienes fuman -o fumaban- con la atención recibida.

El consumo de tabaco y su dependencia pueden ser abordados desde diversas disciplinas. Los profesionales de la enfermería, psicología, medicina, farmacia, odontología y otras ramas sanitarias deben colaborar entre sí.

Todos los profesionales de la salud deben adquirir los conocimientos y habilidades que le permitan abordar de manera efectiva el tabaquismo. Según la Guía del NHS (Fiore et al., 2008), “el tratamiento para la dependencia del tabaco puede ser ofrecido por cualquier clínico adecuadamente entrenado, y no hay razones de efectividad ni coste efectividad para limitarlas a un colectivo profesional concreto”. Las recomendaciones de la guía del NHS

son claras: “El tratamiento administrado por varios tipos de clínicos incrementa las tasas de abstinencia. Por consiguiente, todos los clínicos deberían administrar intervenciones para el abandono del consumo de tabaco” y “Los tratamientos administrados por múltiples tipos de clínicos son más efectivos que las intervenciones administradas por un único tipo de clínico”. Es decir, que cuantos más profesionales de distintas disciplinas seamos, mejor para nuestros pacientes. Por lo tanto, debe promoverse la administración de intervenciones clínicas diversas (Fiore et al., 2008).

Sin embargo, conviene tener en cuenta que las necesidades que los fumadores tienen a la hora de conseguir el mismo objetivo (dejar de fumar) pueden ser diferentes: habrá pacientes que no precisen ayuda profesional, otros que necesiten de una intervención breve y otros que requieran intervenciones más intensivas. Lo fundamental es que cada paciente reciba el tratamiento más adecuado a sus necesidades. No es ético, por tanto, concebir un abordaje adecuado del tabaquismo (tanto en su vertiente clínica como investigadora) sin utilizar palabras como la interdisciplinariedad. Es necesario consensuar las líneas de actuación, de tal manera que, sea cual sea la disciplina del profesional que intervenga, exista una homogeneidad de planteamientos. Deben realizarse protocolos de intervención donde queden recogidas las actuaciones de forma sistemática.

La colaboración y coordinación entre los profesionales de la salud es posible, ventajosa y necesaria, tanto para los profesionales como para los pacientes.

### **3. Continuando con el planteamiento multidisciplinar del abordaje del tabaquismo, ¿cuál es la relevancia del trabajo de los psicólogos/as, sus principales funciones y aportaciones en las áreas de prevención y tratamiento?**

Las terapias psicológicas fueron las primeras en ponerse en práctica en el tratamiento de la deshabituación tabáquica. Estas terapias han ido evolucionando y mejorando. Actualmente, los mejores resultados se consiguen con los programas multicomponente, aquellos que abordan los diferentes aspectos de las adicciones.

El abordaje del consumo de tabaco implica un cambio de conducta (exista o no un trastorno de dependencia). Todas las guías clínicas manifiestan la utilidad de las diversas técnicas que promueven o faciliten el cambio de conducta. Éstas son en su mayoría conductuales.

Aunque no siempre lo sea, conviene abordar el consumo de tabaco como si fuera una manifestación de la presencia de un trastorno adictivo. Este debe tenerse en cuenta ante cualquier petición de ayuda para la cesación tabáquica. El consumo de tabaco está asociado a unos estímulos que desencadenan deseos de consumir; estos pueden ser externos (cenicero, café, teléfono...) o internos (tristeza, ira, alegría...). Al intentar dejar de fumar, estos estímulos aumentan las probabilidades de recaída y pueden precipitar deseos intensos y urgentes (craving) por fumar. Una de las claves del tratamiento de toda adicción es el conocimiento, reconocimiento y afrontamiento de estos estímulos.

En el abordaje clínico debe también tenerse en cuenta las posibles funcionalidades del consumo. Cuando alguien decide dejar de fumar suele ser porque –consciente o inconscientemente– considera que fumar le puede ocasionar más problemas que los que le soluciona o,

más bien, que dejar de fumar va a aportar más beneficios que seguir fumando. Éste es un balance decisional de la persona fumadora, es una decisión con pros y contras, como todas las que se toman en la vida. Que alguien manifieste que quiere dejar de fumar no implica necesariamente que esa persona esté totalmente decidida a hacer todo tipo de esfuerzos para abandonar el consumo.

Algunas de las estrategias e instrumentos desarrollados por la Psicología pueden ser utilizadas por otros profesionales sanitarios. Entre los diversos recursos que se poseen para facilitar el cambio de conducta se encuentran: a) dar consejo, una intervención motivacional breve, que ayude a percibir a una persona que presenta una conducta de riesgo, como es fumar; b) los autorregistros, son una herramienta útil para conocer la conducta de fumar (sus antecedentes y consecuentes) e intentar desautomatizarla; c) apoyo social, consiste en proveer a un individuo afecto, comprensión, afirmación y ayuda por parte de otros individuos; y, d) entrenamiento en habilidades sociales, aprender a reconocer los propios sentimientos y a expresarlos.

Otros recursos son: a) el establecimiento de un vínculo terapéutico; b) la educación sanitaria acerca de la dependencia de la nicotina y su tratamiento; c) la elección de un momento apropiado; d) el establecimiento de un pacto relativo al aumento de peso asumible; e) las recomendaciones básicas sobre el consumo de alcohol y cafeína; f) la fijación de las visitas de control evolutivo; y, g) la forma de abordar los deslices y las recaídas.

#### **4. La praxis de la Psicología, como en el caso de otras ciencias, debe fundamentarse en la evidencia científica y en las buenas prácticas. Coméntenos cuáles son los principales avances que ha habido en el abordaje psicológico del tabaquismo; y desde una perspectiva integral, la complementariedad con otras intervenciones.**

Tal como viene recogido en el Máster en Tabaquismo PIUFET3.0, entre las técnicas psicológicas más específicas que pueden emplearse se encuentran:

- Resolución de problemas: se pretende facilitar una sistemática de resolución que permita afrontar las dificultades futuras, mediante la identificación del problema-origen del malestar y el reconocimiento y aplicación de los recursos propios.
- Control de estímulos, que persigue la ruptura de las asociaciones de éstos con la conducta de fumar. Mediante la repetición se pretende que la asociación se vaya debilitando hasta llegar a extinguirse.
- Contratos de contingencia: acuerdo entre las partes afectadas (paciente y terapeuta) en el que se explican los compromisos conductuales que cada parte asume y las consecuencias que se derivarán de su cumplimiento o de su incumplimiento.
- Detención del pensamiento: su objetivo es romper con aquellos pensamientos (ruminantes) sobre el tabaco que pueden aumentar el riesgo de que se vuelva a fumar.
- Reestructuración cognitiva: su objetivo es modificar aquellas distorsiones cognitivas y creencias irracionales que interfieren con el proceso de cesación.
- Entrenamiento en técnicas de relajación, con el fin de aprender a controlar la ansiedad, frecuente antecedente del consumo de tabaco.

- Entrenamiento en autoinstrucciones: permite modificar o sustituir las verbalizaciones internas que se dicen, antes, durante o después de la realización de una tarea, lo que permite cambios en la actuación.
- Métodos de reducción gradual, que disminuyen, mediante sistemas diversos y de una manera progresiva, la cantidad fumada.
- Técnicas aversivas, en las que se asocia un patrón de reacción comportamental no deseado con una estimulación desagradable, interna o externa.
- Programas multicomponente: utilizan diversas herramientas clínicas –la mayoría psicológicas, algunas otras farmacológicas– con el fin de potenciar los resultados obtenidos con la aplicación aislada de cada una de ellas. Se fundamentan en la necesidad de abordar los distintos aspectos implicados en la conducta adictiva y en el proceso de abandono. Aunque los diversos programas multicomponente varían entre ellos, tanto en las técnicas que utilizan como en la duración de los mismos, todos cuentan con un esquema general de tres fases comunes: a) fase de preparación, en la que el objetivo es incrementar la motivación del sujeto; b) fase de abandono, en la que se pretende suprimir la conducta de fumar y; c) fase de mantenimiento, que se centra en la prevención de recaídas y en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

**5. Hay evidencia científica que señala la masculinización de los tratamientos en adicciones, y cómo este hecho condiciona las características de los dispositivos de atención y tratamiento, generando modelos de abordaje con un claro sesgo de género. También hay evidencia científica respecto a que, si bien algunos de los factores de riesgo y protección pueden afectar por igual a ambos sexos, otros pueden ser diferenciales y por tanto determinar trayectorias de consumo y cesación distintos. ¿Qué aportaciones considera que son más relevantes en la relación tabaco y mujer, y que han de tenerse en cuenta por parte de los profesionales?**

En el abordaje del tabaquismo es necesario individualizar el tratamiento y para ello hay que conocer las razones de inicio, de continuación y motivos de abandono en las mujeres, que son diferentes a los de los hombres. Hay que tener en cuenta en todas las intervenciones de apoyo a la deshabituación tabáquica, tanto en consulta individual como grupal, algunos obstáculos y falsas creencias encontrados para la cesación del consumo de tabaco en las mujeres, que obliga a abordarlos desde una perspectiva de género:

- Fumar reduce la ansiedad.

En general, se tiene la falsa creencia de que fumar tiene efectos tranquilizantes, pero lo que hace es aliviar los pequeños síntomas de abstinencia a la nicotina. Las personas con dependencia al tabaco sufren más niveles de estrés y ansiedad que las personas fumadoras. En el proceso de abandono del consumo, la ansiedad a los tres meses del abandono del consumo de tabaco es bastante menor que en periodos anteriores fumando (Marqueta A, Nerin I, et al Adicciones 2010;22:317-2). Hay evidencia de que dejar de fumar se asocia con menor depresión, ansiedad, y estrés y mejora del humor y de la calidad de vida en comparación con los que continúan fumando (Taylor G et al. BMJ 2014; 348: 1151). A

este respecto, se debe tener en cuenta que las mujeres asocian la conducta de fumar con estados de ánimo negativos, es decir, tristeza, ansiedad, soledad, incertidumbre, frustración, etc (De la Rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trast Adict* 2004; 6(2):113-24)

- Dejar de fumar engorda.

Algunas jóvenes inician el consumo por la creencia de que fumar adelgaza y en la edad adulta no quieren dejarlo por miedo a engordar. A este respecto, los estudios muestran una ganancia ponderal de 2,6 +/- 2,6 kg en mujeres. Sin embargo, los beneficios de abandonar el consumo de tabaco compensan esta posible ganancia ponderal. Es asumible. Con frecuencia es la ganancia de peso que sufren muchas personas durante unas vacaciones. Además, no todas las mujeres ganan peso. Entre un 17 y 21 % no sólo no suben de peso sino que pierden algo. En todo caso, se puede evitar cuidando un poco la alimentación, sin excesos calóricos, acompañado de un poco de ejercicio, como caminar una hora diaria. No se aconseja en este proceso de abandono hacer dieta estricta (Nerin I et al. *Archivos Bronconeumol* 2007;43:9-1).

- Los resultados del tratamiento del tabaquismo son peores en las mujeres.

Que una idea se extienda en la población no significa que los datos lo justifiquen. No es cierto. No encontramos diferencias, entre hombres y mujeres, en los resultados del tratamiento de deshabitación tabáquica a corto y largo plazo (>1 año de seguimiento)

(Nerin I et al. *Adicciones*, 2016). En cuanto al tratamiento cognitivo conductual, es necesario trabajar la perspectiva de género.

- Las mujeres embarazadas no fuman.

Falso. Sólo dejan de fumar en el embarazo el 41%. Fuman en el momento del parto el 18%.

- Las mujeres fuman poco.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2017), se reportaba que el 22% de la población es fumadora, siendo el 26% de los hombres y el 19% de las mujeres. Esto se relaciona con el aumento del cáncer de pulmón y los eventos cardiovasculares en mujeres. Los casos de cáncer han aumentado el doble en las mujeres que en hombres (17,4% frente a 8,2%), debido al incremento del cáncer de pulmón en la mujer, como consecuencia del tabaquismo (Sociedad Española de Oncología Médica). Estos datos pueden explicarse en base a que la mujer se ha incorporado más tarde al hábito de fumar, y como el daño del tabaco es un daño en el tiempo diferido, es ahora cuando empiezan a manifestar las mismas enfermedades que los hombres. Esto justifica que invirtamos más recursos en prevenir su consumo en chicas adolescentes. Desarrollando o incorporando a nivel nacional un programa de prevención con evidencia.

6. Actualmente la introducción de los dispositivos electrónicos y vapeadores para productos nicotínicos está en auge. ¿Cuál es la opinión de CNPT al respecto este fenómeno? Asimismo, en algunos foros profesionales y científicos se está planteando el

**e-cigarrette como un elemento de reducción de daño en fumadores, e incluso como una estrategia dentro de los procesos de cesación tabáquica. Nos gustaría que nos ofreciese información a este respecto, que permita a los profesionales tomar una perspectiva desde la evidencia, y no desde las creencias, opiniones o ideologías.**

La búsqueda de productos de tabaco –o mecanismos de liberación de nicotina– menos tóxicos ha dado lugar en la última década a toda una serie de productos en los que, en vez de una combustión, se emplea un calentamiento, mediante un sistema electrónico (propriadamente eléctrico). Cuando el sistema calienta tabaco se habla de Tobacco Heated Products (THPs). Cuando calienta una mezcla de sustancias químicas que incluye nicotina (a veces puede no contenerla) se habla de Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS). Este conjunto de productos es muy heterogéneo en sus contenidos, sistemas de calentamiento y, en definitiva, la velocidad con que liberan nicotina. Por ello, a diferencia de los cigarrillos clásicos combustibles, los resultados obtenidos con uno de estos productos –en seguridad, toxicidad, sustitución del consumo de cigarrillos de combustión o potencial utilidad terapéutica– no son sistemáticamente aplicables al resto de productos. Al ser la toxicidad del tabaco muy diferida, cualquier disminución o aumento de la misma tardará décadas en constatarse, especialmente en el caso –la gran mayoría– de quienes previamente hayan fumado cigarrillos. Por ello, la evidencia científica concluyente sobre su seguridad y toxicidad es muy escasa, aunque los estudios disponibles sugieren que dan lugar a una menor exposición de productos tóxicos.

Aunque, en teoría, la administración de nicotina mediante otros dispositivos podría ser útil para obtener la deshabituación, la evidencia actual de su utilidad en cesación tabáquica es muy limitada y en absoluto concluyente (a pesar de lo que diversas estrategias y tácticas promocionales sugieren). La utilidad de estos productos como potencial estrategia de reducción de daños va a depender: a) de su propia toxicidad; b) de qué porcentaje de consumidores de cigarrillos se pasen totalmente a los nuevos productos o dejen de fumar con ellos; y c) de cuántos jóvenes se incorporen al consumo de tabaco a través de ellos.

Dado que en la actualidad no hay mucha evidencia científica sobre gran parte de estos aspectos, su posible utilidad en reducción de daños está en entredicho, al no existir una absoluta unanimidad entre los profesionales de la salud pública (aunque sí entre los promotores de estos productos).

Desde CNPT no recomendamos estos dispositivos para dejar de fumar por no existir evidencia científica ni sobre su seguridad ni sobre su eficacia, siendo además una vía de entrada a la nicotina en nuevos consumidores.

**7. Volviendo de nuevo a las últimas encuestas realizadas por el Plan Nacional Sobre Drogas. Estas alertan del repunte del consumo de cannabis en España. Los datos indican que el consumo de cannabis en los últimos 12 meses ha aumentado en estudiantes de 14 a 18 años de un 25.4% a un 26.3%; y en población de 15 a 64 años, del 9.5% al 11%. El CNPT impulsó en 2015 un Grupo de Trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cánnabis y tabaco en España, el Proyecto ÉVICT – Evidencia Cannabis-Tabaco. Cuéntenos por qué impulsar ÉVICT, y cuáles son las principales líneas de acción que se están llevando actual-**

### mente desde el grupo.

Existe una puerta giratoria entre ambas sustancias, dado que el consumo combinado de cannabis y tabaco a través de los porros es la forma más habitual de consumo del cannabis en Europa. Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones el 86.5% de las personas consumidoras de cannabis también lo son de tabaco. La evidencia científica también nos indica que los consumidores precoces de cannabis (antes de los 17 años) tienen el doble de probabilidades de desarrollar dependencia a la nicotina que sus iguales no consumidores. Por estos motivos, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo ha impulsado el Proyecto ÉVICT (Evidencia Cannabis-Tabaco), con financiación del Plan Nacional sobre Drogas (España), con la finalidad de estudiar y desarrollar acciones sobre el fenómeno “nudo” cannabis-tabaco.

Entre las acciones actuales que se desarrollan desde ÉVICT, podemos referenciar: a) Proyecto de prevención del consumo cannabis-tabaco en Universidades (12 Universidades); b) Mapeado conceptual del cannabis-tabaco en universitarios (140 participantes, 4 Universidades); c) Porro-Encuesta online para análisis de patrones de consumo de cannabis-tabaco y variables asociadas; d) Curso Online (25 horas) sobre policonsumo cannabis-tabaco (800 personas formadas); e) Publicaciones (artículos científicos, infografías, manuales técnicos, vídeos; materiales de información-sensibilización) (p.e. tríptico sobre el nudo cannabis-tabaco para universitarios y para embarazadas consumidoras; material técnico sobre estrategias de la industria del cannabis y tabaco para captar nuevos consumidores, etc); f) Unidad didáctica para prevención en Educación Secundaria; y, g) Difusión en foros científicos, redes sociales y medios de comunicación.

**8. En los últimos meses hemos conocido que las ventas de tabaco en España subieron un 2.8% en el primer trimestre de 2019; las “Big Tobacco” desarrollan estrategias (como el uso de plataformas digitales) para evitar las leyes que restringen la comercialización de cigarrillos a menores; la distribuidora Logista ha sido multada por facilitar información a los fabricantes de sobre los patrones de comportamiento de los consumidores; Philip Morris ha invertido 4.4 millones en promocionar los cigarrillos electrónicos. En definitiva, estamos frente a un lucrativo negocio. Pero... ¿cuánto nos cuesta a la sociedad, en términos económicos y en términos de salud?**

Según Trapero-Bertran et al, publicado en el 2018 en la revista Addiction, los costes anuales (por caso) de tratar el cáncer de pulmón atribuible al tabaquismo fueron de entre 5074 € ( Hungría) y 52106 € (Alemania); cardiopatía coronaria entre 1521 € (España) y 3955 € (Países Bajos); enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre 1280 € (Inglaterra) y 4199 € (España). Los costes (por receptor) de los medicamentos para dejar de fumar se estimaron en: para la duración estándar de la vareniclina entre 225 € (Inglaterra) y 465 € (Hungría); para el bupropión entre € 25 (Hungría) y € 220 (Alemania). Los costes (por destinatario) de proporcionar apoyo conductual también fueron muy variados: apoyo de apoyo individual por 34 € (Hungría) y 474 € (Países Bajos); y apoyo grupal basado en el apoyo entre 12 € (Hungría) y 257 € (Alemania). Los costes (por paciente) de dar un breve consejo médico fueron d: 24 € (Inglaterra), 9 € (Alemania); 4 € (Hungría); 33 € (Países

Bajos); y 27 € (España).

Ekpu and Brown, en el año 2015, publicaron un artículo en Tobacco Use Insights sobre el impacto económico de fumar y de reducir la prevalencia de fumar. Los autores llegan a la conclusión de que los costes directos y las externalidades de fumar superan con creces cualquier beneficio que pueda ser atribuible al menos cuando se considera desde la perspectiva de resultados socialmente deseables (es decir, en términos de una población sana y una fuerza laboral productiva). Por su parte, la mayoría de las medidas de cesación revisadas no solo han demostrado ser efectivas, sino también rentables para lograr los ahorros de costos más deseados y las ganancias netas para individuos y proveedores de atención primaria de salud.

Goodchild et al (2017) publicaron en Tobacco Control un estudio sobre el coste económico global de las enfermedades atribuibles al tabaquismo. El total del gasto en salud debido a enfermedades atribuibles al tabaquismo suma un total de **Paridad de Poder Adquisitivo** (PPA, índice que compara el nivel de vida entre distintos países, atendiendo al Producto Interno Bruto per cápita en términos del costo de vida en cada país) 467 mil millones \$ (en US \$ 422 mil millones) en 2012, o el 5.7% del gasto sanitario mundial. El coste económico total del hábito de fumar (de los gastos en salud y las pérdidas de productividad juntas) suma un total de PPA 1852 mil millones \$ (US \$ 1436 mil millones) expresado en la paridad del poder adquisitivo (PPA) 2012, equivalente en magnitud al 1,8% del producto interno bruto (PIB) anual del mundo. Es verdad que casi el 40% de este coste se produjo en los países en desarrollo, destacando la carga sustancial que sufren estos países. Fumar impone una gran carga económica en todo el mundo, especialmente en Europa y América del Norte, donde la epidemia de tabaco está más avanzada. Estos hallazgos resaltan la necesidad urgente de que todos los países implementen medidas integrales de control del tabaco para hacer frente a estos costos económicos, al mismo tiempo que ayudan a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de los Estados Miembros.

Según el monográfico del National Cancer Institute y la OMS publicado en el 2017 sobre “The Economics of Tobacco”, el control del tabaco no perjudica a las economías. El número de empleos que dependen del tabaco ha disminuido en la mayoría de los países, en gran parte gracias a las innovaciones tecnológicas, el cambio de propiedad estatal a la propiedad privada de tabaco y la globalización, que han facilitado la eficiencia en el cultivo y la fabricación de tabaco. Para la gran mayoría de los países, la implementación de medidas de control del tabaco tendrá solo un impacto modesto en el empleo relacionado con el tabaco, y no conducirá a la pérdida neta de empleos.

### 9. ¿Desearía añadir alguna puntualización más?

Existe la necesidad de diferenciar entre uso terapéutico de medicamentos que contienen cannabinoides y el uso de cannabis con fines recreativos, y evitar así la equivalencia interesada entre uno y otro al hablar del “porro terapéutico”. Tal como señala el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, en su informe “Medical use of cannabis and cannabinoids. Questions and answers for policymaking”, señala que “ningún país que permite el uso terapéutico del cannabis recomienda su consumo fumado, sino la administración bajo prescripción facultativa de medicamentos que ha sido probada su seguridad y efica-

cia”. El informe concluye que, en el caso del cáncer, la evidencia disponible en relación a los derivados cannabicos para uso terapéutico es insuficiente como paliativo para mitigar la náusea y vómitos de la quimioterapia, y que es débil para la estimulación del apetito en personas con VIH. Y que la evidencia es moderada para la reducción de los espasmos musculares en esclerosis múltiple, dolor crónico neuropático y en personas con Síndrome de Dravet o Lennox-Gastaut sin tratamiento. En conclusión, lejos de ser la panacea que algunas personas y grupos de presión están intentando hacernos creer, el consumo de porros no tiene fines terapéuticos.